

REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE FÍSTULAS GENITOURINARIAS

LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF GENITOURINARY FISTULA

DR. JORGE DÍAZ M.

RESUMEN

Objetivo: Las fístulas del tracto genitourinario comúnmente ocurren como una complicación de cirugía pélvica y en especial de procedimientos ginecológicos. Su reparación constituye un desafío para los urólogos. El objetivo de esta presentación es describir la técnica para reparación laparoscópica de fístulas vesicovaginales y ureterovaginales, presentando la experiencia y resultados con dichas técnicas.

Material y Método: Entre enero de 2007 y febrero de 2009, 8 pacientes sometidas a cirugía ginecológica presentaron como complicación una fístula genitourinaria. Cuatro pacientes presentaron fístulas ureterovaginales (FUV) y 4 pacientes presentaron fístulas vesicovaginales (FVV). Todas ellas se repararon por vía laparoscópica.

Resultados: La reparación laparoscópica fue realizada sin complicaciones en todos los casos. Se realizaron 4 neoiimplantes con flap de Boari por vía laparoscópica. El tiempo promedio de cirugía fue 202,5 min (Rango: 180-240 min). La estadía hospitalaria promedio fue de 6 días (Rango: 4-7 días). El seguimiento promedio es de 16 meses (Rango: 9-28 meses). En todas las pacientes se demuestra indemnidad de la vía urinaria. En el caso de las FVV, el tiempo promedio de cirugía fue 161,3 min (Rango: 135-180 min), El tiempo promedio de hospitalización fue 4 días (Rango: 3-5 días). Seguimiento promedio 8 meses (Rango: 4-10 meses). Todas las pacientes evolucionaron en forma satisfactoria.

Conclusiones: El manejo de las fístulas genitourinarias secundarias a cirugía ginecológica es posible de realizar por vía laparoscópica respetando los conceptos de la cirugía clásica.

ABSTRACT

Objective: The genitourinary tract fistulas commonly occur as a complication of pelvic surgery, especially gynecologic procedures. Repair is a challenge for urologists. The aim of this presentation is to describe the technique for laparoscopic repair of vesicovaginal fistula and ureterovaginal, presenting the experience and results with these techniques.

Material and Methods: Between January 2007 and February 2009, 8 patients undergoing gynecological surgery had genitourinary fistula as a complication. 4 patients had ureterovaginal fistulas (FUV) and 4 patients had vesicovaginal fistulas (FVV). All of them were repaired by laparoscopic surgery.

Results: The laparoscopic repair was performed without complications in all cases. 4 laparoscopic ureteroneocystostomy with boari flap was performed. The average time of surgery was 202.5 min (range: 180-240 min), the average hospital stay was 6 days (range: 4-7 days). The average follow-up was 16 months (range: 9-28 months). All patients demonstrated indemnity of the urinary tract. In the case of the FVV, the average time of surgery was 161.3

Correspondencia a: Dr. Jorge Díaz Méndez.

Recibido: 02 de julio de 2009. Aceptado: 09 de septiembre de 2009.

min (range: 135-180 min), the length of hospital stay was 4 days (range: 3-5 days). The average of 8 months (range: 4-10 meses). All patients evolved in a satisfactory manner.

Conclusions: The management of genitourinary fistula secondary to gynecological surgery is possible to perform laparoscopic respecting the classical concepts of surgery.

INTRODUCCIÓN

Las fistulas del tracto genitourinario comúnmente ocurren como una complicación de cirugía pélvica y en especial de procedimientos ginecológicos¹. Las fístulas vesicovaginales, ureterovaginales y uterovesicales, son las que se producen más frecuentemente, siendo las fistulas vesicovaginales las más comunes dentro de ellas¹. Constituyen una de las complicaciones quirúrgicas más devastadoras que ocurren en la mujer, ocasionando gran impacto emocional y social. Siendo además origen frecuente de problemas medico legales².

En países desarrollados la causa más común de fistulas vesicovaginales es la histerectomía (abdominal, vaginal o laparoscópica) ocurriendo en 1/1800 cirugías³; aunque se distinguen otras causas como radioterapia (10%) y causas obstétricas (3-5%). Entre las fistulas genitourinarias las fistulas ureterovaginales son infrecuentes (0,5-3%). Y al igual que las fistulas vesicovaginales su causa más frecuente es la cirugía ginecológica⁴. Usualmente se presentan como pérdida de orina a través de la vagina, hidroureteronefrosis o dolor en el flanco⁵.

