

Fístula vesicovaginal. Nuestra experiencia.

Revista Médica Electrónica 2007;29 (6)

HOSPITAL PROVINCIAL MILITAR "DR. MARIO MUÑOZ MONROY". MATANZAS

Fístula vesicovaginal. Nuestra experiencia.

Bladder-vaginal fistula. Our experience.

AUTORES

Dr. Roberto E. Ruiz Reyes (1)

Dr. Carlos Falcón Fraga (2)

E-mail: mil.mtz@infomed.sld.cu

Dr. Aldo Pérez León (2)

(1) Dr. Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Urología. Profesor Auxiliar. Hospital Provincial Militar "Mario Muñoz Monroy"

(2) Especialistas de I Grado en Urología. Hospital Provincial Militar "Mario Muñoz Monroy"

RESUMEN

Entre enero de 1992 y diciembre de 2006 se operaron 26 pacientes con el diagnóstico de fístula vesicovaginal. El 88.4 % de las fístulas fueron producidas por histerectomía transabdominal, 92,3 % eran de localización retrotrigonal, 80,8 % de las pacientes se operaron por vía transvesical extraperitoneal. De las 26 pacientes operadas sólo 3 (11.6 %) recidivaron y resolvieron con una segunda operación. Se analizan los parámetros y esquemas de estudio y tratamiento utilizados para solucionar esta entidad en el primer intento quirúrgico.

DeCS:

FÍSTULA VESICOVAGINAL/cirugía

FÍSTULA VESICOVAGINAL/epidemiología

FÍSTULA VESICOVAGINAL/etiología

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OPERATIVOS/métodos

HUMANO

ADULTO

FEMENINO

INTRODUCCIÓN

Las fístulas vesicovaginales y uretrovaginales se conocen desde la antigüedad. Mahfouz describió una fístula vesicovaginal en una momia egipcia cuya edad se calculó en aproximadamente 4000 años (1). El profesor Derry encontró otra fístula vesicovaginal en la momia de la reina Henhit 2050 años A.C. En los papiros hindúes de medicina de 800 a 600 años A.C. aparecen referencias a esta patología. (2) Antes del siglo XVI la afección se consideraba incurable y a partir del siglo XVIII se comienzan a ofertar tratamientos quirúrgicos, la mayoría por vía vaginal para tratar de resolver esta entidad. (1) Ya en el siglo XIX comienzan a aparecer distintos métodos y técnicas quirúrgicas que aún en la actualidad se utilizan. Trendelenburg en 1890 propone con éxito la vía transvesical extraperitoneal para el cierre de la

fístula vesicovaginal (3). Desde entonces las técnicas se han perfeccionado. En 1951 O'Connor y Sokel introducen el cierre transperitoneal con bidisección vesical hasta la zona de la fístula (3). Las vías de abordaje transvaginal, transvesical extraperitoneal y combinada se continúan utilizando. Aunque se plantean 4 causas fundamentales para la etiología de las fístulas vesicovaginales, actualmente y en los países industrializados, la causa más frecuente es la histerectomía ya sea por vía abdominal o vaginal. (5) Tancer (4) encontró en un grupo de 151 pacientes que el 91% (137) fueron postquirúrgicas con 125 causadas por cirugía ginecológica. El proceder más común 73 % (110) de los casos fue la histerectomía, de los cuales 99 casos fueron transabdominales. En una revisión realizada en la clínica Mayo plantean que la cirugía ginecológica es la causa del 82 % de las fístulas y los procedimientos obstétricos del 8 %, las radiaciones pélvicas del 6 % y los traumas del 4 %. (6) Sánchez y Mendoza, en un estudio de revisión de 91 pacientes en el servicio de Urología del Hospital Centro Medico "La Raza" en México, encuentran que la primera causa de fístula (67 %) fue la operación ginecológica por mioma uterino y (5.49 %) por cáncer cervicouterino. De las causas obstétricas la cesárea fue la más frecuente con 15 % de los casos. (7)

