



Fístula cutáneo-uterina: reporte de un caso y revisión de la bibliografía

José Daniel Ruiz Arteaga,* Ana Nallely Valdez Murillo,** Matilde Cecilia Hernández Trejo ***

RESUMEN

La fístula útero-cutánea es un hallazgo excepcional del que en los últimos 20 años existen menos de 15 casos reportados en la bibliografía médica mundial; éste es primer caso reportado en México. Se comunica una revisión de la bibliografía mundial acerca de este padecimiento y éste en que el trayecto fistuloso se demostró con una combinación de fistulografía con medio de contraste yodado no iónico y tomografía computada.

Palabras clave: fístula útero-cutánea, fistulografía con medio de contraste yodado, tomografía computada.

ABSTRACT

Utero-cutaneous fistula is a rare clinical entity with less than 15 cases reported worldwide in the last 20 years and this is the first case reported in our country. In this article we review the worldwide literature addressing this condition and present the first case reported in México and the first case reported worldwide in which the fistula is demonstrated using a combination of fistulogram and CT.

Key words: Utero-cutaneous fistula, fistulogram, CT.

RÉSUMÉ

La fistule utéro-cutanée est une constatation rare que dans les 20 dernières années, il ya moins de 15 cas signalés dans le monde la littérature médicale, il s'agit du premier cas rapporté au Mexique. Nous présentons une revue de la littérature mondiale à propos de cette condition et ce en ce que le tube a été démontré avec une combinaison de fistulographie avec produit de contraste iodé non ionique et la tomographie par ordinateur.

Mots-clés: utéro-cutanée de la fistule, fistulographie avec produit de contraste iodé, CT.

RESUMO

A fístula útero-cutânea é um achado raro do que nos últimos 20 anos há menos de 15 casos relatados na literatura mundial, este é o primeiro caso relatado no México. Relatamos uma revisão da literatura mundial sobre esta condição e este em que o trato foi demonstrada com uma combinação de fistulografia com contraste iodado tomografia computadorizada e não iônico.

Palavras-chave: utero cutâneo-fístula, fistulografia com meio de contraste iodado, CT.

* Médico radiólogo adscrito al Departamento de Tomografía Computada del UNEME de Imagenología, Villahermosa, Tabasco.

** Médica residente de Radiología e Imagen, Hospital de Alta Especialidad Gustavo Adolfo Rovirosa Pérez, Villahermosa, Tabasco.

*** Médica radióloga. Directora General del UNEME de Imagenología, Villahermosa, Tabasco.

Correspondencia: Dr. José Daniel Ruiz Arteaga. Departamento de Tomografía Computada, UNEME de Imagenología. Villahermosa, Tabasco.

Recibido: noviembre 2011. Aceptado: enero 2012.

Este artículo debe citarse como: Ruiz-Arteaga JD, Valdez-Murillo AN, Hernández-Trejo MC. Fístula cutáneo-uterina: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2012;80(2):95-98.

Una fístula es una comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas.¹⁻⁴ Durante su práctica profesional, el ginecólogo y el cirujano atienden pacientes con fístulas que involucran al útero, la vagina, la vía urinaria y enteral, consecuencia de procedimientos quirúrgicos ginecológicos u obstétricos, pero también consecutivas a tuberculosis, enfermedad de Crohn, diverticulitis y apendicitis complicadas, neoplasias pélvicas infiltrantes, radiación, migración de dispositivos intrauterinos, endometriosis, entre otros.¹⁻⁶

La fístula útero-cutánea es una afección sumamente rara de la que existen menos de 15 casos reportados en la bibliografía mundial de los últimos 20 años. En el Cuadro 1 se expone una reseña de los datos más importantes de estos casos. El

Cuadro 1. Casos reportados de fístula cutáneo-uterina en los últimos 20 años.

