

CORRECCIÓN ENDOSCÓPICA DE FISTULA VESICOVAGINAL MEDIANTE NUEVA TÉCNICA QUIRÚRGICA POSTERIOR A HISTERECTOMÍA SECUNDARIA A ACRETISMO PLACENTARIO.

Manuel Duque-Galán, Alejandra Hidalgo-Cardona, Alvaro José Nieto-Calvache

Institución: Fundación Valle del Lili-UNIVERSIDAD ICESI

Introducción

La fistula vesicovaginal (FVV) es una complicación de los procedimientos ginecobstétricos. Existen diferentes abordajes quirúrgicos para su corrección. Exponemos una serie de casos de pacientes con FVV secundarias a histerectomía por acretismo placentario (AP) y describimos una nueva técnica quirúrgica.

Métodos

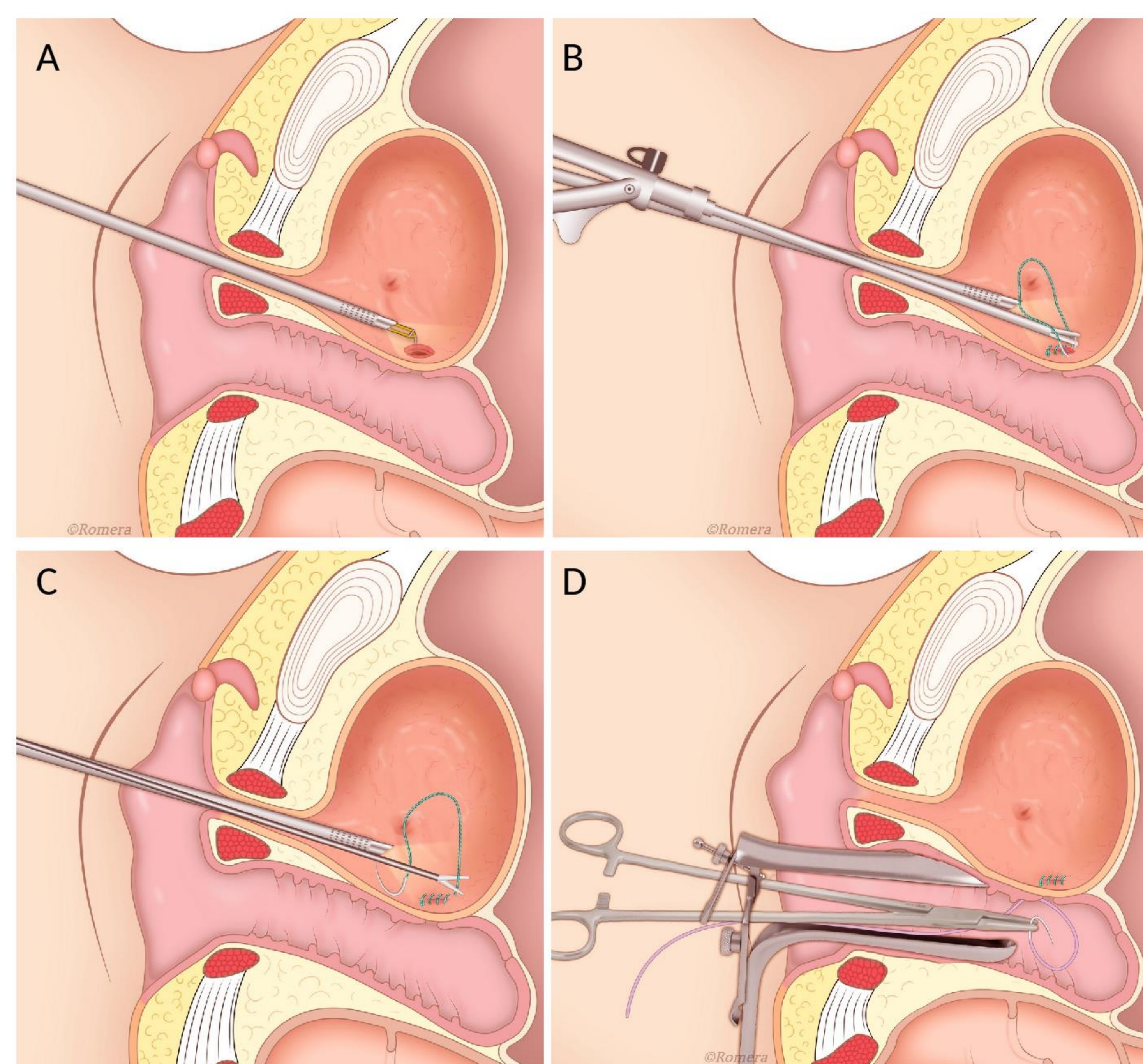
Se revisó retrospectivamente en la base de datos de AP de la Fundación Valle del Lili, pacientes con diagnóstico de FVV. Se recolectaron las variables clínicas y se describió detalladamente el nuevo abordaje quirúrgico.

