

11217

97

2EJ



Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios de Postgrado  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Hospital General Regional

Centro Médico Nacional de Puebla  
"GRAL. MANUEL AVILA CAMACHO"

COMPLICACIONES UROLOGICAS  
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener la Especialidad en:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

Dr. Victor Manuel Montalvo Zapata



IMSS

Puebla, Pue.

1995



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

11217

97  
2E



Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios de Postgrado  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
Hospital General Regional

Centro Médico Nacional de Puebla  
"GRAL. MANUEL AVILA CAMACHO"

COMPLICACIONES UROLOGICAS  
EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener la Especialidad en:

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Presenta:

Dr. Victor Manuel Montalvo Zapata

Hosp. General Regional  
No. 30 PUEBLA



IMSS

Puebla, Pue.

1995  
DE ENS. E  
ST.

A mis padres:

Dr. Bartolo Montalvo Niño.

Sra. Anita Zapata Montiel.

Con Mucho amor y cariño para Ustedes que me dieron la vida.

A mi esposa:

Sra. Aurora García Cortéz.

Tu comprensión y cariño son la fuerza que siempre me ha acompañado y tu amor ha logrado mil cosas maravillosas para mi vida.

A mis hijos:

Víctor Adrian, Aurora y Ana Gabriela.

El esfuerzo de ustedes y de sus padres sea ejemplar.

A mi asesor en el presente trabajo:

Dr. Graciano Corona García.

La gran experiencia como médico y como persona ha logrado que sea siempre admirado por sus alumnos.

A mis hermanos:

Por su apoyo, comprensión y cariño.

A mis compañeros residentes y maestros que nos formaron como médicos especialistas.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social.

## INDICE

I. - ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

II. - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

III. - OBJETIVO.

IV. - HIPOTESIS.

V. - MATERIAL Y METODOS.

VI. - RESULTADOS.

VII. - CONCLUSIONES.

VIII. - REFERENCIAS.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL REGIONAL PUEBLA  
CENTRO MEDICO NACIONAL  
"MANUEL AVILA CAMACHO"

TESIS DE INVESTIGACION

TITULO:

COMPLICACIONES UROLOGICAS EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

DR. VICTOR MANUEL MONTALVO ZAPATA

ASESOR:

DR. GRACIANO CORONA GARCIA

SERVICIOS:

UROLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA HOSPITAL REGIONAL GENERAL

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Al nacer, los aparatos genital y urinario se relacionan únicamente en el sentido de compartir ciertos conductos comunes. Embriológicamente, sin embargo, están íntimamente relacionados.

Al lado de las gónadas indiferentes hay, temprano en la vida embrionaria, dos conductos diferentes aunque íntimamente relacionados. Uno es primariamente un conducto renal (conducto de Wolff); sin embargo, también servirá como conducto genital si el embrión se desarrolla en sentido masculino. El otro (conducto de Müller) es, desde el principio, fundamentalmente una estructura genital.

Ambos conductos crecen caudalmente para unirse al seno urogenital primitivo. El conducto de Wolff (conocido como conducto pronefrico en la etapa de 4mm) se une a la parte ventral de la cloaca, que será el seno urogenital. Este conducto da nacimiento a la yema ureteral crecerá cranealmente y encontrará al tejido metanefrogenico. La parte de cada conducto mesonefrico, caudal al origen de la yema ureteral, llegará a ser absorbido en la pared del seno urogenital primitivo, de manera que el conducto mesonefrico y el uréter se abren independientemente. Esto se realiza en la etapa de 15mm (7a. semana). Durante este periodo, principiando en la etapa de 10mm, los conductos de Müller principian a desarrollarse. Alcanzan el seno urogenital relativamente tarde en la etapa embrionaria de 30mm (9a. semana). Este es el punto

de referencia más constante y confiable de todo el sistema.

Si el embrión evoluciona en sentido masculino y la gónada principia a transformarse en un testículo (17mm, 7a. semana), los conductos de Wolff principian a diferenciarse en el sistema de conductos, formando el epididímo, vasos deferentes, vesículas seminales y conductos eyaculadores. En esta época, los conductos de Müller van hacia la unión en el seno urogenital e inmediatamente principian a degenerar. Quedarán únicamente como estructura rudimentaria.

