

114 J.M. Sánchez Merino
C. Guillán Maquieira^a
J. Alonso Ortiz^a
L. Parra Muntaner
S.C. Gómez Cisneros
J. García Alonso

Servicios de Urología y ^aGinecología.
Hospital del Bierzo. Ponferrada. León.

Correspondencia:

Dr. J.M. Sánchez Merino.
Francisco González, 25.
24400 Ponferrada. León.
Correo electrónico: jsn@pulso.com

Fecha de recepción: 16/1/01
Aceptado para su publicación: 9/2/01

Tratamiento de las fístulas vesicovaginales no complicadas posthisterectomía

Management of uncomplicated vesicovaginal fistulas after hysterectomy

J.M. Sánchez Merino, C. Guillán Maquieira, J. Alonso Ortiz,
L. Parra Muntaner, J. García Alonso. Tratamiento de las fístulas
vesicovaginales no complicadas posthisterectomía. *Prog Obstet
Ginecol* 2001;44:114-119.

RESUMEN

Objetivo: Aportamos nuestra experiencia en el tratamiento de las fístulas vesicovaginales no complicadas.

Material y métodos: Analizamos retrospectivamente a 7 pacientes con fístulas vesicovaginales no complicadas tras histerectomía tratadas en nuestro centro entre 1995 y 2000. La forma más común de presentación fue la incontinencia urinaria constante. Tres casos se acompañaron de hematuria macroscópica en el postoperatorio inmediato.

Resultados: Tras fracaso del tratamiento conservador, se realizó reparación transvesical en todos los casos, con un porcentaje de éxito del 100% y una mediana de seguimiento de 21 meses (límites, 5-35 meses).

Conclusiones: Se debe sospechar la existencia de una fístula vesicovaginal tras cirugía ginecológica ante la presencia de hematuria macroscópica, débito importante de líquido de aspecto urinoso por drenaje vaginal o incontinencia urinaria

constante postoperatorios. El diagnóstico y tratamiento temprano evita el estrés prolongado de la paciente sin comprometer los resultados.

PALABRAS CLAVE

Vesicovaginal. Fístula. Vejiga. Tratamiento quirúrgico. Histerectomía.

ABSTRACT

Aim: To describe our experience with uncomplicated vesicovaginal fistulas.

Material and methods: We retrospectively reviewed seven consecutive women who presented with uncomplicated vesicovaginal fistulas after hysterectomy, repaired at our institution between 1995 and 2000. Most of the patients presented with continuous discharge of urine from the vagina. Three patients presented with gross hematuria in the immediate postoperative period.

Tabla 1 Características de la serie

Caso	Edad (años)	Antecedentes	Clínica	Procedencia
1	52	Histerectomía abdominal (útero miomatoso)	Incontinencia urinaria constante	Mismo centro
2	42	Histerectomía abdominal (útero miomatoso)	Incontinencia urinaria constante	Mismo centro
3	44	Histerectomía abdominal (útero miomatoso)	Incontinencia urinaria constante	Mismo centro
4	39	Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia (útero miomatoso)	Drenaje vaginal de aspecto urinoso	Otro centro
5	64	Histerectomía abdominal (útero miomatoso) Cistolitotomía posterior por punto perforante	Infecciones urinarias de repetición posthisterectomía. Litiasis vesical. Incontinencia urinaria constante poscistolitotomía	Mismo centro
6	80	Histerectomía vaginal y colpoperineorrafia anteroposterior (prolapso genital de III grado)	Palpación de sonda vesical vía vaginal	Mismo centro
7	48	Histerectomía abdominal (útero miomatoso)	Incontinencia urinaria constante	Otro centro

Results: In all patients conservative management was unsuccessful and vesicovaginal fistula was successfully corrected by surgical treatment. The median postoperative follow-up was 21 months (range: 5-35 months).

Conclusions: Vesicovaginal fistula after gynecological surgery should be suspected in patients with continuous discharge of urine, hematuria or increased vaginal discharge. Early diagnosis and treatment prevent prolonged stress to the patient and the success rate is high.

KEY WORDS

Vesicovaginal fistula. Bladder. Surgery. Hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

La aparición de una fístula urinaria representa una de las complicaciones postoperatorias más desafortunadas de la cirugía pélvica, tanto para el cirujano como para la paciente. En los países desarrollados, la mayoría de las fístulas vesicovaginales están relacionadas con procedimientos ginecológicos, mientras que en los países del tercer mundo la causa más frecuente son los traumatismos obstétricos¹⁻⁶. Otras causas de fístulas vesicovaginales incluyen cirugía pélvica urológica y digestiva, tumores malignos, radioterapia e infecciones^{7,8}.

