

INFORME DE CASO

Uretroplastia y malla libre de tensión en fístula uretrovaginal. Informe de caso

Dr. Luis Enrique Pérez Moreno, Dr. Ernesto Romagosa Bermúdez, Dra. Esther Gilda González Carmona

Hospital Clínico Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milán Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

La fístula uretrovaginal es poco frecuente y su tratamiento quirúrgico puede ser muy desafiante a causa de la mala calidad del tejido local; a menudo pueden requerirse dos o más procedimientos, lo que hace sea desalentadora para muchos que emplean los procedimientos vaginales con resultados favorables: uretrocompresión, uretrosuspensión y uretroplastia. Se presenta una paciente de 64 años, operada de rectocistocele y de prolapso uterino, con diagnóstico de fístula uretrovaginal. Debido a los antecedentes de incontinencia urinaria de esfuerzo presentada por la paciente antes de ser operada del prolapso uterino y a que en la fístula ubicada en la uretra proximal o el cuello de la vejiga el mecanismo de continencia puede estar comprometido, se decidió realizar la reparación de la fístula uretrovaginal con una técnica empleada con éxito en otra paciente que presentó trayecto fistuloso entre trigono vesical y vagina y apoyar este procedimiento con una uretrosuspensión con malla libre de tensión suburetraltransobturatriz. La paciente evolucionó satisfactoriamente, lo que apoya el uso de esta técnica quirúrgica que se realizó por primera vez en este hospital.

Palabras clave: fístula uretrovaginal; uretrosuspensión con malla libre de tensión suburetraltransobturatriz; uretroplastia; uretrocompresión

ABSTRACT

Urethrovaginal fistula is uncommon and its surgical treatment can be very challenging because of poor local tissue quality; two or more procedures may often be required, making it discouraging for many who use vaginal procedures with favorable results: urethrocompression, urethrosuspension, and urethroplasty. It is presented a female patient of 64 years old operated of rectocistocele and uterine prolapse with diagnosis of urethrovaginal fistula. Due to the history of urinary incontinence of stress presented by the patient before surgery of the uterine prolapse since the fistula located in the proximal urethra or bladder neck the mechanism of continence may be compromised, it was decided to perform the repair of the urethrovaginal fistula with a technique successfully used in another patient who presented a fistulous trajectory between bladder trine and vagina and support this procedure with a urethrosuspension with mesh free of suburetral transobturatrix. The patient evolved satisfactorily, which supports the use of this surgical technique that was performed for the first time in this hospital.

Key words: urethrovaginal fistula; urethrosuspension with tension-free mesh suburetraltransobturatrix; urethroplasty; urethrocompression

INTRODUCCIÓN

La fístula urinaria es tan antigua como la humanidad y es consecuencia de partos distócicos, de infecciones y de accidentes; la aparición de las Especialidades de Obstetricia y Ginecología contribuyó a que disminuyeran las fístulas urogenitales ocasionadas por traumas obstétricos durante el parto pelviano. El desarrollo de las ciencias médicas trajo consigo el surgimiento de procedimientos quirúrgicos novedosos para el tratamiento de diferentes enfermedades que no están exentos de complicaciones, entre ellas, las fístulas urogenitales.¹⁻⁴

Algunas fístulas son raras. La fístula uretrovaginal, excepcionalmente, se puede encontrar en un parto distócico, en el tratamiento del cáncer de cuello uterino tratado con braquiterapia, en el cáncer vaginal, en la fractura de la pelvis y, menos infrecuentemente, en accidentes quirúrgicos durante operaciones vaginales: en la colporrafia anterior por cistocele, en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo y en la corrección quirúrgica de un divertículo uretral.^{2,5-7}

Según Karram esta intervención quirúrgica puede ser muy desafiante a causa de la mala calidad del tejido local; a menudo puede requerirse de dos o más procedimientos.² Osorio plantea que la operación de esta fístula es desalentadora para muchos que emplean los procedimientos vaginales con resultados favorables: uretrocompresión, uretrosuspensión y uretroplastia.⁷

Las técnicas utilizadas en las fístulas uretrovaginales son similares a las empleadas en las vésico-vaginales, con la diferencia de que en las fístulas uretrovaginales no debe extirparse por completo, sino más bien circunscribirse y cerrarse por encima.^{3,4,8-10}

