



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



DIVISION DE ESTUDIOS POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "ANTONIO FRAGA MOURET"

**"PREVALENCIA DE FACTORES PRONÓSTICOS PREQUIRÚRGICOS DE
RECURRENCIA POSTERIOR A LA REPARACIÓN DE FÍSTULA
VESICOVAGINAL"**

TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN UROLOGÍA

Presenta:

Dra. Alejandra Máñez Rivera

Asesores de tesis:

Dr. Félix Santaella Torres

Dr. Luis Carlos Sánchez Martínez

MEXICO, D.F. 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

DR JESUS ARENAS OSUNA

Jefe de División de Educación en Salud
UMAE "Dr. Antonio Fraga Mouret"
Centro Médico Nacional La Raza

DR. FÉLIX SANTAELLA TORRES

Profesor Titular del Curso de Especialidad de Urología
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza"

DRA ALEJANDRA MAYNEZ RIVERA

Médico Residente de Urología Hospital de Especialidades
Centro Médico Nacional "La Raza"

No. de Protocolo: F-2014-3501-129

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	6
MATERIAL Y MÉTODOS.....	10
RESULTADOS.....	11
DISCUSIÓN.....	17
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFÍA.....	20
ANEXOS.....	21

RESUMEN

PREVALENCIA DE FACTORES PRONÓSTICOS PREQUIRÚRGICOS DE RECURRENCIA POSTERIOR A LA REPARACIÓN DE FÍSTULA VESICOVAGINAL

Objetivo: Evaluar la prevalencia de los factores pronósticos de recurrencia posterior a la reparación de la fístula vesicovaginal.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en pacientes con de fístula vesicovaginal sometidas a cierre de fístula vesicovaginal en el periodo comprendido del 1 de Enero del 2008 al 31 de Diciembre del 2013. Se obtuvieron medidas de asociación que cuantificaron la presencia y magnitud de la asociación entre un factor de interés y el evento resultado mediante razón de momios y chi cuadrado.

Resultados: Se realizaron un total de 60 cierres de fístula vesicovaginal. El grupo etáreo que presentó fístula con mayor frecuencia fue el de 50-59 años, con 36 pacientes, con una recidiva de la fístula en 21 pacientes, correspondiente al 46.7%. La menopausia estuvo presente en 43 pacientes, representando el 71.7%, donde todas las pacientes menopáusicas recidivaron. Se detectó infección de vías urinarias previa al cierre de fístula en 18 pacientes, con recidiva en todas ellas, sin embargo hubo más pacientes sin infección de vías urinarias previa que presentaron recidiva de la enfermedad. Por etiología, la cirugía ginecológica oncológica fue predominante con 31 casos, recidivando 26 de ellas. Al catalogar el tamaño de la fístula vesicovaginal, los orificios fistulosos de diámetro igual o mayor a 1 cm incluyeron 29 pacientes y el 100% de ellas recidivó. Para la localización de la fístula, el sitio retrotrigonal presentó 26 casos, con recidiva de todos ellos, así mismo de la localización preesfinteriana y yuxtameatal. Se abordaron 41 pacientes de manera transabdominal y 19 transvaginal tomando en cuenta la localización de la fístula y el tamaño. Se reporta una recidiva total de 45 casos.

Conclusiones: La edad, la menopausia, la etiología oncológica, el tamaño del orificio fistuloso mayor o igual a 1 cm y la localización retrotrigonal son factores pronósticos de riesgo para la recidiva de una fístula vesicovaginal posterior a su reparación.

Palabras clave: factores pronósticos, recurrencia, reparación quirúrgica, fístula vesicovaginal.

SUMMARY

PREVALENCE OF PREOPERATIVE PROGNOSTIC FACTORS OF RECURRENCE AFTER REPAIR FISTULA VESICOVAGINAL

Objective: To evaluate the prevalence of prognostic factors after repair of vesicovaginal fistula recurrence.

Methods: Retrospective cohort study in patients undergoing closure VVF VVF in the period from January 1, 2008 to December 31, 2013. association measures that quantify the presence and magnitude were obtained association between a factor of interest and the result event using odds ratios and chi square.

