



11246
38

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL " LA RAZA "

" FISTULA VESICOVAGINAL EXPERIENCIA
DE ENERO DE 1995 A DICIEMBRE DEL 2000,
DEL SERVICIO DE UROLOGIA
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA "

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

CIRUJANO UROLOGO

P R E S E N T A :

DR. ERICK MENDOZA CARRILLO

ASESOR:

DR. LUIS CARLOS SANCHEZ MARTINEZ



MEXICO, D.F. 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

FIRMAS DE AUTORIZACIÓN	2
FIRMA DE ASESOR	3
PRÓLOGO	4
RESUMEN	9
ABSTRACT	11
INTRODUCCIÓN	13
MATERIAL Y MÉTODOS	16
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	20
CONCLUSIONES	22
BIBLIOGRAFÍA	23
GRÁFICAS	24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DR. JESÚS ARENAS OSUNA
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
MÉDICA
HECMR



DR. ROBERTO VEGA SERRANO
JEFE DEL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HECMR

DR. ERICK MENDOZA CARRILLO
RESIDENTE DEL QUINTO AÑO DE UROLOGÍA DEL HECMR

NÚMERO DEFINITIVO DE PROTOCOLO: 2002/690/00

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA

ASESOR:



DR. LUIS CARLOS SANCHEZ MARTINEZ
MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE UROLOGÍA HECMR

PRÓLOGO

El Desafío.

Para Ser Buen Medico, En El Orden Científico Hay Que Poseer Doctrina Y Hacer Clínica; En Lo Personal Ser Honrado Y Decente, En Lo Social Respetuosos Y Correcto, En Lo Profesional Cumplido Y Discreto, En Lo Económico Considerado Y Equitativo; Con La Familia Sincero, Con El Enfermo Empeñoso, Con Todos Atento, Afable Y Benévolo, En Toda Actuación Llevar Orgullo Y Dignidad.

Ser médico, ser urólogo es una suma de atributos, atributos que son nuestra meta.

Esta Visión Es La Que Debe Imperar En Nosotros Como Humanos, Personas, Médicos Y Especialistas, Pertenecientes A Una Sociedad Demandante De Trato Y Excelencia.

Ahora Me Dirijo A Los Urólogos Más Jóvenes, A Los Recién Iniciados En Esta Disciplina, , en este arte, arte que es nuestro bien común, A Ellos Para Los Que Realmente Esto Implica Un Desafío, Ya Que Mantener Años De Trabajo, Dignidad Y Respeto No Es Un Reto Sino Un Desafío, Ya Que No Es Fácil Decidir Cambiar La Plenitud De La Vida Por El Sacrificio Que Implica El Atender Al Enfermo, Dedicar No Solo Horas De Diversión Y Familia A La Importante Labor Del Estudio Y La Doctrina,; Desvelos, Inanición, Cansancio Y En Ocasiones Hasta Desaires Se Vuelven Parte De La Vida Cotidiana, Con La Que Día A Día Se Enfrenta La Persona, El Ser Humano Y Que En Ocasiones Se Nos Olvida Que Es El Hermano, El Hijo, El Amigo , Esposo O Padre El Cual Mediante Este Sacrificio Manifiesta Su Valor, Su Espíritu Y Su Interés De Ser Médico, De Ser Urólogo.

Este Es Un Sentimiento Que Cada Uno De Nosotros Demostró Y Sintió En Una Etapa De Nuestra Vida, En Un Año Que A Veces Se Hace Eterno En Un Año Que Nadie Repetiría Sino Por El Hecho De

Ser Nuevamente Urólogo A Un Año Al Cual La Inexperiencia Nos Enseña Mucho Y A Un Año Que Sin Temor A Ser Exagerado Lo único Bueno Es Que Se Acaba, Sin Embargo Concluiría Este Año Mencionando Que Nada Se Pierde En El Camino, Quedan Hechos, Se Conservan Ideas Generales, Mucho De Opiniones Y Teoría ; Pero Se Gana Algo Más Valioso, El Criterio Y El Espíritu Científico, Esto A La Hora De Pensar Y Obrar, Es Un Tesoro Mental , Una Luz; Con Ella Se Maneja Mejor La Inferencia Y Se Ve Clara La Noción De Causalidad; Ese Espíritu Y Ese Criterio Nuevos Distinguen Mejor Lo Hipotético De Los Real, Lo Presunto De Lo Cierto, Lo Que Es Verdad Y Lo Que Es Opinión, Sirven Para No Confundir Lo Metafisico Con Lo Real, Lo Empírico Con Lo Científico.

Y Como Siempre Sucede Después De La Tormenta Viene La Calma, Esa Calma Y Plenitud Que Sucede A Ese Año Difícil, Esa Paz Que Permite Dedicar Más Tiempo Al Estudio , a los vínculos familiares que quizá no expresamos lo suficiente..

Se Inicia Un Año Lleno De Plenitud Académica Y Con Esto La Responsabilidad De Iniciarse En Los Menesteres De La Supervisión, De La Enseñanza Y En Ocasiones Hasta De La Arrogancia, Es El Tiempo De Prepararse, De Enseñarse Y De Seguir Aprendiendo. La Preparación Universitaria Y Hospitalaria Debe Formar Médicos-Fábricas Y No Médicos-Almacenes; Disciplinar , Educar, No Solo Acumular. Cerebro Que Lleva Cúmulo De Ideas Amontonadas O Dispuestas En Desorden No Sirven Para El Combate, Deben Llevarse Formadas En Batallón, Clasificadas En Grupo Y Ordenadas En Fila.