Cuando la fístula se ubica en la uretra proximal o el cuello de la vejiga y se piensa que el mecanismo de continencia se ha visto comprometido, puede realizarse una intervención antiincontinencia (con mayor frecuencia un cabestrillo suburetral) a la vez que la reparación de la fístula y se recomienda colocar una almohadilla de grasa labial entre la uretra reparada y el material del cabestrillo.^{2,9}

Las fístulas de pequeño o intermedio tamaño pueden manejarse mediante un cierre por planos, libre de tensión. El tipo de procedimiento necesario para la incontinencia estará indicado por la evaluación preoperatoria, aunque el cabestrillo pubovaginal representa la mejor opción pues tiene efectos benéficos sobre la función uretral y proporciona una interposición de tejido.⁹

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente de 64 años, femenina, de la raza blanca y procedencia rural.

Antecedentes patológicos personales: hipertensión arterial y cefalea migrañosa tratada con atenolol 100mg -½ tableta diaria-; alergia a la penicilina y a la indometacina.

Antecedentes obstétricos y ginecológicos: embarazos cinco, partos cuatro y aborto espontáneo uno; operada de rectocistocele en el año 2007 y de prolapso uterino en 2013.

Historia de la enfermedad actual: aproximadamente un mes y medio después de haber sido operada de prolapso uterino, en el año 2013, comenzó con salida involuntaria de orina por la vagina; al principio se acompañada de micciones normales después del decúbito, pero con el paso del tiempo la salida de orina empeoró y las micciones en la mañana disminuyeron hasta que se hicieron ocasionales y muy escasas. En los últimos meses la salida de orina por la vagina aumentó y desaparecieron las micciones en la mañana. La paciente fue recibida en la Consulta de Urología del Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, y refirió al Especialista, como síntomas acompañantes a la salida de orina, los derivados de una dermatitis urinosa tratada con éxito hasta el momento del ingreso. Relató que un tiempo después de haber sido operada de rectocistocele, en el año 2007, presentó salida involuntaria de orina con los grandes esfuerzos pero nunca le dio importancia porque se presentaba en raras ocasiones y no le molestaba.

Examen físico:

Piel y mucosa húmedas y normocoloreadas.

Aparato respiratorio: sin alteración, frecuencia respiratoria 16xminuto.

Aparato cardiovascular: sin alteración, frecuencia cardíaca 76xminuto, tensión arterial 120/80mmHg.

Abdomen: suave, no doloroso, no visceromegalia, ruidos hidroaéreos presentes, sin alteración.

Examen génito-urinario: no presencia de masa lumboabdominal, riñones no palpables, puntos reno-ureterales no dolorosos, meato uretral sin alteración. Cara anterior de la vagina irregular, se observó salida constante de orina por trayecto fistuloso a ese nivel. Prueba de colorante positiva para fístula vesicovaginal o uretrovaginal.

Examen rectal: esfínter normotónico, no tumoración anorrectal. Reflejo bulbo cavernoso: sin alteración.

Exámenes complementarios realizados:

Hemoglobina: 129g/l

Leucograma: $6,9 \times 10^9/l$

Glicemia: 4,0mmol/l

Creatinina: 76mmol/l

Coagulograma: normal

Urocultivo y cultivo de exudado vaginal: sin crecimiento bacteriano.

Ultrasonido renal y abdominal: hígado, bazo y páncreas sin alteración. Riñones de tamaño y posición normal, con buena relación córtico-medular, no dilatación de cavidades, ni litiasis.

Urograma descendente: fase nefrográfica: sin alteración, no dilatación de cavidades, no trayecto fistuloso ureteral; fase cistográfica: se observa extravasación de contraste hacia la vagina en relación con fístula vésico vaginal o uretrovaginal.

Uretrocistoscopia: pasó el cistoscopio sin dificultad, orinas claras, salida del líquido de irrigación por cara anterior de la vagina, meatos ureterales visibles sin

alteración, trígono sin alteración, no se visualizó el trayecto fistuloso, mucosa vesical normal. Al retirar el cistoscopio se observó, en la cara ventral de la uretra posterior, entre el cuello vesical y el esfínter, el trayecto fistuloso, y una salida del haz de luz por la cara anterior de la vagina.

Evaluación geriátrica y anestésica: riesgo quirúrgico moderado, ASA II.

