

Fístula Vesico Vaginal. Modificación de técnica Quirúrgica.

HOSPITAL DOCENTE TERRITORIAL "ILUMINADO RODRÍGUEZ. JAGÜEY GRANDE

Revista Médica Electrónica 2009;31(6)

Fístula vesico vaginal. Modificación de técnica quirúrgica.
Vesicovaginal fistula. Modification of the surgical technique.

AUTORES:

Dr. Michel Rodríguez Carballo. (1)
E-mail: michel.mtz@infomed.sld.cu
Lic. Ania Sánchez Falcón(2)
Dra. Madeley Prado Rodríguez.(1)

1)Especialista de 1er Grado en Urología. Profesor Instructor. Hospital Docente Territorial Iluminado Rodríguez. Jagüey Grande.
2)Licenciada en Enfermería. Profesora Asistente. Hospital Docente Territorial Iluminado Rodríguez. Jagüey Grande

RESUMEN

Las fístulas vesicovaginales se conocen desde la antigüedad. Mahfouz describió una en una momia egipcia, actualmente la causa más frecuente es la histerectomía, el éxito de la reparación de la fístula, depende de: tiempo de establecida la fístula, etiología, localización, estudio de la paciente y la fístula, técnica quirúrgica y experiencia del urólogo. Se realizó un estudio descriptivo longitudinal para de mostrar las ventajas de la modificación en la técnica quirúrgica, entre los años 2001 y 2008 en el servicio de Urología del Hospital Docente "Iluminado Rodríguez " de Jagüey Grande, Matanzas, se operaron 21 pacientes, las edades comprendidas entre 21 y 50 años y el motivo de ingreso, incontinencia de orina y antecedente de una operación quirúrgica ginecológica. Se utilizaron los archivos del hospital para obtener los datos recogidos de las historias clínicas. La distribución etárea fue del 76% de los casos entre los 31 y 45 años, que denota su gran frecuencia entre mujeres en edad fértil y de mayor desarrollo socio-económico, resultaron estadísticamente significativas las histerectomías abdominales en la génesis de la fístula con más del 85.7 %. Se comprobó que la vía de abordaje quirúrgico más utilizada en la reparación fue la abdominal y por lo general de localización retrotrigonal. Se logra recuperación de la función urinaria fisiológica y ahorro de \$ 750.00, en cada caso y la regresión a la tranquilidad familiar, la vida laboral y social de todas las pacientes.

DeCS

FÍSTULA VESICOVAGINAL/ cirugía
FÍSTULA VESICOVAGINAL/ etiología
FÍSTULA VESICOVAGINAL/ epidemiología
FÍSTULA VESICOVAGINAL/ patología
INCONTINENCIA URINARIA/ diagnóstico
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS OPERATIVOS/ métodos
EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA
ESTUDIOS LONGITUDINALES
HUMANOS
ADULTO
MEDIANA EDAD
FEMENINO

INTRODUCCIÓN

Las fístulas vesicovaginales 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 AC. En los papiros hindúes de medicina de 800 a 600 años AC 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. Trendelemburg 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 Médico " 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 variados y su uso está en dependencia del criterio y experiencia del urólogo. 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 y plástico. Otras técnicas que se utilizan son la electrocoagulación y fulguración del trayecto fistuloso, la vía vaginal con interposición de un flap de peritoneo(8) y últimamente la reparación laparoscópica. Sin embargo, independientemente del método y técnica quirúrgica utilizados, el éxito de la reparación de la fístula vesicovaginal, en el primer intento quirúrgico, depende 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. La ocurrencia de fístulas vaginales es deprimente, tanto mental física y social. "Pierdo orina por mis partes" es la frase que se repite las portadoras de fístulas genitourinaria La orina fluye más o menos abundante en la horquilla vulvar, de acuerdo al tamaño de la fístula. La mayoría de las veces la incontinencia urinaria es total o casi total, que requiere el uso de pañales o láminas de plástico para proteger el colchón. El olor a amoníaco puede ser tan intenso que molesta a la paciente y es repulsivo para los demás. Muchas veces las pacientes viven deprimidas y recluidas.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal, entre los años 2001 y 2008 en el servicio de Urología del Hospital Docente "Iluminado Rodríguez " de Jagüey Grande Matanzas, se operaron 21 pacientes con el diagnóstico de fístula vesicovaginal. Las edades comprendidas entre 21 y 50 años y el motivo de ingreso de incontinencia de orina (salida de orina por vagina) total o parcial y el antecedente de una operación quirúrgica ginecológica. Se utilizaron los archivos del hospital para obtener los datos recogidos de las historias clínicas. A todas las pacientes una vez que comenzó la salida de orina, se les indicó sonda vesical Foley permanente a cambiar cada 15-21 días. Como norma seguimos el siguiente esquema de estudio con todas las pacientes:

- Examen ginecológico con colocación de espejo y prueba de azul de metileno.
- Ecografía renal y vesical.
- Chequeo hematológico completo.