El Médico Debe De Estudiar En La Naturaleza Y En El Libro; Estudiar No Es Leer; De La Lectura Tomar El Jugo, La Sustancia Y Envolver En Crítica La Teoría. El Estudio Debe Hacerse En Ascenso De Forma Gradual Y Metódico; El Conocimiento De Ideas Sueltas, De Hechos Aislados Es Infecundo; Las Nociones Poseídas Deben Encadenarse Formando Cuerpo De Doctrina,!Hay Que Saber Estudiar!

No Preocuparse Por Leer Mucho, Por Devorar Libros; No Indigestarse, No Cubrirse Con Barniz De Ciencia, No Almacenar Lo Inútil. No Todo Lo Que Se Lee Es Cierto, No Todo Lo Que Es Cierto Y Se Lee Se Aprende Y No Todo Lo Que Se Aprende Se Aprovecha; Lo Que No Se Repite , Enseñe Y Aplique Se Hunde En El Olvido; Las Lecturas Das Vigor Mental Cuando Se Meditan, Enseñan Cuando El Lector Se Impregna De Lo Que No Se Evapora. De Tal Manera Que Alguna Vez Ese Sacrificio Inicial Comienza A dar Frutos De Enseñanza Y Experiencia, Esa Disciplina Que Alguna Vez Aplicada Justa O Injustamente, Ahora Se Entiende Y Se Explica E Inclusive Lo Que Antes Parecía Capricho E Intransigencia Ahora Se Muestra Como Enseñanza De Doctrina Y Disciplina, Quizá Un Poco O Mucho De Mística . Encontrando En El Estudio Y La Enseñanza El Desafío Siguiente.

Y Que Nos Depara Después De Tanta Enseñanza, ; Aplicar Dichos Conocimientos Con Provecho, En Bienestar Del Enfermo, Practicar Y Estudiar, Operar Y Estudiar, Consultar Y Estudiar, No Dejarnos Llevar Por La Arrogancia Ni La Pereza, Conservar La Humildad Y Obviamente Con Esto Preservar El Respeto Y Sobre todo La Responsabilidad, Definiéndose Esta Etapa Precisamente Como Eso El Desafío De La Responsabilidad.

Responsabilidad De Vocación Y Servicio, Del Trato Al Paciente De La Enseñanza Y De Seguir Aprendiendo Y Sobre todo De Despertar El Espíritu Aventurero Y No Me Refiero Al Extrafamiliar Sino Al Del Placer De Conocer Algo Nuevo En El ámbito Médico, Del Desarrollo De Proyectos E Ideas Que Revolucionen El Mundo Urológico, Al Desarrollo De Investigación, A La Aplicación De Los Conocimientos Aprendidos En La Generación De Más Conocimientos. Al Aprovechamiento De Esa Facultad Y Cultura Para Seguir Creciendo Como Médicos Y Urólogos, Pero Más Que Eso Como Personas Y Humanos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En Las Lecturas Preferir La Calidad A La Cantidad; Leer Con Calma Y Haciendo Pausas, Degustando El Conocimiento, Sin Llegar A Corromperlo Discriminarlo Y En Esta Tarea, Ordenar La Labor Cotidiana, Horas De Trabajo, De Descanso, Recreativas, De Familia Y Por Que No De Soledad, Meditación Y En Ocasiones De Intimidad Sin Embargo, Para El Médico El Estudio Debe Ser Una Actividad Diaria, Prioritaria E Inclusive Obligatoria, La Pereza Y El Abandono Lo Atrasan Porque Olvida Lo Viejo E Ignora Lo Nuevo; Nivelarse Haciendo Periódicamente Reflexiones De Conciencia, Estudio Así Como Consultas Y Repasos A Compendios .

Dentro De Esta Formación Llena De Capítulos, Corresponde Un Desafío Muy Particular Prácticamente En La Recta Final De Formación, En Los Que Administrativamente Se Define Como El Último Año De Preparación Y Este Desafío Implica El Mayor De Todos , Por Un Lado Demostrar Mediante Su Aplicación La Destreza, La Practica, La Escasa Experiencia Y Sobretudo El Gran Cúmulo De Conocimientos Adquiridos, Evitando Pasar Por Loa Horrible Sombra De La Ignorancia, De La Exhibición, Así También Uno Debe De Ver A Futuro Sin Ser Profeta Vislumbrar Y Planear El Futuro, Salir De Casa Y Practicar Aprovechando La Cobija Del Hogar Y De Los Maestros, Para Que Una Vez Terminada La Formación Uno No Se Enfrente Solo A La Vida Y Cuente Con Un Respaldo De Enseñanza, Conocimientos Y Practica Exitosas Para Poder Destacarse Y Continuar Con El Alto Nombre De La Urología.