Si el embrión evoluciona en sentido femenino y la gónada principia a diferenciarse en un ovario (22mm, 8a. semana), el sistema de conductos de Müller forma los tubos uterinos (trompas de Falopio), el útero y la mayoría de la vagina. Los conductos de Wolff, fuera de su contribución al seno urogenital, permanecen rudimentarios.

Las complicaciones genitourinarias en mujeres principalmente las fistulas han ocurrido desde tiempo inmemorial. Derry (10), de El Cairo en 1935, mientras revisaba la momia Henhenit que era una reina o una danzarina de la corte de Mentuhotep de la undécima dinastía de Egipto (unos 2050 años antes de Cristo), identificó una extensa fistula urinaria y el desgarró completo del periné, a consecuencia de un parto difícil. Avicena el médico árabe-persa que vivió hace 2000 años en su famoso Al-Kanoon previene al médico de la incurabilidad de las fistulas. Van Roonhuysen en 1663 y Fatio en 1752 descubrieron los buenos resultados por el empleo de tubos cilíndricos (canutos). Sin embargo, fué el trabajo



original de Sims en Montgomery, Alabama, que marcó el comienzo de las técnicas quirúrgicas modernas para la reparación de fistulas. Por ello, se considera a Sims como padre de la ginecología moderna.

En 1890 Trendelenburg descubrió la vía transvesical suprapubica, y en 1893 Von Dittel fue el primero en lograr el descubrimiento por vía transperitoneal. En 1894 Mackenrodt descubrió la técnica de colgajo-dehisencia vaginal.

Las lesiones traumáticas del ureter, por violencia externa o por heridas penetrantes, son relativamente raras. Por lo general ocurren accidentalmente durante operaciones ginecológicas difíciles y extensas. Un gran tumor pélvico puede desplazar al ureter lejos de su sitio habitual. En este caso el cirujano puede cortarlo inadvertidamente. Las adherencias inflamatorias extensas pueden hacer difícil la identificación del ureter, en cuyo caso este puede ser fácilmente dañado durante la intervención quirúrgica. Si un ureter es invadido por tumor del recto, del colon o del ovario, puede tener que ser resecado por el tumor. La disección extensa de los ganglios linfáticos, o la terapéutica de esta área con rayos X puede dañar el aporte sanguíneo ureteral y producir necrosis del uréter.

Si durante una intervención quirúrgica se secciona parcial o completamente el ureter sin que el cirujano lo advierta, se producirá extravasación urinaria. La extravasación urinaria puede ser intra o extraperitoneal. Se puede formar una fistula urinaria entre el ureter cortado y la

herida quirurgica o la vagina. Es de esperarse cierto grado de compresion ureteral o de estenosis con la lesion traumatica del uréter, lo que conduce a la hidronefrosis.

Si el uréter es ligado o suturado inadvertidamente aparecera hidronefrosis progresiva, pudiendo entonces sobrevenir infeccion renal. Debido a la isquemia, el ureter puede esfacelarse en el sitio de la ligadura. Entonces se puede observar la ocurrencia de extravasacion tardia o la formacion de una fistula.

En casos de lesion ureteral con ligadura total uni o bilateral, requieren de un manejo quirurgico diferente. En estos casos constituyen una urgencia quirurgica para evitar la perdida irreversible de la funcion renal en el primer caso o muerte del paciente por insuficiencia renal obstructiva postrenal en el segundo caso.

Existe otra etiologia en la obstruccion ureteral la cual es en menor frecuencia en relacion a las ocasionadas por intervenciones quirurgicas, siendo esta lesion un evento secundario comunmente diagnosticado al existir hidronefrosis, es la debida a endometriosis con 1% encontrado en el tracto urinario, 85% afecta a la vejiga y el ureter en un 15% de los casos. (1,6,11,17,24,30,32,33,34).

Una fistula es una comunicacion anormal o no natural desde una viscera hueca a otra, o desde una viscera hueca al exterior. En el tracto reproductor femenino las fistulas pueden originarse por anomalias congenitas, cirugia gineccologica, lesion obstetrica, cancer, radioterapia,

traumatismo o infección (5,7,9,10,16).

