



Gran fístula vesicovaginal después de un parto eutócico. Reporte de un caso

RESUMEN

Antecedentes: en los países desarrollados las fístulas obstétricas son poco frecuentes y se han asociado con parto instrumentado, extracción manual de la placenta y complicaciones quirúrgicas durante la cesárea.

Objetivo: exponer el diagnóstico y tratamiento de una paciente con fístula obstétrica sin factores de riesgo evidentes en un país desarrollado.

Caso clínico: paciente con embarazo de 37 semanas, con antecedente de cesárea. Después de un parto eutócico no prolongado nació un varón de 2,600 g. En el puerperio inmediato se observó hematuria y un defecto en la cara anterior de la vagina, a 3 cm del meato uretral. La cistoscopia mostró un desgarro de 8 cm en el fondo de la pared vesical. Se realizó la reparación de la fístula vesicovaginal con omentoplastia y el postoperatorio evolucionó sin complicaciones.

Conclusión: las fístulas vesicovaginales deben considerarse en toda paciente con hematuria evidente posparto; la reparación oportuna es fundamental para la evolución favorable.

Palabras clave: fístula vesicovaginal, parto vaginal.

Nayara López-Carpintero¹
Jesús de la Fuente-Valero¹
Francisco Javier Salazar-Arquero¹
Juan José Hernández-Aguado²

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología.

² Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Infanta Leonor. Madrid, España

Great vesicovaginal fistula after normal vaginal delivery in a developed country

ABSTRACT

Background: Obstetric fistulas in developed countries are infrequent and have been associated with instrumental vaginal delivery, manual removal of placenta and surgical complications during caesarean section. We present the diagnosis and treatment of an obstetric fistula of patient without clear risk factors in a developed country.

Case report: The case presented is of a 37 weeks pregnant with history of previous cesarean section. A male of 2,600 g was born after a not prolonged vaginal delivery. In the immediate postpartum period, appeared evident hematuria and in the exploration a defect was detected in the vaginal anterior face at 3 cm from the urethral meatus. Cystoscopy showed a torn in bladder of 8 cm at the bottom. Reparation of vesicovaginal fistula was carried out with omentoplasty. Postoperative course was uneventful.

Conclusion: A vesicovaginal fistula must be considered in any patient with hematuria. Early repair is essential for a favorable outcome.

Key words: vesicovaginal fistula, delivery.

Recibido: julio 2015

Aceptado: septiembre 2015

Correspondencia

Dra. Nayara López Carpintero
Avenida Gran Vía del Este, 80
28031, Madrid, España
dralopezcarpintero@yahoo.es

Este artículo debe citarse como:

López-Carpintero N, de la Fuente-Valero J, Salazar-Arquero FJ, Hernández Aguado JJ. Gran fístula vesicovaginal tras parto eutócico en un país desarrollado. Ginecol Obstet Mex 2015;83:798-802.



ANTECEDENTES

La causa e incidencia de las fístulas del conducto urogenital varían geográficamente. En los países desarrollados son poco frecuentes (incidencia estimada de 0.5 a 10%) y suelen aparecer como secuelas después de alguna cirugía ginecológica, enfermedad pélvica severa o radioterapia.¹ En contraste con los países en vías de desarrollo, las fístulas urogenitales son una complicación frecuente después del parto, sobre todo por trabajo de parto obstruido.²

Las fístulas urogenitales provocadas por daños obstétricos son más frecuentes en mujeres primíparas. Las fístulas obstétricas en países subdesarrollados varían de 65 a 96% y se registran entre 30,000 y 130,000 casos nuevos cada año.² Biswas y sus colaboradores describieron alguna alteración obstétrica en 71.8% de las fístulas vesicovaginales en mujeres de la India, después de un parto prolongado, instrumentado o cesárea provocada por un parto obstruido.³

Las fístulas obstétricas en los países desarrollados son poco frecuentes y se han asociado, principalmente, con parto vaginal instrumentado, extracción manual de la placenta y complicaciones quirúrgicas durante la cesárea en comparación con un parto obstruido.⁴

El principal signo de las fístulas vesicovaginales es la pérdida continua de orina. El diagnóstico de las fístulas urogenitales se establece mediante el examen físico, por la visualización de fuga de orina en la vagina, que puede apreciarse a simple vista o con pruebas de tinción.⁴ La reparación primaria es el método de elección para el tratamiento exitoso de la fístula vesicovaginal.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente de 38 años de edad, con embarazo de 37 semanas y 3 días, antecedente obstétrico de

una cesárea, tres años antes, por falta de evolución del parto. El embarazo actual transcurrió normalmente.

