



CASO CLÍNICO

Reparación de fístula vesicovaginal por laparoscopia

Beltrán Suárez E,¹ Ríos Melgarejo C,² Viera Tirado U³

RESUMEN

La histerectomía abdominal permanece como la primera causa de fístulas vesicovaginales en países en desarrollo. Las medidas conservadoras tienen poca posibilidad de éxito. Cuando la fístula es grande o cuando no responde a las medidas conservadoras la cirugía correctiva se encuentra indicada con un índice de éxito del 75 al 97%. Presentamos un caso de una paciente de 37 años con antecedente de placenta previa y lesión ureteral derecha, a la cual se le realizó histerectomía y reimplante ureteral derecho, posteriormente desarrollo fístula vesicovaginal, la cual reparamos de forma exitosa por la vía laparoscópica.

Palabras clave: fístula vesicovaginal, laparoscopia, reimplante ureteral.

SUMMARY

Abdominal hysterectomy remains as the most common cause of vesicovaginal fistula in developed countries. The conservative measures have a low probability of success. When the fistula is large or when it does not respond to these conservative measures, corrective surgery is indicated and can be repaired with a success rate of 75 to 97%. We present a case of a patient 37 years old with the antecedent of placenta previa y ureteral injury, she was operated of hysterectomy and right ureteral reimplant, after this the patient development a vesicovaginal fistula, which was repair by us successfully by the laparoscopic way.

Key words: vesicovaginal fistula, laparoscopic, ureteral reimplant.

1 Médico Adscrito al Servicio de Urología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, México, D.F. 2 Residente del 5° año de Urología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, México, D.F. 3 Residente del 4° año de Urología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza, México, D.F.

Correspondencia y solicitud de una copia del video de la cirugía: Dr. Carlos Ríos Melgarejo. Correo electrónico: carlosriosmelgarejo@urologist.md.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía abdominal persiste como la primera causa de fístula vesicovaginal en los países en desarrollo presentándose en 1/1,800 histerectomías,¹ el manejo conservador de las mismas, tiene una baja probabilidad de éxito de 7 a 12.5%.^{2,3} Cuando las medidas conservadoras fallan la corrección quirúrgica se encuentra indicada.³⁻⁵ El éxito de la reparación quirúrgica va del 75 al 97%, y con fístulas recurrentes el índice de falla puede llegar al 10%.^{6,7}

Las técnicas para la reparación son múltiples y dependen de la etiología, localización y preferencia del cirujano.¹ El manejo transvaginal, por lo general, es realizado por ginecólogos, pero cuando la vagina se encuentra con abundante fibrosis o la fístula se encuentra en la pared vesical posterior, el abordaje vaginal se puede dificultar.⁵ Las indicaciones para el abordaje abdominal son las siguientes: exposición inadecuada por fístula alta o retraída en una vagina estrecha, fístula próxima al uréter, patología pélvica asociada y fístulas múltiples.⁸

Hay múltiples reportes de reparación de fístulas vesicovaginales por la vía laparoscópica, comenzando con Nezhat en 1994.^{3,4,6,9-12} La mayoría son reportes de casos clínicos, y últimamente Sotelo y cols., publicaron una de las series más grandes, con un éxito del 93%.¹³

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente del sexo femenino de 37 años, sin antecedentes familiares y personales no patológicos de importancia. Con cuatro gestas y cuatro cesáreas, el 30 agosto del 2005 presentó placenta previa y lesión incidental, por lo cual se le realizó histerectomía y reimplante ureteral derecho tipo politano. Quince días después de la intervención la paciente presenta incontinencia urinaria total, utilizando desde entonces un promedio de 5 pañales al día. A la exploración física con cicatriz de incisión media infraumbilical, al tacto vaginal se palpa defecto anterior vaginal de aproximadamente 10 mm de diámetro.

Todos los laboratorios de control se encontraron dentro de parámetros normales. La urografía excretora no evidenció compromiso ureteral, sólo

el tracto ureteral derecho corregido por el reimplante sin ectasia renal. El cistograma miccional con evidencia de fístula vesicovaginal (**figura 1**). La cistoscopia con meato izquierdo ortotópico y el meato derecho en el domo de lado derecho, se observó trayecto fistuloso supratrigonal de lado izquierdo de 10 mm de diámetro, a 5 cm del meato izquierdo, la vaginoscopia con defecto de las mismas características en el fondo vaginal anterior, prueba de azul de metileno positiva. La paciente fue sometida a una reparación de fístula vesicovaginal por laparoscopia. La preparación de la paciente consistió en una cistoscopia preoperatorio con cateterización de ambos uréteres con catéteres ureterales, los cuales se fijaron con sedas a la sonda Foley 20 Fr; y cateterización del trayecto fistuloso con catéter ureteral, el cual ambos extremos externos fueron fijados entre ellos con seda, se colocó a la paciente en posición de Trendelenburg forzada y ambas piernas separadas (**figura 2**).