Results: A total of 60 VVF closures were performed. The age group most often presented fistula was 50-59 years, with 36 patients with a recurrence of the fistula in 21 patients, corresponding to 46.7%. Menopause was present in 43 patients, accounting for 71.7%, where all menopausal patients relapsed. Urinary tract infection fistula closure in 18 patients prior, with recurrence was detected in all of them, however more patients without prior urinary tract infection with a recurrence of the disease. By etiology, gynecological oncology surgery was predominant with 31 cases, 26 of them relapsing. When cataloging the size of the VVF, fistulous openings equal to or greater than 1 cm diameter included 29 patients and 100% of them has recurred. For the location of the fistula, retrotrigonal site presented 26 cases with recurrence of them all, so it's preesfinteriana and yuxtameatal location. 41 patients and 19 transabdominal transvaginal way taking into account the location of the fistula and size were discussed. Total recurrence reported 45 cases.

Conclusions: Age, menopause, cancer etiology, the size of the fistula orifice greater than or equal to 1 cm and the location retrotrigonal are predictors of risk for recurrence of further vesicovaginal fistula repair.

Keywords: Prognostic factors, recurrence, surgical repair vesicovaginal fistula.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Las fístulas vesicovaginales constituyen la mayoría de las fístulas bajas del aparato genitourinario. La causa más frecuente en el mundo sigue siendo las complicaciones debidas a las desproporciones pélvico-cefálicas en el momento del parto y suceden en los países en vías de desarrollo. ^(1,2) Las fístulas obstétricas son usualmente de mayor tamaño que las post- histerectomía y se localizan distalmente. Durante el trabajo de parto normal la vejiga se desplaza hacia arriba y la pared vaginal anterior, la base de la vejiga y la uretra se comprimen entre la cabeza fetal y la superficie posterior del pubis. En trabajo de parto prolongado la zona de la necrosis de los tejidos obstruidos es más extensa (> 10 mm) con fístulas complejas y la uretra, y trigono anterior del labio de el cuello del útero (tipo II) son los involucrados. Después de la cirugía ginecológica, la fuga de orina aparece usualmente posterior al retiro de la sonda transuretral.

En cambio, en los países desarrollados la causa más frecuente es la cirugía pélvica, constituyendo cerca del 90% del total la histerectomía abdominal radical ^(1,2). La causa más común que engloba del 75 al 90% de los casos la conforma la histerectomía abdominal. La segunda causa más común es la infiltración maligna por cáncer pélvico como cervical, vaginal, endometrial, vesical y rectal. Tratándose de ésta etiología, las fístulas pueden aparecer tardíamente, hasta 20 años después de haber iniciado la terapia de radiación ⁽³⁾.

Alrededor del 10 al 15% de los pacientes tienen lesión ureteral coexistente. El mecanismo exacto de creación de las FVV no está del todo dilucidado. La mayoría de los casos parecen estar relacionados con la utilización de sutura en la pared vesical, que según la tensión que tuvieran podrían producir fenómenos de isquemia que acabarían generando una necrosis y posterior fístula. Las situaciones quirúrgicas complicadas con grandes hemorragias en el campo quirúrgico, incrementan las maniobras para su control: coagulación prolongada con el bisturí eléctrico, con transmisión del calor y extensión de la necrosis que puede pasar desapercibida, así como la colocación de puntos hemostáticos a ciegas y la compresión durante el parto de la cabeza fetal, que produciría una necrosis aséptica y posterior formación de una FVV ^(2,4,5).

CLASIFICACIÓN

Las FVV se pueden clasificar de múltiples maneras; atendiendo a su momento de producción, a su localización, a su tamaño, a su posible tratamiento quirúrgico, a su etiología (Tabla I).⁽²⁾

Tabla 1.
CLASIFICACION DE FISTULAS VESICOVAGINALES
Por su momento de aparición: <ul style="list-style-type: none">• Congénitas• Adquiridas: espontáneas o provocadas (posoperatorias o traumáticas)
Por su localización: <ul style="list-style-type: none">• Trigonal• Preesfinteriana• Retrotrigonal• Yuxtameatal
Por su tamaño: <ul style="list-style-type: none">• Pequeñas (menor 1 cm)• Grandes (de 1-5 cm)• Gigantes (mayor de 5 cm)
Por su etiología: <ul style="list-style-type: none">• Posquirúrgica• Posradiación• Obstétrica
Por su número: <ul style="list-style-type: none">• Únicas• Múltiples
Por su momento al diagnóstico: <ul style="list-style-type: none">• Precoz• Tardío