Los métodos y técnicas quirúrgicas a utilizar para la reparación efectiva de las fístulas vesicovaginales son variadas y su uso está en dependencia del criterio y experiencia del urólogo. Así, específicamente para el cierre de la fístula por vía transvesical extraperitoneal, donde hay que exponer la fístula "tironeando" de ella, se han utilizado diferentes dispositivos o aditamentos, sonda Foley, placas de metal (8) y plástico. (9)

Otras técnicas que se utilizan son la electrocoagulación y fulguración del trayecto fistuloso, (10-3) la vía vaginal con interposición de un flap de peritoneo (14) y últimamente la reparación laparoscópica. (15,16)

Sin embargo, independientemente del método y técnica quirúrgica utilizados, el éxito de la reparación de la fístula vesicovaginal, en el primer intento quirúrgico, depende a nuestro juicio de otros factores muy importantes como son: tiempo de establecida la fístula, etiología, localización, estudio de la paciente y de la fístula, técnica quirúrgica adecuada y experiencia del urólogo. El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra pequeña experiencia en el tratamiento de esta patología tan molesta y traumatizante para las pacientes.

MÉTODO

Entre los años 1992 y 2006 se operaron en el servicio de Urología del Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy" de Matanzas, 26 pacientes con el diagnóstico de fístula vesicovaginal. Las edades oscilaron entre 22 y 51 años y el motivo de ingreso de las pacientes fue la incontinencia de orina (salida de orina por vagina) total o parcial y el antecedente de una operación quirúrgica ginecológica o un proceder obstétrico. A todas las pacientes se les indicó sonda vesical Foley permanente a cambiar cada 21-30 días durante 6 meses.

Como norma seguimos el siguiente esquema de estudio con todas las pacientes:

1. Examen ginecológico con colocación de espéculo y tacto vaginal en la consulta externa.
2. Urograma descendente.
3. Cistoscopia bajo anestesia, examen ginecológico con tacto vaginal y prueba de azul de metileno.

4. Chequeo hematológico completo.
5. Exudados uretrales, vaginales y urocultivos.
6. Chequeo y valoración por psicología y psiquiatría periódicamente hasta el día del alta definitiva de la paciente.

La técnica quirúrgica utilizada fue: en 21 pacientes la transvesical extraperitoneal, una paciente por vía vaginal, la técnica combinada en otra paciente y la técnica de O'Connor en 3 pacientes. En la técnica quirúrgica más utilizada, la transvesical extraperitoneal, utilizamos varios aditamentos para "atraer" la fístula (sonda Foley, aditamentos de metal, de goma o plástico). Estos aditamentos una vez abierta la vejiga se pasa por el trayecto fistuloso hasta la vagina la sonda Foley o un hilo de nailon donde se fija el aditamento para traccionar la fístula, facilitando la exposición y resección completa de la misma con una adecuada diferenciación de los planos de vejiga y vagina, realizando una liberación amplia y sutura por planos "en cruz" la vagina con puntos sueltos de Vicryl y los planos vesicales con catgut cromado. Suturada la vejiga dejamos una sonda Pezzer de cistostomía. Nosotros a todas las pacientes que les realizamos esta técnica les cateterizamos ambos uréteres, sonda uretral y drenaje de poliuretano en el espacio de Retzius. Al terminar la operación colocamos a la paciente en posición decúbito prono con un colchón que tiene una abertura, en la zona de la herida, por donde se sacan hacia frascos la sonda de cistostomía y los catéteres. Se mide la diuresis por separado. Antibioticoterapia de amplio espectro por 10 días y mantenemos a la paciente entre 15 y 21 días en esa posición, que la abandona solamente para las curas, aseo personal y alimentación. Los catéteres uretrales los retiramos entre 7 y 10 días, la cistostomía a los 21 días y la sonda uretral al día siguiente siendo dada de alta la paciente a los 22 días de su operación.