Aportamos nuestra experiencia en el tratamiento

de las fístulas vesicovaginales no complicadas posthisterectomía por procesos benignos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos retrospectivamente 7 casos de fístulas vesicovaginales no complicadas tratadas en nuestro centro entre 1995 y 2000. La edad media de las pacientes fue de 53 años (límites, 39-80 años). Definimos las fístulas vesicovaginales no complicadas como aquellas no asociadas a tumores malignos, radioterapia previa, fibrosis extensa secundaria a un procedimiento anterior o fístulas mayores de 5 cm⁹. En 5 casos la fístula fue secundaria a histerectomía abdominal por útero miomatoso y en 2 casos a histerectomía vaginal, una de las cuales se realizó asistida por laparoscopia por útero miomatoso y otra por prolapso genital (tabla 1). Dos de las histerectomías se realizaron en otros centros, y fueron diagnosticadas y tratadas posteriormente en nuestro hospital.

El diagnóstico de presunción se realizó en 4 pacientes por la aparición de incontinencia urinaria constante tras la retirada de la sonda vesical en el postoperatorio de la histerectomía (tabla 1). En el caso 1 se retiró la sonda vesical el primer día del postoperatorio, pero la incontinencia se puso de manifiesto 8 días después. Las pacientes 2, 3 y 7 presentaron hematuria macroscópica en el postoperatorio inmediato, con desarrollo de incontinencia urinaria constante tras la retirada de la sonda vesical al segundo día los casos 2 y 3, y al noveno día posquirúrgico el caso 7. La paciente sometida a histerecto-

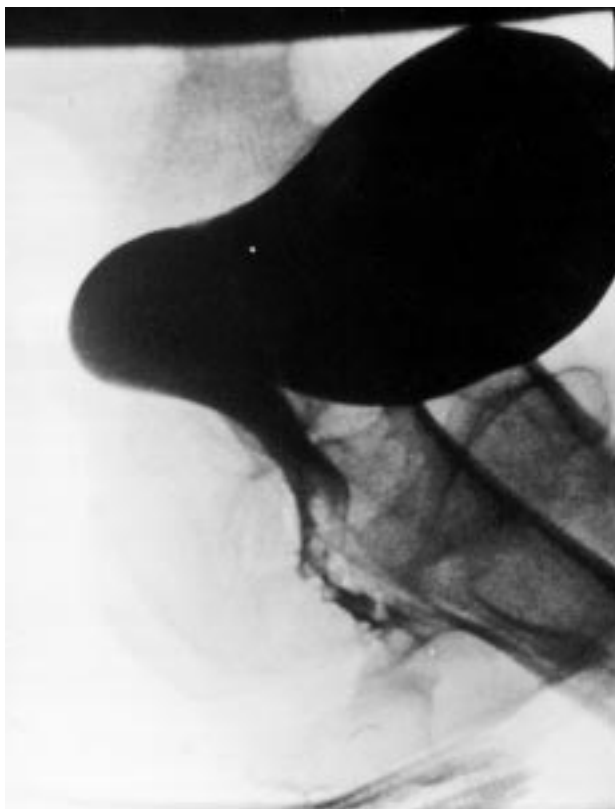


Figura 1. Uretrocistografía: fístula vesicovaginal.

mía vaginal asistida por laparoscopia (caso 4) fue atendida en nuestro centro 9 días después en relación con fiebre, deterioro del estado general y drenaje vaginal serosanguinolento. Una de las pacientes (caso 5) desarrolló un cálculo vesical sobre un punto perforante en relación con la histerectomía abdominal realizada 11 años antes. Se realizó cistolitotomía y exéresis del punto asociado sin descartarse la presencia de fístula asociada, con desarrollo de incontinencia urinaria constante tras la retirada de la sonda vesical al octavo día postoperatorio. La incontinencia urinaria constante de la última paciente de la serie fue erróneamente diagnosticada como infección urinaria, con tratamiento definitivo por retraso diagnóstico a los 5 meses de la aparición de la sintomatología inicial.

