



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1998; 44 (3) : 208-215

Fístulas vaginales: 173 casos observados en 18 años

JOSÉ SANDOVAL, CARLOS SANTA, PATRICIA PAZ.

Resumen

OBJETIVOS: Determinar las causas y tipos de fístulas vaginales más frecuentes. Reconocer y comparar el tratamiento y resultado de los casos en estudio. **DISEÑO** Serie de casos, descriptivo y retrospectivo. **LUGAR:** Hospital Arzobispo Loayza. **RESULTADOS:** Se analizó 173 casos de fístulas vaginales ocurridos entre 1980 y 1997, con un promedio de 9,6 casos por año. La mitad de las pacientes proceden de provincia. Las principales causas fueron histerectomía abdominal con 43% y expulsivo, prolongado con 41% de los casos. Los tipos de fístulas más frecuentes fueron la vésico-vaginal (FVV) (57%), vésico-vagino-rectal (FVR) (16,2%) y uretero-vagina (12%). El 70% de las FVV curadas fueron intervenidas entre los 4 y 24 meses y las urótero-vaginales entre los 2 y 6 meses. La tasa de recidiva fue 8%, las FVV amplias son de fácil recidiva. La vía de abordaje de la FVV por vía abdominal ha tenido mayor éxito (80%) frente a la vía transvaginal (53%). **CONCLUSIONES:** El parto atendido por empíricas sigue siendo una de las causas de fístula vaginal. Se debe mejorar la atención materna en los lugares más apartados del país.

Palabras claves: Fístula, fístula vesicovaginal, fístula rectovaginal, parto obstruido.

Summary

OBJETIVE To determine the cause of the most frequent vaginal fistulae. To recognize and compare treatment and results of the cases in study. **DESIGN:** Descriptive, and retrospective series of cases. **LOCATION.** Arzobispo Loayza Hospital. **RESULTS:** 173 patients with vaginal fistulae were analyzed (1980 1997) with an average of 9,6 cases per year, Half of the patients came from provinces. The main causes were abdominal hysterectomy, 43%, and prolonged labor in 41% of the cases. The most frequent types of fistula were vesico vaginal (57%), vesico recto vaginal (16,2%) and uretero vaginal (12%); 70% of VVF that were cured were treated within 4 and 24 months and the vaginal fistulae within 2 and 6 months. The rate of failure was 8%, mainly with the extended VVF. In the treatment of VVF, the thansabdominal approach has been more frequent than transvaginal repair. **CONCLUSIONS.** The neglected dystocic delivery is still one of the most important causes of vaginal fistula. Maternal care in the furthest places must be improved.

Key words: Fistula, vesico vaginal fistula, recto vaginal, fistula, prolonged labor.

Introducción

Las fístulas génito-urinarias en mujeres han ocurrido desde tiempo inmemorial. Derry, en El Cairo, 1935, mientras revisaba la momia Henhenit (2050 años antes de Cristo), identificó una extensa fístula urinaria y el desgarro completo del periné, a consecuencia de un parto difícil. Antes del siglo XVII, la fístula vaginal era considerada incurable^{2,11,45}. La primera contribución quirúrgica la realizó en 1672 Van Roonhuyse; recomendó de anudar los bordes de la fístula y aproximar los bordes con plumas reforzados con seda. En 1839, Hayward de Boston propuso separar la vejiga de la vagina, En 1847, Mettaur de Virginia utilizó por primera vez suturas de metal. En 1852,

Wutzer, de Bonn, informó haber curado a 11 de 35 pacientes, fue el primero que utilizó drenaje suprapúbico⁴⁴.

En 1852 Mario Sims, en Montgomery, Alabama, presenta su trabajo original que marcó el comienzo de las técnicas quirúrgicas modernas para la reparación de fístulas. Por ello se considera a Sims como el padre de la Ginecología



Moderna. En 1890 Trendelenburg describió la vía transvesical suprapúbica, y en 1893 Von Dittel fue el primero en lograr la vía transperitoneal.

En 1894 Maeckenrodt describió la técnica de colgajo dehiscencia vaginal⁴⁴.