<i>Referencia</i>	<i>Edad/AGO</i>	<i>Etiología de la fístula</i>	<i>Tiempo con la fístula</i>	<i>Datos clínicos</i>	<i>Método diagnóstico</i>	<i>Tratamiento</i>
Gupta, 1993	32a / G4 P3	Perforación uterina por aborto séptico ilegal con laminaria que produce absceso pélvico drenado vía percutánea.	10 meses	Sangrado menstrual por hx qx	Fístulografía con MC	ETF HTA + SOB
Yadav, 2006	29a / G2 P2	Minilaparotomía para OTB 5 días posparto eutócico	3 años	Sangrado menstrual por hx qx y descarga serosa intermitente.	Fístulografía con azul de metileno	ETF
Ghose, 2010	25a	Drenaje percutáneo de absceso en fosa iliaca izquierda	6 meses	Sangrado menstrual por hx qx	Fístulografía con MC y con azul de metileno	ETF y reparación del útero.
Rubio, 2008	39a / G2 C2	Cesárea	1 mes	Exudación serosanguinolenta por hx qx	Laparotomía	ETF
Rubio, 2008	38a / G1 C1	Cesárea	4 mese	Drenaje continuo de material por hx qx	Laparotomía	ETF HTA por miomatosis
Dragoumis, 2004	44a / G4 C4	Cesáreas múltiples, endometriosis en trayecto fistuloso	6 años	Nódulo doloroso en hxqx con sangrado menstrual	Laparotomía	ETF y reparación del útero.
Baggish, 2010	19a / G1 C1	Cesárea y múltiples drenajes percutáneos por absceso apendicular y enfermedad de Crohn.	2 meses	Sangrado menstrual por hx qx	US pélvico Fístulografía con MC. TCMD con MC IV y oral	ETF y reparación del útero.
Sonmezer, 2009	30a / G3p1c1a1	Cesárea 1 año antes Legrado 6 meses antes	3 meses	Dolor pélvico, fiebre, inflamación dolorosa de la hx qx que sangraba con la menstruación	US pélvico Fístulografía con azul de metileno	ETF
Seyhan, 2008	25a / G4 C4	Cesárea	4 meses	Sangrado menstrual por hx qx	US pélvico HSG RM pélvica	Médico
Promsonthi, 2007	41a / G2 P1 C1	Cesárea, se deja la placenta la cual estaba adherida entre el útero y la pared abdominal por embarazo abdominal.	4 meses	Flujo vaginal maloliente y descarga por la hx qx.	US pélvico RM pélvica	Histerectomía sub-total Salpingooforectomía derecha. Excisión de la masa placentaria. ETF
Shukla, 2006	20a / G0 Posterior a Qx de agenesia vaginal	Laparotomía para cirugía uterina no especificada por criptomenorrea.	3 años	PreQx: Dolor pélvico cada 2 semanas de 15 días de duración, no STV aparente. PosQx: Sangrado menstrual por hx qx.	US pélvico Fístulografía con MC. Urografía excretora	Quirúrgico en 2 tiempos: Vaginoplastia, luego ETF y establecimiento de comunicación cervico-vaginal.
Eldem, 2008	50a / G1 C1 hace 19 años	Drenaje percutáneo de absceso localizado por debajo de hx qx.	1 mes	Dolor abdominal postdrenaje en sitio de hx qx	TC con MC IV y oral	ETF HTA + SOB

Abreviaturas: G: Gesta P: Parto C: Cesárea. Qx: Cirugía. Hx qx: Herida quirúrgica. OTB: Oclusión tubaria bilateral. IV: Intravenoso. ETF: Excisión del trayecto fistuloso. HTA: Histerectomía total abdominal. SOB: Salpingo-ooforectomía bilateral.

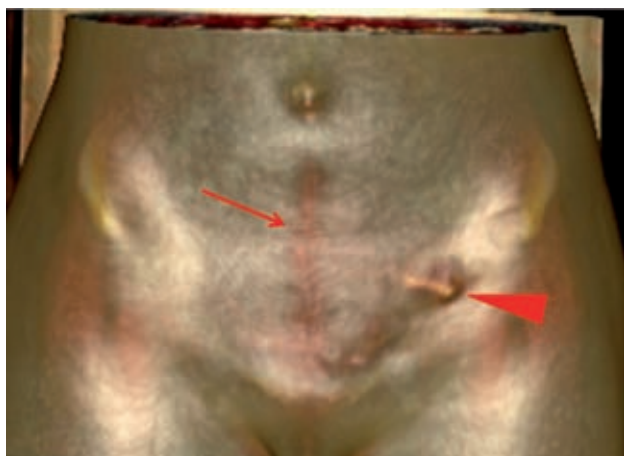


Figura 1. Herida circular debida a la colocación de una sonda de Penrose.