Las aberturas fistulosas del tracto urinario en la vejiga son generalmente uretrovaginales, vesicovaginales o ureterovaginales (5,7,9,10,16,22,23,29,30,35). Una fistula uretrovaginal es casi invariablemente la consecuencia de un intento inadecuado de parto vaginal con fórceps; afortunadamente éstas lesiones se han vuelto efectivamente muy raras. Las fistulas vesicovaginales se producen generalmente por lesiones obstétricas, pero pueden también ser consecutivas a fracturas pélvicas si las espículas óseas perforan la vejiga, a cánceres o a lesiones durante la cirugía ginecológica. Las fistulas uretrovaginales son casi invariablemente el resultado de una lesión en el momento de la histerectomía ya sea simple o radical.

En el caso de lesiones quirúrgicas ureterales o vaginales el defecto no se hace evidente hasta que el edema local empieza a remitir y se desprenden las suturas entre siete y diez días después de la intervención; en este momento se hace evidente la incontinencia urinaria (8,20,25). La exploración de la paciente en la posición genupectoral, manteniendo separada la pared vaginal posterior mediante una valva de Sims, posibilita el diagnóstico de las fistulas del tracto urinario. Si no fuera así se colocarán tres torúndas de algodón en la vagina, una encima de la otra, instilando una solución de azul de metileno en la vejiga (12). Si solo ésta manchada la torúnda inferior, la fistula es ureteral; si están manchadas la torúnda media o superior la fistula es ureteral.

Es de especial importancia que se determine la naturaleza exacta de la fístula del tracto urinario. Una fístula pequeña vesicovaginal puede cerrar espontáneamente sin incidentes. El pronóstico de una fístula ureterovaginal es peor, ya que incluso si cesa el drenaje, el cierre de la fístula se acompaña generalmente de estenosis del uréter; la hidronefrosis y la pérdida final del riñón pueden también esperarse si la lesión no se trata a tiempo.

Además de todo lo precedente, puede ocurrir el drenaje urinario através de una insición abdominal. Una fístula urinaria en la pared abdominal se produce casi invariablemente por suturar inadvertidamente la vejiga al cerrar la insición abdominal, o por la insición inadvertida de la vejiga al entrar en la cavidad abdominal. Estas fístulas raramente se cierran de manera espontánea. Es de suma importancia el reconocimiento de tales lesiones en el momento en que se realizan. Si se utilizara como preventivo para no lesionar la vejiga algún medio colorante o leche estéril instalado en la vejiga antes de la operación, sería una medida adecuada para las intervenciones quirúrgicas que se asocian con la posibilidad, aunque sea remota, de lesionar la vejiga.

A veces se logra cura espontánea de la fístula pequeña (menos de 3mm) por drenaje con sonda (suprapúbica o ureteral) durante unas tres semanas. Los urólogos no operan en vagina y por ello casi siempre escogen la vía de acceso suprapúbica, al revisar la literatura es importante advertir las publicaciones urológicas recientes (2,3,13,14,15,19,26,27,38), recomendando

la vía de acceso vaginal. Lee y cols (22) han sugerido que las únicas indicaciones para utilizar la vía abdominal en la reparación de la fistula vesicovaginal son:

- 1) Descubrimiento inadecuado por fistula alta o retraída en una vagina angosta.
- 2) Proximidad de la fistula al uréter.
- 3) Otras alteraciones pélvicas concomitantes.
- 4) Múltiples fistulas (tipo cribiforme).

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Regional de Puebla, Centro Médico Nacional "Manuel Avila Camacho" se realizan un sin número de procedimientos quirúrgicos tanto obstétricos como ginecológicos con éxito, pero, al existir una complicación urológica o del tracto urinario en las pacientes, son enviadas al servicio de Urología del Hospital de Especialidades en donde son atendidas estas complicaciones y en muy pocas ocasiones las atiende el servicio de Ginecología.

## OBJETIVO

Identificar de las complicaciones urológicas en nuestro medio, cual es la más frecuente y que procedimiento, ginecológico u obstétrico es el que ocasiona más frecuente estas complicaciones.