- Exudados uretrales, vaginales y urocultivo.

• Cistoscopia. La técnica quirúrgica utilizada fue la transvesical extraperitoneal, con incisión media o paramedia izquierda, se abre por planos, decolando el espacio del Retzius. Se abre vejiga, localizando el trayecto fistuloso. Se utiliza aditamentos plásticos (cuentas de collar) para "atraer" la fístula en dependencia del diámetro del trayecto fistuloso. Una vez abierta la vejiga se pasa por el trayecto fistuloso hasta la vagina un hilo de nylon donde se fija el aditamento para traccionar la fístula, facilitando la exposición y resección 1cm por fuera del trayecto con una adecuada diferenciación de los planos de vejiga y vagina, realizando una disección amplia. Realizada la exeresis del trayecto se sutura por planos, la vagina con puntos mayos de cromado (1), muscular vesical con Vicryl 0 ó 1 a puntos separados y mucosa vesical con catgut cromado 2-0 de forma continua. La incisión vesical se sutura en dos planos dejando sonda Pezzer # 18 ó 20 por cistostomía. En los casos que el trayecto fistuloso se encuentra cerca de los meatos ureterales previa resección del trayecto se cateterizan ambos orificios ureterales para evitar la lesión de los mismos. A todas las pacientes que se les realizó esta técnica se les colocó drenaje de Penrose en el espacio de Retzius. A 11 de las pacientes, al terminar la operación, se acostaron en posición decúbito prono, con un colchón que tiene una abertura de forma circular, en la zona del centro, por donde se exteriorizan hacia frascos la sonda de cistostomía y o los catéteres durante 7 días, las que abandonan la posición solamente para las curas, aseo personal y alimentación. Las restantes 10 pacientes se acostaron en posición decúbito supino. A las 72 horas de operadas se retira el drenaje del espacio de Retzius y a los 7 días la sonda de cistostomía. Colocando sonda uretral Foley # 18 ó 20, momento en el cual es dada de alta. La sonda Foley se mantiene durante 5 días más, retirada posteriormente en consulta. Todas las pacientes recibieron antibioticoterapia de amplio espectro por 10 días.

RESULTADOS

Tabla No.1 . Casos de fístula vesicovaginal según grupo etáreo.

Grupo etáreo	No. de Pacientes	%
21-25	1	4.7
26-30	2	9.5
31-35	5	23.8
36-40	6	28.7
41-45	5	23.8
46-50	2	9.5
Total	21	100

La distribución etárea que muestra la tabla no.1, describe la concentración de 76% de los casos entre los 31 y 45 años, que denota su gran frecuencia entre mujeres en edad fértil y de mayor desarrollo socio-económico.

Tabla No.2. Casos de la fístula vesicovaginal según etiología.

Causas	No. de pacientes	%
Histerectomía abdominal	18	85.7
Histerectomía vaginal	3	14.3
Total	21	100

De las 21 pacientes tratadas el 100 % fueron por operaciones o procederes ginecobstétricos, 18 pacientes (85.7%) por histerectomía abdominal y 3 por histerectomía vaginal (14.3%).

Tabla No.3. Localización topográfica de la fístula.

Localización	No. de Pacientes	%
Pretrigonal	1	4.7
Trigonal	2	9.5
Retrotrigonal	18	85.7
Total	21	100

Si lo predominante en nuestra muestra fue el proceder abdominal, es lógico esperar mayor frecuencia de fístulas retrotrigonales.

Tabla No.4. Estadía hospitalaria.

Estadía hospitalaria	No. de Pacientes	%
7 días	18	85.7
8 y 10 días	3	14.3
+ 10 días	0	0.0
Total	21	100

La estadía hospitalaria representada en la tabla 4 muestra que el 85.7 % de las pacientes fueron dadas de alta a los 7 días, si tenemos en cuenta que el costo unitario por día paciente equivale a \$58.00 y comparado con otros autores donde la estadía hospitalaria en su estudio es de 21 días o más 7 , el ahorro de la modificación de la técnica quirúrgica asciende a \$ 750.00, en cada caso, sin contar la pronta incorporación a la vida laboral y social de todas las pacientes. En la práctica médica diaria se observan con relativa frecuencia diferentes complicaciones tanto en el transoperatorio como en el postoperatorio de operaciones ginecoobstétricas. Muchas constituyen verdaderas iatrogenias, que se localizan en diferentes niveles del aparato urinario, donde la vejiga es generalmente el órgano más afectado con la aparición de fístulas vesicovaginales , 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 21 pacientes todas resolvieron la patología en un primer y único intento quirúrgico. Salinas y col. (9) 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.