Se utilizaron dos trocares de 10 mm, uno umbilical y otro en pararectal derecho en la mitad de una línea del pubis hacia la cicatriz umbilical y del lado contralateral, uno de 5 mm al mismo nivel (**figura 3**). Posteriormente, se colocó un trocar adicional 5 mm para tracción y aspiración lado derecho.

Se realizó un abordaje transperitoneal, se realizaron incisiones en vagina y vejiga con ayuda

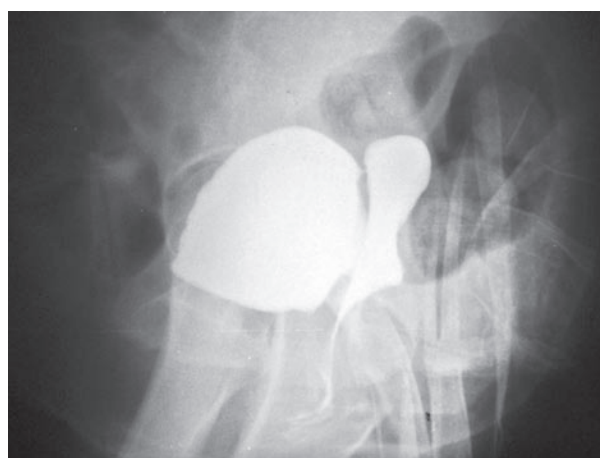


Figura 1. Cistograma que muestra trayecto fistuloso.



Figura 2. Posición de la paciente.



Figura 3. Posición de los trócares.

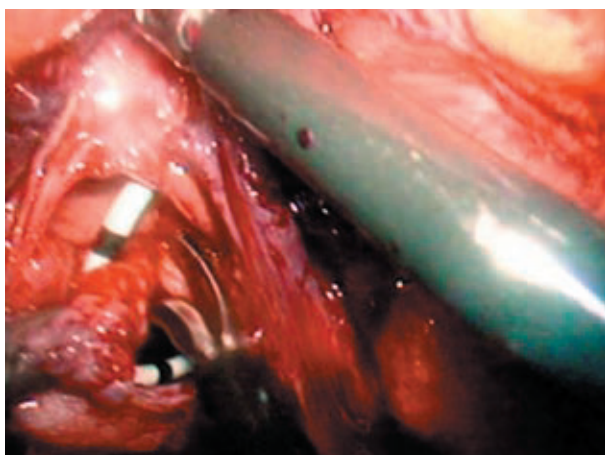


Figura 4. Resección laparoscópica de la fístula vesicovaginal, se observa catéter ureteral atravesando la fístula.

de tacto vaginal y movilización del catéter ureteral que se pasaba por la fístula vesico- vaginal, una vez localizada la fístula y observando el catéter que la atravesaba se realiza incisión de la misma, con un margen aproximado de 5 mm de tejido sano (figura 4) y se extrajo el tracto fistuloso y catéter por la vagina, posteriormente se realiza disección de la pared vaginal y vesical separándolas entre sí. Una vez movilizadas ambas estructuras se realiza el cierre continuo de ambas estructuras en un plano. Sin sobreponer líneas de sutura y con Vicryl 000. Se dejó un drenaje tipo Penrose en el hueco pélvico. El tiempo de cirugía fue de 3:30 horas, con un sangrado de 50 cc.

La paciente presentó una evolución satisfactoria, los catéteres ureterales se retiraron a los 3 días, y la sonda Foley a los 14 días. El Penrose se retiró al cuarto día, con gastos de 10, 8, 5 y 5 mL, respectivamente. El dolor mínimo se manejó sólo los dos primeros días postoperatorios sólo con metamizol, no requirió de opiáceos. La movilización fue al segundo día postoperatorio. El resultado de patología fue trayecto fistuloso sin evidencia de malignidad. La paciente se mantiene completamente seca a 6 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

Como se ha mencionado en la literatura, la técnica para la reparación de las fistulas vésico-vaginales puede tener diferentes variables, en el caso de nuestra paciente, aun teniendo el antecedente de cirugía urológica de un reimplante ureteral, la elección fue por abordaje laparoscópico. Al inicio del procedimiento fue necesario el retiro de las adherencias intestinales hacia la cicatriz previa, con lo cual hay que ser precavidos para evitar una lesión. El reimplante ureteral se encontraba en el sitio contralateral de la fístula y extraperitoneal, por lo cual no provocó ninguna dificultad para el procedimiento.