RESULTADOS

De las 26 pacientes tratadas el 100 % fueron por operaciones o procedimientos ginecobstétricos, dos pacientes (7.8 %) por cesárea, una paciente (3.8 %) por trabajo de parto con fórceps y el resto, 23 pacientes (88.4 %), por histerectomía transabdominal.

Tabla No. 1
Causas de la fístula vesicovaginal

CAUSAS	NO. DE PACIENTES	%
Histerectomía transabdominal	23	88.4
Cesárea	2	7,8
Trabajo de parto	1	3,8
Totales	26	100

Fuente: Historias clínicas HMM

Tabla No. 2
Localización topográfica de la fístula

LOCALIZACIÓN	NO. DE PACIENTES	%
Pretrigonales	2	7.7
Retrotrigonales	24	92,3
Totales	26	100

Fuente: Historias clínicas HMM

Tabla No. 3
Técnica quirúrgica.

TÉCNICA QUIRÚRGICA	NO. DE PACIENTES	%
Transvesical	21	80.8
Vaginal	1	3.8
Combinada	1	3.8
O'Connor	3	11.6
Totales	26	100

Fuente: Historias clínicas HMM

Tabla No. 4
Recidiva de la fístula.

TECNICA QUIRÚRGICA	No. DE PACIENTES	RECIDIVA	%
TRANSVESICAL	21	3	14
VAGINAL	1	0	0
COMBINADA	1	0	0
O'CONNOR	3	0	0
TOTALES	26	3	11.5

Fuente: Historias clínicas HMM

De las 26 pacientes operadas por las distintas técnicas como se muestra en la tabla 3 y 4, solamente tres (11.5 %) tuvieron recidiva. Todas las recidivas fueron con la técnica transvesical, específicamente con la tracción de la fístula con la sonda de Foley. De las tres pacientes que recidivaron 2 fueron reintervenidas con solución de la fístula y una desapareció la fístula con una sonda vesical durante un mes.

DISCUSIÓN

La fístula vesicovaginal es una entidad consecuencia, en la mayoría de los casos, de un accidente quirúrgico ginecológico u obstétrico, que afecta considerablemente la calidad de vida de las pacientes y sus familiares, por lo que constituye un reto para el urólogo resolver el problema en el primer intento quirúrgico. En nuestra serie de 26 pacientes solamente 3 (11.5 %) no resolvieron esta patología en la primera intervención. De ellas 2 pacientes resolvieron en una segunda intervención y una tuvo la solución con una sonda vesical permanente durante un mes 88.5 % (23 pacientes) resolvieron la patología en un primer y único intento quirúrgico. Salinas y col. (21) en una serie de 18 pacientes operados obtienen 60 % de solución en la

primera intervención y 75 % en la segunda. Utilizando la vía quirúrgica transvesical extraperitoneal Nosotros consideramos que para solucionar la fístula en la primera intervención quirúrgica es necesario tener en cuenta algunos aspectos relevantes.

- **El tiempo que media entre el diagnóstico de la lesión y la operación de reparación**

De acuerdo con Toledo Lozano (8) y Carbone (13) la fístula vesicovaginal debe ser reparada cuando se produce o entre 24 y 48 horas de producida. Después de este tiempo existen controversias entre los diferentes autores, los que plantean la reparación precoz (entre 1 y 3 meses) (17-18), los que plantean realizar la reparación entre 2 y 4 meses (8, 19, 20) y los que lo hacen entre 4 y 6 meses (10,14). Nuestro equipo plantea que para reparar una fístula con éxito, la misma tiene que estar bien establecida, organizada, con definición absoluta de la zona de fibrosis alrededor de la fístula, sin edema, que permita resecarla amplia y completamente sin dejar elementos fistulosos en la zona y esto consideramos sólo se logra después de 5 meses de establecida la fístula.

