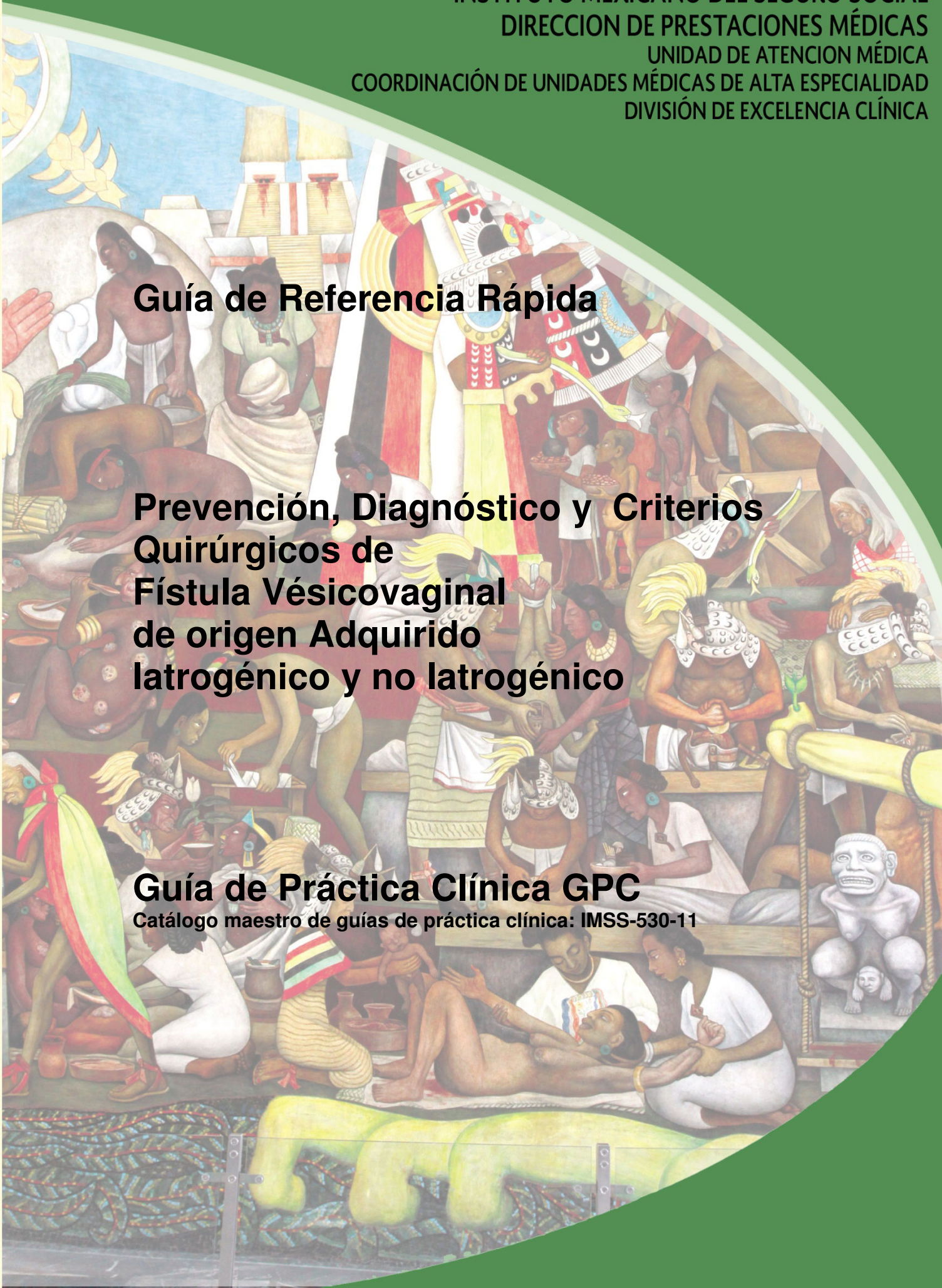


## Guía de Referencia Rápida

## Prevención, Diagnóstico y Criterios Quirúrgicos de Fístula Vésicovaginal de origen Adquirido latrogénico y no latrogénico

## Guía de Práctica Clínica GPC

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-530-11



## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

### N82 Fístulas que afectan el tracto genital femenino.

GPC

### Prevención, Diagnóstico y Criterios Quirúrgicos de la Fístula Vesicovaginal de origen Adquirido latrogénico y no latrogénico. ISBN en trámite

#### DEFINICIÓN

**Fístula:** Comunicación anómala entre dos superficies epiteliales, representa una solución de continuidad de ambos epitelios permitiendo el paso del contenido de una cavidad a otra (Te linde, 1985).