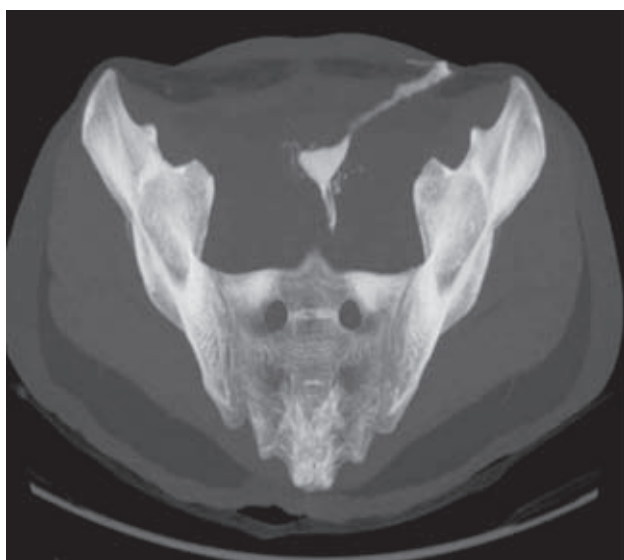


Figura 2. Tomografía de la región pélvica con advertencia del trayecto de la fístula.

mecanismo causal que las produjo fue diverso; sin embargo, el antecedente quirúrgico fue común en todos los casos. La manifestación clínica más relevante fue el sangrado menstrual que salía a través de la herida quirúrgica. Debido a que las características de descarga por la herida pueden variar, para el diagnóstico prequirúrgico certero es indispensable demostrar el trayecto fistuloso entre la herida y la cavidad uterina.⁷⁻⁸

El tratamiento en todas las pacientes, excepto una, fue la excisión del trayecto fistuloso con reparación del útero; la histerectomía se reservó para las pacientes con paridad



Figura 3. Trayecto que debió haber seguido la fístula.

satisfecha. La excepción correspondió a un caso exitoso de tratamiento médico con aplicación subcutánea de acetato de leuprolide en el trayecto de la fístula.⁸

Caso clínico

Paciente femenina de 26 años de edad, primípara, con antecedente de cesárea tipo Kerr realizada cuatro meses previos. La paciente acudió a consulta debido a un padecimiento de tres meses de evolución caracterizado por dolor pélvico inespecífico y descarga intermitente, no cíclica, de una secreción blancuzco amarillenta, no fétida, a través de una pequeña herida circular de 1 cm de diámetro, localizada en la fosa iliaca izquierda por la que tres meses antes le habían retirado una sonda de Penrose que le colocaron durante la cesárea (Figura 1).

En virtud de la descarga con salida por la herida quirúrgica se decidió realizar una fistulografía con medio de contraste yodado no iónico y tomografía. Para esto se diluyeron en una jeringa 3 cc de medio de contraste en 17 cc de solución salina estéril y se administraron 7 cc de

esta dilución por el orificio cutáneo. Enseguida se realizó una tomografía de la región pélvica, sin medio de contraste, y ya no se advirtió claramente el trayecto fistuloso entre la herida quirúrgica del Penrose y la cavidad uterina (Figuras 2, 3 y 4). Se efectuó laparotomía con reparación del útero y excisión del trayecto fistuloso; esto permitió el cese de la descarga por la herida y la mejoría total del cuadro clínico.

DISCUSIÓN

El mecanismo que con más frecuencia origina fístulas útero-cutáneas es la cesárea, pero también existen otros (todos quirúrgicos) que se han relacionado, como la perforación uterina con formación y drenaje percutáneo de absceso pélvico por migración de una laminaria,¹ minilaparotomía para oclusión tubaria bilateral posterior a parto vaginal eutócico,² drenaje percutáneo de absceso apendicular y enfermedad de Crohn durante el embarazo finalizado quirúrgicamente,⁶ drenaje percutáneo de absceso pélvico posterior a un legrado de aborto incompleto del primer trimestre,⁷ finalización quirúrgica de embarazo abdominal de término con abandono y posterior remoción de placenta *in situ*⁹ y cirugía pélvica inespecífica por criptomenorrea.¹⁰ En nuestro caso, el antecedente de cesárea también persistió pero la comunicación fistulosa con la cavidad uterina se produjo a través de la herida de una sonda de Penrose, lo que demuestra que ese material quirúrgico también puede ser causante de fístula.