El 6 de noviembre de 2015, teniendo en cuenta los antecedentes de incontinencia urinaria de esfuerzo presentada por la paciente antes de ser operada del prolapso uterino y que en la fístula ubicada en la uretra proximal o el cuello de la vejiga el mecanismo de continencia podía estar comprometido, se decidió realizar la reparación de la fístula uretrovaginal con una técnica empleada con éxito en otra paciente que presentó trayecto fistuloso entre el trígono vesical y la vagina y apoyar este procedimiento con una uretrosuspensión con malla libre de tensión suburetraltransobturatriz.

Técnica quirúrgica:

Previa antibioprofilaxis con cefasolina -1g endovenoso- se aplicó la anestesia espinal, en posición de litotomía. Se procedió al lavado de la zona quirúrgica con iodo povidona y se colocaron los paños de campo. Se expuso el introito vaginal y se colocó una sonda Foley 18Fr luego de visualizar el trayecto fistuloso (figura 1).

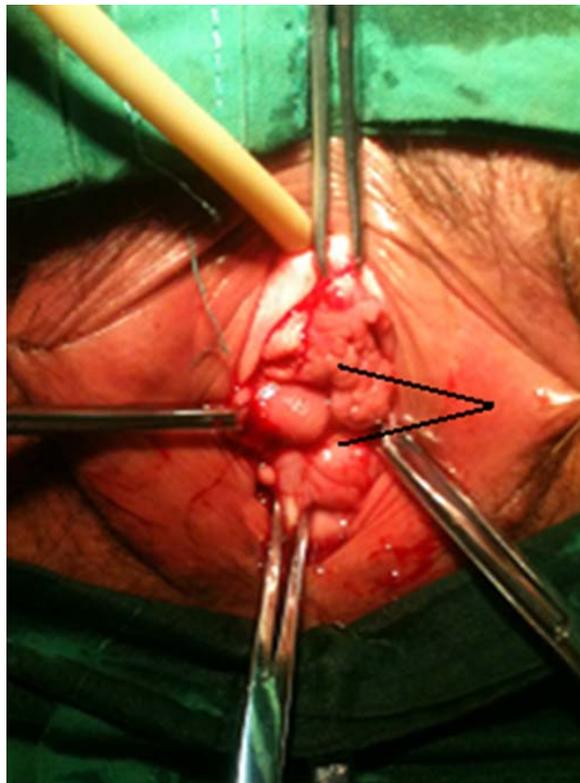


Figura 1. Exposición del trayecto fistuloso

Se resecó la mucosa vaginal irregular circunscribiendo la fístula (figura 2 A). La mucosa vaginal próxima a la fístula se disecó y fue evertida hacia la línea media para cubrir el orificio fistuloso (figuras 2 B y C y figura 4 A), se suturó a puntos

sueltos con sutura absorbible (figura 2 D) y se pinzó la sonda para comprobar la hermeticidad del cierre.