**Fístulas véxico-vaginales:** Comunicación anómala entre la vagina y la vejiga (Almagro, 2002).

#### CLASIFICACIÓN

Existen varios sistemas de clasificación de las Fístulas, siendo las más reportadas las siguientes:

- Sistema de acuerdo a la Etiología: Basada en si es adquirida o congénita.
- Sistema Waaldjk (Basado en el mecanismo de continencia y la circunferencia de la lesión)
- El sistema Goh basado en la afección uretral, el tamaño del defecto, la extensión circunferencial de la cicatriz y las reparaciones previas.
- El sistema Francophone el cual ha sido parcialmente validado siendo utilizado mayormente en África.
- El sistema Tafesse basado sobre la afección uretral, extensión ciatrizal, la alteración de la continencia y la capacidad vesical. Este sistema no ha sido bien validado.

La Clasificación de fistulas véxico-vaginales según su Etiología ( Anexo 5.3 cuadro II) las simplifica en:

- **Congénitas**
- **Adquiridas**
  - Iatrógenas
  - No Iatrógenas

#### FACTORES DE RIESGO

Dentro de las causas de las fístulas vesico-vaginales (FVV) adquiridas se encuentran:

- Post-Histerectomía
- Post-cirugía ginecológica
- Laparoscopia Pélvica
- Biopsias Ginecológicas
- Lesiones por radiación
- Carcinomas pélvicos avanzados
- Parto traumático
- Violencia sexual
- Cuerpos extraño (vaginales o vesicales como sondas)
- Infecciones tuberculosas o fistulosas, Esquistosomiasis.

Las FVV por causa obstétrica es de las más frecuentes en Países en desarrollo, siendo explicada por trabajo de parto prolongado, por la constante presión del feto sobre las paredes vaginales, vesicales o intestinales originando necrosis, resultando en el paso incontrolado de orina y/o heces en la vagina.

En las intervenciones quirúrgicas ya sea obstétrica o ginecológica se debe seleccionar muy bien y dominar la técnica quirúrgica, con exposición adecuada del campo operatorio, con amplio conocimiento de elementos anatómicos, verificando la integridad de las estructuras al final del procedimiento, aunado a la disección cuidadosa y el uso juicioso del bisturí eléctrico ayudara a prevenir estas lesiones.

En el año 2005 en una Reunión internacional de profesionales en salud pública se recomienda con fines de prevención de recidiva de FVV en la paciente tratada, poner atención en lo siguiente:

- Uso de antibióticos profilácticos
- Aplicación de un catéter urinario post-reparación de la FVV

Realizar Cesárea en pacientes con antecedentes de Fístula VV corregida quirúrgicamente.

En cirugías pélvicas con disección amplia, se recomienda verificar la integridad vesical mediante cistoscopia, si se cuenta con el recurso, de lo contrario se aconseja introducir colorantes como índigo carmín, fenazopiridina, azul de metileno, o leche estéril.

## DIAGNOSTICO CLÍNICO

La clave para el diagnóstico es la sospecha, seguido de una historia clínica completa y un examen físico puede identificar la patología, debe de realizarse:

- Historia clínica
- Examen físico
- Antecedentes:
  - Quirúrgicos
  - Endometriosis
  - Radioterapia
- Medicamentos recibidos (Corticosteroides).

Las manifestaciones clínicas más sugestivas son:

- Referencia de emisión continua de orina por la vagina manifestándose como incontinencia urinaria.
- Se puede evidenciar una dermatitis perineal y a infección de vías urinarias de repetición.
- Pueden ser asintomáticas durante los primeros 5 años en un 10%.
- En el período postoperatorio temprano, también se puede haber el dolor abdominal, íleo.

Se debe inspeccionar la cavidad vaginal en forma minuciosa, post en toda su longitud.

Determinar urea y creatinina del líquido en caso de fuga vaginal para confirmar si es orina.

