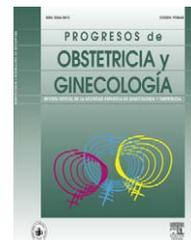




PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Fístula cutáneo-uterina poscesárea

Ana María Rubio Lorente^{*}, María Dolores Díaz Serrano,
B. Barberá Belda y Gaspart González de Merlo

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

Recibido el 17 de abril de 2008; aceptado el 5 de febrero de 2009

PALABRAS CLAVE

Fístula;
Útero-cutánea;
Poscesárea;
Quirúrgico

KEYWORDS

Uterocutaneous;
Fistula;
Postcesarean;
Surgery

Resumen Una fístula es una comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas. Aunque las fístulas que envuelven el útero no son infrecuentes, la fístula cutáneo-uterina es una entidad rara. La histerectomía abdominal con la escisión del trayecto fistuloso hasta la piel es el tratamiento de elección. En este artículo presentamos 2 casos clínicos de esta complicación tan poco frecuente en que se ha realizado tratamiento quirúrgico.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Postcesarean uterocutaneous fistula

Abstract A fistula is an abnormal communication between two epithelial surfaces. Although fistulas that wrap around the uterus are not infrequent, uterocutaneous fistula is rare. The treatment of choice is abdominal hysterectomy with excision of the fistula up to the skin. We report two cases of uterocutaneous fistula requiring surgical treatment.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Una fístula es una comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas. Generalmente, está recubierta por tejido de granulación pero puede llegar a epitelizarse¹.

Aunque las fístulas que envuelven el útero no son infrecuentes (vesicouterinas, ureterouterinas, enterouterinas y rectovaginales), la fístula cutáneo-uterina es una entidad rara. Generalmente, ocurren tras una complicación en el posparto o en el postoperatorio².

^{*} Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anamrl02@telefonica.net
(A.M. Rubio Lorente).

A continuación, se presentan 2 casos de esta inusual complicación.

Casos clínicos

Caso 1

Paciente de 39 años, con antecedente obstétrico de 2 embarazos y partos mediante cesárea, sin incidencias. Alérgica a la penicilina.

El postoperatorio inmediato de la segunda cesárea cursó con normalidad; la paciente consultó un mes después por exudación serosanguinolenta de la herida quirúrgica.

Al ingreso, la exploración evidenció tejido de aspecto granulomatoso en herida, pero no se pudo confirmar la integridad de la aponeurosis.

Al día siguiente, se revisó la herida mediante laparotomía en el quirófano, con los siguientes hallazgos: defecto en aponeurosis de aproximadamente 4 cm, con identificación de un útero adherido a pared abdominal; se evidenció un trayecto fistuloso con comunicación entre la cavidad uterina y la piel. Se realizó una histerectomía simple total y una reconstrucción de la pared abdominal con colocación de una malla.

El postoperatorio cursó con fiebre, por probable infección de la herida quirúrgica, que cedió con tratamiento antibiótico (vancomicina).

Se realizaron hemocultivos con resultados positivos para estreptococo/enterococo y cultivo de material de la herida quirúrgica que fue positivo para enterococo y *Staphylococcus epidermidis*.

La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta 17 días después.

Caso 2

Paciente de 38 años, con único antecedente obstétrico de un embarazo y parto finalizado mediante cesárea electiva por mioma previo; se realizaron una laparotomía media y una incisión corporal uterina.

La paciente consultó por un orificio en la superficie cutánea, con drenaje continuo de material. Se ingresó a la paciente para una intervención quirúrgica programada por útero miomatoso.

Antes de la intervención, se realizó una ecografía que informó de útero miomatoso.

Se realizó una laparotomía media infraumbilical con los siguientes hallazgos: útero aumentado de tamaño a expensas de un mioma en la cara anterior y canto derecho de 10 cm; orificio fistuloso en el tercio inferior de la cicatriz abdominal y se observó un trayecto fistuloso que llegaba a la cavidad uterina atravesando el mioma.

Se realizó una histerectomía abdominal simple y la exéresis de trayecto fistuloso de pared abdominal (fig. 1).

El postoperatorio transcurrió dentro de la normalidad, por lo que se dio de alta a la paciente.



Figura 1 Histerectomía abdominal simple.

Discusión

La fístula cutáneo-uterina es una entidad infrecuente. Los posibles mecanismos de formación de fístulas uterinas podrían ser de orden obstétrico y quirúrgico, como múltiples operaciones abdominales previas, el uso de drenajes y el cierre incompleto de la incisión durante la cesárea. Además, la inflamación, la dehiscencia de la sutura y la endometriosis invasiva podrían ser factores contribuyentes³.

La formación de la fístula en ambos casos clínicos se relacionó con la presencia de incisiones uterinas realizadas en cirugías previas.

En ginecología, las fístulas poscesáreas son menos frecuentes que las posquirúrgicas resultantes de histerectomía total o de operaciones de la pared anterior de la vagina. En una serie de 200 fístulas vesicales estudiadas por Tancer⁴, tan sólo 8 siguieron a una operación por cesárea.

Habitualmente, el principal síntoma es la salida de sangre a través de un orificio en la piel, que ocurre simultáneamente con el período menstrual^{2,5}. Los síntomas pueden parecerse a una cicatriz endometriósica. No es posible diferenciar ésta de la fístula cutáneo-uterina por el examen físico únicamente porque ambas pueden presentarse con dolor y salida de sangre durante los períodos menstruales⁵. En nuestras 2 pacientes existía exudación por el orificio cutáneo.

El diagnóstico definitivo de fístula útero-cutánea precisa la demostración del trayecto fistuloso, que no siempre es posible mediante ecografía. Los estudios con contraste, como el fistulograma o la histerosalpingografía, pueden ser de ayuda en estos casos.

La alta resistencia del paso de material de contraste por el estrecho trayecto fistuloso podría causar el fracaso de estos métodos^{2,5}.

La histerectomía abdominal con la escisión del trayecto fistuloso hasta la piel es el tratamiento de elección¹⁻⁵. Estudios recientes⁵ sugieren como alternativa el tratamiento médico con agonistas de GnRH, basándose en la suposición de la presencia de epitelio parecido al endometrial en el trayecto fistuloso cutáneo-uterino, ya que previamente se había demostrado la existencia de este tipo de epitelio en la fístula vesicouterina⁶. La administración de análogos de GnRH podría producir una atrofia de este epitelio del trayecto fistuloso y así el cierre espontáneo de éste⁵.

En nuestros 2 casos, optamos por el tratamiento quirúrgico.

Bibliografía

- Gupta SK, Shukla VK. Uterocutaneous fistula. Postgrad Med J. 1993;69:822-3.
- Shukla D, Pandey S, Pandey LK, Shukla VK. Repair of uterocutaneous fistula. Obstet Gynecol. 2006;108:732-3.
- Dragoumis K, Mikos T. Endometriotic uterocutaneous fistula after cesarean section. Gynecol Obstet Invest. 2004;57:90-2.
- Tancer ML. The postcesarean fistula. Clin Obstet Gynecol. 1965;17:472-82.
- Seyhan A, Ata B, Sidal B, Urman B. Medical treatment of uterocutaneous fistula with gonadotropin-releasing hormone agonist administration. Obstet Gynecol. 2008;111:526-8.
- Józwik M, Sulkowska M, Musiatowicz B, Sulkowski S. The presence of sex hormone receptors in the vesicouterine fistula. Gynecol Endocrinol. 2004;18:37-40.