

FISTULA VESICO-UTERINA *

MARIANO BEDOYA HEVIA **

He considerado de sumo interés presentar el primer caso de fístula vésico-uterina (f. v. u.), seguida a operación cesárea, observado en el Hospital Loayza, Pabellón 5, Sala 2ª

Las descripciones de la literatura no son muy numerosas. Neugeveaur en 1888 (cit. por Knipe 1908) (3), en una revisión de casos de fístulas urogenitales, encontró un caso que se abría cerca al orificio interno del cuello. Mac Kenzie (1921) (cit. por Myron Nourse) (7) observó un caso. Kirchner (1933) cit. por Magri (3) publica una nueva observación. Laffont y Ezes (5) (1946) revisaron el tema en una publicación que titularon, "Fístula útero-vesical con sentido único y reglas", consecutiva a operación cesárea. Mazingarbe y Musset (cit. por Moonen) (4), hacen referencias a dos nuevas observaciones seguidas a cesárea. Bond y Rogers (1) (1952), en un trabajo bien documentado refieren un caso después de una laparotraquelotomía. Nourse Myron y Nies W. (7) (1954), reportaron un caso de f. v. u. con partes fetales presentándose por el meato uretral externo. Yngelman-Sumberg (cit. por Musset) (5), estudia un caso que tiene como causa etiológica una cesárea vaginal. Moonen (4) (1955), en una interesante publicación agrega un nuevo caso después de cesárea. Youssef (1957), reporta un caso. Falk y Tancer, Gilbert, de Bloode, de Stening (1956) y Youssef (1959) (cit. por Musset y otros) (5), revisan ampliamente el tema. M. M. Ostovar y Gorsse (9) (1959), han estudiado un caso consecutivo a una presentación de hombro en un útero anteriormente cesareado, practicaron embriotomía.

* Trabajo leído en Sesión de la Academia Peruana de Cirugía el 26 de mayo de 1965.

** Profesor Principal de Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Magri J. (3) (1960), describe acuciosamente otro caso después de una operación cesárea.

Hudson C. N. (2) (1962), reportaron dos casos de f. v. u. a continuación de operación cesárea.

Musset, Magder y Michel-Wolfrom (5) (1964), estudian un nuevo caso de f. v. u. seguido de una operación cesárea.

Esta revisión bibliográfica nos permite verificar —como la mayoría de los autores— la rareza de esta afección.

Etiopatogenia. Los siguientes son los principales factores etiopatogénicos:

El factor tocogenético, se explicaría por mecanismo de compresión y necrosis o trauma quirúrgico. En las pacientes con anomalías pélvicas, es donde, con mayor frecuencia, encontramos este tipo de f. v. u., asimismo, cuando las intervenciones obstétricas son mal conducidas, pueden lesionar el septo-uro-genital y ocasionar una f. v. u. Dentro de estas operaciones citaremos: el forceps, las embriotomías, la operación cesárea, etc. ésta puede ocasionar el accidente en el momento de practicar la incisión o por disección vesical excesiva, o por inclusión vesical en el momento de la sutura miometrial.

La cirugía ginecológica es un factor etiológico de menor importancia.

Otros factores son las lesiones tumorales, particularmente el cáncer de cuello uterino —por su acción destructiva— y los tumores benignos que actuarían por compresión, como uno de los casos relatados en la bibliografía.

Factor importante de f. v. u. son los debidos a tratamientos actínicos.

Podemos citar como otras causas de f. v. u. las lesiones del septo urogenital, determinado por fracturas de la pelvis, la diatermo-coagulación por lesiones vesicales, etc.

Sintomatología. No todos los casos revisados presentan idéntica sintomatología, razón por la que me he permitido clasificarlos en grupos de acuerdo a la frecuencia de los síntomas: Primer Grupo: Amenorrea, Hematuria cíclica, Continencia completa de orina (son los más frecuentes).

Segundo Grupo: Amenorrea, Hematuria cíclica, Incontinencia pasajera.

Tercer Grupo: Amenorrea, Sin hematuria, Incontinencia total, (nuestro caso).

Cuarto Grupo: Menstruación normal, Continencia normal, Hematuria no periódica.

Esta última sintomatología se observa generalmente al comienzo de la enfermedad, ya que después se puede establecer una hematuria periódica. (1er. grupo).