Dentro Del Periodo De Formación, Cuando Aún Se Gurda Posición Estable, El Médico Debe De Asumir Con Sumo Cuidado Y Respeto Loa Responsabilidad De Los Casos Serios, Peligrosos Y En Las Grandes Intervenciones, Ya Que Para Acreditarse Un Médico Necesita Mil éxitos Y Para Nulificarse Y Hundirse En El Desprestigio Le Basta Un Fracaso De Ruido Y Resonancia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El Reto A Nuestros Maestros, Aquellos Que Tuvieron A Bien Enseñarnos Y Trasmítirnos Todos Sus Conocimientos Sin Temor A Decir No Se, Aquellos Que Durante Cada Sesión, Entregas De guardia, Consulta E Intervenciones Quirúrgicas Nos Dijeron Esto Es Así, O Mejor Haz Esto Y Ahora Hazlo Tu, Si Te Equivocas No Hay Problema, Para Eso Estoy Aquí Contigo Para Corregirlo Y Enseñarte A Corregirlo,

Aquellos Que Incondicionalmente No Apoyaron En Nuestras Decisiones Y Supieron Orientarnos Y En Ocasiones Al Errar no lo supieron señalar , Con Discreción Y Respeto, Sin Exhibirnos Con El Pensamiento Que Algunas Vez Ellos Fueron Tan Inexpertos E Inexactos Como Nosotros.

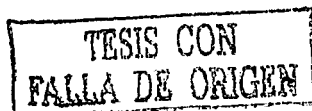
A Ellos Que Como Todo Ser Humano Con Defectos Y Virtudes Nos Han Enseñado Lo Que Significa Y Es La Urología A La Cual Se Han Honrado De Poner En El Nombre Y Lugar Más Alto, Este Es Precisamente Su Reto Continuar Mejorando En Grupo O Individualmente Para Continuar Con La Formación De Urólogos De Excelencia Para El País.

Por Último Dejo El Desafío A Nuestros Seres Queridos, Los Cuales Forman Parte De Nuestra Vida, Y Han Sufrido Y Gozado Tanto O Más Que Nosotros De Nuestra Carrera, De Nuestra Especialidad Y de Nuestra Vida Su Reto El Apoyo, La Comprensión Y La compañía, Palabras Dificiles De Cumplir Por Tiempo Y Espacio Las Cuales Solo Amortigua El Gran Amor Y Cariño Que Se Corresponde A Todos Y Cada Uno De Nuestros Seres Queridos, Presentes O Ausentes A Nuestras Esposas, Hijos, Padres, Hermanos, Abuelos

En la batalla los que siguen a los primeros, son sustituidos cuando estos mueren, en nuestro caso, los primeros no mueren se alzan en la victoria más significativa de sus vidas y al hacerlo dejan un espacio que tomamos aquí y ahora.

Honor , gloria, decisión, fortaleza y éxito para todos.

DR. ERICK MENDOZA CARRILLO



RESUMEN

TITULO: FÍSTULA VESICOVAGINAL, EXPERIENCIA DE ENERO DE 1995 A DICIEMBRE DEL 2000, DEL SERVICIO DE UROLOGÍA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CENTRO MÉDICO LA RAZA

INTRODUCCIÓN:

La fistula vesicovaginal se considera como una de las mayores complicaciones que ocurre derivadas de cirugía ginecológica, trauma obstétrico o radioterapia. Muchas de estas fistulas derivadas de Histerectomía. Presentando un reto para el tratamiento efectivo de la misma, dependiendo la técnica quirúrgica utilizada de acuerdo a los criterios descritos por Sims.

OBJETIVO :

Conocer la incidencia real de la fistula vesico-vaginal de acuerdo a la etiología en nuestro medio.

Determinar la etiología, la forma de presentación más común de las fistulas vesico-vaginales, así como la metodología diagnóstica y las técnicas de reparación más comunes

Identificar las causas que condicionan recidivas

Comparara el rango de éxito reportado con la literatura mundial

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se revisaron 91 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico inicial de Fístula vesicovaginal tratadas en el servicio de urología del Hospital de especialidades del Centro Médico la Raza en el periodo de enero de 1995 a Diciembre del 2000.

RESULTADOS:

Los 91 expedientes revisados cumplieron los criterios de selección, sin excluirse ninguno, la media de edad de presentación fue de 42 años con un rango de 22 a 62 años encontrando como primera causa de origen ginecológico a la Histerectomía secundaria a Miomatosis uterina (67%) seguida como causa secundaria al Cáncer cervicouterino (5.49%) y de las causas obstétricas a las secundarias

a cesárea por DCP (desproporción cefalopélvica) 7.69% seguida de la cesárea por parto prolongado (5.49%).

Las patologías concomitantes más frecuentes fueron la Hipertensión arterial 11% y Diabetes mellitus con 7.8%.

El Método Diagnóstico más utilizado fue la cistoscopia con 98.9%.

Resultando en un 72% de las pacientes con cultivo de orina positivo.

El abordaje abdominal fue el más realizado en un 71.42% de las pacientes vs. Un 28.58% de abordajes vaginales.

Con un éxito reportado del 90.11% y recidivas de la fístula vesicovaginal en 9 pacientes con un 9.89% las cuales fueron reintervenidas y solo 2 pacientes presentaron nueva recidivas.

CONCLUSIÓN.

La selección adecuada de la técnica y abordaje quirúrgico para el tratamiento de la Fístula vesicovaginal de acuerdo a los criterios de selección descritos por Sims constituye el éxito en el tratamiento de las mismas con un menor índice de fracasos y recidivas .