La reparación de las fístulas del tracto genitourinario constituye un desafío para los cirujanos urólogos a su vez que se transforma en un problema social complejo para las pacientes. En el caso de las FVV el cierre luego del manejo conservador con sonda uretrovesical y antibióticos por varias semanas tiene una tasa de éxito entre un 7-15,4%⁵. Por lo que la mayoría de las pacientes requerirá de un procedimiento quirúrgico para su reparación.

Existen controversias, acerca de la vía de abordaje ideal y del momento de la reparación⁴. Entre los abordajes más utilizados destacan la vía vaginal, la vía transabdominal o combinación de ambas.

Con el desarrollo de la cirugía de mínima invasión (CMI) ha sido posible reparar algunas de estas fístulas por vía laparoscópica, reduciendo así significativamente el trauma de la cirugía abierta con la ventaja adicional de la magnificación del campo operatorio y disminución del trauma en la manipula-

ción de los tejidos^{4,6}. Sin embargo, la CMI establece inmensas dificultades técnicas, especialmente en la disección del trayecto fistuloso y en las suturas intracorpóreas para la reparación del defecto^{4,7,8}. Existen pocas series, con un reducido número de pacientes de reparación de la fístula mediante cirugía laparoscópica. Se presenta a continuación la experiencia del autor en la reparación por vía laparoscópica de fístulas vesicovaginales y ureterovaginales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizan 8 pacientes a las que se les realizó una reparación por vía laparoscópica de fistulas genitourinarias secundarias a cirugía ginecológica entre enero de 2007 y febrero de 2009.

Se operaron 4 pacientes con fistulas vesicovaginales, todas ellas de localización supratrigonal con un tamaño de entre 0,8-2 cm. Se realizó una reparación laparoscópica transperitoneal retrovesical en 2 casos y transvesical en los dos restantes; y 4 pacientes con fístulas ureterovaginales a las que se les realizó un neoinplante ureteral con flap de Boari ya que no fue posible realizar un neoinplante directo sin tensión por el nivel de la lesión, en 3 casos al lado izquierdo y uno a la derecha. En los casos de FVV, 2 se repararon en forma precoz (entre 14 y 21 días), y 2 en forma tardía; en 1 caso se espero 3 meses con manejo conservador que fracasó y el otro caso se hizo el diagnóstico luego de 20 años de evolución. En las pacientes con FUV, 3 se operaron al momento del diagnóstico (entre 2 a 5 semanas) y 1 paciente a las 8 semanas del diagnóstico, luego que fracasará manejo con catéter doble J de 7 Fr. (Tabla 1).

De las 8 pacientes 3 tenían antecedentes de histerectomía abierta, 3 de histerectomía laparoscópica, 1 de histerectomía vaginal y 1 paciente de cirugía por endometriosis por vía laparoscópica que fue convertida. La edad promedio de las pacientes fue de 46 años (Rango: 23-68 años).

Tabla 1. Etiología y tipo de fístula

Caso	Edad (años)	Causa	Tipo Fístula	Lado	Timing reparación (semanas)	Seguimiento (meses)
1	49	HT abierta	Ureterovaginal	Der	5	28
2	48	HT lap	Ureterovaginal	Izq	2	17
3	40	HT abierta	Vesicovaginal	-	3	10
4	68	HT abierta	Vesicovaginal	-	20 años	10
5	23	Endometriosis	Ureterovaginal	Izq	2	10
6	44	HT lap	Ureterovaginal	Izq	8	9
7	48	HT vaginal	Vesicovaginal	-	12	8
8	40	HT abierta	Vesicovaginal	-	2	4

Todas las pacientes fueron evaluadas con examen ginecológico, prueba de azul de metileno, cistoscopia, pielografía de eliminación y/o UROTAC, previo a la cirugía.

FÍSTULA VESICOVAGINAL

Técnica quirúrgica

Posición de litotomía, se realiza cistoscopia para la instalación de catéteres uretrales bilaterales y

catéter o sonda nelaton a través del trayecto fistuloso.

Trendelenburg forzado. Neumoperitoneo con aguja de veress en región umbilical. Se instalan 1 trocar de 10 mm en región umbilical, otro de 10 ó 5 mm en fosa ilíaca derecha y 2 trocates de 5 mm en fosa ilíaca izquierda y región suprapúbica. Disección de plano vesicovaginal hasta identificar trayecto fistuloso, en caso de excesiva fibrosis se realiza apertura vesical y disección bajo visión hasta el trayecto. Resección de trayecto fistuloso. Colporrafía horizontal con sutura corrida de vicryl 3/0. (Figura 1).