El abordaje laparoscópico nos ofrece un acceso directo al sitio de la fístula con una separación clara de los tejidos, lo cual evita realizar grandes incisiones tanto en la pared abdominal como en la pared vesical, disminuyendo así el dolor postoperatorio y la hiperactividad vesical. Es fundamental el reconocimiento laparoscópico de las estructuras anatómicas así como la experiencia

en cirugía urológica laparoscópica reconstructiva, debido a que el paso que toma más tiempo es la reconstrucción de ambos tractos, siendo facilitada debido a que utilizamos sutura continua tanto en la reconstrucción de la vagina como de la vejiga. Una vez abierta la vagina la fuga de gas es mínima, sin producir dificultad para seguir con el procedimiento, de cualquier forma hay que realizar primero el cierre vaginal para evitar la fuga de gas.

Con respecto a la técnica descrita por Sotelo,¹³ presenta su experiencia en el manejo laparoscópico de 15 fístulas vesicovaginales con un tiempo operatorio promedio de 170 minutos, no consideramos pertinente la utilización de energía a nivel de vejiga, ya que ellos utilizan bisturí armónico, nosotros sólo realizamos cortes en frío, para mejorar la coaptación del tejido, mejorar la cicatrización y disminuir la sintomatología postoperatoria, el sangrado es mínimo y se empleó en forma reducida la cauterización de tejido, obteniendo por esto pocas molestias, la incisión que realizamos en vejiga fue pequeña, lo más próximo al sitio de la fístula, de igual forma para disminuir la sintomatología postoperatoria, una vez abierta la vejiga e identificados los planos, la separación de ambas paredes vaginales y vesicales es sencilla, logrado así cumplir con los parámetros para tener éxito en esta cirugía como son una adecuada exposición de los tejidos, resección del tejido fibroso y mantener los tejidos libres de tensión. En nuestra paciente no fue necesaria la transposición de epiplón debido a que no era recurrente y a que era de un diámetro pequeño 10 mm.

A nuestro conocimiento éste es el primer reporte de una reparación de fístula vesicovaginal en nuestro país, y consideramos que en el futuro ésta será la vía de elección para el manejo abdominal de las fístulas vesicovaginales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miller EA and Webster GD. Current management of vesicovaginal fistula. *Curr Opin Urol.* 2001;11:417-21.
2. Hilton P. Vesicovaginal fistula: new perspectives. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2001;13:513-20.
3. O'Conor VJ Jr. Review of experience with vesicovaginal fistula repair. *J Urol.* 1980;123:367-9.
4. Ou CS, Huang UC, Tsuang M. and Rowbotham R. Laparoscopic repair of vesicovaginal fistula. *J Laparosc Adv Surg Tech A.* 2004;14:17-21.
5. Shlomo, R. Editorial comment: early *versus* late repair of vesicovaginal fistulas: vaginal and abdominal approaches. *J Urol.* 1995;153:1112,
6. von Theobald P, Hamel P and Febbraro W. Laparoscopic repair of a vesicovaginal fistula using an omental J flap. *Br J Obstet Gynecol.* 1998;105:1216-8.
7. Eilber KS, Kavalier E, Rodriguez LV, Rosenblum N and Raz S. Ten-year experience with transvaginal vesicovaginal fistula repair using tissue interposition. *J Urol.* 2003;169:1033-6.
8. Lee RA, Symmonds RE and Williams TJ. Current status of genitourinary fistula. *Obstet Gynecol.* 1998; 72:313-9.
9. Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C and Rottenberg H. Laparoscopic repair of a vesicovaginal fistula: a case report. *Obstet Gynecol.* 1994;83(2):899-91.
10. Phipps J. Laparoscopic repair of posthysterectomy vesicovaginal fistula. Two case reports. *Gynecol Endosc.* 1996;5:123.
11. Miklos JR, Sobolewski C and Lucente V. Laparoscopic management of recurrent vesicovaginal fistula. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 1999;10:116-7.
12. Nabi G and Hemal AK. Laparoscopic repair of vesicovaginal fistula and right nephrectomy for nonfunctioning kidney in a single session. *J Endourol.* 2001; 15:801-3.
13. Sotelo R, Mariano BM, Garcia-Sequi A *et al.* Laparoscopic repair of vesicovaginal fistula. *J Urol.* 2005; 173:1615-8.