Las fístulas se las clasifican según su etiología^{24,25} en 1.- F. Congénitas hipospadias. 2.- F. Quirúrgicas: aparecen después de un corte no identificado del aparato Urinario, de una necrosis por presión (por una pinza hemostática, una sutura o una ligadura), por devascularización o de una combinación de los mecanismos anteriores. 3.- F. Obstétricas, suelen surgir por lesión durante un parto prolongado, por instrumentación durante el nacimiento (fórceps o extractor por vacío) o consecuencia de la cesárea. 4.- E. Cancerosas, Pueden ser primarias, por carcinomas invasores de vejiga, uretra, cuerpo o cuello uterino o vagina, secundarias a tratamiento de cáncer por cirugía, radiación o ambas. 5. Fístulas de otro tipo por infecciones, ejemplo sífilis, TBC, linfogranuloma, fístulas traumáticas, fístulas espontáneas o idiopáticas.

En países subdesarrollados las causas predominantes siguen siendo las complicaciones o obstétricas. En Países desarrollados la causa más común es la cirugía, especialmente la histerectomía por ginecopatías benignas⁴¹.

Las maniobras diagnósticas que son útiles para demostrar una fístula son^{24,41,44}: la prueba de azul de viven con tapón en vagina, el índigo carmín endovenoso, introducción de CO₂ en la vagina, Cistoscopia y pielografía endovenosa y exploración bajo anestesia. El tratamiento de las fístulas es diverso²⁴. A veces se logra cura espontánea en la fístula pequeña (menos de 3 mm), por drenaje con sonda durante tres semanas. Los urólogos no operan en la vagina y por ello casi siempre escogen la vía de acceso suprapúbica. Los expertos recomiendan la vía de acceso vaginal. Lee y colaboradores han sugerido que las únicas indicaciones para usar la vía abdominal en la reparación de la fístula vesicovaginal (FVV) son: descubrimiento inadecuado por fístula alta o retraída en una vagina angosta. Proximidad de una fístula al uréter, otras alteraciones Pélvicas concomitantes y múltiples fístulas tipo Cribiforme.

La decisión de la reparación definitiva de la fístula debe ser retrasada por 2 a 4 meses, dependiendo de la Calidad de los tejidos, del tipo de cirugía que ha conducido a la fístula y de las condiciones en la que la operación va a ser realizada. Muchas reparaciones de fístulas de causa quirúrgica han fracasado por la intervención quirúrgica prematura, a menudo dentro de 10 a 15 primeros días después de la lesión. Otra causa de fracaso es extirpar inadecuadamente el tejido cicatrizado.

Las fístulas de causa obstétrica están constituidas por tejidos normales inmóviles con buena irrigación, de manera que pueden ser reparadas en cuanto son diagnosticadas, o en 2, 3 ó 7 días después de la lesión obstétrica.

En nuestro país aun sigue siendo un serio problema la atención del parto no institucional y las consecuencias que esto trae consigo, es decir, mayor morbilidad y mortalidad materna y perinatal. La ocurrencia de fístulas vaginales en la mujer parturienta es la condición más deprimente, tanto mental física y social. "Pierdo orina por más partes" es la frase que se repiten las portadoras de fístulas genitourinaria³⁸. La orina fluye más o menos abundante en la horquilla vulvar, de acuerdo al tamaño de la fístula. La mayoría de las veces la incontinencia urinaria es total o casi total, que requiere el uso de pañales o láminas de plástico para proteger el colchón. El olor a amoníaco puede ser tan intenso que molesta a la paciente y es repulsivo para los demás. Muchas veces las pacientes viven deprimidas y recluidas^{38,44}.

El objetivo del presente trabajo es conocer y comparar el porcentaje de todas las causas de fístulas vaginales. Determinar el lugar de procedencia y edad de pacientes con fístulas. Conocer el tipo de fístulas más frecuentes. Determinar las causas obstétricas más frecuentes de fístulas vaginales. Reconocer e tratamiento y resultados de los casos en estudio y compararlos con experiencias internacionales.

Material y métodos

Se ha revisado las historias clínicas de 173 pacientes atendidos por fístulas vaginales en los Servicios de Urología y Cirugía General del Hospital Arzobispo Loayza (HAL), desde enero de 1980 a diciembre de 1997. Se ha utilizado los archivos del Hospital para realizar un estudio pormenorizado de las historias clínicas, que incluyó el motivo de ingreso, estancia hospitalaria, evolución, tratamiento y seguimiento en el postoperatorio.