## HIPOTESIS

- 1.- De las complicaciones urológicas en ginecología y obstetricia, las ocasionadas por procedimientos quirúrgicos ginecológicos son los más frecuentes.
- 2.- De las complicaciones urológicas en ginecología y obstetricia, las ocasionadas por procedimientos quirúrgicos obstétricos son los más frecuentes.
- 3.- No existe diferencia entre la aplicación de procedimientos quirúrgicos ginecológicos u obstétricos que ocasionen complicaciones urológicas.

## MATERIAL Y METODOS

Se realiza el presente estudio en forma retrospectiva de enero de 1988 a diciembre de 1990, basado en el análisis del expediente clínico, que se maneja en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Avila Camacho", con el fin de llenar una hoja de parámetros que finalmente nos pueda permitir identificar el tipo de complicación urológica ocasionada por Ginecología y Obstetricia. Los parámetros analizados son: Edad, antecedentes ginecoobstétricos y personales patológicos, diagnóstico del servicio de Urología, complicación ocasionada por procedimiento quirúrgico, ginecológico u obstétrico, métodos de diagnóstico, tratamiento médico o quirúrgico establecido. Se excluyen las complicaciones urológicas ocasionadas por procedimientos oncológicos, radioterapia y malformaciones congénitas.



## RESULTADOS

En el Hospital General Regional del Centro Médico Nacional "Manuel Avila Camacho" del Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla, se realizaron 6264 cesáreas y 1813 histerectomías, haciendo un total de 8077 procedimientos quirúrgicos abdominales ginecoobstétricos durante enero de 1988 a diciembre de 1990.

En el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Manuel Avila Camacho", se capturaron durante el periodo de tres años 22 pacientes femeninos con complicación urológica ocasionada por procedimientos ginecoobstétricos. El rango de edad de las 22 pacientes estudiadas se encuentra en 28 a 60 años, con una media de 43 años, separando a estas pacientes en dos grupos:

Grupo A comprende a las pacientes a quienes se realizó operación cesárea (5 pacientes), con una rango de edad de 28 a 35 años, una media de 30 años.

Grupo B comprende a las pacientes a quienes se realizó histerectomía abdominal principalmente (18 pacientes) con un rango de edad de 35 a 60 años, una media de 46 años (Tabla 1).

Los antecedentes ginecoobstétricos de las pacientes las catalogamos como aquellas pacientes que contaban con 3 o más gestas (15 pacientes), pacientes con menos de 3 embarazos (4 pacientes), encontrando en el grupo de pacientes a una paciente nubil, así como 2 pacientes no descritos en el

expediente clínico sus antecedentes ginecoobstétricos.

TABLA 1

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	RANGO DE EDAD	MEDIA	NUMERO DE PACIENTES
Obstétricos	28 a 35años	30	5
Ginecológicos	35 a 60años	46	18

La patología quirúrgica ginecoobstétrica es múltiple observando en el presente trabajo en su mayor parte la histerectomía abdominal por miomatosis uterina en número de 16, histerectomía abdominal por cáncer cervico uterino (DOC +) 2 pacientes, histerectomía abdominal por problema obstétrico 2 pacientes, principalmente por dehiscencia de histerorrafia con sepsis lo que obligó a realizar la histerectomía abdominal, así como una paciente a quien se realiza obstrucción tubaria bilateral (OTB), presentando hematoma a nivel de ligamento ancho derecho, posteriormente la paciente presenta sepsis lo que indica la histerectomía abdominal. Por último 2 pacientes a quienes se indica cesarea por cesárea iterativa.

Todas las pacientes son recibidas por el servicio de consulta externa de Urología en donde se realiza historia clínica y exploración física minuciosa a toda pacientes así como solicitud de estudios de rutina. La sintomatología más frecuentemente observada es la salida de orina en forma espontánea por vagina referida inmediatamente después de la

cirugía, hasta un máximo de 15 días posteriores a la cirugía ginecológica u obstétrica (15 pacientes). En 4 pacientes la sintomatología o signología más frecuente referida fue oliguria y hematuria observada inmediatamente posterior a la cirugía hasta 2 días posteriores a la misma. Solo en 3 pacientes fué referido dolor a nivel lumbar irradiado hacia región renal y de tipo cólico hasta de 20 días posteriores a la cirugía (Tabla 2).

TABLA 2.