Analizando esta sintomatología deducimos por qué muchos casos han escapado a tratamiento, ya que las pacientes se han sentido cómodas con su situación, vgr: en el grupo 1, que al conocer que su menstruación la hacen por vejiga y que no más usarán paños higiénicos, optan por quedarse en esas condiciones que no les incomoda.

El 1er. grupo de la clasificación es conocido como Síndrome de Youssef (5-9). Youssef llamó "menouria", cuando la menstruación se hacía por vejiga en forma cíclica. El autor explicaba que las fístulas vesíco-cervicales, tienen dos localizaciones, unas por encima del itmo (continentes) y las otras por debajo del itmo (incontinentes). Cuando la f. v. u. está por encima del itmo (orificio cervical interno), la continencia urinaria es perfecta y, las reglas pasan en su totalidad a la vejiga.

La interpretación de éste hecho se debe a que en el O. I., existe el esfínter del itmo cervical (demostrado por las investigaciones de Palmer y Westman y otros, para la cura de las incompetencias de cuello en los casos de aborto). Esto explicaría que los casos de fístulas continentas, tengan una explicación en este mecanismo esfinteriano, que impediría el pasaje de la orina a través del cuello y la pérdida de sangre por vejiga. Si hacemos una investigación al respecto observaremos que al hacer la insuflación intrauterina se necesitan 10 mm. de Hg., escapándose el gas hacia la vejiga; mientras que, si se hace la insuflación transuterina por vía abdominal, necesitamos, para vencer la resistencia del esfínter, de 80-90 mm. de Hg. y nunca menos de 30 mm. En cambio, si la fístula se encuentra por debajo del itmo cervical, entonces se observa el cuadro habitual de incontinencia urinaria y conservación de las funciones menstruales.

En el caso nuestro no se trata de un Síndrome típico de Youssef. Si bien la f. v. u. está colocada por encima del itmo (alta) nuestra paciente hace incontinencia total, motivada en este caso particular, a no dudar, por la incompetencia de cuello, toda vez que permite el pasaje de un dilatador N° 8; asimismo, hay amenorrea total (6) pero sin hematuria. Hoy en día se sabe que la amenorrea es frecuente en los casos de fístula uro-genital, admitiéndose como causa el factor psicó-

geno (6). El estudio de endometrio corresponde a un endometrio proliferativo y el ovario presenta quistes foliculares.

Diagnóstico. La anamnesis, el ex. ginecológico, los ex. urológicos, complementado por los exámenes citoscópicos, radiológicos: cistografía, urografía excretora, histerografía, son de importancia para elaborar un buen diagnóstico. Al hacer la anamnesis debemos dar importancia a los antecedentes obstétricos y quirúrgicos. Si dentro de los antecedentes ha habido una operación cesárea, estamos obligados a pensar en la posibilidad de una f. v. u., si a estos antecedentes agregamos que existe hematuria con amenorrea, el diagnóstico puede establecer con gran seguridad (grupo 1); si esta sintomatología aparece acompañada de incontinencia parcial o total, el diagnóstico será más fácil. Sin embargo, todos los casos no son tan fáciles de diagnosticar, como cuando se trata del grupo 4.

El examen ginecológico nos permitirá en casos de f. v. u. con incontinencia completa o parcial, confirmar que la pérdida de orina se produce a través del orificio externo del cuello. Si hay duda recurrimos a las pruebas de cateterización y repleción vesical, con líquidos coloreados (azul de metileno), esta misma prueba puede darnos luces, particularmente en aquellos casos de difícil diagnóstico. En algunas oportunidades es aconsejable colocar un tapón vaginal después de la instilación vesical, la observación cuidadosa nos revelará en casos dudosos, de la existencia de un escape a través del cuello. Si con esta prueba no conseguimos aclarar el diagnóstico, ya que el canal fistuloso puede ser estrecho o presentar pliegues y que la repleción vesical oblitera aún más, entonces obviamos esta dificultad, tomando el cuello con una pinza de garfios, su tracción determinará la movilización del pliegue o el cierre valvular, con la consecuente pérdida de líquido coloreado a través del cervix. Otras veces observamos que el líquido no pasa a la vagina, en estos casos se emplea la inyección intrauterina de lipiodol, que sí pasa rápidamente a la vejiga (se comprueba por cistografía).

