



Guía de Asistencia Práctica*

Fístulas urinarias

Urinary fistulas

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Se entiende por fístulas urinarias la comunicación anómala de las vías urinarias a cualquiera de sus niveles con otras estructuras. Se distinguen diferentes tipos: uretrovaginal, vesicovaginal, ureterovaginal y vesicouterina.

Las fístulas urinarias son más frecuentes en países en vías de desarrollo y se deben, fundamentalmente, a complicaciones obstétricas tales como la desproporción pélvico-cefálica, asociándose a múltiples factores de riesgo tales como ausencia de cuidados prenatales, feto varón, feto muerto anteparto, estado socioeconómico bajo, baja estatura, etc. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima una prevalencia de 0,29 fístulas obstétricas por cada 1.000 gestaciones. Esta patología supone, en estos países, una considerable morbimortalidad. Las fístulas iatrogénicas bien derivadas de cirugía ginecológica (las fístulas son hasta 25 veces más frecuentes en mujeres en las que se ha realizado una histerectomía) o bien de tratamientos oncológicos son las más frecuentes en países desarrollados, si bien también se pueden encontrar fístulas obstétricas ante lesiones urinarias no advertidas en partos mediante cesárea, partos instrumentales, etc. Otras causas más raras de fístula en el mundo desarrollado son las secundarias: intervenciones de incontinencia urinaria, colocación de mallas para prolapso o extirpación

de divertículos uretrales. También cirugías menores se han asociado con la formación de fístulas, tales como la vaporización con láser de condilomas vaginales, la conización cervical o el uso de dispositivos vaginales como los pesarios.

Entre las fístulas iatrogénicas las más frecuentes son las vesicovaginales. La causa principal de fístula en el mundo desarrollado es la histerectomía por indicación benigna, seguida de la histerectomía por indicación maligna y de la cesárea. A pesar de la menor prevalencia global de fístulas tras cirugía oncológica radical, el riesgo asociado en estas últimas es mayor que tras una cirugía por causa benigna (nivel de evidencia (NE) 2).

Las fístulas derivadas de procesos oncológicos son causadas por tumores primarios o recidivados que invaden las estructuras urinarias o a consecuencia del tratamiento de los mismos sobre todo quirúrgico; pero también radioterápico, quimioterápico o su combinación; o por invasión directa de las estructuras urinarias por el tumor. Los factores asociados con la aparición de fístulas en las pacientes oncológicas son los estadios avanzados de la enfermedad, obesidad, diabetes y la infección postquirúrgica.

Existen distintos sistemas de clasificación de las fístulas según las características de las mismas, que influyen en el pronóstico (recidiva de la fístula y/o aparición de incontinencia) tras su corrección quirúrgica. Aunque desarrolla-

*Las Guías de Asistencia Práctica de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia pretenden contribuir al buen quehacer profesional de todos los ginecólogos, especialmente los más alejados de los grandes hospitales y clínicas universitarias. Presentan métodos y técnicas de atención clínica aceptadas y utilizadas por especialistas en cada tema. Estas guías no deben interpretarse de forma rígida ni excluyente, sino que deben servir de guía para la atención individualizada a las pacientes. No agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en departamentos y servicios hospitalarios.

dos específicamente para las fístulas obstétricas, pueden ser de utilidad para las fístulas iatrogénicas (NE 3, grado de recomendación B). La tabla I muestra la clasificación de la Organización Mundial de la Salud.

DEFINICIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA

Mujeres que presentan síntomas de incontinencia urinaria (IU) y clínica compatible con la existencia de una fístula (pérdida continua de orina, pérdidas no a través del meato uretral, otros síntomas acompañantes, tales como dolor o sangrado con la micción, menuria, etc.).

ACTIVIDADES A REALIZAR

Son muy importantes el diagnóstico y tratamiento adecuados de las fístulas urinarias. No siempre son fáciles los mismos por lo que es fundamental un alto grado de sospecha. En ocasiones se precisa un manejo multidisciplinar y altamente especializado, debiendo ser remitida la paciente a centros con experiencia, en caso necesario.

DIAGNÓSTICO

Sintomatología

Es preciso un alto grado de sospecha para realizar el diagnóstico de incontinencia asociada a fístula urinaria. Generalmente la pérdida de orina sigue inmediatamente al trauma sobre el aparato urogenital, pero puede retrasarse días o semanas.

El síntoma principal es la pérdida constante de orina, generalmente extrauretral (si bien la paciente puede no identificar bien este origen) que presenta distintas características según la localización de la fístula. Estas pérdidas

continuas son, por lo general, el hallazgo distintivo de las fístulas uretrovaginales, vesicovaginales y ureterovaginales.