Ingresó al servicio médico con diagnóstico de rotura prematura de membranas de 6 horas de evolución y exudado vaginorrectal negativo. Con la identificación de cérvix desfavorable y ausencia de dinámica uterina se decidió la maduración cervical con dispositivo de liberación lenta de dinoprostona (Propess®). Nueve horas después se retiró el dispositivo por dinámica uterina favorable y modificación cervical. El periodo de dilatación duró 5 horas y 30 minutos, lapso en el que se colocó un sondaje vesical. La expulsión sobrevino a los 30 minutos y se realizó un sondaje vesical previo al inicio de los pujos. Se atendió un parto eutócico con episiotomía, del que se obtuvo un varón de 2,600 g, con Apgar 8/9 y pH arterial de 7.09.

En el puerperio inmediato, 3 horas después del parto, se observó hematuria evidente, por lo que se indicó sondaje vesical permanente e hidratación. A pesar del sondaje y cambio de sonda por una de mayor tamaño se apreció salida de orina por fuera de la sonda. En la exploración se detectó un defecto en la cara anterior vaginal, a 3 cm del meato uretral. El azul de metileno, administrado a través de la sonda, desembocaba en la vagina, con lo que se sospechó la existencia de una fístula vesicovaginal. Se indicó profilaxis antibiótica con amoxicilina-ácido clavulánico y butilescopolamina por vía intravenosa. En la cistoscopia se observó un desgarramiento total en el fondo de la pared vesical de 8 cm, con paso directo hacia la vagina, sin afectar al trigono (Figuras 1 y 2). A los 5 días posparto se reparó la fístula vesicovaginal con omentoplastia (Figura 3).

El sondaje vesical permaneció y se colocaron dos catéteres ureterales. Se realizó ligadura tubárica bilateral en el mismo procedimiento quirúrgico por deseo de la paciente. El posoperatorio cursó

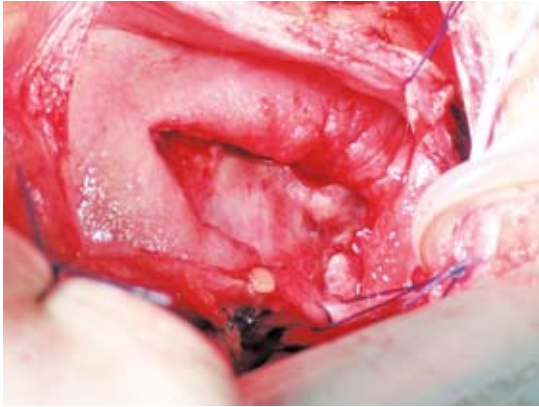


Figura 1. Fístula vesicovaginal.

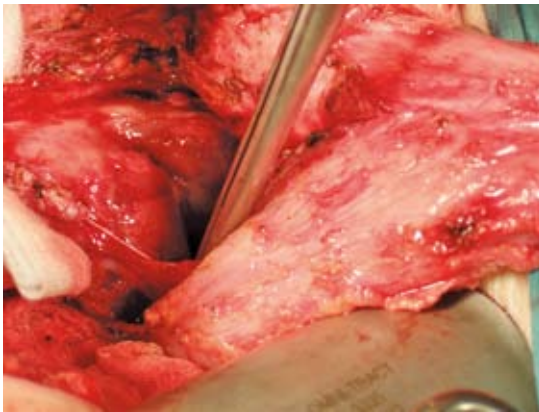


Figura 2. Hallazgos quirúrgicos de la fístula vesicovaginal.

sin complicaciones. Se retiraron los catéteres ureterales a los 7 días y el sondaje vesical 14 días después de la cirugía, con previa cistoscopia sin evidencia de fugas. El tratamiento antibiótico permaneció durante 10 días.