PALABRAS CLAVE:

FÍSTULA VESICOVAGINAL, EXPERIENCIA DE ENERO DE 1995 A DICIEMBRE DEL 2000, HECMR.

ABSTRACT

VESICOVAGINAL FISTULA, EXPERIENCE FROM JANUARY 1995 TO DECEMBER 2000 , UROLOGY DEPARTMENT , LA RAZA MEDICAL CENTER.

INTRODUCTION:

Vesicovaginal fistula is one of the complications that may occur from gynecological surgery, obstetrical trauma or radiation therapy. And represents a difficult technique for this treatment , depend the selection criteria described by Sims.

OBJETIVE:

The knowledge of vesico-vaginal fistula incidence accord with etiology our hospital .

The etiology , most common presentation , diagnostic and surgical technique for treatment of vesico-vaginal fistula .

Identify the causes that make recurrence, and compare our results between other world reports.

MATERIALS AND METHODS:

A retrospective chart review was undertaken with 91 clinic records from patients with initial vesicovaginal diagnostic, treated in urology department from La Raza Medical Center in a period between January 1995 to December 2000.

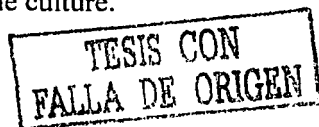
RESULTS.

The 91 females patients the selection criteria, with out anyone, the old median was 42 years, with a range from 22 to 62 years. Founding like fist cause the gynecological surgery with hysterectomy secondary to miomas of utherus (67%) followed the second cause the neoplasm of utherus (5.49%) and from obstetric causes the cephalopelvic disproportion (7.69%) followed to the cesareus to prolonged labor (5.49%).

The other most common sickness were Arterial hypertension 11% and Diabetes Mellitus with 7.8%.

The most used diagnostic method was the cystoscopy with 98.9%.

72% the patients present positive urine culture.



The most common surgical technique was the abdominal repair with 71.42% vs. Vaginal repair with 28.58%

We reported 90.11 % from effective procedures and recurrence in 9 patients with 9.89% , The 9 recurrence patients were have an other repair surgery with only 2 new recurrence.

CONCLUSION.

The good selection from the surgical technique in fistula vesicovaginal treatment instead accord with the described by Sims are the effective way for this treatment with less degree for fracasas and recurrences.

KEY WORDS .-

VESICOVAGINAL FISTULA ,EXPERIENCE FROM JANUARY 1995 TO DECEMBER 2000. LA RAZA MEDICAL CENTER.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La fistula vèsicovaginal (FVV) es a formación adquirida de un conducto anòmalo que comunica ambas cavidades, manifestándose por la salida constante de orina a través de la vagina (1) la cual representa el tipo de fistula màs comùn en el sexo femenina (2). Se tiene reporte del primer caso de FVV en el año 2050 AC en donde estudiando a la momia Henhebit, se comprobò la existència de una gran FVV secundaria a un desgarrò perineal durante un parto (3). En 1852 Sims considerado el padre de la reparaciòn delas FVV publica la primera serie exitosa de reparaciòn de dicha patologìa (4). O'Conor en 1973 publica su tècnica de abordaje suprapùblico considerándose en la actualidad como el estàndar de oro para el tratamiento de fistulas supratrigonales (5). A partir de entonces se han descrito numerosas tènicas quirùrgicas para su reparaciòn , mediante el empleo de diferentes abordajes, aplicaciòn de injertos, colgajos de grasa, epiplòn, mùsulo, peritoneo ETC, con los cuales los porcentajes de èxito varian dependiendo las series publicadas desde un 70 a un 93% (6,7,8).

Màs del 90% de las fistulas son causa de lesiòn inadvertida de la vejiga durante la cirugìa (9). Dentro de los procedimientos ginecològicos es donde màs lesiones se presentan y de estos la histerectomìa abdominal o vaginal representa el 75% de las causas de fistula (10) asi mismo la incidencia de FVV en cirugìa no pèlvica es del 0.1 al 2% (11) otros factores que contribuyen son cirugìa uterina previa, radioterapia pèlvica y endometriosis (12). Existen otras causas menos frecuentes a las que tambièn se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

atribuyen las FVV como neoplàsia pèlvicas, trauma obstètrico, infecciones, tuberculosis o coitos vigorosos (13).

La forma màs comùn de presentaci3n es la salida de orina por la vagina entre los 5 y los 10 d'ias del postoperatorio la cual puede estar precedida de dolor, fiebre, leucorrea o malestar general o cursare asintomàtico y presentarse como incontinencia urinaria en relaci3n a los esfuerzos haciendo dif'cil el diagn3stico diferencial de estas dos patolog'as (14) el estudio se complementa para corroborar el sitio, tama'no y localizaci3n de fistula si como su relaci3n a otras estructuras para planear su manejo y abordaje, dentro de los estudios complementarios que se solicitan urograma excretor, prueba con colorante (azul de metileno) pielografia ascendente, uretrocistograma y cistoscopia (15).