Se consideró la información pérdida más importante a la ausencia de las evoluciones postoperatorias de 31 pacientes, que no regresaron a su control definitivamente, por lo cual no llegamos a saber el resultado del tratamiento.

El presente trabajo de investigación ha considerado como de un diseño de serie de casos, descriptivo y retrospectivo.

**Tabla 1.** Casos de fístulas vaginal según lugar de procedencia.

Lugar de procedencia	Nº de casos	%
Lima	85	49.1
San Martín	12	6.9
Ayacucho	12	6.9
Cajamarca	12	3.9
Piura	10	5.8
Amazonas	8	4.6
Junín	7	4.0
Ancash	5	2.9
Huánuco	5	2.9
Lambayeque	3	1.7
Callao	2	1.1
Loreto	2	1.1
Puno	2	1.1
Cerro de Pasco	1	0.6
Arequipa	1	0.6
Apurímac	1	0.6
Trujillo	1	0.6
Tumbes	1	0.6
N/C	3	1.7
Total	173	100.0

Resultados

El Hospital Loayza es una institución de referencia a nivel nacional, para el tratamiento de esta patología. Según demuestra la Tabla 1, casi la mitad de los casos proceden de provincias (19%), siendo los departamentos de San Martín, Ayacucho y Cajamarca los lugares de mayor procedencia.

La distribución etárea que muestra la Tabla 2, describe la concentración de 67% de los casos entre los 26 y 50 años, que denota su gran frecuencia entre mujeres en edad fértil y de mayor desarrollo socio-económico.

En el presente estudio se demuestra, según la Tabla 3, que la histerectomía abdominal es la primera causa de fístula vaginal, con 43,3% de los casos. El factor obstétrico sigue siendo una de las principales causas de fístulas; generalmente son casos provenientes de zonas alejadas de las provincias, en donde no hay asistencia médica inmediata. Son mujeres que por tener pelvis estrecha, feto en transversa o alguna otra distocia de presentación y siendo sometidas a trabajo de parto por empíricas, terminan pariendo un hijo muerto y con una madre en muy malas condiciones. La cesárea, a pesar de ser un procedimiento relativamente sencillo, puede provocar fístulas, al desgarrarse los ángulos de la incisión uterina o al mal decolarse el repliegue vésico uterino.

Tabla 2. Casos de fístula vaginal según grupo etáreo

Grupo etáreo	Nº de casos	%
< 15	2	1.1
15-20	14	8.9
21-25	16	9.2
26-30	22	2.7
31-35	19	10.9
36-40	24	13.9
41-45	26	15.0
46-50	25	14.4
51-55	13	7.5
56-60	5	2.9
61-65	2	1.1
N/C	3	1.7
Total	173	100.0
x= 37.5 (14-18) s=12.3 Me=38.5 Mo=35		



A través de los 18 años que comprende el estudio no hay una tendencia clara respecto a la frecuencia de fístulas. La causa obstétrica o expulsivo prolongado no muestra una curva decreciente a través de los años. Es probable que la atención sanitaria eficiente aún no llegue a estos hogares para aliviar las complicaciones del parto, es evidente la relación estrecha con la persistente cifra de mortalidad materna.

Tabla 3. Casos de fístula vaginal según etiología

Etiología	Nº de casos	%
Histerectomía abdominal	75	43.3
Expulsivo prolongado	70	40.5
Histerectomía vaginal	7	4.0
Cesárea	6	3.5
Colporrafia A/F	4	2.3
Miomectomía	2	1.1
Cáncer renal	1	0.6
Lupus eritematoso	1	0.6
Post-DIU	1	0.6
Cirujía hemorroidal	1	0.6
Otros	2	1.1
Total	173	100.0

Tabla 4. Casos de fístula vaginal por año, según etiología

Año	Histerectomía abdominal	Expulsivo prolongado	Cesárea	Histerectomía vaginal	Otros	Total
1980	2	4	--	--	2	8
1981	2	4	--	--	--	6
1982	8	7	--	--	5	20
1983	6	6	--	--	--	12
1984	7	6	1	--	1	15
1985	2	3	--	--	--	5
1986	11	3	--	--	2	16
1987	3	4	1	--	--	8
1988	5	4	--	1	1	11
1989	3	3	--	--	--	6
1990	5	2	1	--	--	8
1991	1	1	--	2	--	4
1992	4	5	1	2	1	13
1993	5	5	--	--	1	11
1994	3	1	--	--	1	5
1995	4	4	1	--	--	9
1996	0	3	1	2	1	7
1997	4	5	--	--	--	9
Total	75	70	6	7	15	173