Es necesario evaluar en todas las pacientes con FVV el tracto urinario superior, ya que en un 10% de los casos coexiste con una fístula ureterovaginal.

Ante la referencia de salida de líquido vaginal y o incontinencia urinaria se debe de proceder a realizar una exploración pélvica para determinar que la pérdida de orina no es a través de la uretra, sino por una comunicación anómala entre el tracto urinario inferior y la vagina, lo cual podrá ser visualizado con una exploración vaginal con espejo.

Al final de la Exploración debe de documentarse lo siguiente:

- Tamaño
- Localización y número de orificios

Datos clínicos asociados (eritema, presencia de orina en fondo de saco vaginal, entre otros).

Como pruebas clínicas complementaria, ante la sospecha de FVV la cual se puede realizar utilizando las siguientes substancias :

- Azul de metileno o índigo carmín (A través de introducción de solución por sonda en vejiga) y visualización vaginal inmediata.
- Clorhidrato de fenazopiridina ( Administrando por vía oral)
- Leche estéril.

En nuestro medio ha mostrado ser útil la toma de clorhidrato de fenazopiridina como colorante de vías urinarias que mediante especuloscopia vaginal se evidenciará la presencia del mismo lo que podría sugerir FVV o a través de la introducción de la prueba de las tres gasas vaginales.

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Las pruebas diagnosticas útiles son:

- Cistouretrografía miccional.
- Cistografía
- Vaginoscopia la cual complementa la anterior
- Uretrocistograma con placas en repleción progresiva
- Cistouretroscopía
- Cistouretrografía miccional
- Uretrografía retrógrada
- Urografía excretora ( para evaluar el tracto urinario superior, ya que en un 10% de los casos coexisten con Fístula ureterovaginal)
- Ecografía endovaginal o ultrasonido Doppler
- Tomografía Axial computarizada y la Resonancia magnética ( en casos de procesos neoplásicos)

La fistulografía es el método más directo para la visualización de una fístula.

Los estudios preferentemente indicados son cistoscopia con Vaginoscopia, la uretrografía.

La fistulografía es útil en caso de contar con el recurso.

La cistoscopia se realiza para localizar y evaluar la Fístula vésicovaginal (Evaluar tamaño, número, ubicación, cuerpos extraños como suturas, tumores y calidad de tejidos).

Si la urografía excretora o el pielograma retrógrada no son concluyentes, se puede realizar una fistulografía transvaginal.

El estudio urodinámico se recomienda para buscar otros factores que pueden contribuir a la incontinencia de orina y puede requerir una corrección quirúrgica (cistoplastia de aumento, cirugía de incontinencia) con la reparación de Fístula Vesicovaginal al mismo tiempo.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe ser con:

- Incontinencia disfuncional o anatómica.
- Ectopia uretral
- Fístula uterovaginal
- Drenaje anormal de líquido peritoneal
- Comunicación anormal de trompa de Falopio
- Infección vaginal
- Absceso pélvico.

Es necesario realizar una historia clínica enfocada a factores de riesgo, exploración física orientada a una exploración vaginal y rectal para solicitar los estudios específicos y complementarios.

## CRITERIOS QUIRUGICOS

El tratamiento de la Fístula vésicovaginal consiste en dos alternativas:

- Tratamiento conservador (Terapia alternativa)
- Tratamiento intervencionista o no conservador.

### Manejo conservador

Aplica principalmente en fistulas de menos de 3mm de diámetro, aunque otros autores lo consideran en fistulas < 1 cm.

El tratamiento conservador consiste en:

Drenaje vesical prolongado con sonda de Foley por lo menos de 6 semanas; otros autores lo recomiendan no más de 4 semanas. Uso de fármacos anticolinérgicos para evitar espasmos vesicales.

- Antibióticos urinarios
- Estrógenos locales en mujeres posmenopáusicas.

Otros tratamientos conservadores no invasivos incluyen:

- Destrucción con fulguración (electrocauterio o láser) del revestimiento epitelial
- Uso de pegamento de fibrina.

### Manejo quirúrgico no conservador

Esta indicada en fistulas menores de 3 centímetros que no responda al tratamiento conservador o principalmente en fistulas mayores.

