



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Bestard Vallejo, Juan E.; Orsola de los Santos, Anna; Raventós Busquets, Carles X.; Planas Morin, Jacques; Morote Robles, Juan

Cierre de fístula neovésico-vaginal en paciente con neovejiga tipo studer mediante abordaje transvaginal con interposición de colgajo de Martius

Archivos Españoles de Urología, vol. 62, núm. 1, febrero, 2009, pp. 56-59

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013956008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

CIERRE DE FÍSTULA NEOVÉSICO-VAGINAL EN PACIENTE CON NEOVEJIGA TIPO STUDER MEDIANTE ABORDAJE TRANSVAGINAL CON INTERPOSICIÓN DE COLGAJO DE MARTIUS

Juan E. Bestard Vallejo, Anna Orsola de los Santos, Carles X. Raventós Busquets, Jacques Planas Morin y Juan Morote Robles.

Servicio de Urología. Hospital Vall d'Hebron. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España.

Resumen.- OBJETIVO: Presentamos el caso de una fístula neovésico-vaginal en una paciente, así como su cierre mediante interposición de colgajo de Martius. Se realiza una revisión bibliográfica de este tipo de complicaciones.

MÉTODOS: Paciente de 51 años que requirió de una cistectomía y neovejiga tipo Studer por adenocarcinoma vesical infiltrante. Tras la retirada de la sonda uretral presentó incontinencia urinaria y fue diagnosticada mediante cistoscopia de una fístula neovésico-vaginal.

RESULTADOS: Dicha complicación se resolvió de forma exitosa por abordaje vaginal mediante el cierre en dos planos y la interposición de un colgajo de Martius.

CONCLUSIONES: La creación de una neovejiga es una indicación poco frecuente en mujeres, como también lo es la eventualidad de presentar este tipo de fístulas, y la mejor vía de abordaje para tratarlas es aún tema de discusión. En nuestra experiencia y tras revisar la literatura pensamos que el cierre vaginal con interposición de colgajo de Martius es una buena técnica para tratar la fístula neovésico-vaginal.

Palabras clave: Neovejiga. Fístula. Vagina. Colgajo de Martius.

Summary.- OBJECTIVE: We report a case of neobladder-vaginal fistula in a patient, and its closure using a Martius flap interposition.

METHODS: A 51 year old patient required cystectomy and Studer's neobladder for invasive bladder adenocarcinoma. After urethral catheter removal she presented constant leakage and was diagnosed by cystoscopy of neobladder-vaginal fistula.

RESULTS: This complication was successfully treated using a vaginal approach with closure in two layers and interposition of a Martius flap.

CONCLUSIONS: Neobladder is a rare indication in women, as it is the eventuality of presenting this type of fistula. The adequate approach to treat it is still controversial. In our experience and after reviewing literature we think vaginal closure using a Martius flap interposition is a good technique to treat a neobladder-vaginal fistula.

Keywords: Neobladder. Fistula. Vagina. Martius flap.

CORRESPONDENCIA



Juan E. Bestard Vallejo
Servicio de Urología
Hospital Vall d' Hebron
Passeig Vall d' Hebron 119-129
08035 Barcelona (España).

38625jbv@comb.es

Trabajo recibido: 4 de junio 2008.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 51 años que tras ser diagnosticada de un tumor vesical infiltrante en junio de 2006 se le practicó una cistectomía radical con linfadenectomía ilio-obturatoria bilateral, histerectomía, anexectomía izquierda y sustitución vesical tipo Studer. La vagina fue extirpada en su mayor parte, dejando el tercio externo que se suturó mediante puntos simples de vicryl de 3/0.

El examen anatomopatológico confirmó el diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso de tipo coloide de alto grado, estadio pT2N0M0.