La fístula vesicovaginal es lejanamente la localización más frecuente; le sigue la fístula vesicovaginoorrectal. En realidad, hay una serie de combinaciones que hacen Compleja esta clasificación; hay casos en que se compromete tantos órganos, que se ha preferido considera la fístula más importante.

Por ser las fístulas mixtas difíciles de clasificar, se ha Considerado para el presente cuadro la fístula preponderante.

La fístula vesicovaginal ha sido causada preferentemente por histerectomía abdominal en 50,5% de los casos y por expulsivo prolongado en 39%. La fístula rectovaginal ha sido ocasionada en 70,4% de los casos por factores obstétricos. Las fístulas ureterovaginales han sido producidas por intervenciones quirúrgicas: 70% por



histerectomía abdominal, 18,5% por histerectomía vagina y 7,4% por cesárea. La fístula uretrovaginal en un 91% ha sido causada por partos con expulsivo prolongado.

Tabla 5. Casos de fístulas vaginal según localización

Tipo de fistula	Nº de casos	%
Fístula vesicovaginal	99	57.2
Fístula vesicovaginoorrectal	28	16.2
Fístula ureterovaginal	21	12.1
Fístula vesicoureterovaginal	13	7.5
Fístula uretrovaginal	6	3.5
Fístula vesicouterina	3	1.7
Fístula peritoneovaginal	2	1.1
Fístula cervicovaginal	1	0.6
Total	173	100.0

Tabla 6. Tipo de fístula según etiología

Etiología	Fístula vesicovaginal	Fístula rectovaginal	Fístula ureterovaginal	Fístula uretrovaginal	Otros
Histerectomía	52	2	19	0	0
Exp. prolongada	40	19	1	10	2
Histerectomía vaginal	2	0	5	0	0
Cesárea	3	0	2	0	2
Colpo A-P	2	1	0	1	0
Miomectomía	2	0	0	0	0
Ca. cérvix avanzado	0	1	0	0	0
Ca. renal	1	0	0	0	0
Tto. Lupus eritematoso	0	1	0	0	0
Legrado uterino	0	1	0	0	0
DIU	0	0	0	0	1
Cirugía hemorroidal	0	1	0	0	0
Otros	1	1	0	0	0
Total	103	27	27	11	5

Tabla 7. Tipo de fístula vaginal según resultado del tratamiento.

Tipo de fistula	Curado	Aliviado	Recivida	Ignorado	Total
Vesicovaginal	64	5	12	18	99
Vesicorrectal	16	7	1	4	28
Ureterovaginal	20	--	--	1	21
Vesicoureterovaginal	3	1	1	8	13
Uretrovaginal	6	--	--	--	6
Vesicouterina	3	--	--	--	3
Peritoneovaginal	2	--	--	--	2
Cervicovaginal	1	--	--	--	1
Total	115(66.5)	13(7.5)	14(8)	31(17.9)	173

En el presente estudio, se considera curadas aquellas pacientes postoperadas que regresaron a consulta externa y no refirieron pérdida de heces u orina por vagina. Se considera aliviadas las pacientes que no fueron operadas por la gravedad de la lesión; entonces se le dio tratamiento farmacológico o se les realizó una cirugía parcial. Son casos recidivados aquellos en que, después de una o más intervenciones, las molestias persistieron.



Se considera casos ignorados a pacientes en quienes no se determinó el resultado posoperatorio por no haber regresado a su control por consultorio, externo; es muy probable que hayan regresado, a su lugar de origen.

Sin considerar los casos ignorados, el 79% de fístulas vesicovaginales fue curado. De la misma manera, se solucionó el 66,6% de fístulas vesicorectovaginales, el 100% de fístulas uretrovaginales, el 60% de las vesicoureterovaginales y el 100% de las fístulas uretrovaginales únicas, vesicouterinas, peritoneovaginales y cervicovaginales.

