

Boletín del
Colegio Mexicano de Urología

Volumen
Volume **17**

Número
Number **4**

Octubre-Diciembre
October-December **2002**

Artículo:




**Fístula vesicovaginal. Experiencia del
Servicio de Urología del Hospital de
Especialidades del Centro Médico “La
Raza”**

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Colegio Mexicano de Urología, A.C.

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Fístula vesicovaginal. Experiencia del Servicio de Urología del Hospital de Especialidades del Centro Médico “La Raza”

Luis Carlos Sánchez Martínez,* Erick Mendoza Carrillo** Néstor Efraín Ceballos Ceballos***

* Urólogo adscrito al Hospital de Especialidades “La Raza”.

** Residente 5° año de Urología Hospital de Especialidades “La Raza”.

*** Residente 5° año de Urología Hospital de Especialidades “La Raza”.

Dirección para correspondencia:
Dr. Luis Carlos Sánchez Martínez
Esperanza 773-303
Colonia Narvarte CP 03020 México, D.F.
Tel: 56399675 E-mail: necla93aol.com

RESUMEN

Introducción: La fístula vesicovaginal es una de las mayores complicaciones que ocurre derivada de cirugía ginecológica, urológica, trauma obstétrico o radioterapia, presentando un reto para el tratamiento efectivo de la misma. **Objetivo:** Conocer la incidencia real de la fístula vesicovaginal de acuerdo a la etiología en nuestro medio, metodología diagnóstica y técnicas de reparación más comunes así como identificar los factores de recidiva. **Material y métodos:** Se revisaron 91 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico inicial de fístula vesicovaginal tratadas en el servicio de urología del Hospital de Especialidades del Centro Médico “La Raza” en el periodo de enero de 1995 a diciembre del 2000. **Resultados:** La media de edad de presentación fue de 42 años (22-62) encontrando como primera causa de origen ginecológico a la histerectomía secundaria a miomatosis (67%) seguida del cáncer cervicouterino (5.49%). De las causas obstétricas, la cesárea por desproporción cefalopélvica (7.69%) seguida de la cesárea por parto prolongado (5.49%). Las patologías concomitantes más frecuentes fueron hipertensión arterial 11% y diabetes mellitus con 7.8%. El método diagnóstico más utilizado fue la cistoscopia con 98.9%. El abordaje abdominal fue el más utilizado 71.42% vs 28.58% de abordajes vaginales. Obtuvimos éxito en el 90.11% y recidivas de la fístula vesicovaginal en 9 pacientes con un 9.89% las cuales fueron reintervenidas y sólo 2 pacientes presentaron nueva recidiva. **Conclusion:** La selección adecuada de la técnica y abordaje quirúrgico para el tratamiento de la fístula vesicovaginal de acuerdo a los criterios de selección descritos por Sims constituye el éxito en el tratamiento de las mismas con un menor índice de fracasos y recidivas.

Palabras clave: Fístula vesicovaginal, histerectomía, experiencia.

ABSTRACT

Introduction: Vesicovaginal fistula is one of the complications that may occur from gynecological surgery, urological surgery, obstetrical trauma or radiation therapy. And represents a difficult technique for this treatment. **Objective:** The knowledge of vesicovaginal fistula incidence accord with etiology our hospital, the etiology, most common presentation, diagnostic and surgical technique for treatment of vesicovaginal fistula. Identify the causes that make recurrence, and compare our results between other world reports. **Material and methods:** A retrospective chart review was undertaken with 91 clinic records from patients with initial vesicovaginal

diagnostic treated in urology department from La Raza Medical Center in a period between January 1995 to December 2000. Results. The old median was 42 years, (range 22 to 62). Founding like fist cause the gynecological surgery with hysterectomy secondary to miomas (67%) followed the second cause the neoplasm of utherus (5.49%) and from obstetric causes the cephalopelvic disproportion (7.69%) followed to the cesareus to prolonged labor (5.49%). The other most common sickness were arterial hypertension 11% and diabetes mellitus with 7.8%. The most used diagnostic method was the cystoscopy with 98.9%. The most common surgical technique was the abdominal repair with 71.42% vs. vaginal repair with 28.58%. We reported 90.11% from effective procedures and recurrence in 9 patients with 9.89%. The 9 recurrence patients were have an other repair surgery with only 2 new recurrence. Conclusion: The good selection from the surgical technique in fistula vesicovaginal treatment instead accord with the described by Sims are the effective way for this treatment with less degree for fracasas and recurrences.