El manejo de la FVV puede ser, abdominal, vaginal o mixto. El abordaje abdominal se prefiere en primera instancia en los casos no complicados (fistulas no recidivantes, menos de 5 mm de diàmetro, con trayecto simple y lejos de meatos ureterales, de preferencia con introitos amplios o mediante la incisi3n de relajaci3n peritoneal), este abordaje tiene la ventaja de menor morbilidad, menos dolorosa y màs efectiva al estar bien indicada. (16) El abordaje abdominal se prefiere cuando se trata de reparar una lesi3n ureteral agregada o el caso de una FVV complicada (recidivante, cercana a meatos ureterales, de diferentes trayectos o màs de 5 mm que inclusive requiera de algùn parcha aut3logo) (17). Los criterios bàsicos para la reparaci3n de una fistula establecidos por Sims son : 1, drenaje adecuado de la vejiga, profilaxis antibi3tica, aplicaci3n de suturas firmes y sin tensi3n de tipo absorbibles, afrontamiento de bordes bien vascularizados y libres de infecci3n o neoplàsicos. Respetando estos criterios independientemente del abordaje quirùrgico para el manejo de las FVV el porcentaje de èxito esperado el del 90% (15).

Las t'cnicas quirùrgicas para su reparaci3n se dividen de acuerdo al abordaje quirùrgico en trasvaginales (Sims , Fueth-Mayo o Latzco), trasvaginales con colgajo (Martius) y trasabdominal suprapùblico simple , trasabdominal con t'cnica de O'Conor o

trasperitoneal con colgajo de epiplón. Cada una de ellas con indicaciones específicas de acuerdo a cada caso de fístula.(16).

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se revisaron 91 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico inicial de Fístula vesicovaginal tratadas en el servicio de urología del Hospital de especialidades del Centro Médico la Raza en el periodo de enero de 1995 a Diciembre del 2000.

El estudio realizado fue observacional , retrolectivo, descriptivo, trasversal y abierto.

Los criterios de inclusión fueron: femeninas de 18 a 80 años, con diagnóstico inicial de fistula vesicovaginal que contaran con métodos diagnósticos como cistoscopia, prueba de azul de metileno , cistograma y/o urografía excretora.y que fueron tratadas en el servicio de urología de HECMR.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con diagnóstico de FVV no operadas dentro del servicio de urología del HECMR, pacientes con otro diagnóstico de fistula urinaria (Fístula uretero o uretrovaginal) y pacientes con expediente clínico incompleto.

Las variables a analizar fueron: la etiología precisa de la FVV , el tipo de técnica quirúrgica y abordaje empleado para la reparación de la fístula vesicovaginal, la presentación de recidivas al tratamiento quirúrgico, persistencia de infección de vías urinarias mediante cultivo de orina, morbilidad de las pacientes y complicaciones operatorias, entre otras como edad de presentación, patologías concomitantes, métodos diagnósticos utilizados , tiempo transcurrido entre la aparición de síntomas y la causas de la FVV, tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la intervención quirúrgica así como el porcentaje de éxito y fracaso de los procedimientos quirúrgicos.

Todas las variables fueron registradas en la cédula de información y recolección de datos aplicada a cada uno de los expedientes clínicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

De las 91 pacientes a las cuales se les realizó reparación de la fistula vesicovaginal en el servicio de urología del HECMR, en el periodo comprendido de enero de 1995 a diciembre de 2000, se encontró lo siguiente:

La media de edad fue de 42 años, con un rango de 22 a 62.

Dentro de las patologías ginecológicas la primera causa derivó secundaria a Histerectomía abdominal o vaginal, encontrando como indicación para la histerectomía las siguientes causas de orden ginecológico.

- miomatosis uterina en 61 (67%)
- Cáncer cervico-uterino en 5 (5.49%)
- Cistocele en 4 (4.39%)
- Sangrado uterino disfuncional en 3 (3.29%)
- Displasia cervical severa en 1 (1.09%)

Con un total de 74 pacientes las cuales se realizó histerectomía, que correspondió al 81.31% de los casos.

Con respecto a las patologías obstétricas solo en 4 casos se encontró derivada de histerectomía abdominal secundaria a placenta acreta (3 casos) y placenta previa en un caso. El resto de las pacientes presento FVV derivada de causa obstétrica primaria pura.

Las patologías obstétricas que se encontraron fueron:

- Cesárea por DCP en 7 (7.69%)
- Cesárea por parto prolongado en 5 (5.49%)
- Placenta acreta en 3 * (3.29%)
- Placenta previa en 1* (1.09%)
- Parto prolongado en 1 (1.09%)

Con un total de 17 pacientes que correspondió al 18.68% de los casos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 1. PATOLOGÍA GINECOLÓGICA

Miomatosis uterina	61 (67%)
Carcinoma cervico uterino	5 (5.49%)
Cistocele	4 (4.39%)
Sangrado uterino disfuncional	3 (3.29%)
Displasia cervical severa	1 (1.09%)
Total	74 (81.31%)

TABLA 2. PATOLOGÍA OBSTÉTRICA

Cesárea por DCP	7 (7.69%)
Cesárea por parto prolongado	5 (5.49%)
Cesárea por placenta acreta*	3 (3.29%)
Placenta previa*	1 (1.09%)
Parto prolongado	1 (1.09%)
Total	17 (18.68%)

*Derivadas de Histerectomía abdominal secundaria.