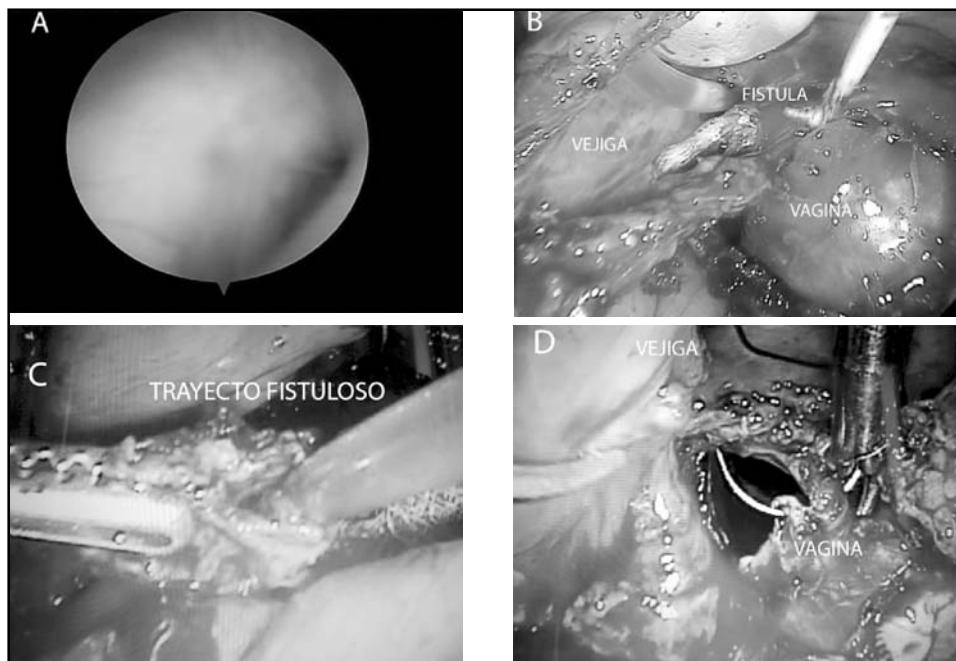


Figura 1. (A) Visión endoscópica fístula vesicovaginal; (B) Abordaje transvesical; (C) Resección trayecto fistuloso; (D) Colporrafía.

Cistorrafía vertical en un plano de sutura corrida con vicryl 2/0. Se comprueba indemnidad de la sutura mediante llene vesical con 250 cc de suero fisiológico. Interposición de epiplón en plano vésico vaginal, que se fija con 2 ó 3 puntos de vicryl 2/0. Sonda Foley N° 18. Drenaje por contrabertura.

Se retira sonda Foley a los 21 días y se controlan pacientes a los 3, 6 y 9 meses.

FÍSTULA URETEROVAGINAL

Técnica quirúrgica

Paciente en posición de litotomía con trendelenburg forzado. Neumoperitoneo con aguja de veress en región umbilical. Se instalan 1 trocar de 10 mm en región umbilical, otro de 10 ó 5 mm en fosa iliaca, además de 2 trocres de 5 mm, en fosa iliaca y flanco ipsilateral a la fístula.

Se identifica el uréter a nivel de los vasos ilíacos, se libera hacia la pelvis y secciona sobre tejido sano. Se instala sonda Foley N° 18 y se llena la vejiga con 250 cc, de suero fisiológico. Se libera la vejiga seccionando peritoneo parietal y el úraco para acceder al espacio prevesical. Se construye flap vesical

de la pared anterior. Se espátula el uréter por cara posterior y se realiza anastomosis con puntos separados de vicryl 4.0. Se instala catéter doble J 7 Fr. Y se tubulariza flap vesical con sutura corrida de vicryl 2/0. (Figura 2). Se completa anastomosis en cara anterior. Se comprueba indemnidad de la sutura mediante llene vesical. Se deja sonda Foley N° 18 y drenaje por contrabertura.

Se retira sonda Foley al séptimo día postoperatorio y el catéter doble J a las 4 semanas. Se realiza seguimiento con pielografía de eliminación a los 3, 6, 12 meses y después en forma anual.

RESULTADOS

La reparación laparoscópica de la fístula genitourinaria fue desarrollada sin complicaciones en todos los casos.