De las 173 fístulas vaginales, 34 han presentado una o más recidivas en algún momento, de las cuales 15 procedieron de otros centros hospitalarios. De estos casos 13 fueron curados, 1 aliviado y 1 ignorado. De las 19 fístulas que recidivaron en el H. A. L., 3 fueron curadas, 2 aliviadas y 14 permanecieron recidivadas de manera definitiva, siendo éstas el 8% de las 173 fístulas tratadas.

De las 34 fístulas que recidivaron alguna vez, en 20 ocurrió en una sola oportunidad 6 en 2 veces, 5 en 3 oportunidades y una paciente recidivó en 5 operaciones consecutivas.

Tabla 8. Tiempo transcurrido entre aparición de fístula y curación quirúrgica (casos curados)

Tiempo de enfermedad (meses)	F. Vesicovaginal			Fístula rectovaginal	F. uterovaginal	F. uterovaginal	Otros
	HAT	Parto	Otros				
0-1	--	--	--	--	2	--	1
2-3	8	2	1	--	8	--	2
4-6	10	5	1	1	6	2	3
7-12	8	6	1	2	1	1	--
13-24	6	4	1	5	1	--	1
25-36	1	--	1	2	1	1	--
37-48	1	--	--	1	--	--	--
>48	--	4	4	5	1	2	2
Total	34	21	9	16	20	6	9

Hubo 9 casos de fístula vesicovaginal irreparable que fueron tratados con operación de Gersuny, de las cuales 7 fueron curadas, 1 aliviada y 1 sin información posoperatoria. Se ha encontrado 4 casos de fístula vesicoureterovaginales que han sido solucionados con, neovejiga no continente, técnica de Bricker.

Toda fístula que compromete el recto es tratada por los cirujanos generales, quienes realizan el tratamiento en varias etapas; generalmente empiezan por realizar una colostomía. Las fístulas mixtas son tratadas periódicamente por cirujanos y urólogos.

El presente cuadro indica que el 70% de las fístulas vaginales que tuvieron resultados favorables fue intervenida quirúrgicamente entre los 4 y 24 meses. Las fístulas rectovaginales que tuvieron éxito fueron operadas después de los 4 meses. El 70% de las fístulas ureterovaginales fue curada entre los 2 y los 6 meses. Las fístulas uretrovaginales que no recidivaron fueron tratadas a partir de los 4 meses.

Tabla 9. Fístulas vesicovaginales: pacientes curadas según vía de abordaje.

Resultados	Abdominal		Vaginal	
	Nº	%	Nº	%
Curadas	52	80	8	53.4
Recidivas	4	6.2	4	26.6
Aliviadas	1	1.5	2	13.3
Ignoradas	8	12.3	1	6.7
Total	65	100.0	15	100.0

Según muestra la Tabla 9, de las 99 fístulas vesicovaginales, 65 fueron abordadas por vía abdominal, 15 por vía vaginal y en 19 no se encontró información respecto a la vía de abordaje. El 80% de pacientes que se abordó por vía abdominal fueron curadas (si excluimos los casos ignorados, es el 91%), en comparación con el 53% de las que fueron intervenidas por vía vaginal (57% sin casos ignorados). De la misma manera recidivó el 6% por vía abdominal y 26,6% por vía vaginal.



La experiencia de los urólogos del H. A. L. en la vía abdominal ha hecho de este abordaje el más efectivo, aunque en la literatura internacional se considera a la vía vaginal como la preponderante.

Discusión y comentarios

El Hospital A. Loayza es el principal centro hospitalario de referencia a nivel nacional para solucionar problemas de fístulas urogenitales. Varias tesis han estudiado este problema. Los datos más antiguos encontrados en el país están en la tesis realizada por Reyes³⁸ en 1948, quien estudió 71 casos ocurridos desde 1937 a 1948. Granda²⁰, en 1958, presenta 11 casos de fístulas ureterovaginales. En 1965, Castilla presenta 7 casos de fístulas vesicouterinas ocurridas en 28 años. En todos estos casos la causa fundamental de fístulas genitourinarias es la obstétrica. En la tesis de Marquina³¹, que publica el mayor número de casos, en 1980, aun describe en sus 100 casos a la causa obstétrica como la más frecuente; le sigue la causa quirúrgica.