- **Chequeo y valoración siquiátrica y psicológica periódica hasta el alta de la paciente**

Nosotros consideramos el aspecto psicológico de las pacientes como de gran importancia en el logro de la solución de su problema ya que ésta es una paciente que tuvo una intervención quirúrgica anterior que proporcionó un problema mayor, que tiene una incontinencia de orina permanente, que debe esperar entre 4 y 6 meses con una sonda vesical, para otra intervención quirúrgica, que puede o no resolverle el problema definitivamente y que producen indudablemente un desequilibrio psíquico que profundizan el deterioro de la calidad de vida de las pacientes y sus familias, esto conlleva en ocasiones a indicar tratamiento psiquiátrico.

En la literatura revisada no encontramos referido este aspecto que consideramos muy importante para el éxito de la operación.

- **La técnica quirúrgica a utilizar.**

Debe estar de acuerdo con la localización y tamaño de la fístula. Nosotros utilizamos la técnica de O´Connor (3) cuando la fístula es retrotrigonal bien alta, donde la bidisección vesical no es muy amplia. Las técnicas vaginales y combinadas las utilizamos en las fístulas pretrigonales, el detalle de la resección amplia de la fístula, la separación por planos (vagina y planos vesicales) en la técnica transvesical extraperitoneal, la más utilizada por nosotros, es importante en el éxito de la reparación. Algunos autores interponen entre vagina y vejiga otros tejidos del organismo como epiplón, peritoneo y músculo recto (10, 14, 23-5). Nosotros, aunque no estamos en contra de este proceder, consideramos que puede obviarse siempre y cuando exista una buena delimitación y sutura de los planos, como referíamos anteriormente, en la técnica transvesical extraperitoneal y que la causa de la fístula no sea por radiaciones.

- **La colocación de sondas, catéteres ureterales y la posición en decúbito prono de la paciente en el postoperatorio .**

Para evitar el contacto de la orina con la sutura vesical de la fístula es también controversial entre los autores. Los que preconizan la técnica de O´Connor (3) y los que interponen otros tejidos (10, 14- 25) consideran que no es necesario evitar el contacto de la orina con la zona de sutura y, por lo tanto, evitan el drenaje postural. Para nuestro equipo esto constituye una medida de seguridad que