Como patologías concomitantes se presentaron 11% con hipertensión arterial y 7.8% con Diabetes mellitus. Se realizó histerectomía en 78 pacientes (85.71%)

El diagnóstico se realizó con el cuadro clínico, prueba de azul de metileno (54.94%) urografía excretora (87.91), cistograma (93.4%), y cistoscopia (98.9%).

En casos seleccionados, además se realizó pielografía ascendente (10.98%) , ultrasonido renal (49.45%) y colposcopia (13.18%).

Los cultivos de orina fueron positivos en 72% de las pacientes, y el resto de los análisis de laboratorio dentro de parámetros normales en todas las pacientes.

El promedio de aparición de síntomas en las pacientes después del evento que desencadenó la fístula fue de 7.6 días, con un rango de 1 a 38 días.

El tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el día de la intervención quirúrgica fue de 19 meses en promedio, rango de 3 meses a 10 años.

El abordaje abdominal para la reparación de la fístula fue el más frecuente, con un total de 65 pacientes (71.42%), de los cuales 58 pacientes fueron con abordaje abdominal simple y 7 con técnica de O'Conor. El abordaje vaginal se realizó en 26 pacientes (28.58%). De los cuales 20 pacientes con abordaje simple y 6 con colgajo de Martius. Además se realizó reimplante ureteral en 3 pacientes

Las complicaciones trasoperatorias se presentaron en un solo caso, siendo ésta la lesión de la arteria iliaca, la cual fue reparada sin secuelas posteriores..

Se presentaron 9 pacientes con recidiva de la fístula vesicovaginal (9.89%), en un periodo de entre 7 a 18 días, promedio de 13.5, de las cuales se reintervinieron 9 de ellas, logrando su curación, excepto en una paciente que presentó nueva recidiva.

TABLA 3. ABORDAJE QUIRÚRGICO

Abdominal simple	58	(63.73%)
Abdominal con Técnica de O'Conor	7	(7.69%)
TOTAL ABDOMINAL	65	(71.42%)
Vaginal simple	20	(21.97%)
Vaginal con colgajo de Martius	6	(6.59%)
TOTAL VAGINAL	26	(28.58%)

DISCUSIÓN

Sims, el padre de la reparación de las fistulas vesicovaginales, en el año de 1852 estableció criterios y lineamientos a seguir para un cierre exitoso de este tipo de fistulas. Estos criterios se mantienen vigentes en la actualidad, y han logrado una disminución en el porcentaje de recidivas, que finalmente es el evento mas temido por la paciente y un fracaso en la técnica quirúrgica por parte del cirujano.(4)

En esta serie revisada, el 85.7% de las fistulas fueron a causa de histerectomía total abdominal, esto es un poco mas elevado que lo que se ha reportado en la literatura (75%). Finalmente, existe una concordancia en los resultados referidos en la bibliografía, en cuanto al inicio del periodo de síntomas, que se reporta en un lapso de 5 a 10 días (promedio de 7.5).(2)

En nuestra serie observamos que la cirugía que ocasionó la fistula no fue concomitante con la ligadura ureteral o alguna otra complicación. En general, todas las pacientes estaban asintomáticas, excepto por la salida de orina transvaginal.

Toda paciente con fistula vesicovaginal es tributaria de urografía excretora, con la finalidad de obtener información a cerca de complicaciones agregadas. A todas se les practicó urografía excretora, tacto vaginal, cistoscopia y cistograma, reservando la prueba de azul de metileno a las pacientes con duda diagnóstica.(7)

La tendencia actual según Persky y Zimmerman es hacia la reparación temprana de la fistula. En nuestro servicio, el lapso para efectuar la reparación fue de 3 meses, con buenos resultados, cuidando siempre los criterios establecidos por Sims, y aplicando a todas las pacientes antibioticoterapia profiláctica de amplio espectro. (1)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El abordaje preferido en la actualidad y el que menos morbimortalidad tiene es el vaginal, sin embargo, en nuestro servicio, las pacientes llegan con antecedente de reparaciones previas, lo que hace más difícil este abordaje.

Observamos que nuestro porcentaje de éxito en la reparación es de 90.11% similar al 90% reportado en la literatura. El resultado final de recidiva es de un 9.89%, nuestro éxito es muy cercano al reportado en la literatura mundial.(15)

Es de notar que la frecuencia de fistula vesicovaginal por parto prolongado en nuestra serie es de una paciente, lo cual es mínimo contrario a lo reportado en la literatura mundial, donde los factores obstétricos continúan siendo factores frecuentes para el desarrollo de una fistula vesicovaginal.(9,11).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

La etiología de la FVV es derivada casi siempre de procedimientos o patologías gineco-obstétricos, en los cuales se pueden incrementar las medidas preventivas para evitar este tipo de complicaciones tardías.

Existen también criterios diagnósticos bien establecidos para la selección del abordaje y la técnica quirúrgica para el tratamiento de las fistulas vesicovaginales, los cuales si se emplean correctamente presentan un éxito elevado en el tratamiento de las mismas (mayor al 90%).