Desde un punto de vista práctico, de cara a su resolución quirúrgica, las podremos dividir en aquellas secundarias a: procesos quirúrgicos, a radiaciones y a recidivas tumorales, debiendo considerarse la fístula relacionada con radiación como cáncer recidivante hasta que una biopsia del borde de la fístula haya eliminado esta posibilidad.

La incontinencia urinaria debida a la formación de una FVV supone un importante problema higiénico, psicológico y social para la paciente, debido a la continua

sensación de humedad, a olores indeseables, a infecciones vaginales y vesicales, a la incapacidad laboral y social que le condiciona ^(3,4,5). Todo esto hace que la solución que se le va a dar sea lo más precoz y eficaz posible.

Independientemente del acceso, el éxito del resultado depende de la aproximación sin tensión del tejido libre de inflamación y con buena vascularización ⁽⁶⁾.

Las fístulas recurrentes son inicialmente manejadas conservadoramente con cateterismo vesical y observación. Una posterior reparación se realiza posterior a la resolución de la respuesta inflamatoria del procedimiento inicial ^(2,3,6,7). Un análisis multivariado demostró que la recurrencia fue estadísticamente significativa en pacientes con múltiples fístulas (2 o más), tamaño de la fístula (mayor de 10 mm), tipo de fístula (tipo II), y la etiología de la misma (obstétrica), así como la presencia de infección en el tracto urinario previa a la reparación^(8,9).

Una cirugía de reparación de manera temprana se indica solamente cuando se descubre la fístula en el mismo procedimiento quirúrgico. Los dos aspectos más controvertidos de la reparación quirúrgica de la fístula vesicovaginal son el momento y los métodos quirúrgicos a utilizar. Conforme a la literatura, es evidente que no hay consenso en cuanto a la definición de reparación tardía (2-4 meses) y temprana (1-3 meses). En la mayoría de los estudios realizados, todas las reparaciones se realizaron tardías de acuerdo con la opinión clásica relacionada con la reparación posterior a los 3-6 meses para permitir la disminución de la reacción inflamatoria quirúrgica. Esto es particularmente importante si se contempla el abordaje abdominal y la etiología de la fístula fue una histerectomía abdominal complicada. Se prefiere la vía vaginal cuando la fístula vesicovaginal se encuentra cerca del cuello de la vejiga. Las ventajas incluyen una baja tasa de complicaciones, mínima pérdida sanguínea, recuperación postoperatoria rápida y menor tiempo de estancia hospitalaria. Nos reservamos la vía abdominal cuando la fístula no se puede visualizar adecuadamente por vía vaginal, cuando se localiza detrás de los meatos ureterales ^(8,9,10).

El análisis de los factores pronósticos de las fístulas vesicovaginales relacionados a la recurrencia, a menudo son difíciles de comparar. El cierre vesical es mucho más importante en cuanto al éxito de la cirugía que el cierre vaginal.

En la serie realizada por Mohsen Ayed et al. con 73 mujeres con fístula vesicovaginal en un lapso de 12 años que se sometieron al cierre de la misma, encontró que el rango total de éxito en el cierre de fístula vesicovaginal fue de 86.7%. Un análisis multivariado demostró que la recurrencia fue significativamente estadística para múltiples fístulas, el tamaño (mayor de 10 mm), tipo de fístula (tipo I vs tipo II), etiología de la fístula (obstétrica vs no obstétrica), y la presencia de infección de vías urinarias previa al procedimiento quirúrgico⁽²⁾.

El riesgo de recurrencia fue cinco veces mayor para el tamaño mencionado y el tipo de fístula, tres veces mayor para la etiología obstétrica y 4.5 veces para las fístulas múltiples. La interposición de un colgajo jugó un papel protector en las fístulas recurrentes. El abordaje quirúrgico no es un factor pronóstico significativo para la recurrencia de la fístula vesicovaginal.

A. Abdullah et al. realizaron un estudio retrospectivo de 2435 pacientes que se sometieron a la reparación de fístula vesicovaginal entre enero del 2006 y junio del 2013. El éxito global de la reparación de la fístula vesicovaginal fue del 87.2%. El análisis multivariado demostró que la recurrencia de la fístula estaba fuertemente asociada a la multiplicidad (5 veces mayor el riesgo), tamaño preoperatorio (3 veces mayor el riesgo), reparación secundaria (3 veces mayor el riesgo), y la etiología de la fístula (2 veces mayor el riesgo). La edad, paridad, vía de reparación de la fístula y la localización no fueron factores pronósticos de riesgo significativos para este estudio^(11,12).

El factor más importante para el éxito de la reparación de la fístula vesicovaginal es el apego a los principios quirúrgicos básicos como una evaluación preoperatoria cuidadosa, una adecuada exposición de la fístula y sus tejidos adyacentes, un cierre libre de tensión, resección del tejido fibroso y mantener la línea de sutura libre de infecciones⁽¹¹⁾.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo mediante la revisión cuidadosa de los expedientes clínicos del servicio de Urología de la UMAE Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional La Raza. Fueron incluidas todas las pacientes con fístula vesicovaginal que fueron sometidos a cierre de fístula vesicovaginal de manera electiva para la resolución de su padecimiento durante el tiempo comprendido entre el 1 de enero 2008 al 31 de diciembre 2013. Fueron eliminados del estudio aquellas pacientes que no acudieron a seguimiento posterior a la cirugía de cierre de fístula vesicovaginal y aquellas operadas de cierre de fístula por vía laparoscópica.

Los casos incluidos fueron las pacientes con fístula vesicovaginal adquirida a las cuales se les realizó cierre de la misma dentro del periodo 2008 a 2013 y se encontró recidiva de la enfermedad. Se valoró la edad, la presencia de menopausia, la presencia de infección de vías urinarias previa al cierre de la fístula vesicovaginal, la etiología de la fístula, el tamaño y localización, el abordaje quirúrgico y si se presentó recidiva de la fístula posterior a su cierre quirúrgico.

Se realizó análisis de estadística básica descriptiva utilizando medidas de tendencia central (media, mediana, promedios, rangos) y porcentajes expresados en gráficos de barras y tablas de frecuencia según las características de cada variable. Así mismo, se realizó análisis bivariado obteniendo medidas de asociación o efecto que cuantifican la presencia y la magnitud de la asociación entre un las variables incluidas y la recidiva de la enfermedad mediante la razón de momios y chi cuadrado.

Todos los resultados se consideraron significativos con valores de $p < 0,05$. Se utilizó el programa SPSS para Windows 16 del año 2007.

RESULTADOS

Entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2013 se realizaron en nuestro hospital un total de 60 cierres de fístula vesicovaginal.

El grupo etáreo que presentó fístula vesicovaginal con mayor frecuencia fue el de 50-59 años, en donde de 36 pacientes en éste grupo etáreo, se presentó una recidiva de la fístula en 21 pacientes, que corresponde al 46.7% del 100% que recidivó (tabla 1).

Tabla 1

GRUPO ETÁREO		Recidiva de fistula		Total
		Si	No	
20 - 29 años	Recuento	1	0	1
	% dentro de Recidiva de fistula	2,2%	0,0%	1,7%
30 - 39 años	Recuento	7	0	7
	% dentro de Recidiva de fistula	15,6%	0,0%	11,7%
40 - 49 años	Recuento	16	0	16
	% dentro de Recidiva de fistula	35,6%	0,0%	26,7%
50 - 59 años	Recuento	21	15	36
	% dentro de Recidiva de fistula	46,7%	100,0%	60,0%
Total	Recuento	45	15	60
	% dentro de Recidiva de fistula	100,0%	100,0%	100,0%

En cuanto a la menopausia, ésta estuvo presente en 43 pacientes de las 60 que conformaron el estudio, representando el 71.7%, presentándose recidiva en el total de las pacientes menopáusicas y solamente en 2 de las 17 pacientes no menopáusicas (tabla 2).

Tabla 2

PRESENCIA DE MENOPAUSIA		Recidiva de fistula		Total
		Si	No	
Si	Recuento	43	0	43
	% dentro de Recidiva de fistula	95,6%	0,0%	71,7%
No	Recuento	2	15	17
	% dentro de Recidiva de fistula	4,4%	100,0%	28,3%
Total		45	15	60
		% dentro de Recidiva de fistula	100,0%	100,0%

Se detectó infección de vías urinarias previa al cierre de fístula vesicovaginal en 18 pacientes, presentándose recidiva de la fístula en todas ellas, sin embargo hubo mayor número de pacientes sin infección de vías urinarias previa que presentaron recidiva de la enfermedad (42 pacientes sin infección de vías urinarias previa, con recidiva en 27 de ellas) tabla 3.

Tabla 3

IVU PREVIA AL CIERRE DE FISTULA VESICOVAGINAL		Recidiva de fistula		Total
		Si	No	
Si	Recuento	18	0	18
	% dentro de Recidiva de fistula	40,0%	0,0%	30,0%
No	Recuento	27	15	42
	% dentro de Recidiva de fistula	60,0%	100,0%	70,0%
Total		45	15	60
		% dentro de Recidiva de fistula	100,0%	100,0%

De acuerdo a la etiología, la cirugía ginecológica maligna en la que básicamente se incluyen padecimientos oncológicos fue la predominante con 31 casos del total de las pacientes incluidas en el estudio (60), en las cuales se presentó una recidiva de la fístula vesicovaginal en 26 de ellas (tabla 4).

Tabla 4

ETIOLOGIA DE FISTULA VESICOVAGINAL		Recidiva de fistula		Total
		Si	No	
Obstétrica	Recuento	2	10	12
	% dentro de Recidiva de fistula	4,4%	66,7%	20,0%
Cirugía Benigna	Recuento	16	0	16
	% dentro de Recidiva de fistula	35,6%	0,0%	26,7%
Cirugía Maligna	Recuento	26	5	31
	% dentro de Recidiva de fistula	57,8%	33,3%	51,7%
Post RT	Recuento	1	0	1
	% dentro de Recidiva de fistula	2,2%	0,0%	1,7%
Total	Recuento	45	15	60
	% dentro de Recidiva de fistula	100,0%	100,0%	100,0%

Al catalogar el tamaño de la fístula vesicovaginal, se agruparon 31 pacientes con un diámetro del orificio fistuloso menor de 1 cm, de los cuales no hubo diferencia entre si recidivaron o no, contrariamente a los orificios fistulosos de diámetro igual o mayor a 1 cm, en los que de 29 pacientes incluidas en esta categoría, el 100% de ellas recidivó (tabla 5).

Tabla 5

TAMAÑO DE LA FISTULA VESICOVAGINAL		Recidiva de fistula		Total
		Si	No	
menor de 1 cm	Recuento	16	15	31
	% dentro de Recidiva de fistula	35,6%	100,0%	51,7%
igual o mayor a 1 cm	Recuento	29	0	29
	% dentro de Recidiva de fistula	64,4%	0,0%	48,3%
Total	Recuento	45	15	60
	% dentro de Recidiva de fistula	100,0%	100,0%	100,0%

Para la localización de la fístula, el sitio retrotrigonal presentó 26 casos, con recidiva de todos ellos, así mismo se presentó recidiva de todas las pacientes con fístula en localización preesfinteriana y yuxtameatal (tabla 6).

Se abordaron 41 pacientes de manera transabdominal y 19 transvaginal tomando en cuenta la localización de la fístula y el tamaño de la misma (tabla 7).

Por último, se reporta una recidiva total de 45 casos de los 60 incluidos en el estudio.

Tabla 6

LOCALIZACION DE LA FISTULA		Recidiva de fistula		Total
		Si	No	
Trigonal	Recuento	1	15	16
	% dentro de Recidiva	2,2%	100,0%	26,7%
Retrotrigonal	Recuento	26	0	26
	% dentro de Recidiva	57,8%	0,0%	43,3%
Pre esfintereana	Recuento	3	0	3
	% dentro de Recidiva	6,7%	0,0%	5,0%
Yuxtameatal	Recuento	15	0	15
	% dentro de Recidiva	33,3%	0,0%	25,0%
Total	Recuento	45	15	60
	% dentro de Recidiva	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 7

ABORDAJE QUIRURGICO		Recidiva de fistula		Total
		Si	No	
Transabdominal	Recuento	31	10	41
	% dentro de Recidiva	68,9%	66,7%	68,3%
Transvaginal	Recuento	14	5	19
	% dentro de Recidiva	31,1%	33,3%	31,7%
Total	Recuento	45	15	60
	% dentro de Recidiva	100,0%	100,0%	100,0%

Se realizó un análisis bivariado mediante chi cuadrado y razón de momios de los factores individuales que conforman las variables objeto de nuestro estudio. Se encontró que la edad (p 0.004), la menopausia (p 0.00), la etiología (p 0.00), el tamaño de la fístula (p 0.00) y la localización de ésta (p 0.00) son los factores con asociación a la recidiva de la fístula vesicovaginal estadísticamente significativa (tabla 8).

Tabla 8

Variable	Valor de chi cuadrado	gl	Sig. Asintótica (2 caras)
Grupo etéreo	13,333	3	,004
Menopausia	50,588	1	,000
Etiología de fístula	28,746	3	,000
Tamaño de fístula	18,710	1	,000
Localización	55,000	3	,000

DISCUSION

En la práctica urológica moderna el 90% de las fístulas vesicovaginales son causadas por una lesión inadvertida producto de una cirugía ginecológica. La literatura mundial atribuye como causa del 75% de las fístulas a la histerectomía abdominal. En nuestro estudio es mayor el porcentaje de fístulas vesicovaginales causadas por histerectomía por enfermedad oncológica, a diferencia de los países en vías de desarrollo en los cuales la lesión obstétrica es 1 a 3 por cada 1000 trabajos de parto.

Aunado a la etiología se encuentran como factores fuertemente asociados a la recidiva de la fístula vesicovaginal la edad que predominantemente es en la cuarta década de la vida, donde frecuentemente se presenta la menopausia y en donde existe el mayor porcentaje de cáncer cervicouterino en la población de nuestro país, justificando en ello el valor estadístico significativo en éstas variables.

En la literatura ha quedado bien establecido los beneficios de los estrógenos en el aparato genitourinario entre los cuales se mencionan el aumento de la resistencia uretral, elevando el umbral sensorial de la vejiga, aumentando la sensibilidad alfa-adrenérgica en el músculo liso de la uretra, o la promoción de los beta3-adrenoreceptores que promueven la relajación mediada del músculo detrusor. Pero a pesar de éstas propiedades de los estrógenos, en múltiples estudios a cerca de su implementación como parte del manejo postquirúrgico de las pacientes con fístula vesicovaginal, no se ha demostrado beneficio que evite la recurrencia de la fístula vesicovaginal.

El análisis de los factores pronósticos de la fístula vesicovaginal relacionados con su recurrencia a veces son difíciles de comparar.

El factor más importante para el éxito en la reparación de una fístula vesicovaginal es el apego a los principios quirúrgicos básicos, incluyendo la evaluación preoperatoria cuidadosa, con una amplia exposición de la fístula y los tejidos adyacentes, un cierre libre de tensión, excisión del tejido fibroso, mantenimiento de una línea de sutura libre de infección, y recordar que el cierre vesical es mucho más importante que la reparación vaginal. En cuanto al abordaje quirúrgico de la fístula, se recomienda en la mayoría de los estudios realizados que se realice el

procedimiento con el cual el cirujano posea mayor experiencia y mejores resultados, siempre y cuando se adecúe a las características de la fístula a reparar. Cuando se presenta una fístula compleja, el abordaje vaginal es subóptimo lo cual puede comprometer la adecuada reparación de ésta y de los uréteres si éstos los necesitan. En éstos casos es preferible realizar un abordaje transabdominal. Actualmente es mandatorio realizar reforzamiento del cierre de la fístula vesicovaginal con la transposición de colgajos, cualquiera que sea su origen, para incrementar los resultados óptimos de los procedimientos quirúrgicos.