Resultados

Toda la cirugía se realiza transuretral utilizando los siguientes pasos:

1. Identificar orificio fistuloso bajo cistoscopia
2. Extirpar los bordes de la fistula con resectoscopio con asa de Collins
3. Se introduce sutura barbada (V-locTM), con porta agujas laparoscópico
4. Se introduce cistoscopio de 17.5 Fr y aguja laparoscópica
5. Se toma la aguja con el porta agujas al interior de la vejiga
6. Bajo visión cistoscópica se suturan los bordes de la FVV hasta cerrar el defecto
7. Se introduce tijera laparoscópica a la vejiga y se cortan las suturas
8. Se retira la aguja con el porta agujas laparoscópico. Termina el abordaje cistoscópico e inicia el vaginal
9. Los bordes de la fistula se halan vaginalmente
10. Se sutura la mucosa vaginal
11. Se deja sonda uretral por 21 días.
12. Se hace control con cistoscopia después de retirar la sonda para definir la integridad de la pared vesical.

Tres pacientes con FVV, 2 ubicadas en el trigono y 1 en cúpula vesical. Se realizó el abordaje descrito con buena evolución clínica.



Características clínicas de las pacientes sometidas a sutura endoscópica de fistula vesicovaginal

	Edad	Formula obstetrica	EG cesarea (Semana)	Características espacio vesicouterino	Cistotomía en CS-HT ^a	Inicio síntomas	Localización fistula	Tamaño fistula	Día de reparo ^b	Numero de puntos cistoscópicos	Días con sonda vesical	Evolucion postquirurgica inmediata	Requerimiento procedimientos adicionales	Continencia
1	18	G2C2	29	NeoV adelgazamiento cara posterior vejiga.	#2: cúpula/1 cm próxima a meato ureteral derecho/ 3 cm	21 días POP	Cúpula vesical	2 cm	22	4	21	Asintomatica	No	Sin escapes urinarios a 18 meses
2	32	G3C2A1	36,4	NeoV cara posterior de vejiga	No	30 días POP	A la derecha de meato ureteral izquierdo	1,5 cm	32	4	21	Asintomática	No	Sin escapes urinarios a 12 meses
3	37	G3P1C2	35,4	NeoV cara posterior de vejiga, fibrosis entre utero y vejiga	#1: cefálico a trigono, 3 cm	27 días POP	Retrotrigona l derecha	2,5 cm	42 ^c	4	60	Persiste fuga de orina	Nueva sutura endoscopica Reparo via abdominal	Sin escapes urinarios a 8 meses

Referencias

- Nieto AJ, Echavarría MP, Carvajal JA, et al. Placenta accreta: importance of a multidisciplinary approach in the Colombian hospital setting. Journal of Maternal Fetal and Neonatal Medicine. 2018.
- Fouad LS, Chen AH, Santoni CJ, Wehbe C, Pettit PD. Revisiting Conservative Management of Vesicovaginal Fistula. J Minim Invasive Gynecol. 2017. 179 doi:10.1016/j.jmig.2016.07.011

Conclusiones

El abordaje con sutura endoscópica transuretral para FVV posterior histerectomía por AP, es un procedimiento mínimamente invasivo, que es válido como un abordaje inicial para este tipo de complicación.