

Eversión vesical completa a través de una fístula vesicovaginal (Complete bladder eversion through vesicovaginal fistula)

Jhoan Aragón-Charry¹, Eduardo Reyna-Villasmil¹✉, Joel Santos-Bolívar¹.

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología, Maternidad "Dr. Nerio Belloso", Hospital "Dr. Urquinaona", Maracaibo - Venezuela.

[CASO CLÍNICO]

Recibido: 31 de Diciembre de 2012. Aceptado: 03 de Abril de 2013.

Resumen

La eversión vesical completa es rara. Se presenta el caso de una eversión de vejiga urinaria a través de una fístula vesicovaginal acompañada de prolapso útero-vaginal concurrente. Se trata de paciente de 70 años que presentó una tumoración compatible con un prolapso vaginal grado IV y una tumoración edematosa, pegajosa y piriforme por delante del prolapso compatible con la vejiga con un orificio en la pared anterior de la vagina a través del cual la mucosa de la vejiga estaba evertida, procediendo al reposicionamiento y corrección manual de la eversión para luego ser corregida quirúrgicamente.

Palabras clave

Eversión vesical completa, Fístula vaginal, Prolapso vaginal.

Abstract

Complete bladder eversion is rare. A case of bladder eversion through vesicovaginal fistula accompanied with concomitant uterovaginal prolapse is presented. A 70 year-old patients presented a tumor compatible with vaginal prolapse type IV and an edematous, sticky and piriform tumor ahead of prolapse compatible with bladder with an orifice on anterior wall of vagina through bladder mucosa was everted, proceeding to reduction and manual correction of eversion and then was surgical corrected.

Keywords

Complete bladder eversion, Vaginal Fistula, Vaginal prolapse.

Introducción

La eversión vesical completa es rara. Solo unos pocos casos han sido reportados que ocurren en mujeres mayores, junto con el prolapso útero-vaginal, posterior al parto y la eversión a través de una fístula vesico-vaginal (1). Se presenta el caso de una eversión de vejiga urinaria a través de una fístula vesico-vaginal acompañada de prolapso útero-vaginal concurrente.

Caso clínico

Se trata de paciente de 70 años, 8 gestas, 8 paras, quien acudió a consulta por presentar con síntomas de incontinencia urinaria y dos grandes masas que sobresalían por la vagina de 2 años de evolución. La paciente negaba antecedentes de intervenciones quirúrgicas o radioterapia. Al examen físico se observó la presencia de una tumoración de 12 x 8 x 8 centímetros compatible con un prolapso vaginal

grado IV (histerocele) y una tumoración edematosa, pegajosa, piriforme de aproximadamente 5 centímetros de diámetro por delante del prolapso compatible con la vejiga de la que se observaba el fondo, cuerpo y ambos orificios ureterales con un orificio de 1 x 1 centímetro en la pared anterior de la vagina a través del cual la vejiga estaba evertida (figura 1), lo cual fue confirmado por la inserción de una sonda de Foley. Se procedió al reposicionamiento y corrección de la eversión. Se realizó la cistoscopia donde se observó la fistula vesicovaginal por encima del trigono vesical, intentándose la corrección de la lesión, lo cual fue imposible. Sin embargo, se logró la cateterización de los uréteres con catéteres doble J. Se realizó la biopsia del tracto fistuloso que presentó resultados negativos para neoplasias.

Seis semanas después de la presentación inicial, la paciente fue sometida a una cirugía combinada abdominal y vaginal. Se realizó la vía abdominal se utilizó para realizar la histerectomía abdominal total y salpingooforectomía bilateral y facilitar el abordaje vaginal. La fístula fue corregida por vía vaginal con cierre de la cúpula vaginal, posterior fijación de epiplón entre la pared vaginal y la pared posterior de la vejiga. La paciente fue dada de alta a los 4 días del post-operatorio y el catéter urinario fue retirado a los 10 días.



Figura 1. En la presente imagen se observa la eversión completa de la vejiga junto con prolapso vaginal grado IV. Obsérvese la coloración distintiva de ambas estructuras, con un rosado pálido para el útero contrastando con una coloración roja edematosa de la vejiga, descansando ventralmente al útero.

La paciente se ha mantenido asintomática 5 meses después de la cirugía, sin problemas de incontinencia urinaria y con un patrón miccional normal.