En el presente estudio se considera 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) la fístula vesicovaginal debe ser reparada cuando se produce 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), los que la realizan entre 2 y 4 meses 8,9 y los que lo hacen entre 4 y 6 meses.(10)

Los autores recomiendan 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 researla amplia y completamente sin dejar elementos fistulosos en la zona y esto sólo se logra entre los 2 y 3 meses de establecida la fístula. La técnica quirúrgica a utilizar fue: la técnica transvesical extraperitoneal permite el detalle de la resección amplia de la fístula, la separación por planos (vagina y planos vesicales), lo que 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)

Los autores aunque no están en contra de este proceder, consideran que puede obviarse siempre y cuando exista una buena delimitación y sutura de los planos, como se refiere anteriormente.

La colocación de sondas, catéteres ureterales y la posición en decúbito 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 consideran que no es necesario evitar el contacto de la orina con la zona de sutura y, por lo tanto, evitan el drenaje postural.

Los resultados de este estudio muestran que no existe diferencia en la evolución de las pacientes con respecto al decúbito utilizado en el postoperatorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McKay WJS. History of ancient Gynaecology. New York :William Word and CU; 1901. p.302
2. Trendelemburg F. Über Blasenscheidenfisteloperationen und über Beckenhochlagerung bei Operationen in der Bauchhöhle. Sammelklinik Vorträge. 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. 2005; 175: 501.
5. Hedlund H, Lindstedt E. Urovaginal fistula: 20 years of experience with 45 cases. J Urol. 2007; 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. 2004;17(4): 193.
7. Zinman L, Libertino JA. Techniques in the management of the recurrent vesicovaginal fistula. Surg Clin North Amer. 2006; 53: 479.
8. Toledo Lozano A, Fernández García A, Toledo Viera A. Uso del plástico en las fístulas vesico y uretrovaginales. Una variante quirúrgica. Urología Pan. 2000; 12(1): 27.
9. 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.
10. Alonso Gorrea M, Fernández Zuaza J. Spontaneous healing of ureterovesicovaginal fistula. Eur Urol. 1985;11: 341.

SUMMARY

Vesicovaginal fistulas are known from the ancient times. Mahfouz described one in an Egyptian mummy. Nowadays the most frequent cause is the hysterectomy. The success in repairing a fistula depends on: time of fistula's formation, aetiology, location, study of the patient and the fistula, surgical technique and urologist's experience. We carried out a longitudinal descriptive study to state the advantages of the modification of the surgical techniques, in the years from 2001 and 2008 at the Urology Service of the Teaching Hospital "Iluminado Rodríguez" of Jagüey Grande, Matanzas. 21 21-to-50 years-old patients were operated. The causes of entering the hospital were urine incontinence and antecedents of gynaecologic surgical intervention. The hospital records were used to obtain the data collected in the patients' clinical records. 76 % of the cases were between 31 and 45 years old, denoting its great frequency among women in fertile age and of the higher socio-economic status, being statistically significant abdominal hysterectomies in the fistula genesis with more than 85.7 %. We proved that the most used surgical treatment use was the abdominal one, and generally the location was retrotrigonal. It was achieved the recovering of the physiologic urinary function and \$ 750.00 were saved in each case. All the patients recovered the familiar peace, and returned to social and laboral life.

MeSH

VESICOVAGINAL FISTULA/ etiology
VESICOVAGINAL FISTULA/ epidemiology
VESICOVAGINAL FÍSTULA/ pathology
VESICOVAGINAL FÍSTULA/ surgery
URINARY INCONTINENCE/ diagnosis
SURGICAL PROCEDURES, OPERATIVE/ methods
EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE
LONGITUDINAL STUDIES
HUMANS
ADULT
MIDDLE AGED
FEMALE

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Rodríguez Carballo M, Sánchez Falcón A, Prado Rodríguez M. Fístula vesico vaginal. Modificación de técnica quirúrgica. Rev méd electrón [Seriada en línea] 2009; 31(6). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol6%202009/tema11.htm> [consulta: fecha de acceso]