Ante los resultados de recurrencia observados en nuestro estudio, debemos considerar que por las características de nuestro centro, el universo de cirujanos es alto, compuesto por médicos adscritos y residentes, todos con diversas etapas en la curva de aprendizaje para el procedimiento, lo que probablemente también impacta en los resultados.

Es necesario identificar a los pacientes con cirugía previa, estandarizar la técnica quirúrgica e instaurar el uso rutinario de colgajos deben ser considerados para un análisis posterior, además de una tutorización más estricta.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los hallazgos encontrados en nuestra investigación, podemos concluir lo siguiente:

1. Las fístulas vesicovaginales son las más comunes encontradas en el sistema urinario, las cuales requieren una variedad de procedimientos pre y postquirúrgicos para su reparación.
2. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la recidiva de la fístula vesicovaginal y la etiología primordialmente oncológica, asociándose a su vez a la edad de presentación por los padecimientos oncológicos y en mujeres menopáusicas.
3. En términos globales que aplican para la población atendida en nuestro hospital, la edad, la menopausia, la etiología oncológica, el tamaño del orificio fistuloso mayor o igual a 1 cm y la localización retrotrigonal tuvieron la mayor prevalencia como factores pronósticos prequirúrgicos de recurrencia posterior a la reparación de fístula vesicovaginal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Howard Goldman y Sandip P. Female Urology: A practical clinical guide 2007;22: 309-322.
2. Ayed M., Rabii el Atat, Lotfi ben Hassine, Sfaxi M, Chebil M, Zmerli S. Prognostic factors of recurrence after vesicovaginal fistula repair. Urol Int 2006; 13: 345–349
3. Verbaeys C., Hoebeke P., Willem Oosterlinck W. Complicated Postirradiation Vesicovaginal Fistula in Young Women: Keep Off or Try Reconstruction?. Eur Urol 2007;2: 43–246
4. Gupta NP, Mishra S, Mishra A et al: Outcome of repeat supratrigonal obstetric vesicovaginal fistula repair after previous failed repair. Urol Int 2012; 88: 259.
5. Hilton P: Urogenital fistula in the UK: a personal case series managed over 25 years. BJU Int 2012; 110: 102.
6. Nesrallah LJ, Srougi M, Gittes RF. The O'Connor technique: the gold standard for supratrigonal vesicovaginal fistula repair. J Urol 2012;161:566-8.
7. Dalela D, et al. Supratrigonal VVF repair by modified O'Connor's technique: An experience of 26 cases. Eur Urol 2012;49:551-6.
8. Miller EA, Webster GD. Current management of vesicovaginal fistulae. Curr Opin Urol. 2011;11:417-21.
9. Hilton P. Vesico-vaginal fistula: new perspectives. Curr Opin Obstet Gynecol 2011;13:513-20.
10. Dolan LM, Dixon WE and Hilton P: Urinary symptoms and quality of life in women following urogenital fistula repair: a long-term follow-up study. BJOG 2008; 115: 1570.
11. Rajamaheswari N, Bharti A and Seethalakshmi K: Vaginal repair of supratrigonal vesicovaginal fistulae: a 10-year review. Int Urogynecol J 2012; 23: 1675.
12. Abdullah A, Javed A, Syed S et al: Doctor! Will I be dry? Factors determining recurrence after vesicovaginal fistula repair. Presented at annual meeting of European Association of Urology, Paris, France, February 24-28, 2012, abstract 524

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE CAPTURA

NOMBRE: _____

NSS: _____

Numero	Variable	Codificación	Indicador
1	Edad	20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-59 años	
2	Estado hormonal	Menopausia SI/NO	
3	Etiología de la fístula	Obstétrica Cirugía ginecológica benigna Cirugía ginecológica maligna Post Radiación	
4	Infeccion de vías urinarias previa a cierre de fistula vesicovaginal	Si/No	
5	Tamaño de la fístula	Menor a 1 cm Mayor a 1 cm	
6	Localización de la fístula	Trigonal Retrotrigonal Preesfinteriana Yuxtameatal	
7	Abordaje quirúrgico utilizado	Transabdominal Transvaginal	