El momento óptimo de reparación de las fistulas vesico vaginales es tempranamente ya sea en el transoperatorio en los primeros 10 días ya que se tiene buen pronóstico, y en casos de no poder ser realizado en este momento es mejor esperar 3 meses para su intervención quirúrgica con fines de que disminuya la inflamación de tejidos.

- Se debe de esperar de 4-6 semanas hasta 3 a 6 meses para su reparación, permitiendo que la inflamación se resuelva

El abordaje puede ser transvesical, transvaginal o transabdominal ( la elección dependerá de las características de la fístula y de la elección de la técnica que el cirujano domine)

Cuando la apertura incidental de vejiga se diagnostica y se repara en el momento de la cirugía se observa éxito en el 100% de los casos, mientras que las diagnosticadas en el postoperatorio se complican en un 67% con FVV.

## CRITERIOS DE REFERENCIA

### De primer a segundo nivel de atención

Ante la sospecha de Fístula vésico-vaginal el médico de primer contacto debe enviar al Especialista (Ginecobstetra o Urólogo) con estudios Básicos complementarios Biometría hemática, Glucosa, Urea, Creatinina, Urocultivo, Exámen General de orina y si fuera posible citología cervicovaginal o vaginal.

### De segundo a Tercer nivel de atención

Se enviaran a tercer nivel aquellas pacientes en alguna de las siguientes condiciones:

- Re intervenciones o fistulas extensas.
- Fístulas secundarias a tumores/o radiación en caso de no contar la unidad con servicio de oncología y urología.

## CLASIFICACION O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

**CUADRO I. CLASIFICACIÓN DE LA FÍSTULA VÉSICOVAGINAL SEGÚN SU ETIOLOGÍA**

Congénita	
Adquirida	latrogénica
	Post-Histerectomía
	Post-cirugía ginecológica ( Prolapso vaginal, Incontinencia urinaria)
	Laparoscopia pélvica
	Biopsias ginecológicas
	Lesiones por radiación
	Carcinomas pélvicos avanzados
	Parto Traumático
	Infecciones tuberculosis o fistulosas
	Violencias sexual *
	Cuerpos extraños(vaginales o vesicales)*

Tomado de: Almagro A, Allona, J.L. Sanz Migueláñez, P. Pérez Sanz, B. Pozo Mengual, S. Navío Niño Fístulas Urinarias: Puesta al día. Actas Urológicas Españolas, 2002:776-795.

\* Arrowsmith<sup>1</sup>, Current practices in treatment of female genital fistula: a cross sectional study. Arrowsmith et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2010, 10:73

**CUADRO II. CAUSAS PRINCIPALES DE LA FÍSTULA VÉSICOVAGINAL**

Congénita (Cloaca)	
Adquirida	latrogénica
	Post-Histerectomía
	1.- Post-quirúrgica
	a) Histerectomía
	b) Cesárea
	c) Dilatación y Legrado
	d) Laparoscopia Pélvica
	e) Procedimientos de Incontinencia urinaria
	f) Biopsia transvaginal
	g) Instilación de formalina intravesical
	h) Reparación defístula vesico vaginal fallida
	2.- Radiación
	No latrogénica
	1. Trauma obstétrico
	2. Infecciosa
	3. Tumor pélvico localmente avanzado
	4. Cuerpo extraño
	5. Trauma pélvico o fractura