La paciente presentó un postoperatorio sin complicaciones, retirándose los catéteres ureterales a los 7 días y

la sonda de cistostomía a los 9 días. Antes de retirar la sonda uretral se le practicó una cistografía que informaba de un reflujo perisonda que se solucionó aplicando tracción, sin objetivarse fugas de orina (Figura 1). La sonda uretral fue retirada finalmente a los 28 días. En los controles posteriores la paciente refería escapes de orina, sin poder especificar si estos eran por vía vaginal o uretral. La exploración física demostró una sutura correcta a nivel de la vagina sin lesiones visibles, evidenciándose sin embargo pérdidas de orina por vagina.

Se le practicó finalmente una cistoscopia que demostró un orificio fistuloso de 8 mm a nivel de la anastomosis uretro-ileal, y que se correspondía con el punto de fuga de orina que demostraba la cistografía.

RESULTADOS

Se volvió a recolocar la sonda uretral y se le practicó con posterioridad una fistulorrafia neovésico-vaginal por vía vaginal con interposición de colgajo fibroadiposo de Martius. La pared neovesical se suturó mediante una sutura continua de monocryl de 4/0 (Figura 2) y el colgajo de Martius, liberado del labio mayor derecho, se fijó sobre dicha sutura mediante vicryl rápido de 4/0 (Figura 3). La mucosa vaginal se cerró con puntos simples de vicryl de 3/0.

La paciente presentó un postoperatorio sin complicaciones y fue dada de alta a los 5 días de la intervención

siendo portadora de sonda uretral y cistostomía suprapúbica. La sonda uretral se retiró a los 10 días de la intervención y la cistostomía suprapúbica a los 30 días.

Un año después de la intervención la paciente no ha presentado recidiva de la fístula urinaria.

DISCUSIÓN

La primera serie de neovejigas en mujeres tras cistectomía por neoplasia vesical fue descrita por Tscholl y cols. en 1987 con buenos resultados (1). Sin embargo, esta técnica tardó 10 años en popularizarse, debido entre otros factores a que se creía que la uretrectomía era mandatoria desde el punto de vista oncológico, así como que dichos reservorios no conseguirían una buena continencia (2). La fístula neovésico-vaginal es una complicación relativamente infrecuente en estas pacientes, y su tratamiento está aún en discusión. En la revisión que Hari y cols. llevaron a cabo recogieron un total de 11 casos de fístulas neovésico-vaginales descritas en la literatura hasta el año 2004 (3). En la Tabla I se describen la incidencia y resolución de las fístulas neovésico-vaginales en las series más amplias de neovejigas en mujeres (2,4-9).

Entre los factores que pueden predisponer la formación de estas fístulas se han descrito la lesión inadvertida de la pared vaginal a nivel de la uretra, la radioterapia posterior y la recidiva local de la enfermedad neoplásica en las fístulas aparecidas pasados los 3 meses. También las suturas de suspensión de la pared vaginal al músculo obturador llevadas a cabo para evitar el prolapso vaginal podrían favorecer cierto grado de isquemia que propiciaría la formación de fístulas (5).



FIGURA 1. Cistografía a través de sonda de foley donde se informa de salida de orina perisonda.



FIGURA 2. Cierre del orificio neovesical con monocryl 4/0.

TABLA I. INCIDENCIA Y RESOLUCIÓN DE LA FÍSTULA NEOVÉSICO-VAGINAL EN DIFERENTES SERIES PUBLICADAS.

	n	Preservación vaginal	Incidencia	Resolución	Vía de abordaje
Ali-el-Dein y cols.	136	0%	3%	100%	Vaginal
Abol-Einen y cols.	80	0%	4%	100%	Vaginal
Stein y cols.	34	0%	0%
Rapp y cols.	37	100%	10%	25%	Abdominal
Chang y cols.	25	84%	5%	No referida	No referida
Hautmann y cols.	13	0%	0%

Se han propuesto varias técnicas que intentan minimizar esta complicación, como la interposición de un colgajo de epiplón entre el reservorio y la vagina o la preservación de la pared vaginal (7), aunque la efectividad de estas maniobras no está claramente demostrada.

El tiempo medio de aparición de la fístula suele ser de entre 3 y 5 meses tras la cirugía (5,6) y, mientras hay grupos que defienden ante la alta tasa de recidivas la necesidad de llevar a cabo un abordaje combinado por vía vaginal y suprapúbico (5) otros como Ali-el-Dein y cols. describen varios casos de cierre con éxito por vía transvaginal (6).