Discusión

La eversión vesical a través de la fístula vesico-vaginal es rara y su patogénesis es desconocida. El envejecimiento, la obesidad y la multiparidad pueden ser las posibles causas de la eversión vesical completa (2). El prolapso útero-vaginal junto a la laxitud del piso pélvico se asocia a esta condición (3). Existe el reporte de un caso en el cual se pudo demostrar la presencia de un adenocarcinoma en la pared engrosada de la vejiga urinaria (4). En el presente caso, la debilidad previa y laxitud del piso pélvico junto con la existencia del prolapso útero-vaginal probablemente propiciaron la aparición del cuadro clínico.

Existen cuatro tipos de eversión vesical: a) eversión del divertículo de la vejiga; b) eversión exclusiva de la mucosa de la vejiga; c) eversión parcial de todas las capas de parte de la pared vaginal; y d) eversión total de todas las capas de la pared vesical a través de la uretra o de la fístula vesico-vaginal (5). El manejo de los tipos uno y dos es sencillamente la escisión de la mucosa redundante. Las eversiones parciales son tratadas con reducción trans-uretral junto a cualquier procedimiento para evitar prolapso total como la citospexia (3). La forma más rara y compleja de tratar es la eversión vesical completa.

La multiparidad y la menopausia son factores bien conocidos de prolapso uterino, pero no para eversión vesical. La patología uretral y vesical, que incluye infecciones, cáncer y trauma son las principales responsables de la eversión vesical. La deprivación estrogénica durante la menopausia está asociada con disminución de la elasticidad de las paredes de la vejiga y la uretra, disminución del tono y la presión vesical y marcada reducción del flujo sanguíneo en el plexo vascular de las porciones submucosas de la vejiga y la uretra (6). Todos los casos reportados de eversión, al igual que el presente caso, estaban asociados a incontinencia urinaria, lo que se traduce que la patología vesical y uretral puede ser un factor predisponente importante para la eversión vesical (3). De igual forma, La cateterización crónica en mujeres menopáusicas es un factor de riesgo razonable para la eversión vesical. Las complicaciones más frecuentes

asociadas a la cateterización vesical a largo plazo son la bacteriuria asintomática o sintomática, incrustaciones e irritación de los tejidos de la uretra y la vejiga.

Durante el examen físico se debe determinar si la eversión es de la mucosa, parcial o completa. El prolapso de la mucosa puede ser bastante llamativo pero no debe confundirse con la eversión total. El manejo ideal es la escisión de la mucosa redundante. Las reducciones parciales pueden ser reducidas externamente pos abordaje trans-uretral. La eversión completa es confirmada por la visualización del fondo, cuerpo, trigono y orificios uretrales. Al igual que la paraquimosis, mientras mayor es la duración de la eversión, mayor es el edema y la dificultada para completar exitosamente la reducción. No se han descrito la estrangulación y necrosis de la vejiga (3).

Karolin y col. (5) analizaron diez casos de eversión vesical completa con o sin prolapso uterino total concurrente. Describieron dos mecanismos para la eversión en el prolapso vaginal, el primero es la ampliación del meato urinario, el cual puede producir el desplazamiento de la base de la vejiga y la uretra posterior del hueso púbico; el segundo es que el prolapso vaginal pueda causar obstrucción de la micción lo cual produce aumento de la presión, lo cual puede iniciar el proceso de eversión de la vejiga a través de la uretra o predisponer a la formación de fístulas (3). La evaluación de cuatro casos de eversión vesical junto con el prolapso vaginal total demostró que en todos los casos tenían factores uretrales predisponentes como el uso prolongado de catéteres uretrales, relaciones sexuales a través de la uretra e infecciones urinarias o locales cerca de la uretra (4).

Bhadari y col. (7) describieron un caso causado por la presencia de una caja metálica en la vagina por seis meses. La paciente presentó hidronefrosis bilateral sin insuficiencia renal y se corrigió por vía vaginal. Rao y col. (8) describieron un caso de prolapso masivo de la vejiga a través de una gran fístula vesicovaginal causado por un carcinoma de células escamosas de la vejiga. Extirparon la vejiga y se realizaron la ureterosigmoidostomía.