La sospecha de fístula se confirmó en todos los casos con cistografía (fig. 1) y cistoscopia, con confirmación de la integridad del aparato urinario superior mediante urografía intravenosa. El trayecto fistu-

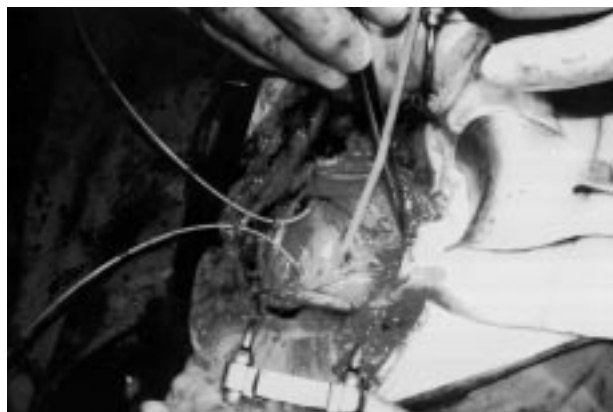


Figura 2. Sonda vesical en trayecto fistuloso retrotrigonal. Cateterización de ambos uréteres.

loso se situó en el retrotrígono, con un diámetro que osciló entre 0,5 y 2 cm (media, 1,3 cm).

En 5 casos se realizó drenaje vesical con catéter de Foley y tratamiento antimicrobiano durante 4 semanas en un intento de cierre espontáneo. Sin embargo, todos los casos precisaron reparación quirúrgica como tratamiento definitivo. La técnica quirúrgica se realizó con la paciente en decúbito supino, accediendo a la fístula por vía abdominal transvesical extraperitoneal. Se cateterizaron ambos uréteres para ayudar a identificarlos y protegerlos de una posible lesión durante la cirugía. Asimismo, se introdujo una sonda Foley 12F por el trayecto fistuloso para facilitar la disección del mismo (fig. 2). Se llevaron a cabo los principios habituales de la reparación: exéresis amplia del trayecto fistuloso, separación en capas de la vejiga con respecto a la vagina y cierre en tres planos con material reabsorbible con líneas de sutura no superpuestas. La primera línea de sutura interesa la mucosa vaginal, la segunda el detrusor vesical y la tercera la mucosa vesical. Después del procedimiento es necesario mantener un drenaje urinario postoperatorio, que en nuestra serie se mantuvo una media de 15 días (límites, 12-20 días).

RESULTADOS

En las 5 pacientes en que se intentó tratamiento conservador (drenaje urinario con sonda Foley y antibioterapia durante 4 semanas) éste fracasó. En tres de estos casos el tratamiento definitivo se realizó a

los 23, 60 y 62 días del diagnóstico. Los casos 1 y 7 fueron intervenidos a los 5 meses y el caso 5 a los 19 meses por deseo de la paciente. En esta última se realizó simultáneamente tratamiento de incontinencia urinaria de esfuerzo asociada mediante colposuspensión tipo Burch. Se realizó corrección intraoperatoria de la lesión vesicovaginal en el caso que fue advertido durante la cirugía. No se presentaron complicaciones posquirúrgicas en ningún caso. En todas las pacientes se realizó cistografía antes de la retirada de la sonda. El porcentaje de éxitos fue del 100% de los casos en un solo tiempo quirúrgico, con una mediana de seguimiento de 21 meses (límites, 4-35 meses).

DISCUSIÓN

Las fístulas vesicovaginales simples no radiadas que se diagnostican en el mundo occidental están causadas en la mayoría de las ocasiones por procedimientos ginecológicos, especialmente histerectomías abdominales por procesos benignos¹⁻⁴. La fístula vesicovaginal, definida como la comunicación anormal entre vejiga y vagina, puede producirse por lesión directa de la vejiga durante la intervención quirúrgica, erosión y necrosis producidas la presencia de una sutura entre la cúpula vaginal y la vejiga, isquemia y esfacelación de una pared vesical demasiado disecada, o bien por la evolución y drenaje de un hematoma o absceso. De cualquier manera, el resultado es la generación de un urinoma que drena en la vagina con el subsecuente desarrollo de una fístula entre la vejiga y la vagina¹⁰⁻¹².

Casi todas las fístulas vesicovaginales se manifiestan en forma de incontinencia diurna y nocturna después de una operación pelviana, pudiendo manifestarse en el postoperatorio inmediato o, más frecuentemente, entre varios días y semanas después de la cirugía por necrosis parietal⁷. Otras manifestaciones menos frecuentes son la presencia de hematuria o drenaje vaginal persistente¹³. En fístulas pequeñas, el único signo puede consistir en una secreción vaginal líquida con micciones normales¹⁴. Debemos considerar esta complicación en histerectomías laboriosas con postoperatorios tórpidos, incluyendo el desarrollo de íleo paralítico, dolor postoperatorio excesivo y síntomas irritativos vesicales¹⁵, así

como ante un aumento de la descarga vaginal en paciente con historia de neoplasia pélvica e irradiación. En algunos casos puede desarrollarse un cálculo vesical sobre un punto perforante en relación con una intervención previa. Por otra parte, se han descrito fístulas vesicovaginales hasta 20 años después de haber recibido irradiación pélvica¹⁴.