La histerografía es una indicación formal.

Los exámenes urológicos por medio de los exámenes complementarios, tales como la cistoscopia, nos informará sobre la morfología, localización y relación del orificio fistuloso.

La urografía excretora, nos certificará sobre el estado de las vías urinarias superiores.

La Profilaxis de este proceso se debe en gran parte a los progresos médicos: control prenatal, mejor preparación médico-quirúrgica, detección oportuna de procesos tumorales, etc.

Tratamiento. Se recomienda las vías transperitoneal, retropúbica y transvesical.

A continuación exponemos los datos de nuestra paciente.

Observación Clínica. Ingresó el 13 de Enero de 1961.

S. S. de 25 años. Inicia su enfermedad hace 1 año y medio, después de una operación cesárea, con pérdida de orina por vagina, haciéndose más ostensible al realizar un esfuerzo. Esta sintomatología se acompaña de amenorrea desde el inicio de su enfermedad.

Antecedentes Familiares. Sin importancia.

Antecedentes Ginecológicos. Menarquía a los 14 años,, tipo 5-6/30, (5 paños diarios) discreto dolor. R. S. a los 17 años.

A. Obstétricos. 6 gestaciones. 5 partos eutócicos. El último parto fue distócico.

A. Patológicos. Eruptivas en su infancia. Hace tres años presentó descenso purulento, acompañado de polaquiria y disuria terminal. Recibió tratamiento médico.

El examen clínico reveló un estado general bueno y el ex. regional no acusó ninguna anormalidad.

Ex. Ginecológico. G. ext. normales. Al esfuerzo fluye orina a través del introito vaginal.

La vagina es amplia y profunda. El cuello uterino mediano, móvil, ligeramente doloroso, poco duro. O. E. transversal y entreabierto, con desgarrado de ambas comisuras.

El cuerpo uterino pequeño, en anteflexión bien marcada, duro, liso, movilidad ligeramente disminuida.

F. de S. libres y elásticos, excepto el anterior que está parcialmente ocupado por el cuerpo uterino.

Anexos no se palpan.

Espéculo: mucosa normal. Discreto escurrimiento de orina a través del cuello.

Histerometría: 4 cms.

Al practicar el legrado uterino pasa fácilmente el dilatador N° 8 por el O. E. No se obtiene mucosa endometrial.

El despistaje de cáncer es negativo.

Previo cateterismo vesical, se inyecta una solución de asepsil rojo, unos minutos después emerge orina coloreada por el orificio externo del cuello uterino.

El ex. urológico, confirma la pérdida de la micción normal.

La cistoscopia reveló la presencia de un trayecto fistuloso.

La urografía excretora, muestra que parte de la orina se pierde a través de la fistula. El resto del aparato urinario es normal.

Previo taponamiento vaginal se practicó cistografía con lipiodol. En las

radiografías de frente y perfil se mostró pérdida de sustancia, no pudiendo objetivizarse la fistula.

Se practicó Histerosalpingografía que no objetivizó la fistula.

Fue intervenida el 2 de Marzo de 1961, con el diagnóstico de f. v. u.

Observaciones. Abierto el vientre se hallan fuertes adherencias del epiploon a la pared anterior del abdomen y fondo del útero, liberadas estas adherencias, encontramos el útero en marcada anteflexión, de mediano volumen, con una amplia y fuerte adherencia a la cara anterior de la vejiga, que llega hasta la proximidad del fondo uterino. Ambos ovarios poliquisticos. Se libera la amplia y sólida adherencia vesical, quedando como consecuencia una solución de continuidad en el techo vesical, que comunica con el cuerpo uterino —trayecto fistuloso—. Se produce a reparar el orificio vesical en dos planos, luego se practica histerectomía total, con conservación del anexo derecho.

Apendicectomía profiláctica.

Estudio anatómo-patológico. (Dr. Uziel García).

Seccionada la pared uterina en dos direcciones: una compromete el miometrio y la otra la cavidad endometrial, encontrándose una mucosa blanquecina de aspecto atrófico y la zona del cervix uterino está ostensiblemente disminuida de calibre. Hacia el lado supero-externo derecho y en pleno espesor el miometrio, se observa la presencia de una solución de continuidad, que en profundidad alcanza hasta las proximidades de la mucosa endometrial a cuyo nivel es posible observar un área de pigmentación de aproximadamente 2 mm. de diámetro mayor. Una de las secciones con las mismas características descritas se aprecia en una de las secciones que compromete el miometrio y, otra localizada en la pared de la mucosa endometrial, del lado izquierdo, parece que corresponden los puntos de pigmentación al trayecto fistuloso seccionado a diferentes niveles.