Tomlinson (9) reporto un caso en una embarazada posterior a un parto vaginal difícil. Inmediatamente antes del parto, se observó la eversión vesical a través de una fístula vesicovaginal en la línea media con lesión de la uretra proximal. El

prolapso vaginal fue reducido y la fístula fue reparada exitosamente por capas. El retraso en el tratamiento puede llevar a complicaciones graves como la insuficiencia renal. Algunos informes han mencionado la aparición de eversión transuretral que ocurre durante el parto (1). Junto en el presente caso, existen pocos reportes como complicación de fístula vesico vaginal (10).

La reducción transuretral externa parece ser el procedimiento más exitoso cuando se realice el diagnóstico en forma temprana y el edema es limitado. Si esta es exitosa, se debe colocar un catéter de Foley con un balón grande (3). Si se practica un abordaje supra-púbico, se puede realizar la tracción hacia la parte superior, el trigono debe ser cateterizado con sondas uretrales. Una vez que la vejiga es colocada en posición anatómica, se debe considerar la fijación de esta a los músculos psoas o a la pared abdominal anterior. Posterior se debe realizar la cirugía de corrección del prolapso de cualquier órgano pélvico para evitar una nueva eversión. Se recomienda la realización de la cistoscopia para confirmar las características normales de la vejiga y el paso de orina a través de los orificios uretrales (5).

En el presente caso se decidió realizar el abordaje combinado debido a que se consideró la fístula como compleja. La primera parte por vía abdominal intraperitoneal para la extirpación de los órganos pélvicos que provocaron el prolapso, para facilitar la corrección de la fístula por vía vaginal, y permitir la fijación de la vejiga a las estructuras abdominales y evitar que se produjera una nueva eversión y se fijó al epiplón como tejido de interposición. Luego la segunda parte fue la cirugía vaginal, en la cual se hizo el cierre de la cúpula vaginal y la corrección de la fístula. Esta técnica ya ha sido descrita y utilizada por Banerjee y col. (2).

Aunque la eversión vesical junto con el prolapso vesico-uterino no tiene un mecanismo obvio, la patología uretral y vesical representa un papel significativo en su aparición, junto con otros factores como el aumento de la presión intraabdominal, el envejecimiento y la multiparidad.

Referencias

1. Acharya AM, Mishra DR. Complete eversion and prolapse of bladder following pulling out of a Foley catheter concurrent with uterine prolapse. *Indian J Urol.* 2007; 23: 474-5. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
2. Banerjee S, Fusey SS. Vesicovaginal fistula with bladder eversion: a rare complication of third degree cervical descent. *J Obstet Gynaecol Can.* 2006; 28: 160-1. [[PubMed](#)]
3. Mastropietro MA, Clark MH, Hale DS.. Transurethral bladder eversion concurrent with uterovaginal prolapse. *Obstet Gynecol.* 2002; 99(5 Pt 2):921-5. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
4. Kim YH, Sung DJ, Cho SB, Chung KB, Cha SH, Park HS, Um JW. Complete eversion and prolapse of bladder concurrent with primary adenocarcinoma. *Br J Radiol.* 2006;79: e8-11. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
5. Kalorin CM, Belarmino J, Mian B, De E. Complete eversion of the urinary bladder: presentation, review, and algorithm for management. *Obstet Gynecol.* 2009;113 (2 Pt 2):496-501. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
6. Nichols DH. Vaginal prolapse affecting bladder function. *Urol Clin North Am.* 1985; 12: 329-38. [[PubMed](#)]
7. Bhandari M, Kalla VK, Rao KL. Transvaginal inversion of urinary bladder after concealment of box in vagina. *Urology.* 1983; 21: 508-9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
8. Mukherjee K, Goswami B. Complete inversion of the urinary bladder through a vesicovaginal fistula. *Int J Gynaecol Obstet.* 1980; 18: 255-7. [[PubMed](#)]
9. Tomlinson AJ, Watson AJ. Acutely inverted bladder through a vesicovaginal fistula: a complication of prolonged labour. *Br J Urol.* 1997;80: 154. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Como citar este artículo:
 Aragón-Charry J, Reyna-Villasmil E, Santos-Bolívar J. Eversión vesical completa a través de una fístula vesicovaginal. *Avan Biomed* 2013; 2: 104-7.