Key words: Vesicovaginal fistula, hysterectomy, experience.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La fístula vesicovaginal (FVV) es una formación adquirida de un conducto anómalo que comunica ambas cavidades, manifestándose por la salida constante de orina a través de la vagina¹ la cual representa el tipo de fístula más común en el sexo femenino.² El primer caso de FVV aparece en el año 2050 AC en donde estudiando a la momia Henhebit, se comprobó la existencia de una gran FVV secundaria a un desgarró perineal durante un parto.³ En 1852, Sims considerado el padre de la reparación de las FVV publica la primera serie exitosa de reparación de dicha patología.⁴ O'Conor en 1973 publica su técnica de abordaje suprapúbico considerándose en la actualidad como el estándar de oro para el tratamiento de fístulas supratrigonales.⁵ A partir de entonces se han descrito numerosas técnicas quirúrgicas para su reparación, mediante el empleo de diferentes abordajes, aplicación de injertos, colgajos de grasa, epiplón, músculo, peritoneo etc, con los cuales los porcentajes de éxito varían dependiendo las series publicadas desde un 70 a un 93%.⁶⁻⁸

Más del 90% de las fístulas son causa de lesión inadvertida de la vejiga durante la cirugía.⁹ Los procedimientos ginecológicos son los causantes de la mayoría de las lesiones vesicales y de éstos la histerectomía abdominal o vaginal representan el 75% de las causas de fístula,¹⁰ así mismo la incidencia de FVV en cirugía no pélvica no ginecológica es del 0.1 al 2%¹¹ otros factores que contribuyen son cirugía uterina previa, radioterapia pélvica y endometriosis.¹²

Existen otras causas menos frecuentes a las que también se atribuyen las FVV como neoplasias pélvicas, trauma obstétrico, infecciones, tuberculosis o coitos vigorosos.¹³

La forma más común de presentación es la salida de orina por la vagina entre los 5 y los 10 días del posope-

ratorio, la cual puede estar precedida de dolor, fiebre, leucorrea o malestar general o cursar asintomático y presentarse como incontinencia urinaria en relación a los esfuerzos haciendo difícil el diagnóstico diferencial de estas dos patologías,¹⁴ el estudio se complementa para corroborar el sitio, tamaño y localización de fístula así como su relación a otras estructuras para planear su manejo y abordaje, dentro de los estudios complementarios que se solicitan urografía excretora, prueba con colorante (azul de metileno), pielografía ascendente, uretrocistograma y cistoscopia.¹⁵

El manejo de la FVV puede ser, abdominal, vaginal o mixta. El abordaje vaginal se prefiere en primera instancia en los casos no complicados (fístulas no recidivantes, menos de 5 mm de diámetro, con trayecto simple y lejos de meatos ureterales, de preferencia con introitos amplios o mediante la incisión de relajación peritoneal), este abordaje tiene la ventaja de menor morbilidad, menos dolorosa y más efectiva al estar bien indicada.¹⁶ El abordaje abdominal se prefiere cuando se trata de reparar una lesión ureteral agregada o el caso de una FVV complicada (recidivante, cercana a meatos ureterales, de diferentes trayectos o más de 5 mm que inclusive requiera de algún parche autólogo).¹⁷ Los criterios básicos para la reparación de una fístula establecidos por Sims son: 1, drenaje adecuado de la vejiga, profilaxis antibiótica, aplicación de suturas firmes y sin tensión de tipo absorbibles, afrontamiento de bordes bien vascularizados y libres de infección o neoplásicos. Respetando estos criterios independientemente del abordaje quirúrgico para el manejo de las FVV el porcentaje de éxito esperado es del 90%.¹⁵

Las técnicas quirúrgicas para su reparación se dividen de acuerdo al abordaje quirúrgico en transvaginales (Sims, Fueth-Mayo o Latzco), transvaginales con colgajo (Martius) y transabdominal suprapúbico simple, transabdominal con técnica de O'Conor o transperitoneal

con colgajo de epiplón. Cada una de ellas con indicaciones específicas de acuerdo a cada caso de fístula.¹⁶

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron 91 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico inicial de fístula vesicovaginal tratadas en el servicio de urología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza" en el periodo de enero de 1995 a diciembre del 2000.

El estudio realizado fue: observacional, retrospectivo, descriptivo, transversal y abierto.

Los criterios de inclusión fueron: femeninas de 18 a 80 años, con diagnóstico inicial de fístula vesicovaginal que contaran con métodos diagnósticos como cistoscopia, prueba de azul de metileno, cistograma y/o urografía excretora y que fueron tratadas en el Servicio de Urología de HECMR.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con diagnóstico de FVV no operadas dentro del Servicio de Urología del HECMR, pacientes con otro diagnóstico de fístula urinaria (fístula uretero o uretrovaginal) y pacientes con expediente clínico incompleto.

Las variables a analizar fueron: la etiología precisa de la FVV, el tipo de técnica quirúrgica y abordaje empleado para la reparación de la fístula vesicovaginal, la presentación de recidivas al tratamiento quirúrgico, persistencia de infección de vías urinarias mediante cultivo de orina, morbilidad de las pacientes y complicaciones operatorias, entre otras como edad de presentación, patologías concomitantes, métodos diagnósticos utilizados, tiempo transcurrido entre la aparición de síntomas y las causas de la FVV, tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la intervención quirúrgica así como el porcentaje de éxito y fracaso de los procedimientos quirúrgicos.