El siguiente paso consiste en confirmar que el drenaje acuoso por vía vaginal es verdaderamente orina. El diagnóstico diferencial incluye incontinencia en relación con disfunción uretral o vesical; ectopia uretral; fístula uretrovaginal y/o fístula a útero; comunicación anormal entre trompa de Falopio y cúpula vaginal¹⁶; drenaje vaginal postoperatorio de líquido peritoneal; infección vaginal, o drenaje de un absceso pélvico. La administración oral de tabletas de fenazopiridina, la inyección intravenosa de índigo carmín o la repleción vesical con azul de metileno mediante catéter permiten confirmar el diagnóstico de fístula urinaria al obtener la orina teñida por vagina. El examen pélvico, la cistoscopia y la vaginoscopia permiten evaluar el tamaño, la localización y el número de orificios fistulosos, así como el estado tisular circundante, siendo obligada la biopsia de la fístula en pacientes con antecedentes de tumor maligno pélvico. La cistografía es útil para evaluar la extensión de la fístula y descartar la presencia de reflujo vesicoureteral. La urografía intravenosa es esencial para asegurar la integridad del sistema colector superior, así como para descartar otras fístulas que pudieran coexistir. La pielografía ascendente está indicada en los casos en los que la urografía intravenosa no permita descartar la coexistencia de una fístula ureterovaginal.

Si la lesión vesical se diagnostica en el momento de la cirugía es preciso realizar corrección intraoperatoria. Si el diagnóstico es postoperatorio, está indicado un ensayo terapéutico mediante drenaje vesical durante 2-4 semanas y administración de antibióticos y agentes anticolinérgicos para evitar los espasmos vesicales. Con esta modalidad terapéutica conservadora se ha comunicado el cierre espontáneo en el 5 y el 25% de los casos^{2,4,17}. En fístulas menores de 3 mm puede ser eficaz la fulguración del trayecto fistuloso, seguida de drenaje vesical con catéter de Foley durante un mínimo de 2 semanas^{10,18}. De cualquier forma, si la paciente continúa con la clínica después de un ensayo de terapia conservadora, no está justificado retrasar la intervención quirúrgica¹⁴.

Sea cual sea la técnica elegida para la reparación definitiva, se deben respetar una serie de principios quirúrgicos fundamentales: prevenir la formación de hematomas, resecar los tejidos esclerosos, utilizar suturas reabsorbibles que no queden a tensión, no superponer líneas de sutura y que éstas se mantengan libres de infección y secas, interponer tejidos bien vascularizados en las fístulas grandes y tórpidas, asegurar un buen drenaje vesical, así como abstinencia sexual postoperatoria y evitar el uso de tampones durante 2 meses^{4,7}. La reposición de estrógenos en las pacientes posmenopáusicas o sometidas a una histerectomía puede mejorar la turgencia y la irrigación sanguínea de la pared vaginal^{7,19}. Cuando se desarrolla un cálculo vesical sobre un punto perforante, además de realizar extracción del cálculo, se debe corregir el trayecto fistuloso provocado por la exéresis del punto asociado.

Tradicionalmente se ha postulado que es prudente esperar entre 3 y 6 meses para alcanzar una reparación satisfactoria de las fístulas vesicovaginales¹⁷. Sin embargo, varios autores han comunicado excelentes resultados con las reparaciones tempranas de las fístulas no complicadas^{1,4,14,19-21}. Como la lesión de la vejiga es normalmente un traumatismo no complicado por irradiación previa, esperar tres o más meses antes de la reparación probablemente no

es necesario. Además, retrasar la intervención puede prolongar innecesariamente el estrés de la paciente. Por desgracia, no hay estudios aleatorizados que distingan entre los resultados de una reparación temprana o tardía.

La elección de la vía de abordaje (abdominal, vaginal o combinada) depende de muchos factores, pero los más importantes son la afinidad y el hábito y entrenamiento de cada cirujano^{7,14,20}. Sin embargo el porcentaje de éxitos de cada acceso es similar (alrededor del 85% en fístulas simples)^{3,19,20,22}. El abordaje abdominal puede ser utilizado para tratar todo tipo de fístulas vesicovaginales, en especial en aquellos casos en los que sea necesario un reimplante ureteral, requieran una cistoplastia de ampliación, se precise corregir una incontinencia urinaria de esfuerzo simultánea o bien cuando la fístula no se pueda visualizar correctamente con el acceso vaginal^{7,22}.

Como conclusión, se debe sospechar la existencia de una fístula vesicovaginal tras cirugía ginecológica ante la presencia de hematuria macroscópica, débito importante de líquido de aspecto urinoso por drenaje vaginal o incontinencia urinaria constante postoperatorios. El diagnóstico y tratamiento precoz evita el estrés prolongado de la paciente sin comprometer los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wang YA, Hadley RH. Nondelayed transvaginal repair of high lying vesicovaginal fistula. *J Urol* 1990; 144: 34-36.
2. Lee RA, Symmonds RE, Williams TJ. Current status of genitourinary fistula. *Obstet Gynecol* 1998; 72: 313-319.
3. Goodwin WE, Scardino PT. Vesicovaginal and ureterovaginal fistulas: a summary of 25 years of experience. *J Urol* 1980; 123: 370-374.
4. Ramos C, De la Rosa F, Leiva O. Fístulas vesicovaginales: corrección con duramadre liofilizada. *Act Urol Esp* 1991; 15: 143-147.
5. Arrowsmith SD. Genitourinary reconstruction in obstetric fistulas. *J Urol* 1994; 152: 403-406.
6. Elkins TE, Ghosh TS, Tagoe GA, Stocker R. Transvaginal mobilization and utilization of the anterior bladder wall to repair vesicovaginal fistulas involving the urethra. *Obst Gynecol* 1992; 79: 455-460.
7. Leach GE, Trockman BA. Surgery for vesicovaginal and ureterovaginal fistula and urethral diverticulum. En: Walsh PC, Retick AB, Darracott E, Wein AJ, editores. *Campbell's Urology* (7.ª ed.). Filadelfia: Saunders Company, 1998; 1135-1153.
8. Ba-Thike K, Than AYE, Nan OO. Tuberculous vesicovaginal fistula. *Int J Gynecol Obstet* 1992; 37: 127-130.
9. Leng WW, Amundsen CL, McGuire EJ. Management of female genitourinary fistulas: transvesical or transvaginal approach? *J Urol* 1998; 160: 1995-1999.
10. Stovsky MD, Ignatoff JM, Blum MD, Nanninga JB, O'Connor VJ, Kursh ED. Use of electrocoagulation in the treatment of vesicovaginal fistulas. *J Urol* 1994; 152: 1443-1444.
11. Alonso M, García L, Jiménez JF, Villanueva A, Rioja LA. Fístulas urogenitales. En: Jiménez JF, Rioja LA, editores. *Tratado de urología*. Barcelona: J.R. Prous Editores, 1993; 2101-2121.
12. Zimmern PE, Ganabathi K, Leach GE. Vesicovaginal fistula repair. *Atlas Urol Clin North Am* 1994; 2: 87-99.
13. Pellice C, Mallafre JM, Carretero P. Fístula íleo-vesicovaginal secundaria a una enfermedad de Crohn. *Arch Esp Urol* 1986; 39: 335.

14. Raz S, Litle NA, Juma S. Urología femenina. En: Walsh PC, Retik A, Stamey TA, Vaughan E, editores. Campbell urología (6.^a ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1994; 2736-2783.
15. Pros I. Fístula enterovesical producida por una prótesis de material sintético. Act Urol Esp 1990; 14: 282.
16. Leach GE, Yip CM, Donovan BJ, Raz S. Tubovaginal leakage: an unusual cause of incontinence. J Urol 1987; 137: 287-288.
17. O'Connor VJ. Review of experience with vesicovaginal fistula repair. J Urol 1980; 123: 367-369.
18. Molina LR, Lynne CM, Politano VA. Treatment of vesicouterine fistulae by fulguration. J Urol 1989; 141: 1422.
19. Labasky RF. Prevención y tratamiento de fístulas urovaginales. En: Pitkin RM, Scott JR, editores. Clínicas obstétricas y ginecológicas. México: Med Interamericana, 1990.
20. Blaivas JG, Heritz DM, Romanzi IJ. Early versus late repair of vesicovaginal fistulas: vaginal and abdominal approaches. J Urol 1995; 153: 1110-1113.
21. Persky L, Herman G, Querrier K. Non delay in vesico-vaginal fistula repair. Urology 1979; 13: 273-275.
22. Raz S, Bregg J, Nitti V, Sussman E. Transvaginal repair using a paritoneal flap. J Urol 1993; 150: 56-59.