Signos y Síntomas más frecuentes	Número de Pacientes	Días de Evolución
Salida de orina por vagina	15	1 a 15
Oliguria y Hematuria	4	1 a 2
Dolor lumbar	3	15 a 20

En el servicio de Urología del Hospital de Especialidades se encuentra protocolizado tanto el diagnóstico como el tratamiento a estas pacientes con complicación urológica ocasionada por algún procedimiento ginecológico u obstétrico. Esto es que a la paciente se le realizan una serie de estudios tanto de laboratorio como de gabinete hasta llegar al tratamiento que en la mayoría de los casos es quirúrgico.

La complicación urológica más frecuente observada en el presente estudio fué la fistula vesicovaginal ocasionada por histerectomia abdominal indicada por miomatosis uterina, le sigue la fistula vesicovaginal con obstrucción ureteral, y posteriormente la ligadura de uretero izquierdo más frecuentemente reportado (Tablas 3,4,5,6).

Durante el procedimiento quirúrgico en dos ocasiones es identificada trasoperatoria o máximo dos días posteriores por lo que se realiza el tratamiento inmediato a estas pacientes reportando en ambas lesión a uretero derecho, realizando anastomosis termino terminal de ureteros, en una paciente llega a evolucionar tórpidamente por lo que realizan nefrostomía con colocación de sonda la que posteriormente en tres ocasiones es hospitalizada por mal función en la sonda de la nefrostomía, hasta llegar al reimplante ureteral, la segunda paciente presenta una fistula uretro vesico vaginal la cual cierra en forma espontánea, ambas pacientes fueron tratadas con histerectomia abdominal por miomatosisi uterina en forma particular.

TABLA 3

Complicación, urológica más frecuente observada posterior a histerectomía abdominal por miomatosis uterina.

Número de Caso	Complicación Urológica.
1	Fistula vesico vaginal de 1.2cms.
2	Ligadura uretero derecho con fistula uretero vaginal derecho.
3	Fistula vesico vaginal 2 cms.
4	Fistula vesico vaginal con ligadura parcial de uretero izquierdo.
5	Fistula vesico vaginal 2 cms.
6	Fistula vesico vaginal con obstrucción ureteral derecho.
7	Fistula vesico vaginal 1.5 x 1.5 cms.
8	Ligadura uretero derecho.
9	Fistula vesico vaginal 2.5 cms.
10	Fistula vesico vaginal 2 x 1.5 cms.
11	Fistula vesico vaginal 1.5 x 2.5 cms.
12	Ligadura uretero derecho.
13	Fistula vesico vaginal y vesico cutanea.
14	Fistula vesico vaginal 2 cms.
15	Fistula uretero vesico vaginal derecho.
16	Fistula vesico vaginal 2 x 1.5 cms.

TABLA 4

Complicación urológica más frecuente ocasionada por histerectomía abdominal por CaCu (BDC +).

Número de caso	Complicación Urológica.
1	Fistula vesico vaginal 2 x 2.5 cms.
2	Ligadura uretero izquierdo.

TABLA 5

Complicación urológica más frecuente ocasionada por histerectomía abdominal por indicación obstétrica.

Número de caso	Complicación Urológica.
1	Fistula vesico vaginal 4.5 x 3 cms.
2	Obstrucción uretero derecho.

TABLA 6

Complicación urológica más frecuente ocasionada por operación cesárea.

Número de caso	Complicación Urológica.
1	Ligadura uretero izquierdo.
2	Fistula vesico vaginal 1.5 x 2 cms.

El tratamiento de estas pacientes en el servicio de Urología esta basado principalmente en corrección quirúrgica de la complicación presentada, esto es en los casos observados la mayor frecuencia de tratamiento fue la plásti de la fistula vesico vaginal, la cual se realiza en dos planos (vesical y vaginal) con material absorbible. En caso de presentar la paciente ligadura de uretero derecho o izquierdo el tratamiento es el reimplante ureteral a nivel vesical o colocación de férula que posteriormente es retirada, previamente a todas estas pacientes se les realiza nefrostomía con colocación de una sonda hasta aproximadamente 5 meses en el que se corrige la hidronefrosis y el problema inflamatorio a nivel ureteral para posteriormente corregir la lesión por reimplante o anastomosis.