El sangrado menstrual a través de la herida quirúrgica es un dato casi patognomónico. Por desgracia, también aparece en la endometriosis de cicatriz; por lo tanto, para el diagnóstico prequirúrgico de fístula cutáneo-uterina la demostración del trayecto de la fístula entre la herida quirúrgica y la cavidad uterina es imprescindible.^{7,8} En el caso que aquí se comunica la sospecha clínica de envío fue que la herida se comunicaba con un hematoma residual o con un absceso pélvico porque las características de la descarga eran inespecíficas. Varios métodos de imagen, como la fistulografía con medio de contraste,^{1,3,6,10} la histerosalpingografía,⁸ el ultrasonido pélvico transabdominal o transvaginal,⁶⁻¹⁰ la resonancia magnética^{8,9} y la tomografía,^{6,11} además de otros métodos, como la fistulografía con azul de metileno,^{2,3,7} se han utilizado para este fin.

La técnica aplicada en la paciente motivo de este reporte no está descrita en la bibliografía. En verdad constituye una

excelente herramienta para el diagnóstico de este tipo de fístula porque la tomografía permite conocer con exactitud el trayecto que sigue el medio de contraste introducido por el orificio fistuloso, además de que las imágenes obtenidas permiten su procesamiento digital para creación de imágenes multiplanares y tridimensionales que facilitan y mejoran el diagnóstico definitivo.

CONCLUSIONES

La fístula útero-cutánea es un padecimiento excepcional que tiene como característica clínica sobresaliente el sangrado menstrual a través de una herida quirúrgica abdominal. Para el diagnóstico prequirúrgico inequívoco es indispensable demostrar el trayecto de la fístula, que es posible lograr mediante la combinación de la fistulografía con medio de contraste y la tomografía, como quedó demostrado en el caso aquí comunicado.

REFERENCIAS

1. Gupta SK, Shukla VK, Varma DN, Roy SK. Uterocutaneous fistula. *Post Grad Med J* 1993;69:822-823.
2. Yadav R, Rani PR, Jayalakshmi D. Uterocutaneous fistula. *J Obstet Gynecol Ind* 2006;56:81-82.
3. Ghose S, Maurya DK, Gowda M, Begum P. An unusual case of cervico-cutaneous fistula. *Afr J Reprod Health* 2010;14:135-137.
4. Rubio-Lorente AM, Díaz-Serrano MD, Barberá-Belda B, Gonzalez-Merlo G. Fístula cutáneo-uterina poscesárea. *Prog Obstet Ginecol* 2010;53:252-253.
5. Dragoumis K, Mikos T. Endometriotic uterocutaneous fistula after cesarean section. *Gynecol Obstet Invest* 2004;57:90-92.
6. Baggish M, Bhati A. Uterocutaneous fistula: a complication of ruptured appendix and Crohn's disease during pregnancy. *J Gynecol Surg* 2010;26:163-169.
7. Sonmezer M, Sahincioglu O, Cetinkaya E, Yazier F. Uterocutaneous fistula after surgical treatment of an incomplete abortion: methylene blue test to verify the diagnosis. *Arch Gynecol Obstet* 2009;279:225-227.
8. Seyhan A, Ata B, Sidal B, Urman B. Medical treatment of uterocutaneous fistula with gonadotropin-releasing hormone agonist administration. *Obstet Gynecol* 2008;111:526-528.
9. Promsonthi P, Herabutya Y. Uterocutaneous fistula in term abdominal pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;132:239-241.
10. Shukla D, Pandey S, Pandey LK, Shukla VK. Repair of uterocutaneous fistula. *Obstet Gynecol* 2006;108:732-733.
11. Eldem G, Turkbey B, Balas S, Akpinar E. MDCT diagnosis of uterocutaneous fistula. *EJR* 2008;67:e129-e130.