Todas las variables fueron registradas en la cédula de información y recolección de datos aplicada a cada uno de los expedientes clínicos.

RESULTADOS

De las 91 pacientes a las cuales se les realizó reparación de la fístula vesicovaginal en el servicio de urología del HECMR, se encontró lo siguiente:

La media de edad fue de 42 años, con un rango de 22 a 62. Dentro de las patologías ginecológicas la primera causa derivó secundaria a histerectomía abdominal o vaginal, encontrando como indicación para la histerectomía las siguientes causas de orden ginecológico (*Cuadro I*) con un total de 74 pacientes a las cuales se les realizó histerectomía, que correspondió al 81.31% de los casos.

Con respecto a las patologías obstétricas sólo en 4 casos se encontró derivada de histerectomía abdominal secundaria a placenta ácreta (3 casos) y placenta previa en un caso, el resto de las pacientes presentó FVV

derivada de causa obstétrica primaria pura. Las patologías obstétricas que se encontraron se ven en el *cuadro II*. Con un total de 17 pacientes que correspondió al 18.68% de los casos.

Como patologías concomitantes se presentaron 11% con hipertensión arterial y 7.8% con diabetes mellitus. Se realizó histerectomía en 78 pacientes (85.71%).

El diagnóstico se realizó con el cuadro clínico, prueba de azul de metileno (54.94%) urografía excretora (87.91), cistograma (93.4%), y cistoscopia (98.9%).

En casos seleccionados, además se realizó pielografía ascendente (10.98%), ultrasonido renal (49.45%) y colposcopia (13.18%).

Los cultivos de orina fueron positivos en 72% de las pacientes y el resto de los análisis de laboratorio dentro de parámetros normales en todas las pacientes.

El promedio de aparición de síntomas en las pacientes después del evento que desencadenó la fístula fue de 7.6 días, con un rango de 1 a 38 días.

El tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el día de la intervención quirúrgica fue de 19 meses en promedio, rango de 3 meses a 10 años.

El abordaje abdominal para la reparación de la fístula fue el más frecuente, con un total de 65 pacientes

Cuadro I. Patología ginecológica.

| | |
|-------------------------------|-------------|
| Miomatosis uterina | 61 (67%) |
| Carcinoma cervicouterino | 5 (5.49%) |
| Cistocele | 4 (4.39%) |
| Sangrado uterino disfuncional | 3 (3.29%) |
| Displasia cervical severa | 1 (1.09%) |
| Total | 74 (81.31%) |

Cuadro II. Patología obstétrica.

| | |
|------------------------------|-------------|
| Cesárea por DCP | 7 (7.69%) |
| Cesárea por parto prolongado | 5 (5.49%) |
| Cesárea por placenta ácreta | 3 (3.29%) |
| Placenta previa | 1 (1.09%) |
| Parto prolongado | 1 (1.09%) |
| Total | 17 (18.68%) |

Cuadro III. Abordaje quirúrgico.

| | |
|-----------------------------------|-------------|
| Abdominal simple | 58 (63.73%) |
| Abdominal con técnica de O'Connor | 7 (7.69%) |
| Total abdominal | 65 (71.42%) |
| Vaginal simple | 20 (21.97%) |
| Vaginal con colgajo de Martius | 6 (6.59%) |
| Total vaginal | 26 (28.58%) |

(71.42%), de los cuales 58 fueron con abordaje abdominal simple y 7 con técnica de O'Conor. El abordaje vaginal se realizó en 26 pacientes (28.58%), a 20 pacientes se les realizó abordaje simple y a 6 colgajo de Martius, además se realizó reimplante ureteral en 3 pacientes (*Cuadro III*).

Las complicaciones transoperatorias se presentaron en un sólo caso, siendo ésta la lesión de la arteria iliaca, la cual fue reparada sin secuelas posteriores, se presentaron 9 pacientes con recidiva de la fístula vesicovaginal (9.89%), en un periodo de entre 7 a 18 días, promedio de 13.5, de las cuales se reintervinieron 9 de ellas, logrando su curación, excepto en una paciente que presentó nueva recidiva.

DISCUSIÓN

Sims, el padre de la reparación de las fístulas vesicovaginales, en el año de 1852 estableció criterios y lineamientos a seguir para un cierre exitoso de este tipo de fístulas, estos criterios se mantienen vigentes en la actualidad y han logrado una disminución en el porcentaje de recidivas, que finalmente es el evento más temido por la paciente y un fracaso en la técnica quirúrgica por parte del cirujano.⁴ En esta serie revisada, el 85.7% de las fístulas fueron a causa de histerectomía total abdominal, esto es un poco más elevado que lo que se ha reportado en la literatura (75%). Finalmente, existe una concordancia en los resultados referidos en la bibliografía, en cuanto al inicio del periodo de síntomas, que se reporta en un lapso de 5 a 10 días (promedio de 7.5).²

En nuestra serie observamos que la cirugía que ocasionó la fístula no fue concomitante con la ligadura ureteral o alguna otra complicación. En general, todas las pacientes estaban asintomáticas, excepto por la salida de orina transvaginal. Toda paciente con fístula vesicovaginal es tributaria de urografía excretora, con la finalidad de obtener información acerca de complicaciones agregadas. A todas se les practicó urografía excretora, tacto vaginal, cistoscopia y cistograma, reservando la prueba de azul de metileno a las pacientes con duda diagnóstica.⁷

La tendencia actual según Persky y Zimmerman es hacia la reparación temprana de la fístula. En nuestro servicio, el lapso para efectuar la reparación fue de 3 meses, con buenos resultados, cuidando siempre los criterios establecidos por Sims y aplicando a todas las pacientes antibióticoterapia profiláctica de amplio espectro.¹

El abordaje preferido en la actualidad y el que menos morbimortalidad tiene es el vaginal, sin embargo, en nuestro servicio, las pacientes llegan con antecedente de reparaciones previas, lo que hace más difícil este abordaje.

Observamos que nuestro porcentaje de éxito en la reparación es de 90.11% similar al 90% reportado en la

literatura. El resultado final de recidiva es de un 9.89%, nuestro éxito es muy cercano al reportado en la literatura mundial.¹⁵ Es de notar que la frecuencia de fístula vesicovaginal por parto prolongado en nuestra serie es de una paciente, lo cual es mínimo contrario a lo reportado en la literatura donde los factores obstétricos continúan siendo factores frecuentes para el desarrollo de una fístula vesicovaginal.^{9,11}

CONCLUSIONES

La etiología de la FVV es derivada casi siempre de procedimientos o patologías gineco-obstétricos, en los cuales se pueden incrementar las medidas preventivas para evitar este tipo de complicaciones tardías. Existen también criterios diagnósticos bien establecidos para la selección del abordaje y la técnica quirúrgica para el tratamiento de las fístulas vesicovaginales, los cuales si se emplean correctamente presentan un éxito elevado en el tratamiento de las mismas (mayor al 90%).

BIBLIOGRAFÍA

1. Raz S, Little NA, Jumas. *Campbell's Urology* 7th Edition Saunders Company 1998.
2. Gerber GS, Schoenberg HW. Female Urinary Tract fistula. *J Urol* 1993; 149: 229-236.
3. Gutiérrez EP. *Boletín Mexicano del Colegio Mexicano de Urología AC, Fístulas vesicovaginales* 1992; 2: 75-83.
4. Simms JM et al. The Treatment of vesicovaginal fistula. *Am J Med Sci* 1852; 23: 52.
5. O'Conor VJ, Sokol JK, et al. Suprapubic closure of vesicovaginal fistula. *J Urol* 1973; 109: 51.
6. Gil-Vernet JM, Gil-Vernet A et al. New surgical approach for treatment of complex vesicovaginal fistula. *J Urol* 1989; 141: 513.
7. Goodwin WE, Scardino PT. Vesicovaginal and ureterovaginal fistulas: a summary of 25 years of experience. *J Urol* 1980; 123: 370.
8. Raz S, Bregg KJ, Nitti VW et al. Transvaginal repair of vesicovaginal fistula using a peritoneal flap. *J Urol* 1993; 150: 56.
9. Tancer ML. Observations on prevention and management of vesicovaginal fistula after total hysterectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175: 501-506.
10. Lee AL, Symmonds RE, Williams TJ. Current status of genitourinary fistula. *Obstet Gynecol* 1988; 72: 313-9.
11. Mattingly RF. Acute operative injury to the urinary tract. *Clin Obstet Gynecol* 1978; 5: 123-49.
12. Leach GE, Trockman BA. *Surgery of vesicovaginal and urethrovaginal fistula and urethral diverticulum*. Campbells urology 7th edition ed Philadelphia 1998: 1135-53.
13. Sharma SK, Madhusudnan et al. Vesicovaginal fistula of uncommon etiology. *J Urol* 1978; 137: 280.
14. Kursh DE. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 166: 409-5.
15. Smith GL, Williams et al. Vesicovaginal fistula. *BJU Int* 1999; 83: 564-70.
16. Hindmarcha JR et al. Vesical fistula. *Clinic Urology J: B Lippincott, Company* 199-4.
17. Leng WW, Amudsen CL et al. Management of female genitourinary fistula. *J Urol* 1998; 160: 1995-1999.