Los éxitos en el tratamiento de estas pacientes es en un 100% de buena evolución, existiendo algunas complicaciones observadas en el presente estudio como dehiscencia de herida quirúrgica e infección de la misma. Así mismo en una ocasión se presento fistula vesico vaginal recidibante que ameritó aplicación de colgajo de epiplón no corrigiendo en su totalidad siendo esta paciente presentaba una gran fistula vesico vaginal hasta de 4.5 x 3 cms a nivel de trigono vesical abarcando meato ureteral izquierdo. Así mismo a nivel de nefrostomía a las pacientes en dos casos se presenta obstrucción de sonda de nefrostomía ameritando cambio de sonda.

Al existir la referencia de una ligadura

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

uretero y llegando al diagnóstico con los estudios de gabinete además de tener el antecedente de un procedimiento quirúrgico ginecoobstétrico difícil o complicación transoperatoria observado oliguria o hematuria en dos ocasiones el tratamiento fué conservador hasta que se disminuye el problema inflamatorio se recupera la permeabilidad de los ureteros no ameritando procedimiento quirúrgico urológico.

En total de días en el tratamiento de estas pacientes desde su primera cita al servicio de Urología hasta su egreso es de 2 a 1045 días con una media de 244 días de tratamiento, siendo el de menor día una paciente que fué egresada en forma voluntaria.



## CONCLUSION.

La incidencia de complicaciones urológicas por procedimientos quirúrgicos ginecoobstétricos, está reportado en un 2 a 4% en la literatura (16). En el presente trabajo se observó el 0.27% de los casos estudiados en relación a los procedimientos quirúrgicos integrados en el estudio como son: la histerectomía abdominal por problemas frecuentes como miomatosis uterina, cáncer cervicouterino in situ, así como por complicaciones obstétricas y por último al alto número de operaciones cesáreas realizadas en nuestro medio.

Conforme a las consideraciones iniciales que se mencionan como propósito de este trabajo y tomando en cuenta tanto los antecedentes como el desarrollo de la metodología, podemos establecer que los resultados obtenidos nos demuestran que al realizar un diagnóstico oportuno por el servicio de ginecología y obstetricia al realizar cualquier procedimiento quirúrgico y tener complicación urológica se corrige en forma oportuna para evitar complicaciones posteriores y de más difícil resolución, así mismo tomar medidas preventivas las cuales se realizan de rutina en el servicio de ginecoobstetricia al tratar a pacientes con grandes tumores uterinos como es la solicitud de una urografía excretora.

La utilización de algún material de contraste como es la leche estéril a nivel vesical en cualquier procedimiento quirúrgico ginecoobstétrico evitaría las lesiones vesicales y la formación de fistulas las cuales se

han descrito como la más frecuente. Por otra parte en un gran número de casos los envíos al servicio de Urología no son realizados por el servicio de Ginecología y Obstetricia, por lo que se llega a ser una forma ignorante de estas complicaciones ocasionadas por procedimientos quirúrgicos de su dominio general.

## REFERENCIAS.

- 1.-Appel R.A. Bilateral ureteral obstruction secondary to endometriosis. *Urology* 1988;32:151-4.
- 2.-Arogh L.K, Hjortrup A. Treatment of urethrovaginal fistula. *Br J Urol* 1989;63:555-6.
- 3.-Blaivas J.G. Vaginal flap urethral reconstruction: An alternative to the bladder flap neourethra. *J Urol* 1989;141:542-5.
- 4.-Blaivas J.G, Olsson C.A. Stress incontinence: Classification and surgical approach. *J Urol* 1988;139:727.
- 5.-Carl P. Vesico-ovarian fistula in suppurative ovarian inflammation and salpingitis. *J Urol* 1990;143:352-3.
- 6.-Davis D.K. Endometriosis with unilateral ureteral obstruction and hypertension. A case report. *J Reprod Med* 1988;33:470-2.
- 7.-Dowling R.A, Corrieve J.N. Iatrogenic ureteral Injury. *J Urol* 1986;135:912.
- 8.-Drutz H.P, Mainprize T.C. Unrecognized small vesico-vaginal fistula as a cause of persistent urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158:237.
- 9.-Drutz H.P. Fistulas urinarias. *Clinicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales* 1989;4:911-21.
- 10.-Elkins T.E, Drescher C. et al. Vesicovaginal fistula revisited. *Obstet Gynecol* 1988;72:307.