- En las fístulas uretrovaginales, si la lesión es cercana al meato puede haber, además, otros síntomas, como la modificación del chorro miccional. Cuando la lesión es más proximal (cerca del cuello vesical) se puede acompañar de alteración del control de la micción y de IU. En las lesiones distales al esfínter uretral puede haber pérdidas durante la micción.
- En las fístulas vesicovaginales, que son las más frecuentes, el síntoma guía es la pérdida involuntaria de orina que varía en intensidad según el tamaño y localización de la fístula.
- En las fístulas ureterovaginales puede haber síntomas previos a la aparición de la IU que suelen ser inespecíficos: fiebre, dolor lumbar e hipogástrico, íleo, vómitos, hematuria, etc., si es que existe extravasación de orina, además, a la cavidad peritoneal.
- En las fístulas vesicouterinas suele haber antecedentes de una cesárea, y su síntoma distintivo es la menuria: hematuria coincidente con los ciclos menstruales.
- Otros síntomas asociados a las fístulas son la irritación de la piel por la orina, infecciones fúngicas e infecciones urinarias de repetición.

Exploración

La visualización de la vagina, buscando la presencia de orina en la misma, es muy importante. En la exploración se ha de buscar el orificio fistuloso, si bien puede ser muy difícil o imposible de identificar, si es de pequeño tamaño, al quedar oculto entre los pliegues vaginales o ser comprimido por el espéculo.

Para confirmar el diagnóstico de la fístula vésico-vaginal se puede recurrir a los colorantes o al test del tampón con colorante: se llena la vejiga con un colorante (azul de metileno) y se intenta localizar el orificio fistuloso. Si no se observa la salida del colorante se coloca un taponamiento

Tabla I.
Factores pronósticos de la clasificación de la OMS

Fístula simple con buen pronóstico	Fístula compleja con pronóstico incierto
<ul style="list-style-type: none"> • Única, < 4 cm • Vesicovaginal • No afectación de los esfínteres • Forma: no circunferencia • Mínima pérdida tisular • Uréteres no afectados • Primer intento de cierre 	<ul style="list-style-type: none"> • > 4 cm • Múltiple • Rectovaginal, cervical... • Afectación de los esfínteres • Presencia de tejido cicatricial • Forma: circunferencial • Extensa pérdida tisular • Afectación de los uréteres • Fracaso de intentos previos de cierre • Postradiación

vaginal y, tras 15 minutos de deambulación, se retira y se comprueba si está teñido.

Para confirmar el diagnóstico de la fístula ureterovaginal se puede administrar colorante biológico de forma intravenosa y se observa el taponamiento a los pocos minutos para comprobar si está teñido.

Hay que señalar que la ausencia de visualización de la coloración por cualquiera de los métodos no excluye con total certeza la presencia de una fístula.

Pruebas complementarias

La cistoscopia es el mejor método para localizar la fístula vesicovaginal o uretrovaginal, para ver si existen otras lesiones, para localizar los meatos ureterales y valorar su normal funcionamiento. En las fístulas ureterovaginales permite, además, cateterizar los uréteres. Otra técnica que se puede emplear, si no se ha localizado visualmente la fístula, es la vaginoscopia que, al ampliar la imagen, permite en ocasiones su detección, sobre todo en el caso de fístulas altas.

El diagnóstico por la imagen permite completar el estudio: tamaño, localización, etc., de la fístula. Las técnicas empleadas son la cistografía, pielografía, tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN), etc.

TRATAMIENTO

A la hora de plantear el tratamiento es crucial el intervalo entre el evento que dio lugar a la fístula y el momento del diagnóstico de la misma. Para evitar el desarrollo de fístulas es esencial el diagnóstico intraoperatorio de las lesiones del aparato urinario. Si ello no se ha llevado a cabo, también es crucial el seguimiento postquirúrgico inmediato. La mayoría de las pacientes que desarrollan una fístula han tenido un postoperatorio tórpido: dolor abdominal, hematuria, fiebre, íleo, etc. (NE 3).

Cuando ya se ha originado una fístula, si esta es diagnosticada precozmente, se beneficia de una reparación inmediata. En el caso contrario, cuando ya se ha formado cicatrización y tejido de granulación alrededor de la fístula se suele proceder a la colocación de un drenaje urinario durante un periodo de tiempo variable (de dos a tres meses) hasta que disminuya el edema e inflamación de los tejidos implicados.

Tratamiento conservador

En fístulas de pequeño tamaño el cateterismo prolongado de la vejiga o del uréter puede dar lugar al cierre espontáneo de la fístula. Los mayores éxitos con este abordaje

se observan cuando las fístulas son muy pequeñas (de hasta 2-3 mm de diámetro) (NE 3).

Es importante tratar la atrofia vaginal, si existe, con estrógenos locales para favorecer la cicatrización y tratar y prevenir los síntomas asociados (dermatitis, infecciones urinarias, etc.). No está probado el valor de la antibioterapia profiláctica a la hora de facilitar el cierre espontáneo de la fístula, por lo que no debe ser utilizada. Sí es muy importante tratar las infecciones vaginales o urinarias antes de proceder al tratamiento quirúrgico.

Tratamiento quirúrgico

Una vez que se ha decidido llevar a cabo una reparación quirúrgica es importante elegir el momento adecuado. Suele ser preferible, como se ha comentado, una reparación temprana, si bien no existe consenso en la literatura acerca de la definición de la misma, oscilando entre la reparación inmediata o aquella que es llevada a cabo hasta tres meses después del evento causal; si bien la mayoría de autores definen precoz como la realizada antes de las seis semanas. Si existe cicatrización, necrosis, edema tisular, etc., se recomienda la reparación tardía (NE 3, grado de recomendación B).

El manejo quirúrgico de las fístulas requiere, como consideraciones generales, que sea llevado a cabo por un cirujano con experiencia y que el manejo postoperatorio y el seguimiento posterior sean adecuados (NE 3, grado de recomendación B).

Las fístulas vesicovaginales pueden repararse por vía abdominal (laparotomía o laparoscopia) o por vía vaginal. La vía de elección depende de la experiencia del cirujano y de la localización de la fístula, si bien la vía vaginal se asocia a menor pérdida sanguínea, tiempo operatorio y estancia hospitalaria. Se recomienda la sutura en varios planos, evitando la tensión de los tejidos. Se ha utilizado la interposición de tejido propio de la paciente con el objetivo de mejorar las tasas de curación: bien por vía transvaginal (colgajo de Martius), bien por vía transabdominal (epiplón). También se han utilizado otros tejidos como el músculo gracilis, músculo recto abdominal, etc. No hay datos fehacientes de que el uso de tejido de interposición, aumente las posibilidades de curación en la reparación primaria (NE 3, grado de recomendación D). En la reparación de las fístulas postradiación es más frecuente recurrir al tejido de interposición, pero los datos siguen siendo escasos (NE 3, grado de recomendación C).

Si bien no existe un periodo de sondaje postintervención claramente establecido, las publicaciones señalan un tiempo recomendable de permanencia de la sonda vesical de entre dos y seis semanas. Los periodos más cortos (2 semanas) se reservan para las fístulas simples postquirúrgicas. Las fístulas complejas y/o postradiación requieren periodos más prolongados.

El tratamiento de las fístulas uretrovaginales requiere una reconstrucción uretral cuidadosa por su dificultad y posible recurrencia. Suele ser necesaria una amplia disección de la uretra (para evitar suturas a tensión) y la interposición de un colgajo, si bien la evidencia a favor de esta técnica también es baja (NE 3, grado de recomendación C).

Las fístulas ureterovaginales se pueden tratar mediante cateterización ureteral anterógrada o retrógrada, el porcentaje de curación se aproxima al 50%. Si esta técnica fracasa, o se produce una estenosis secundaria, la corrección quirúrgica consiste en una anastomosis término-terminal o reimplantación urétero-vesical por vía abdominal (NE 3, grado de recomendación C).

Las fístulas vesicouterinas se reparan por vía abdominal, conservando o no el útero en función de los deseos de gestación.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. World Health Organization (WHO). *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Geneva: World Health Organization; 2006.
2. Singh RB, Dalal S, Nanda S, et al. Management of female uro-genital fistulas: Framing certain guidelines. *Urol Ann* 2010;2(1):2-6. DOI: 10.4103/0974-7796.62913.
3. Hillary CJ, Osman NI, Hilton P, et al. The aetiology, treatment, and outcome of urogenital fistulae managed in well- and low-resourced countries: A systematic review. *Eur Urol* 2016;70:478-92.
4. Wong MJ, Wong K, Rezvan A, et al. Urogenital fistula. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2012;18(2):71-8. DOI: 10.1097/SPV.0b013e318249bd20.
5. European Association of Urology. *Urinary incontinence guidelines. Appendix A: Non-obstetric urinary fistula*. 2015.
6. De Ridder D, Browning A, Mourad S, Stanford E, Loposso M, Muleta M, et al. *Fistula*. En: Abrams P, Cardozo L, Wagg A, Wein A, editores. *Incontinence*. 6.ª edición. Tokio: International Continence Society; 2017. p 2143-202.