Nuestro trabajo realizado con el mayor número de casos que se describe, 173 casos en 18 años, la causa obstétrica es desplazada del primer lugar por la histerectomía abdominal. Podría inferirse que la atención sanitaria en los lugares más apartados estaría mejorando. Lamentablemente esto no se traduce en las tasas de mortalidad materna, que se mantienen muy altas. Lo que no ha variado respecto a estudios anteriores es la procedencia, siguen siendo San Martín y Ayacucho los lugares que más aportan pacientes con fístula, después de Lima y el Callao.

La edad promedio de presentación de fístulas no difiere de otros trabajos de investigación^{2,14,36}, siempre los grupos de menor edad se relacionan con causas obstétricas.

Las manifestaciones clínicas, tales como la pérdida de orina y/o heces por vagina, aparecieron en algunos casos inmediatamente después del procedimiento, pero en la mayoría tardó de 5 a 15 días; nuestros resultados concuerdan con los de Aliaga² y Marquina³¹.

La mayor incidencia de fístula son la vesicovaginal y ureterovaginal, localización que concuerda con trabajos varios^{2,7,8,10,14}, y está relacionada con el factor que la ocasiona, en este caso la quirúrgica y la obstétrica. En el presente trabajo hay una absoluta relación entre la histerectomía abdominal total y las fístulas ureterovaginales, así como las ureterovaginales con los expulsivos prolongados; las vesicovaginales se relacionaron con ambos tipos de procedimientos. No hay mayor discrepancia con estudios realizados en el extranjero a este respecto^{14,19,23,24,29}.

El presente estudio es de los pocos existentes que presentan los casos recidivantes según tipo de fístulas. Anteriores estudios indican los resultados de manera global. Aliaga² refiere una tasa de recidiva del 8,4%, Marquina³¹ 4%, Kelly²⁹ 6,3%, Falandry¹⁵ 10%. El presente estudio muestra una recidiva del 8%, que es el promedio de los mencionados. Las fístulas vesicovaginales amplias son las que más recidivan (12,1%), en comparación con las rectovaginales y ureterovaginales.

El momento de la reparación de la FVV es muy controversial. Glenn¹⁸ refiere que debe ser menos de 3 meses, Fearl entre 2 y 3 meses; la mayoría de expertos recomiendan no esperar más de 4 meses. Sin embargo, en el presente estudio el 70% de los casos curados fue tratado entre los 4 y 24 meses, lo cual se considera, según el criterio internacional, exagerado, teniendo en cuenta que la mujer se siente terriblemente incómoda, marginada, deprimida y frustrada en sus actividades sociales y matrimoniales.

El tipo de fístula vaginal es el que define generalmente la vía de abordaje. En lo que refiere a la FVV el abordaje es igualmente controversial; hay cirujanos, como Pfanenf, O'Connor³⁵, Marshall³², Glenn¹⁸ y Stevens, que recomiendan el abordaje transvesical; lo hacen como rutina y obtienen buenos resultados. Te Linde⁴⁴, Kliment y otros recomiendan la vía transvaginal. Falandry¹⁴, en un estudio realizado en Africa con 261 casos empleando la vía transvaginal, en un 92% de las operaciones obtuvo una curación del 81% y recidivas del 10%. En el presente estudio se ha tenido mayor éxito por vía abdominal (80%) en relación con la vía vaginal (53%). Asimismo, el índice de recidivas ha sido diferente 6,2% para el abordaje abdominal y 26,6% para transvaginal.

Conclusiones

Aunque las fístulas vaginales son relativamente infrecuentes (9,6 casos por año en HAL), causa un grave sufrimiento para muchas mujeres que la padecen, obligándolas a vivir reclusas y deprimidas. La mitad de las pacientes en estudio proceden de provincias; precisamente la mayor parte de las fístulas de estas pacientes ha sido producida por una pésima atención obstétrica que ha devenido concomitantemente en un natimuerto en la totalidad de los casos. Esta afección se presenta mayoritariamente en mujeres con edades de máxima



productividad; el 67% de los casos se encuentra entre los 26y 50 años. Al igual que en la mayor parte de los países en desarrollo, el factor obstétrico sigue siendo la principal causa de las fistulas vaginales.