- 11.-Freidman A.J, Earnieri R.L. Leuprolide acetate: Application in Gynecology Obstet. Gynecol Fertil 1988;11:207-44.
- 12.-Gannon M.J. The three swab test using knots for urovaginal fistula. Obstet Gynecol Surv 1989;45:171.
- 13.-Gillon G.H. Urethral salvage following erosion of an artificial sphincter cuff in female patients. Br J Urol 1989;63:555-6.
- 14.-Gunts M.A. Urethral reconstruction in females. Eur Urol 1987;13:62-9.
- 15.-Hedegaard C.K, Wallace D. Percutaneous nephrostomy: Current indications of potential uses in obstetric and gynecologic literature review and report of a case. Obstet Gynecol Surv 1987;42:671.
- 16.-Hedlund H, Lindstedt E. Urovaginal fistula: 20 years of experience with 45 cases. J Urol 1987;137:926.
- 17.-Jepsen J.M, Kansen K.B. Danazol in the treatment of ureteral endometriosis. J Urol 1988;139:1045-6.
- 18.-Kane C, Drovin P. Obstructive uropatgy associated with endometriosis. Am J Obstet Gynecol 1985;151:207-11.
- 19.-Koraitim M. A new retropubic retrourethral approach for large vesico-urethrovaginal fistula. J Urol 1985;134:1122.
- 20.-Koraitim M. Anterior bladder tube: 4 forms for incontinence of different etiology. J Urol 1985;134:269.
- 21.-Laube D.W, Caldrewood G.W. Endometriosis causing ureteral obstruction. Obstet Gynecol 1985;65:69-71.
- 22.-Lee R.A, Symmonds R.E. Current status of genitourinary fistula. Obstet Gynecol 1988;72:313.

- 23.-Mann W.J. et al. Ureteral injuries in an obstetrics and gynecology training program: etiology and management. *Obstet Gynecol* 1988;72:82.
- 24.-Matsuura K, Kawasaki N. et al. Treatment with danazol of ureteral obstruction caused by endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985;64:339-43.
- 25.-McGuire E.J. Abdominal procedures for stress incontinence urinary. *Urol Clin N Amer* 1985;12:285.
- 26.-Molina L.R, Lynne C.M. Treatment of vesicouterine fistula by fulguration. *J Urol* 1989;141:1422-23.
- 27.-Mundy A.R. Urethral substitution in women. *Br J Urol* 1989;63:80-3.
- 28.-Nel J.T, Louw N.S. Youssef's Syndrome: a case report. *J Urol* 1985;133:95.
- 29.-Nielsen C.A, Sigsgaard I. Trainability of the pelvic floor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988;67:437-40.
- 30.-Fettit P.D, Lee R.A. Ovarian remnant syndrome: diagnostic dilemma and surgical challenge. *Obstet Gynecol* 1988;71:580-3.
- 31.-Ray H, Conger M. Ureteral obstruction in postmenopausal women with endometriosis. *Urology* 1985;26:577.
- 32.-Rivlin M.E, Miller J.D. Leuprolide acetate in the management of ureteral obstruction caused by endometriosis. *Obstet Gynecol* 1990;75:532-6.
- 33.-Rivlin M.E, Krueger R.P. Danazol in the management of ureteral obstruction secondary to endometriosis. *Fertil Steril* 1985;44:274-6.

- 34.-Rosenbeck J, Himmelstrup B. Ureteral obstruction caused by endometriosis. Acta Obstet Gynecol Scand 1986;67:411-2.
- 35.-Sharma E.K, Kumara et al. Vesicovaginal fistula of uncommon etiology. J Urol 1987;137:280.
- 36.-Smith A.D. Management of iatrogenic ureteral strictures after urological procedures. J Urol 1988;140:1372-4.
- 37.-Smith A.D, Moldwin R. Percutaneous uretrostomy. J Urol 1987;138:286.
- 38.-Witters S, Cornelissen M. Iatrogenic urethral injury aggressive or conservative treatment. Am J Obstet Gynecol 1986;155:582.