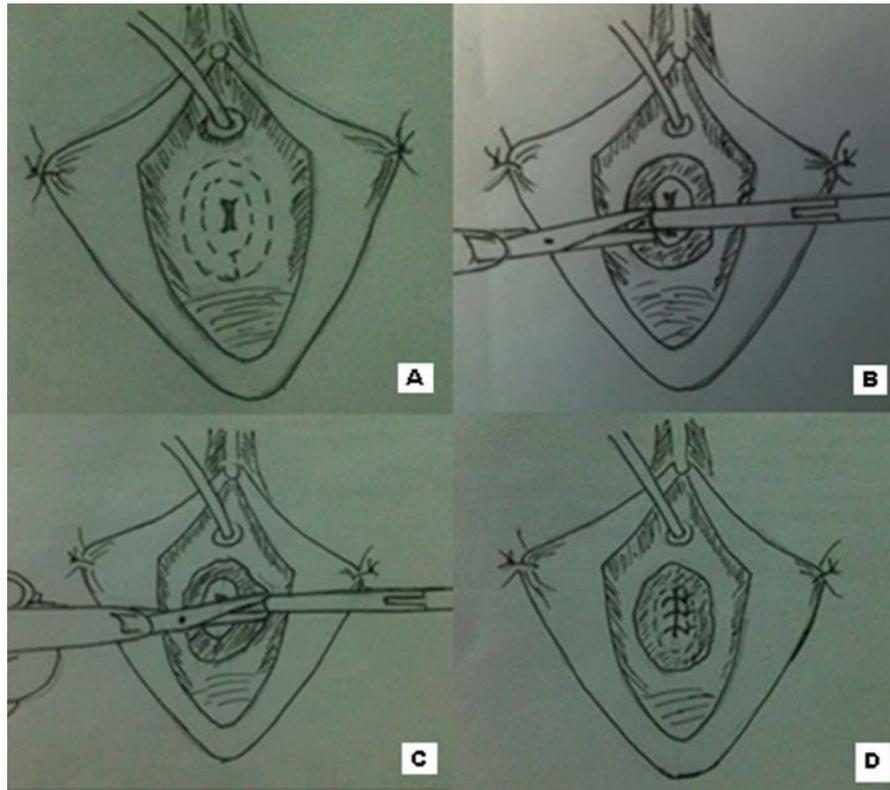


Figura 2. Resección de la mucosa vaginal circunscribiendo la fístula para eliminar la mucosa irregular (A), se libera la mucosa vaginal próxima a la fístula (B), se libera la mucosa distal a la fístula (C), eversión de la mucosa vaginal próxima a la fístula y sutura en la línea media con sutura absorbible (D)

Después se realizó un segundo plano con tejido periuretral y perivaginal libre de tensión (figuras 3 E-G). En el cierre de estos planos, aunque se realiza en el mismo sentido que el anterior, la línea de sutura no se superpone una a la otra porque se hace en forma escalonada, transversal y longitudinalmente (figura 4 B).

Se realizó una uretrosuspensión con malla libre de tensión suburetraltransobturatriz de adentro hacia fuera (figura 5 A), se cerró la vagina a puntos sueltos (figuras 3 H y 5 B) y se colocó tapón vaginal por 24 horas.

Se orientaron los cuidados de la sonda, el tratamiento analgésico y la vitaminoterapia y se extendió la antibioprofilaxis con cefazolina por 24 horas; después continuaría con quinolona por 21 días.

Se evaluó en consulta externa a los 17 días y se retiró la sonda vesical, en ese momento estaba asintomática y el examen físico sin alteración; se le indicó urocultivo, que fue negativo. El seguimiento se realizó mensualmente y se mantiene continente y asintomática.

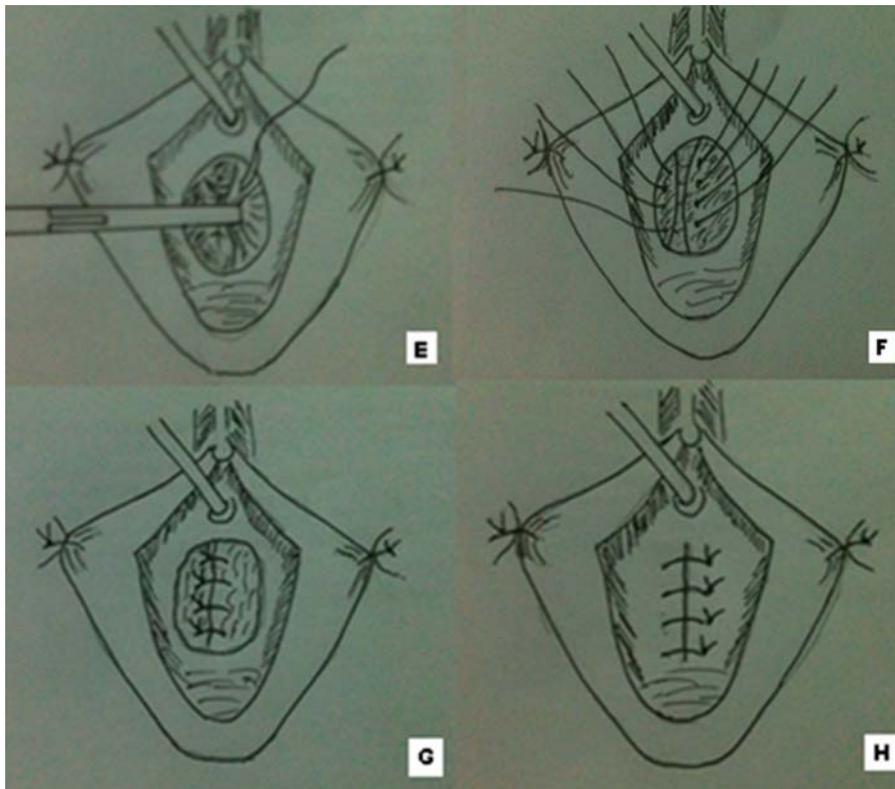


Figura 3. Se libera tejido para vaginal y se superpone a la sutura anterior en la línea media (E), se cierra este plano a puntos sueltos con sutura absorbible (F), se muestra el cierre definitivo de este plano (G) y se cierra la mucosa vaginal a puntos sueltos con sutura absorbible (H)