Las fistulas más frecuentes son la vesicovaginal (a predominio trigonal), la vesicovaginoanorrectal y la ureterovaginal (a predominio izquierdo).

La FVV han sido producidas en un 50% por histerectomía abdominal, y en 39% por expulsivo prolongado. Las FRV fueron causadas por expulsivo, prolongado en 70%. Las ureterovaginales en su totalidad han sido ocasionadas por intervenciones quirúrgicas, de la misma manera las ureterovaginales por expulsivos prolongados.

La tasa de recidiva se encuentra en el promedio de los estudios previos (8%). Las de FVV amplias son de fácil recidiva.

El momento de reparación ha sido mayoritariamente entre los 4 y 24 meses. La mayoría de expertos recomiendan no esperar más de 4 meses. Es innecesario esperar demasiado; la larga espera resulta terriblemente incómoda para la paciente. La vía de abordaje de la FVV por vía abdominal ha tenido mayor éxito (80%) frente a la vía transvaginal (53%). Estudios internacionales siguen siendo controversiales frente al abordaje. Si bien hay una ligera inclinación por la vía vaginal, los cirujanos deben decidirse por la vía que mayores éxitos indique su experiencia.

No sólo la tasa alta de mortalidad materna (265 x 100 mil nv) sino también la tasa alta y grave de morbilidad deben obligar a las autoridades de salud a profundizar la atención materno perinatal en los lugares más apartados del país.

Referencias bibliográficas

1. Abbo AH. New trends in the operative management of urinary fistulae. *Sudan Med J* 1975; 13: 126-32.
2. Aliaga M. Fistulas vaginales en el Hospital Daniel Alcides Carrión-Callao. *Diagnóstico* 1987; 19(4).
3. Barnaud PL, Vaillard JM, Richard J et al. Les fistules vesico-vaginales Africaines. *Med Trop* 1980; 40: 389-401.
4. Bernal B. Uretroplastia-Informe de 2 casos. *Ginecol Obstet Mex* 1983; 51 (315): 183-6.
5. Blandy B. Early repair of iatrogenic injury to the ureter or bladder after -gynecologic surgery. 1991; 146: 761.
6. Castañeda P. Fistulas uretero-vaginales. *Versión Nacional Cancerología México* 1968; 20: 633-49.
7. Castilla TM. Contribución al estudio de fistulas vesico-uterinas, 7 casos en 28 años, Tesis de Bachiller, UNMSM. Lima 1965.
8. Couvaliere R. Las fistulas vesico-vaginales "complexas". *Fistules vesicovaginales é hypospadias du Prof. J Cukier. Masson Editeur Paris* 1982.
9. Daman P. Spontaneous ovarian - to vaginal fistulas: A case report. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 71-2.
10. Cruzado R. Cura quirúrgica de fistula vesico-vaginal. Tesis de UNMSM 1951.
11. Cukier L. Le traitement des fistules vesico-vaginales (tine courte serie). *Fistules vesico-vaginales e hypispadias du Prof. J Cukier, Masson Editeur, Paris* 1982.
12. Chatelain C, Jardin A, Fourcade R. La cirugía de fistulas vesico-vaginales (Reflexiones sobre 86 historias clínicas y 100 intervenciones).
13. Del Campo F, Wild R, Martuinez C, Jasen A. Enfoque y tratamiento fistulas urogenitales post-cirugía gineco-obstétrica. XVI Congreso Panamericano de Urología. VII Congreso Peruano de Urología. Lima-Perú 1981.
14. Falandry L. Treatment of post-partum urogenital fistulas in Africa. *Prog Urol* 1992; 2(5): 861-73.
15. Falandy L. Uretero-vaginal fistulas: Diagnosis and surgical tactic. *J Urol, Paris* 1992; 98(4): 213-20.
16. Finkelstein LH. "Vesico ileal fistula". An unusual complication following the use of formalin for control of refractory post irradiation. *J Urol* 197; 117(2): 168-70.
17. Irazu C. Patología urinaria post-quirúrgica en la mujer. *Rev Argentina Urol Nefrol* 1971; 39:7.
18. Glenn G. Female urinary tract fistulas. *Urol* 1993; 149: 229.
19. Goddwing W, Sardino P. Vesico vaginal and uretero-vaginal fistulas, summary of 25 years of experience. *J Urol* 1980; 123: 370.
20. Granda P. Contribución al estudio de fistulas uretero-vaginales. Tesis de Bachiller 1958. UNMSM.
21. Gueye SM, Ba M, Sylla C, Diagne BA, Mensah A. Vesicovaginal fistula Etiopathogenic and therapeutic aspects in Senegal. *J Urol Paris* 98(3): 148-51.
22. Hamlin RJ, Nicholson EC. Reconstrucción of urethra totally destroyed in labour. *BMJ* 1969; 4: 147-50.
23. Hamlin RJ, Nicholson EC. Experiences in the treatment of 600 vaginal fistulas and in the management of 80 labours which have followed the repair of these injuries. *Ethiopia Med J* 1966; 4: 189-92.
24. Harold Drutz. *Fistulas urinarias. Clínica de Norteamérica* 1989; pag 911-21.
25. Hernandez A. Manejo de la fistula Uretero-vaginal. *Academia Peruana de Cirugía. Edición Extraordinaria. Congreso Peruano de Cirugía, Mayo* 1980.
26. Hinman F Jr. Vesicovaginal fistula repair. En: *Atlas of Urologic Surgery. Philadelphia: WB Saunders Co* 1989; sect 9, pp 471-9.
27. Islam AT, Begum A. A psycho-social study on genito urinary Bangladesh *Med Res Counc Bull* 1992; 18(2): 82-94.
28. Jara O, Ceruti E, Santis O, Macmillian G, Carmona C. Lesiones ureterales secundarias al cáncer de cérvix o a su tratamiento. *Rev Panam Urol* 1976; 4: 135.
29. Kelly JF. Vesico-vaginal and recto-vaginal fistulae. *J Royal Soc Med* 1992; 85: 257-9.