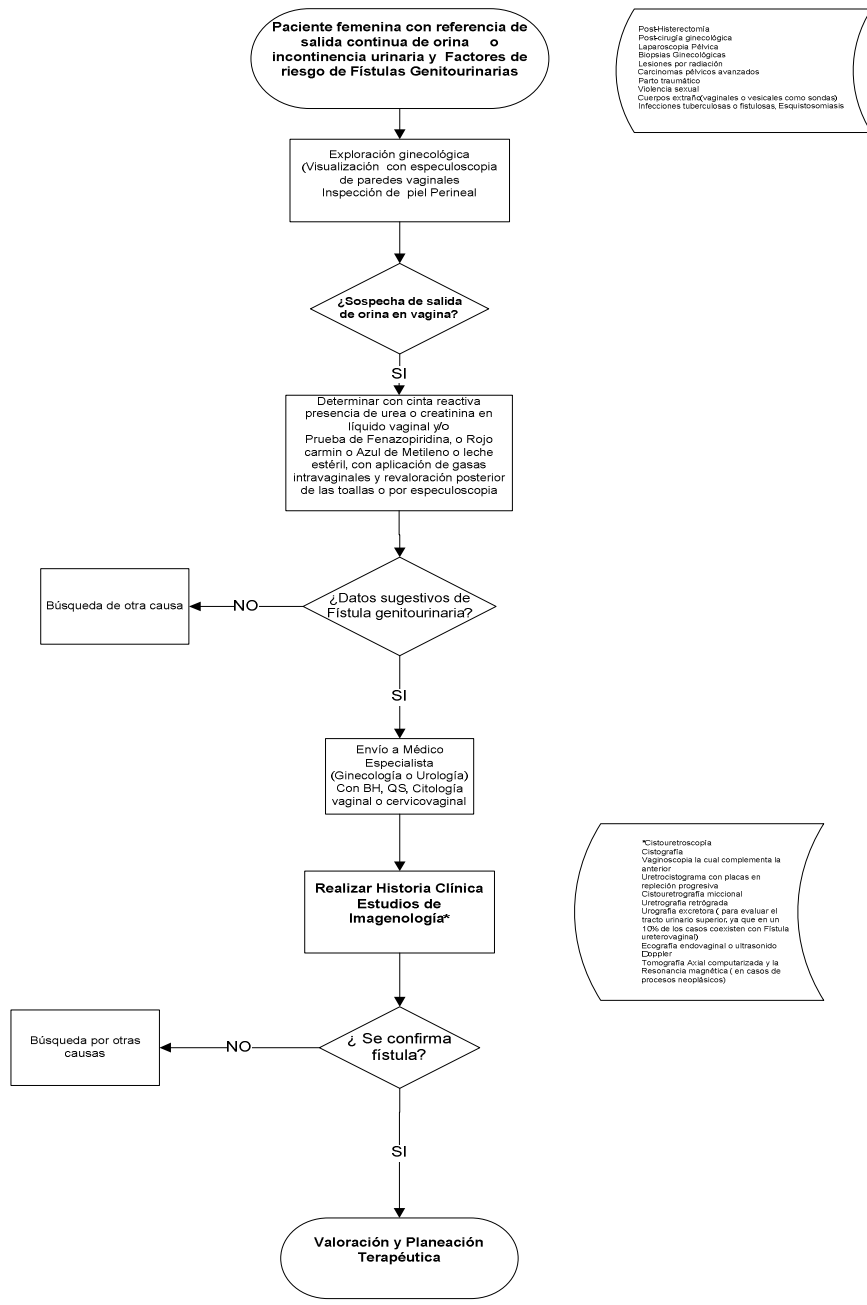
Modificado por Rackley RR, Appell RA. Vesicovaginal fistula: current approach. AUA Update Series 1998 21:161 a 168.

Tomado de: Glenn's Urologic Surgery, 6th Edition Copyright 2004 Lippincott Williams & Wilkins, Section III - Bladder > Chapter 25 - Vesicovaginal Fistula

**ALGORITMOS**  
**DIAGNÓSTICO Y REFERENCIA DE PROBABLE FÍSTULA VESICOVAGINAL.**

**MEDICINA FAMILIAR**  
 (Primer Nivel)

**ESPECIALIDAD**  
 (Segundo Nivel)  
 Ginecología o Urología



PostHisterectomía  
 Postcoingia ginecológica  
 Laparoscopia Pélvica  
 Biopsias Ginecológicas  
 Lesiones por radiación  
 Carcinomas pélvicos avanzados  
 Parto traumático  
 Violencia sexual  
 Cuerpos extraúterinos o vesicales como sondas  
 Infecciones tuberculosas o fístulas, Esquistosomiasis

\*Cistoureteroscopia  
 Cistografía  
 Vaginoscopia la cual complementa la anterior  
 Uretrocistograma con placas en repetición progresiva  
 Cistoureterografía miccional  
 Uretrografía retrógrada  
 Urografía excretora ( para evaluar el tracto urinario superior ya que en un 10% de los casos coexisten con Fístula ureterovaginal)  
 Ecografía endovaginal o ultrasonido Doppler  
 Tomografía Axial computarizada y la Resonancia magnética ( en casos de procesos neoplásicos)