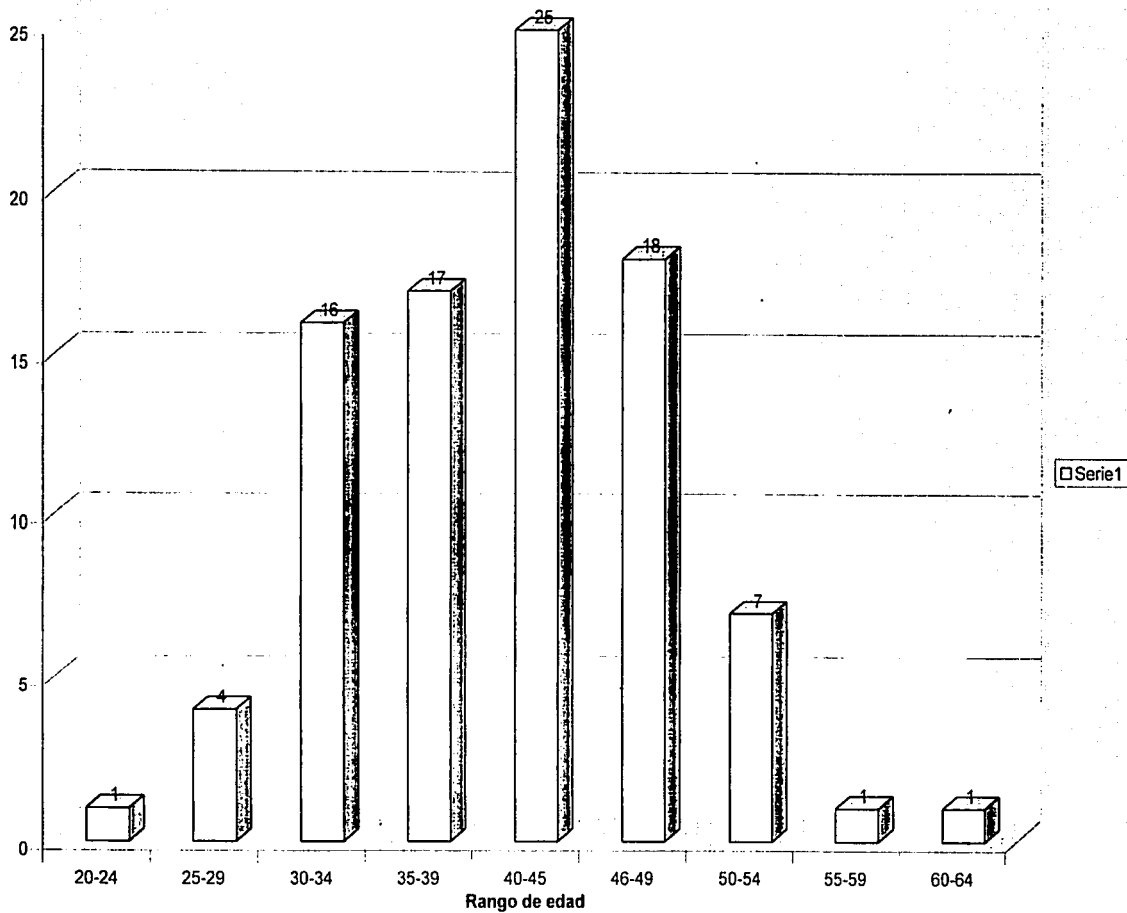
BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Raz S, Little NA, Jumas, Campbell's Urology 7th Edition Sanders Company 1998.
- 2.- Gerber G S, Schoenberg H W. Female Urinary Tract fistula, J Urol 149; 229-236, 1993
- 3.- Gutierrez E P. Boletín Mexicano del Colegio Mexicano de Urología AC, Fístulas vesicovaginales No. 2 May-Ago pp 75-83, 1992.
- 4.- Simms J M . et al. The Treatment of vesicovaginal fistula. Am J Med Sci 1852; 23: 52.
- 5.- O'Connor V J, Sokol J K , et al. Suprapubic closure of vesicovaginal fistula, J Urol 109: 51, 1973.
- 6.- Gil-Vernet J M, Gil-Vernet A, et al. New surgical approach for treatment of complex vesicovaginal fistula, J Urol, 141 : 513, 1989.
- 7.- Goodwin, W E, and Scardino, P T. Vesicovaginal and ureterovaginal fistulas: a summary of 25 years of experience, J Urol: 123: 370, 1980.
- 8.- Raz, S; Bregg, K J; Nitti V W, et al. Transvaginal repair of vesicovaginal fistula using a peritoneal flap, J. Urol; 150:56, 1993
- 9.- Tancer M L. Observations on prevention and management of vesicovaginal fistula after total hysterectomy, Surg Gynecol Obstet 1992: 175:501-506.
- 10.- Lee A L Symmonds RE, Williams TJ. Current status of genitourinary fistula. Obstet Gynecol 1988: 72: 313-9.
- 11.- Mattingly RF. Acute operative injury to the urinary tract. Clin Obstet Gynecol 1978: 5: 123-49.
- 12.- Leach G E, Trockman BA. Surgery of vesicovaginal and urethrovaginal fistula and urethral diverticulum, Campbells urology 7th edition ed Philadelphia 1998 1135-53.
- 13.- Sharma SK, Madhusudnan , et al. Vesicovaginal fistula of uncommon etiology, J Urol 1978; 137: 280.
- 14.- Kursh DE. Surg Gynecol Obstet, 166; 409, 5: 1990.