30. Lancer ML. Observations on prevention and management of vesico vaginal fistula after total hysterectomy. Surg Gynecol Obstet 1992; 175(6): 501-6.
31. Marquina VC. Etiopatogenia de la fístula urinaria. Revisión de 100 Tesis de Bachiller UNFV 1980.
32. Marshall V. Vésico vaginales fistules on one Urogical Service. J Urol 1979; 121: 25.
33. Martinez P, Aguirre C. Lesiones iatrogénicas del uréter. Rev Panam Uro 1977; 5: 135.
34. Morehouse DD. "Fístula Urinaria". The conservative management of urinary fistulas following renal allograft. J Urol Baltimore 1973; 110(5): 502-6.
35. O'Connor V. Review of experience with vesico vaginal fistula repair J Urol 1980; 123: 367.
36. Purpon I. Sutura de las fístulas vesico-vaginales y uretero vesico vaginales por la vía transsínfisis púbica. Rev Mex Urol 1970; 30: 310.
37. Obando R. Fístulas urinarias irreparables, 76 casos. Rev Cuerpo Médico 1964; 3(2).
38. Reyes V. Etiología de fístulas genito-urinarias en nuestro medio. Tesis de Bachiller UNMSM 1948.
39. Bissada S. Repair of active radiation-induced vesico-vaginal fistula. J Urol 1992; 147: 1368-70.
40. Staskin DR. Vesicovaginal fistula. En: Urologic Surgery, 4th ed. Edited by JF Glenn Philadelphia: JB Lippincott Co., 1991; pp 474-83.
41. Symmonds R. Incontinencia vesical y fístulas uretrales. Clínica Norteamericana 1986.
42. Tahzib F. Fpidemiological determinants of vesico-vaginal fístula. Br. J Obstet Gynaecol 1983; 90: 387-91.
43. Tancer ML. The post-total hysterectomy (vault) vesicovaginal fistula. J Urol 1980; 123: 839.
44. Te Linde. Fístulas vesico-vaginales y retrovaginales. Ginecología Operatoria 6ta Edición 190: pp 560-600.
45. Warenski C. Papel de la urología ginecológica en la ginecología. Clínica de Norteamérica, 1984.
46. Zimmern PE, Leach GE. Vesicovaginal fístula repair. Probl Urol 1991; 5: 171.
47. Zmerli S. Des fistules vesico-vaginales (A propos de 260 cas.). Fistules vesico-vaginales e hypospadies du Prof J Cukier. Masson Editeur Paris, 1982.