garantiza el éxito de la operación. Aunque aceptamos que es una posición incomoda, las pacientes, con el tratamiento psicológico adecuado, la aceptan y soportan. Estas medidas, tomadas en la serie de pacientes presentadas en este trabajo, reportaron resultados muy superiores al de otros autores y proporciona a las pacientes una recuperación total de su función urinaria fisiológica, la regresión total de sus alteraciones psíquicas, la tranquilidad familiar y su completa incorporación a la vida laboral y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McKay WJS. History of ancient Gynaecology. New York: William Word and CU; 1901. p.302.
2. Trendelenburg F. Über Blasenscheidenfisteloperationen und Überbeckenhochlagerung bei Operationen in der Bauchhöhle. Sammelklinik Vortr. 1890;109(355): 3373.
3. O'Connor VJ, Sokel JK. Vesicovaginal fistula from the standpoint of the urologist. J Urol. 1951; 66: 579.
4. Tancer ML. Observation on prevention and management of Vesicovaginal fistulae after total hysterectomy. Surg Gynecol Obstet. 1992; 175: 501.
5. Hedlund H, Lindstedt E. Urovaginal fistula: 20 years of experience with 45 cases. J Urol. 1987; 137: 926.
6. Sánchez MLC, Mendoza CE, Ceballos CNE. Fístula Vesicovaginal. Experiencia del servicio de Urología. Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza. Bol Col Mex Urol.2002;17(4): 193.
7. Zinman L, Libertino JA. Techniques in the management of the recurrent Vesicovaginal fistula. Surg Clin North Amer.1973; 53: 479.
8. Toledo Lozano A, Fernández García A, Toledo Viera A. Uso del plástico en las fistulas vesico y uretrovaginales. Una variante quirúrgica. Urología Pan. 2000; 12(1): 27.
9. O'Connor VJ. Review of experience with Vesicovaginal fistula repair. J Urol. 1980; 123: 367.
10. Alonso Gorrea M, Fernández Zuaza J. Spontaneous healing of ureterovesicovaginal fistula. Eur Urol. 1985;11: 341.
11. Molina RH, Lynne CM, Politano VA. Treatment of vesicouterine fistula by fulguration. J Urol. 1989;141: 1422
12. Stousky MD, Ignaroff JM, Blum MD. Use of electrocoagulation in the treatment of Vesicovaginal fistula. J Urol. 1994;152: 1443.
13. Carbone VJ, Kavalier E, Raz S. Transvaginal repair of Vesicovaginal fistula: Success with the use of a peritoneal flap. J Urol. 2000; 163: 740.
14. OU CS, Huang VC, Tsuang M, Rowbotham R. Laparoscopic repair of Vesicovaginal fistulae. Adv Surg Tech. 2004;14: 17
15. Sotelo R, Milandolino B, García Seguí A, Dubois R, Spaliveiro M. Laparoscopic repair of Vesicovaginal fistulae. J Urol. 2005; 173: 1615.
16. Wahg Y, Haddey HR. Nondelayed transvaginal repair of high Vesicovaginal fistula. J Urol. 1990;144: 34.
17. Blandy JP, Badenoch DF, Fowler CG. Early repair of iatrogenic injury to the ureter or bladder after gynecological surgery. J Urol. 1991;146: 761.
18. Blaivas JG, Heritz DM, Romanzi L. Early versus late repair of Vesicovaginal fistula: vaginal and abdominal approaches. J Urol. 1995;1(53):110.
19. Borkowski A, Nowacki M. Simultaneous repair of post irradiation vesicovaginal and rectovaginal fistulas. J Urol. 1982;128: 926.
20. Miller EA, Webster GD. Current management of vesicovaginal fistulae. Curr Opin Urol.2001;11: 417

21. Salinas A, Arbelaez G, Bernales A, García A. Fístulas vesicovaginales: experiencias en 5 años en el Hospital Universitario del Valle. Rev Col Urol. 2004; 15:101.
22. Sandoval J, Santa C, Paz P. Fístulas vaginales: 173 casos observados en 18 años. Gynecol Obstet. (Perú) 1998;44(3): 208.
23. Bruce RG, Rizk ES, Galloway MTN. Use of rectus abdominis muscle flap for the treatment of complex and refractory urethrovaginal fistulas. J Urol.2000; 163
24. Molina Boronat P, Hechevarria Ramón S, Morales González R, Lahaba Liqui N. Fístula Vesicovaginal por litiasis vesical. Cir Esp. 2002; 71 (1): 43.
25. Milton P. Vesicovaginal fistulae: New perspectives. Curr Opin Obstet Gynecol. 2001;13: 513.

SUMMARY

From January 1992 to December 2006, 26 patients with vesico-vaginal fistula were surgically operated. 88.4% of the fistulas were produced by trans-abdominal hysterectomy. 92.3% of the cases had retrotrigonal fistulas. 80.8% of the patients were operated by extraperitoneal transvesical way. 3 (11.6%) out of the 26 patients surgically operated showed recurrence, thus, they were subjected to a second operation. The parameters, study charts and treatment previously followed were analyzed in order to resolve this medical entity with only one surgical treatment.

MeSH:

VESICOVAGINAL FISTULA/surgery
VESICOVAGINAL FISTULA/epidemiology
VESICOVAGINAL FISTULA/etiology
SURGICAL PROCEDURES, OPERATIVE/methods
HUMAN
ADULT
FEMALE

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ruiz Reyes RE, Falcón Fraga C, Pérez León A. Fístula vesicovaginal. Nuestra experiencia. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2007; 29(6). Disponible en URL: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol6%202007/tema.3.htm> [consulta: fecha de acceso]