- 15.- Smith GL , Williams, et al. Vesicovaginal fistula BJU Int 83: 564-70 , 1999.
- 16.- Hindmarcha J R, et al . Vesical fistula. Clinic Urology J : B Lippincott, Company 199-4.
- 17-. Leng WW. Amudsen CL , et al. Manegement of female genitourinary fistula. J Urol 160 : 1995-1999: 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

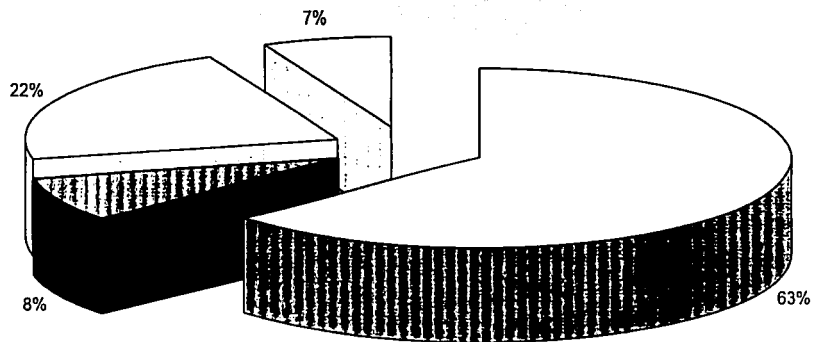
GRAFICA 1. DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

25

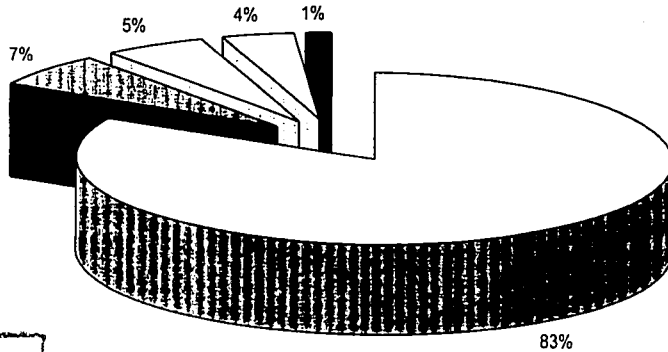
TIPO DE ABORDAJE QUIRURGICO



- ABDOMINAL SIMPLE
- ▣ ABDOMINAL O'CONOR
- VAGINAL SIMPLE
- VAGINAL MARTIUS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

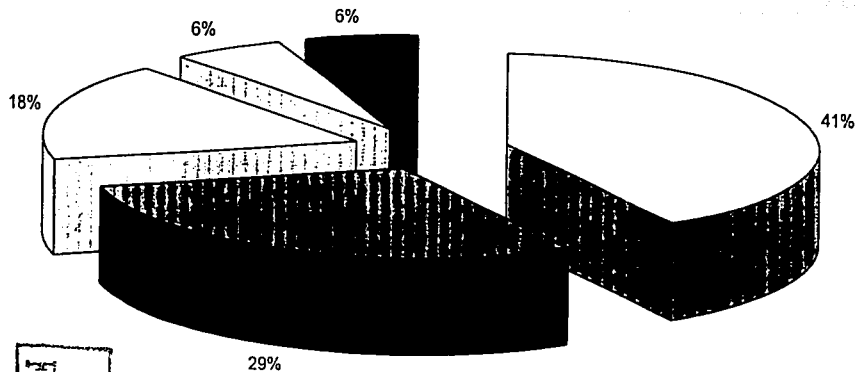
PATOLOGIA GINECOLÓGICA



- miomatosis uterina
- CaCu
- Cistocele
- Sangrado Uterino disfuncional
- Displasia cervical severa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

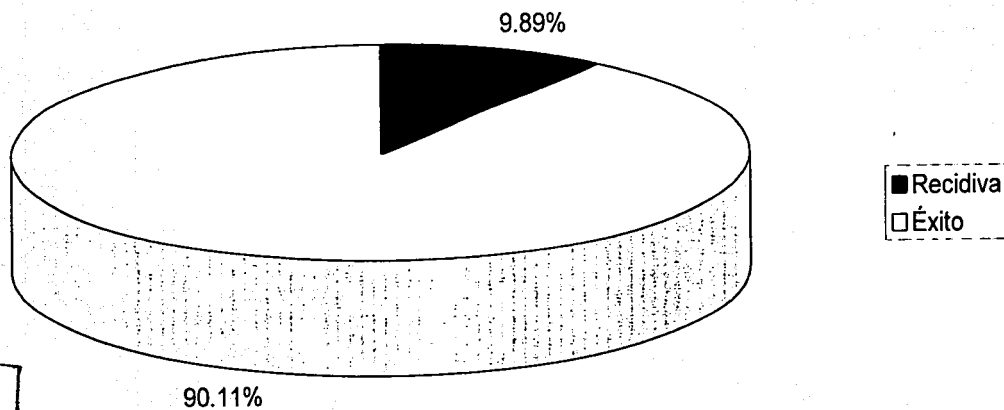
PATOLOGIA OBSTÉTRICA



- Cesarea por DCP
- ▨ C. Por parto prolongado
- C. Por placenta acreta
- placenta previa
- parto prolongado

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

RESULTADO FINAL



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN