



Fístula vesicovaginal. Experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología

Primo Roberto Martínez,* Silvia E. Rodríguez Colorado,** Laura Escobar del Barco,*** Carlos Ramírez Isarraraz***

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

Antecedentes: las lesiones del conducto urinario inferior se originan por complicaciones en los procedimientos quirúrgicos ginecológicos u obstétricos que, al no detectarse oportunamente, condicionan la formación de fístulas.

Objetivo: analizar la experiencia en el diagnóstico y tratamiento de las fístulas vesicovaginales atendidas en la clínica de urología ginecológica del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

Material y métodos: estudio retrospectivo de 27 expedientes de pacientes que acudieron a la clínica de urología ginecológica del INPer por fístula vesicovaginal del 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre de 2005. Las variables analizadas fueron: edad, paridad, índice de masa corporal, antecedentes quirúrgicos, operación practicada para la corrección de la fístula y evolución en el periodo posoperatorio. Se obtuvieron los promedios y la desviación estándar para la descripción de los datos.

Resultados: la edad promedio fue de 38.2 años. El procedimiento quirúrgico que condicionó el mayor número de complicaciones fue la histerectomía abdominal (53.3%), seguida de la histerectomía obstétrica (33.3%). Las técnicas más utilizadas para la corrección de la fístula fueron la operación de Latzko, en 19 pacientes (45.23%), y la fistulectomía de Sims, en 11 pacientes (26.19%). El drenaje más utilizado fue la sonda de Foley, con estancia media de 9.1 días. La complicación más frecuente fue la infección de vías urinarias (6.7%).

Conclusiones: en nuestro análisis el tratamiento quirúrgico a las pacientes con fístula vesicovaginal mostró buenos resultados (71.4% de curación), con un mínimo de complicaciones (28.5% de recurrencia).

Palabras clave: fístula, diagnóstico, tratamiento, curación.

ABSTRACT

Background: The damage of the lower urinary tract is originated by complications of obstetric or gynecological surgery, which if not detected timely determines the formation of fistulas.

Objective: To analyze the experience in diagnosing and treating vesicovaginal fistulas attended at the gynecologic urology clinic of the Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

Material and method: Retrospective study of 27 files of patients diagnosed with vesicovaginal fistula at the gynecologic urology clinic of the INPer from January 1st 1992 through December 31st 2005. The variables analyzed were age, parity, corporal mass index, surgical history, surgery performed to correct the fistula and postoperative evolution. Averages and standard deviation were calculated to describe data.

Results: Average age was 38.2 years. Abdominal hysterectomy (53.3%), followed by obstetric hysterectomy (33.3%), caused the most of complications. The most often used techniques to correct the fistula were Latzko operation, 19 patients (45.23%), and Sims' fistulectomy, 11 patients (26.19%). The most used drainage was Foley probes, with 9.1 days average of use. Urinary tract infection was the most common complication (6.7%).

Conclusions. After our analysis, surgical treatment to patients with vesicovaginal fistula showed good results (71.4% of healing) with a minimum of complications (28.5% of recurrence).

Key words: fistula, diagnosis, treatment, healing.

RÉSUMÉ

Antécédents : les lésions du tractus urinaire inférieur sont causées par des complications dans les procédés chirurgicaux gynécologiques ou obstétriques qui, du fait de ne pas être opportunément détectées, conditionnent la formation de fistules.

Objectif : analyser l'expérience dans le diagnostic et traitement des fistules vésico-vaginales examinées dans la clinique d'urologie gynécologique de l'Institut National de Périnatalogie (INPer).

Matériel et méthodes : étude rétrospective de 27 dossiers de patientes qui ont été reçues dans la clinique d'urologie gynécologique de l'INPer pour fistule vésico-vaginale dans la période qui va du 1^{er} janvier 1992 jusqu'au 31 décembre 2005. Les variables analysées ont été âge, parité, indice de masse corporelle, antécédents chirurgicaux, opération pratiquée pour la correction de la fistule et évolution dans la période postopératoire. On a obtenu les moyennes et la déviation standard pour la description des données.

Résultats : la moyenne d'âge a été de 38.2 ans. Le procédé chirurgical qui a conditionné le majeur nombre de complications a été l'hystérectomie abdominale (53.3%), suivie d'hystérectomie obstétrique (33.3%). Les techniques les plus utilisées pour la correction de la fistule ont été l'opération de Latzko, chez 19 patientes (45.23%), et la fistulotomie de Sims, chez 11 patientes (26.19%). Le drainage le plus employé a été la sonde de Foley, avec permanence moyenne de 9.1 jours. La complication la plus fréquente a été l'infection de voies urinaires (6.7%).

Conclusions : dans notre analyse le traitement chirurgical des patientes avec fistule vésico-vaginale a montré de bons résultats (71.4% de cure), avec un minimum de complications (28.5% de récurrence).

Mots-clé : fistule, diagnostic, traitement, guérison.

RESUMO

Antecedentes: as lesões do trato urinário inferior têm sua origem nas complicações nos procedimentos cirúrgicos, ginecológicos ou obstétricos que, ao não serem detectados a tempo condicionam a formação de fistulas.

Objetivo: analisar no diagnóstico e tratamento das fistulas vesicovaginais atendidas na clínica de urologia ginecológica do Instituto Nacional de Perinatologia (INPer).

Material e métodos: estudo retrospectivo de 27 laudos médicos de pacientes que acudiram à clínica de urologia ginecológica do INPer por fistula vesicovaginal no período desde o 1º de janeiro de 1992 até o 31 de dezembro de 2005. As variáveis analisadas foram idade, paridade, índice de massa corpórea, antecedentes cirúrgicos, operação praticada para a correção da fistula e evolução no período pos-operatório. Obtiveram-se os promédios e a desviação standard para a descrição dos dados.

Resultados: a idade promédio foi de 38,2 anos. O procedimento cirúrgico que condicionou o maior número de complicações foi histerectomia abdominal (53,3%), seguida de histerectomia obstétrica (33,3%). As técnicas mais usadas para a correção da fistula foram a operação de Latzko, em 19 pacientes (45,23%), e a fistulotomia de Sims, em 11 pacientes (26,19%). A drenagem mais usada foi a sonda de Foley com estância média de 9,1 dias. A complicação que apresentou-se com maior frequência foi a infecção de vias urinárias (6,7%).

Conclusões: Em nosso análise o tratamento cirúrgico às pacientes com fistula vesicovaginal mostrou bons resultados (71,4% de curação), com um mínimo de complicações (28,5% de recorrência).

Palavras chave: fistula, diagnóstico, tratamento, curação.

La fistula vesicovaginal es una de las complicaciones más serias en la práctica de los procedimientos quirúrgicos obstétricos y ginecológicos. Toda mujer con esta complicación enfrentará molestias, gastos financieros no planeados y deterioro de su calidad de vida.¹

Lee estima que 88% de estas fistulas se debe a operaciones ginecológicas u obstétricas, y de ellas 82% se vincula con histerectomía.²

La fistula vesicovaginal es una comunicación anormal entre la vejiga y la vagina. Hay una serie de factores que contribuyen a su presencia, entre ellos las lesiones que se producen durante operaciones ginecológicas u obstétri-

cas, directamente sobre la vejiga o el uréter y que pasan inadvertidas o se reparan de forma inadecuada. Casi todas estas lesiones cicatrizan correctamente si se reparan de manera adecuada; en caso contrario, la necrosis tisular debida a hematomas o suturas es un factor importante en la formación de fistulas vesicovaginales.³

Luego del procedimiento quirúrgico ginecológico u obstétrico las lesiones de la parte baja de las vías urinarias se manifiestan de manera espontánea como pérdida de orina por vía transvaginal o intraperitoneal. Estas fugas ocurren casi siempre tres a siete días después de la operación.

Es difícil determinar la frecuencia real de las lesiones en el conducto urinario pues la mayor parte no se reporta.⁴ En la Clínica Mayo, entre 1970 y 1980 se intervinieron 303 fistulas vesicovaginales, de las cuales 82% se debieron a operaciones ginecológicas, 8% a operaciones obstétricas, 6% a radioterapia y 4% a traumatismo. El 88% de las fistulas posoperatorias ocurrieron luego de histerectomía abdominal total.²

Otros autores han informado una frecuencia de fistulas vesicovaginales entre 0.05 y 1%.⁴ Luego de 6,528 histerectomías vaginales con colpoplastia, la frecuencia de estas fistulas fue del doble en comparación con 5,308 histerectomías vaginales sin colpoplastia (0.2 vs

* Residente de quinto año de urología ginecológica.

** Coordinador de clínica de urología ginecológica.

*** Médico adscrito a la clínica de urología ginecológica. Clínica de urología ginecológica, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

Correspondencia: Dr. Primo Roberto Martínez. Clínica de urología ginecológica, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Montes Urales 800, colonia Lomas Virreyes, CP 11000, México, DF.

Recibido: marzo, 2006. Aceptado: enero, 2007.

Este artículo debe citarse como: Roberto Martínez P, Rodríguez Colorado SE, Escobar del Barco L, Ramírez Isarraraz C. Fistula vesicovaginal. Experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginecol Obstet Mex 2007;75:31-34.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

0.09%);² Stark informa una frecuencia de 1 fístula vesicovaginal por cada 1,300 histerectomías (0.08%).⁵

Andersen, al comparar diferentes tipos de fistulas, informó una frecuencia de 0.01 a 0.02% para las ureterovaginales, y de 0.03 a 0.14% para las vesicovaginales en 11,925 histerectomías.⁶ Baltzer informa que la mayor parte de las fistulas ureterovaginales se produce luego de una histerectomía radical, pero por fortuna sólo una minoría está expuesta a este procedimiento.⁷

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron 27 expedientes de pacientes con diagnóstico de fístula vesicovaginal y atendidas en la clínica de urología ginecológica del 1 de enero de 1992 al 31 de diciembre del 2005. El diagnóstico de fístula se llevó a cabo mediante la historia clínica, el examen físico y los estudios complementarios, como prueba de azul de metileno, cistoscopia, urografía excretora y cistografía retrógrada. El abordaje quirúrgico y el seguimiento posoperatorio se practicaron según la preferencia del cirujano. Las variables indirectas incluidas fueron: edad, paridad, índice de masa corporal, antecedentes quirúrgicos, diagnóstico, operación practicada para la corrección de la anomalía y evolución posoperatoria. El análisis de los datos se hizo mediante el programa Excel para Windows XP, y con él se obtuvieron los promedios y la desviación estándar para la descripción de los mismos.

RESULTADOS

El análisis de los 27 expedientes de las pacientes en el periodo comprendido entre 1992 y 2005 reveló lo siguiente. El rango de edad se estableció entre 19 y 50 años con media de 38.2 años, la media de partos fue de 1.6 y la de cesáreas, de 1.5. El índice de masa corporal promedio fue de 27.4 con un rango entre 22.2 y 38.2. El 50% de estas pacientes habían sido intervenidas en el Instituto Nacional de Perinatología y 50% fuera de él. En cuanto a los antecedentes quirúrgicos, al 20% le habían practicado operación correctiva previa para fístula en otras instituciones. El procedimiento quirúrgico relacionado más a menudo con el origen de la fístula fue el ginecológico (46.6%), seguido por el obstétrico (36.6%) (figura 1).

A todas las pacientes se les practicó prueba de azul de metileno con resultado positivo en 40% de los casos. Como

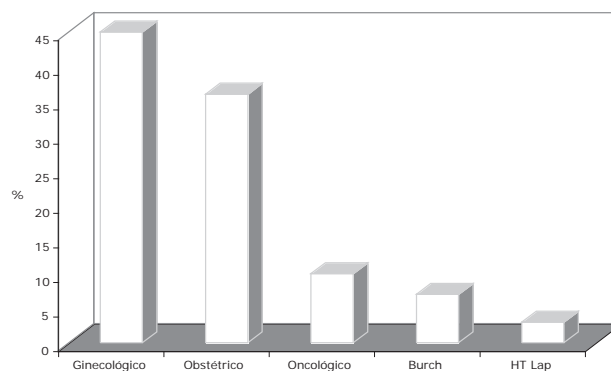


Figura 1. Procedimiento relacionado con la lesión vesical.

prueba complementaria para determinar el sitio, tamaño y número de las fistulas, al 90% de las pacientes se le practicó prueba de fenazopiridina y cistoscopia. El sitio más frecuente de la fístula vesicovaginal fue el retrotrigonal, en 28 casos (66.6%), el resto ocupó sitios diferentes de la vejiga. Los estudios especiales practicados para complementar el diagnóstico incluyeron urografía excretora, en 30% de las pacientes, y cistografía retrógrada, en 9%.

La operación de Latzko se practicó a 19 pacientes (45.23%), la fistulectomía de Sims a 11 (26.19%), la corrección por vía abdominal a 8 (19%), la combinación abdominal y vaginal a 2 (4.76%), y a una paciente se le colocó colgajo de epiplón (2.38%) (figura 2). El 83.3% de las mujeres que se sometieron a las operaciones de Latzko y Sims, como primera intervención, lograron la curación (cuadro 1).

En cuanto a la evolución de las pacientes, se observó que en 27 (64.28%) fue satisfactoria y en 12 (28.5%) hubo recidiva luego de la primera intervención (cuadro 2). Tres pacientes, de las cuales dos se curaron y

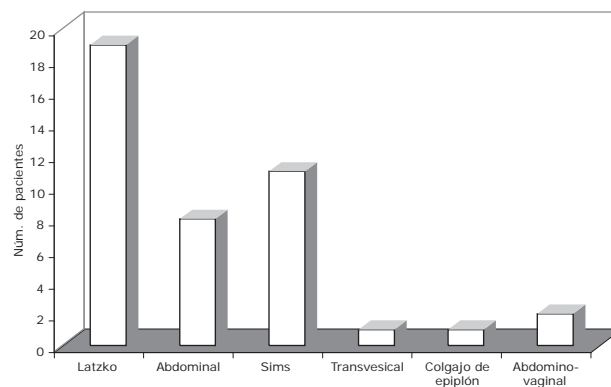


Figura 2. Procedimientos practicados.