Después de un año de seguimiento la paciente refirió síndrome miccional con polaquiuria, disuria y urgencia esporádica. Los estudios complementarios (cistoscopia y urografía intravenosa) no reportaron hallazgos relevantes. El

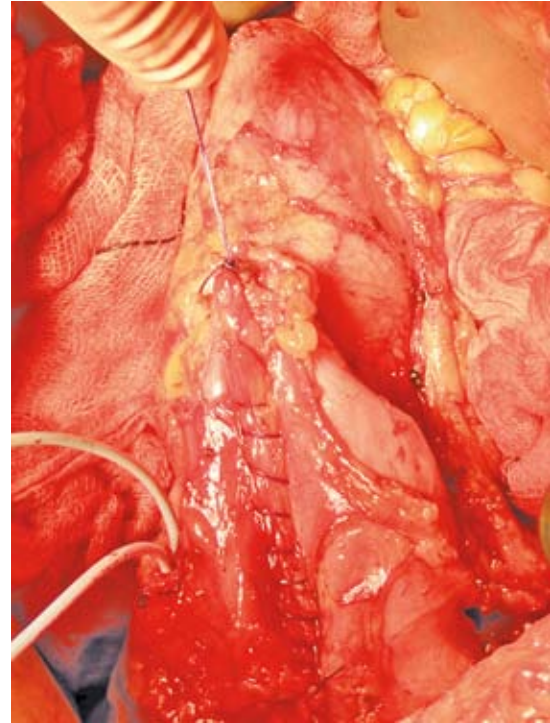


Figura 3. Reparación de la fístula vesicovaginal.

estudio urodinámico demostró incontinencia urinaria de esfuerzo leve. Posteriormente la paciente experimentó un cólico renoureteral izquierdo y permaneció en tratamiento con solifenacina y fisioterapia pélvica.

DISCUSIÓN

Las lesiones genitourinarias representan frecuentes complicaciones obstétricas. Hasta la fecha, las fístulas vesicovaginales, la alteración uretral y la lesión ureteral siguen siendo complicaciones frecuentes en los países en vías de desarrollo.⁵ Con la mejora de los cuidados obstétricos y la decisión correcta de la cesárea, la morbilidad neonatal y materna ha disminuido significativamente.⁵

En los países desarrollados, con cuidados obstétricos modernos, las fístulas obstétricas



urogenitales se han asociado con placentación anormal o complicaciones quirúrgicas durante la cesárea. Las fístulas vesicouterinas y vesicovaginales pueden ocurrir después de la cesárea, histerectomía periparto o rotura uterina a término.⁴

En la paciente con hematuria macroscópica e incontinencia urinaria, con antecedente de parto o cirugía, debe sospecharse alguna causa traumática como primera opción (lesión vesical y uretral; fístulas vesicovaginales, uretrovaginales, ureterovaginales o útero-vesicales).

En el caso aquí reportado se observó una fístula vesicovaginal después de un parto eutócico no prolongado. El antecedente de cesárea por no progresión de parto no se repitió y la fístula fue sólo vesicovaginal, sin rotura uterina. En pacientes con antecedente de cesárea existen diversos reportes de perforación vesical durante el parto vaginal asociados con rotura uterina.⁶⁻⁷ Las adherencias entre la vejiga y la cicatriz uterina pueden ser las responsables de la perforación vesical y uterina.

La lesión urogenital obstétrica puede tener origen multifactorial. Además de la segunda etapa del parto prolongada, deben considerarse factores como la paridad y recién nacidos de alto peso. La presión mantenida de la cabeza fetal sobre la porción intraperitoneal de la vejiga durante las contracciones uterinas también puede causar necrosis por presión de la pared vesical, lo que es frecuente en pacientes sin sonda, con vejiga distendida durante el parto. En casos de esta magnitud se recomienda la cateterización de la vejiga durante el periodo de dilatación uterina y previamente al de expulsión y alumbramiento.⁷

Las fístulas obstétricas se ubican en tejido necrótico. Los tejidos blandos maternos (vejiga, vagina, cérvix, recto) se comprimen entre los huesos de la cabeza fetal y los de la pelvis. La

compresión prolongada genera isquemia tisular y puede desencadenar necrosis en la vagina y los tejidos conectivos que separan la vagina de la vejiga y el recto. El tiempo necesario para la evolución a necrosis no está claramente establecido.⁸

La paciente de este estudio había tenido dos embarazos y en esta ocasión tuvo un recién nacido de bajo peso, con duración del parto no prolongada y sondas vesicales en repetidas ocasiones. A pesar de ello se produjo la lesión, por lo que debe considerarse la fístula vesicovaginal en toda mujer en proceso de parto, aún sin factores de riesgo evidentes.

En caso de fístulas de gran tamaño, como en el aquí expuesto, la exploración permite establecer el diagnóstico de la fístula. Además, la cistoscopia es un método eficaz para identificar el daño vesical con precisión y determinar el número de orificios fistulosos. Las pacientes con fístulas de pequeño tamaño pueden requerir cistografía retrógrada.