Ex. microscópico. Endometrio proliferativo. El trayecto fistuloso muestra, en diferentes cortes, proceso inflamatorio crónico.

Ovario, con algunos cuerpos albicans y formaciones quísticas, con estructura de quistes foliculares.

Evolución. Normal. Se retiró la sonda de Fowler a los 15 días y fue dada de alta a los 19 días.

Controles posteriores. El último control después de 6 meses de operada, revelaba encontrarse en magníficas condiciones.

Comentario. El caso reportado es el de una verdadera fistula véscico-uterina. Es interesante esta observación por su rareza, ya que en la bibliografía mundial las publicaciones no llegaron a una veintena, y, asimismo, su localización supra-itsmica no cumple con lo dicho para el Síndrome de Youssef:

A) Hay incontinencia total (probablemente por incompetencia cervical).

B) Hay amenorrea total sin hematuria "menouria" cuya patogenia es compleja de interpretar en el momento actual.

Sabemos que el segmento inferior del útero puede ser dañado con bastante frecuencia (daño obstétrico, ginecológico, actínico o tumores) con el consecuente resultado de la formación de una f. v. u. Los síntomas no siempre son los mismos en todos los casos observados, razón por la que nos hemos permitido clasificarlo en 4 grandes grupos. Nuestra observación se hace mucho más interesante porque, además, de la f. v. u., presenta una patología asociada, como es la amenorrea.

El diagnóstico, ocasionalmente, es difícil, ya que siempre que pensemos que en la historia de la paciente ha habido una cesárea (la causa más frecuente), la posibilidad de una f. v. u. es mayor; los exámenes ginecológicos y complementarios precisarán el diagnóstico.

La profilaxis se hace, con el progreso actual, en controles prenatales, en despistaje de tumores, su precocidad en el diagnóstico, la buena preparación quirúrgica y técnica del médico.

El tratamiento es quirúrgico, la mejor vía, la abdominal.

Conclusiones. Presentamos un caso de f. v. u. en una mujer de 25 años, múltipara, seguida a una cesárea; la sintomatología está caracterizada por incontinencia total de orina, amenorrea sin hematuria. Varios casos han sido reportados, siendo el nuestro el primero referido en un trabajo nacional.

La revisión de los casos estudiados hasta el presente, nos ha hecho conocer que la sintomatología es diferente en las múltiples observaciones, por lo cual la hemos clasificado en 4 grupos.

Nuestra observación no cumple con el Síndrome de Youssef, esto se puede explicar porque existe una incompetencia cervical.

Asimismo, es importante señalar que este es el primer caso en que podemos hablar de una amenorrea verdadera, ya que no hay menouria. La etiopatogenia probablemente se deba a un factor psíquico.

BIBLIOGRAFIA

1. Bond, M. D. and Rogers Gerald; F. A. C. S; A. Jour. Gyn. and Obst. 63: 215: 1952.
2. Hudson C. N. Jour. of Obst. and Gyn. of the Brithish Conmon. Vol. LXIX-I; 121: 1962.
3. Magri J. The Brithish Jour. of Surgery Vol. XLVIII-207; 69: 1960.
4. Moonen W. A. Jour. D'Urologie Med. Par. 61 (7-8) July-Aug. 55 p. 5115-6.
5. Musset, Madger y Michel-Wolfrohm. Sinopsis Obst. Gyn. T. XI-3-1964-pág. 299. Buenos Aires.
6. Medina - Neme. IV C. Latino Americano pág. 243.
7. Nourse Myron and Niees Wishard; Jor. of Urology Vol. 72-3. 1954 pág. 374.

8. Neme B. y Azevedo J. R.: IV Cong. Latino Americano de Obstetricia y Ginecología. 1962, pág. 133. Bogotá.
9. Osstovar M. M. y Gorse: Maroc Medical 411-1959, pág. 1239.
10. Youssef A. F. "Menouria" Following Lower Segment Cesarean Section. American Journal O. and Gyn. Vol. 73-759: 1957.