Cuadro 1. Procedimiento quirúrgico y resultado

Procedimiento	Núm.	%	Falla/%	Curación/%
Fistuloplastia de Latzko	19	45.23	4/21.05	15/78.95
Fistulectomía de Sims	11	26.19	1/9.1	10/90.9
Abdominal transperitoneal	8	19	5/62.5	3/37.5
Abdominal transperitoneal y vaginal	2	4.76	1/50	1/50
Abdominal con colgajo de epiplón	1	2.38	0/0	1/100
Abdominal transvesical	1	2.38	1/100	0/0
Total	42		12/28.57	30/71.42

Cuadro 2. Número de intervención

	%	Núm.
Primera intervención	64.28	27
Segunda intervención	28.5	12
Tercera intervención	7.14	3
Total	100	42

una recidivó, requirieron una tercera intervención quirúrgica. En general, se obtuvo 71.42% de curación y 28.57% de recurrencia; la tasa de curación es mejor en la primera intervención quirúrgica.

Los tipos de drenaje utilizados fueron las sondas Foley transuretral y suprapúbica, con un tiempo de estancia entre 9.1 y 16.2 días. La complicación posoperatoria correspondió a infección de vías urinarias en 6.7% de las pacientes. A todas se les trató con antibióticos profilácticos.

DISCUSIÓN

Cuando la lesión del conducto urinario inferior ocurre como complicación, debe reconocerse, identificarse y tratarse específicamente. La capacitación quirúrgica de cirujanos y de residentes debe enfocarse a la prevención e identificación de estas lesiones, y el plan de estudios para los residentes en ginecología y obstetricia debe incluir la preparación para practicar cistoureteroscopia.

La fistula vesicovaginal ocurre con mayor frecuencia, hasta en 42% de los casos.⁸ La identificación de estructuras anatómicas; la distinción entre la vejiga y el cuello uterino; el reconocimiento sistemático del uréter; la práctica de pruebas, como la de azul de metileno o índigo de carmín, y de ser posible cistoscopia, pueden ayudar a identificar las lesiones y llevar a cabo el adecuado manejo de las mismas. Si se dificulta la buena disección de los tejidos o la operación se torna muy complicada, debe

considerarse la posibilidad de fistula, de cualquier tipo, desde el conducto urinario inferior hacia la vagina.⁹

Es necesario evaluar el número y tamaño de las fistulas mediante estudios de imagen, como cistografía o fistulografía, así como determinar el momento de la reparación quirúrgica, ya que la reacción inflamatoria que se produce al momento del traumatismo altera los resultados de la operación. Debe elegirse la técnica de reparación que se considere más adecuada para cada paciente con base en una evaluación integral: estado nutricional de la paciente, procedimientos quirúrgicos previos, experiencia y capacidad del cirujano, etcétera.

CONCLUSIONES

El principio fundamental para prevenir y evitar lesiones a las estructuras del conducto urinario inferior es conocer a las pacientes y todos sus factores de riesgo, y operar con precisión al reconocer cada una de las estructuras anatómicas.

En nuestra experiencia el tratamiento quirúrgico a las pacientes con fistula vesicovaginal mostró buenos resultados (71.42% de curación), con un mínimo de complicaciones (28.57%); el éxito quirúrgico parece disminuir en las intervenciones subsecuentes. La técnica que ofrece los mejores resultados depende de la aptitud y experiencia del cirujano, así como de las condiciones de la paciente.

REFERENCIAS

1. Flores CO, Cabrera JR, Galeano PA and Torres FE. Fistulas of the urinary tract in gynecologic and obstetric surgery. *Int Urogynecol J* 2001;12:203-14.
2. Lee RA, Symmonds RE, Williams TJ. Current status of genitourinary fistula. *Obstet Gynecol* 1988;72:313-66.
3. Lawson J. Vaginal fistulas. *Int J Gynecol Obstet* 1993;40:13.
4. Lower urinary tract operative injuries. ACOG Educational bulletin 1997;238:1-5.
5. Stark G. A transvaginal repair of vesicovaginal fistulas. *Obstet Gynecol* 1990;35:36.
6. Andersen TF, Loft A. Complications after hysterectomy. A Danish populations bases study 1978-1983. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:570.
7. Hochuli E, Benz J. Ureteral injuries in an obstetrics and gynecology training program. *Obstet Gynecol* 1988;72:82.
8. Labasky RF. Prevention and management of urovaginal fistulas. *Clin Obstet Gynecol* 1990;33:382.
9. Baltzer J. Early treatment of ureteral injuries found after gynecological surgery. *J Urol* 1977;118:25.