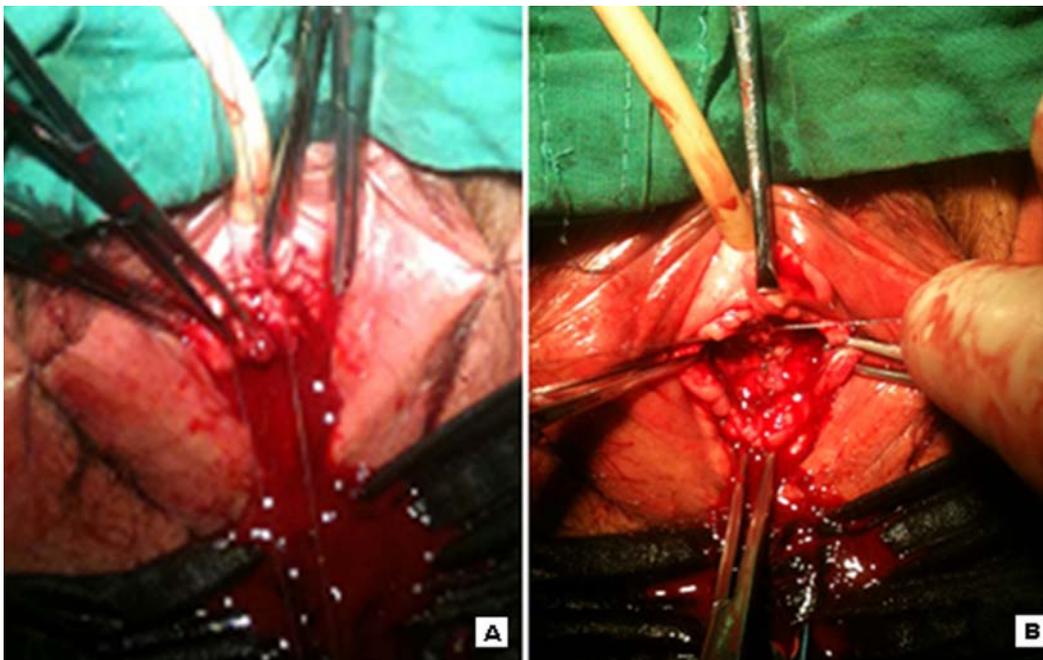


Figura 4. Eversión de la mucosa vaginal próxima a la fístula (A) y cierre en la línea media con sutura absorbible (B)