En nuestro caso optamos por un abordaje transvaginal con interposición de colgajo de Martius por ser un tratamiento utilizado con éxito en el cierre de fistulas vésico-vaginales complejas, evitando también el tener que practicar un abordaje a través de un abdomen ya intervenido. La interposición de tejido adiposo del labio mayor permite un aumento de la superficie de epiteli-

zación, un suplemento de vascularización extra en la zona problema y un mejor drenaje linfático, así como también evita la interposición de suturas (10).

CONCLUSIONES

La creación de una neovejiga es una indicación poco frecuente en mujeres, como también lo es la eventualidad de presentar este tipo de fistulas. La mejor vía de abordaje para tratarlas es aún tema de discusión. En nuestra experiencia creemos que el cierre en dos planos por vía transvaginal con interposición del colgajo de Martius es una buena opción terapéutica ante la aparición de una fístula neovésico-vaginal, antes de plantear el abordaje abdominal o la creación de un nuevo reservorio.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

1. Tscholl R, Leisinger HJ, Hauri D. The ileal S-pouch for bladder replacement after cystectomy: preliminary report of 7 cases. *J Urol* 1987; 138:344.
2. Ali-el-Dein B, el-Sobky E, Hohenfellner M et al. Orthotopic bladder substitution in women: functional evaluation. *J Urol* 1999; 161:1875.
- ***3. Tunuguntla HS, Manoharan M, Gousse AE. Management of neobladder-vaginal fistula and stress incontinence following radical cystectomy in women: a review. *World J Urol* 2005; 23:231.
4. Stein JP, Grossfeld GD, Freeman JA et al. Orthotopic lower urinary tract reconstruction in women using the Kock ileal neobladder: updated experience in 34 patients. *J Urol* 1997; 158:400.
- *5. Rapp DE, O'Connor RC, Katz EE et al. Neobladder-vaginal fistula after cystectomy and orthotopic neobladder construction. *BJU Int* 2004; 94:1092.
6. Ali-El-Dein B, Gomha M, Ghoneim MA. Critical evaluation of the problem of chronic urinary retention after orthotopic bladder substitution in women. *J Urol* 2002; 168:587.

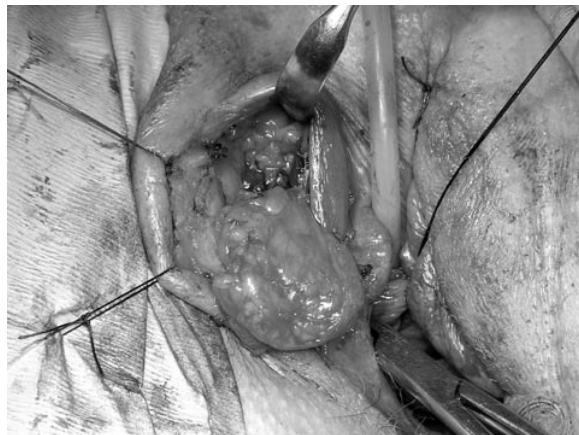


FIGURA 3. Liberación de colgajo de Martius y transposición con disector hasta nivel de la sutura.

- *7. Chang SS, Cole E, Cookson MS et al. Preservation of the anterior vaginal wall during female radical cystectomy with orthotopic urinary diversion: technique and results. *J Urol* 2002; 168:1442.
- 8. Hautmann RE, Paiss T, de Petriconi R. The ileal neobladder in women: 9 years of experience with 18 patients. *J Urol* 1996; 155:76.
- 9. Abol-Enein H, Ghoneim MA. Functional results of orthotopic ileal neobladder with serous-lined extramural ureteral reimplantation: experience with 450 patients. *J Urol* 2001; 165:1427.
- *10. Cohen BL, Gousse AE. Current techniques for vesicovaginal fistula repair: surgical pearls to optimize cure rate. *Curr Urol Rep* 2007; 8:413.