Si bien la prevención de las fístulas obstétricas debe ser el principal objetivo, una vez que se produce la lesión el mejor tratamiento de las fístulas urogenitales es el reconocimiento y la reparación del daño lo más pronto posible. Si aparece durante algún proceso quirúrgico, la reparación en la cirugía primaria es la mejor opción.⁴ Si el tejido se visualiza sano, podrá realizarse la reparación temprana en pacientes con lesiones obstétricas y partos instrumentados o con daño durante la cesárea. Durante el tiempo de espera, el sondaje vesical puede disminuir los síntomas y permitir el cierre espontáneo en caso de fístulas de pequeño tamaño.⁹

En la paciente de este estudio la identificación de la fístula se efectuó en el puerperio inmediato y se reparó oportunamente después de aplicar la sonda vesical y la administración de antibióti-

cos. La aplicación de la sonda vesical se realizó como medida transitoria, pues el tamaño de la fístula requirió reparación quirúrgica. La sonda vesical permaneció desde el parto y durante 14 días posteriores, hasta descartar fugas mediante cistoscopia. Entre los cuidados posoperatorios, la sonda vesical debe mantenerse durante 7 y 14 días.¹⁰ Antes de retirarla debe realizarse una prueba de imagen para confirmar la integridad de la reparación.

Las fístulas obstétricas pueden resultar en incontinencia urinaria, con mayor o menor repercusión en la calidad de vida de las pacientes. En los países industrializados las pacientes con reparación exitosa de la vejiga no tienen complicaciones residuales relevantes;⁴ sin embargo, en los países en vías de desarrollo la incontinencia suele persistir debido a la lesión del cuello uterino y del esfínter vesical, a la actividad anormal del detrusor o fibrosis de la vejiga.¹¹

No debe asumirse que la incontinencia pos-reparación es de estrés sin una evaluación rigurosa. En una paciente con incontinencia debe comprobarse la reparación óptima de la fístula; en caso de persistir, a pesar de una reparación exitosa, es necesario valorar otras causas como: incontinencia urinaria de esfuerzo, hiperactividad del detrusor, vaciado incompleto de la vejiga, retención urinaria y cálculos vesicales.⁸ La reparación de la fístula fue óptima en la paciente del caso aquí presentado, como lo demuestran la cistoscopia y urografía intravenosa, y sólo persistió una

discreta incontinencia de esfuerzo demostrada mediante el estudio urodinámico.

La coexistencia de fístulas vesicovaginales debe considerarse en toda paciente con hematuria evidente posparto, aún sin factores de riesgo. La reparación oportuna es fundamental para la evolución favorable.

REFERENCIAS

1. Tancer ML. Observations on prevention and management of vesicovaginal fistula after total hysterectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1992;175:501-6.
2. Wall LL, Karshima JA, Kirschner C, Arrowsmith SD. The obstetric vesicovaginal fistula: characteristics of 399 patients from Jos, Nigeria. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:1011.
3. Biswas A, Bal R, Alauddin M, Saha S, et al. Genital fistula-our experience. *J Indian Med Assoc* 2007; 105:123-126.
4. Garely AD, Mann WJ. Urogenital tract fistulas in women. In: UpToDate, Brubaker L (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2014.
5. Kibel AS, Staskin DR, Grigoriev VE. Intraperitoneal bladder rupture after normal vaginal delivery. *J Urol* 1995;153:725-727.
6. Duhan N, Kadian YS, Sirohiwal D, Pradeep K, et al. Spontaneous life-threatening urinary bladder hemorrhage in pregnancy. *J Obstet Gynaecol India* 2012;62:446-447.
7. Png KS, Chong YL, NG CK. Two cases of intraperitoneal bladder rupture following vaginal delivery. *Singapore Med J*. 2008; 49:327
8. Wall LL. Obstetric fistulas in resource-limited settings. In: UpToDate, Brubaker L (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2014.
9. Singh O, Gupta SS, Mathur RK. Urogenital fistulas in women: 5-year experience at a single center. *Urol J* 2010; 7:35.
10. Nardos R, Menber B, Browning A. Outcome of obstetric fistula repair after 10-day versus 14-day Foley catheterization. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 118:21.
11. Wall LL. Obstetric vesicovaginal fistula as an international public-health problem. *Lancet* 2006;368:1021.