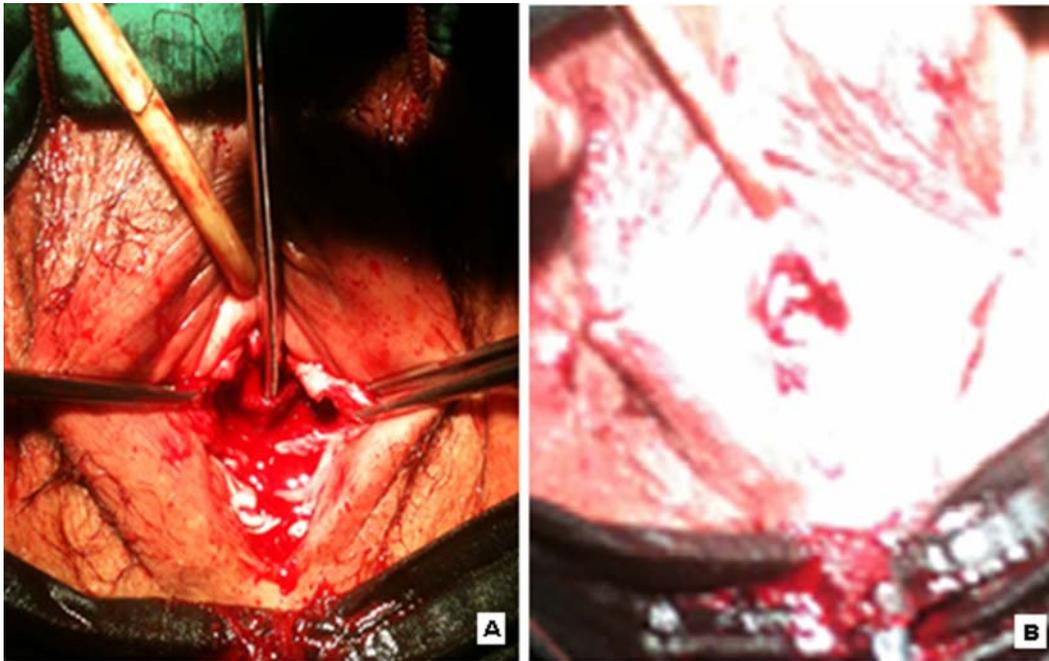


Figura 5. Colocación de la malla libre de tensión (A) y cierre de la mucosa vaginal (B)

COMENTARIO FINAL

La fístula uretrovaginal se puede encontrar excepcionalmente, pero cuando aparece afecta psicológica y socialmente a la paciente. La escasa experiencia que existe con este tipo de procedimiento, que ha sido descrito como desafiante y desalentador^{2,7,9} por reconocidos autores, hace que el médico se muestre cauteloso a la hora de dar un pronóstico de curación. En este caso se logró interponer gran cantidad de tejido entre la uretra reparada y el cabestrillo y fue innecesario colocar una almohadilla de grasa labial. La paciente evolucionó satisfactoriamente, lo que apoya el uso de esta técnica quirúrgica que se realizó en este hospital por primera vez.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osorio Acosta VA. Generalidades. Antecedentes históricos [Internet]. En: Fístulas urinarias. La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p.1-16 [citado 15 Nov 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/fistulas_urinarias/capitulo01.pdf
2. Karram MM. Fístulas de las vías urinarias inferiores. En: Uroginecología y cirugía reconstructiva de la pelvis. 3ªed. Amsterdam: Elsevier; 2008. p. 452-467.
3. Memon I, Ahmed SF, Ali SS, Abdullah A. An audit of vesico vaginal fistula at liaquat national hospital. IMJ [Internet]. 2015 [citado 15 Nov 2016]; 7(4):191-194. Disponible en: <http://www.scopemed.org/?mno=214172>
4. Tayade S, Kumar N, Shivkumar PV. Vesicocervical fistula: a rare complication of lower segment caesarean section. IJBR [Internet]. 2012 [citado 15 Nov 2016]; 3(4): 221-223. Disponible en: <http://www.ssjournals.com/index.php/ijbr/article/view/737/733>

5. Tanagho EA, Brant WO, Lue TF. Disorders of the female urethra. In: Emil A Tanagho EA, McAninch JW. Smith´s General Urology. 17th ed. USA: McGraw-Hill; 2008. p. 638-644.
6. Lue TF, Tanagho EA. Incontinencia urinaria. En: Mc Aninch JW, Lue TF. Smith y Tanagho Urología General. 18^{va} ed. México: McGraw-Hill; 2014. p. 480-497.
7. Osorio Acosta VA. Fistulas uretrales. En: Fístulas urinarias. La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p.213-247.
8. Broseta E, Budía A, Burgues JP, Luján S, Serrano A, Jiménez Cruz JF. Cirugiauroginecológica. En: Atlas quirúrgico de urología práctica. Valencia: Hospital Universitario La Fe; 2008. p. 352-391.
9. Pouner ES. Fistulas del tracto urinario. En: Campbell-Walsh. Urología. 10^{ma} ed. México: Médica Panamericana; 2015. p. 2245-2283.
10. Tayade S, Kumar N. Eighteen years old vesico-vaginal fistula caused by forceps delivery: a saga of suffering. IJBR [Internet]. 2012 [citado 15 Nov 2016];3(5):265-267. Disponible en: <http://www.ssjournals.com/index.php/ijbr/article/view/747/743>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Recibido: 16-11-2017

Aprobado: 8-1-2018

Luis Enrique Pérez Moreno. Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Arnaldo Milián Castro". Avenida Hospital Nuevo e/ Doble Vía y Circunvalación. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)42270000 luispm@infomed.sld.cu