En el caso de las pacientes con FVV, la edad promedio fue de 51 años (entre 40 a 68 años). El tiempo promedio de cirugía fue de 161,3 min (entre 135 a 180 min). El sangramiento promedio fue de 50 ml. El tiempo promedio de hospitalización fue de 4 días (entre 3 a 5 días). En 3 casos la sonda se retira a los 21 días y en 1 caso a los 28 días ya que la

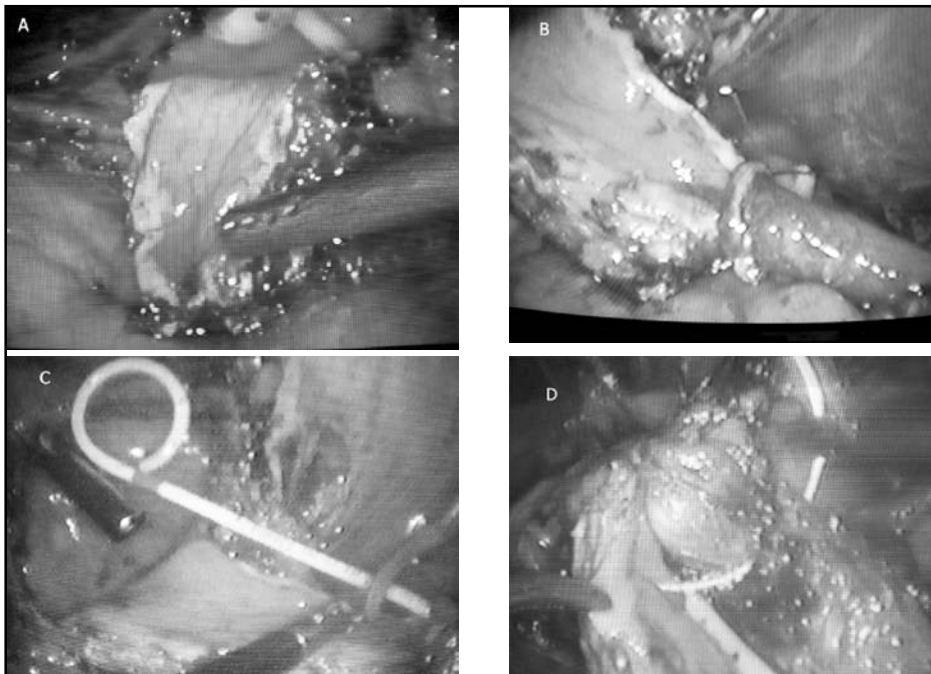


Figura 2. (A) Flap vesical; (B) Anastomosis ureteral; (C) Instalación catéter doble J; (D) Cierre del flap vesical tubularizándolo.

paciente presenta filtración en el segundo día postoperatorio que cede espontáneamente. El tiempo promedio de seguimiento es de 8 meses (entre 4 a 10 meses). Las 4 pacientes se encuentran asintomáticas y sin evidencia de recidiva ni aparición de urgencia miccional ni urgeincontinencia (Tabla 2).

En el caso de las FUV, la edad promedio de las pacientes fue de 41 años (23-49). EL tiempo

promedio de cirugía fue 202,5 minutos (180-240). EL promedio de sangramiento fue de 62,5 cc. El tiempo promedio de hospitalización fue de 6 días (4-7). El tiempo promedio de seguimiento es de 16 meses (9-28). Demostrándose la indemnidad de la vía urinaria en todas las pacientes durante el seguimiento con pielografía de eliminación (Tabla 3, Figura 3).

Tabla 2. Resultados reparación transabdominal de fistulas vesicovaginales

Caso (años)	Edad	Causa (semanas)	Timing (min)	Tiempo (ml)	Sangramiento (días)	Sonda (días)	Estadía (meses)	Seguimiento
1	68	HT abierta	20 años	150	50	21	4	10
2	40	HT lap	3	135	50	21	4	10
3	48	HT vaginal	12	180	50	28	5	8
4	48	HT abierta	2	180	50	21	3	4
Promedio	51			161,3	50	22,75	4	8

Tabla 3. Resultados reparación fistulas ureterovaginales

Caso (años)	Edad	Causa (semanas)	Timing (min)	Tiempo (ml)	Sangramiento (días)	Estadía (meses)	Seguimiento
1	49	HT abierta	5	240	100	7	28
2	48	HT lap	2	180	50	7	17
3	23	Endometriosis	2	180	50	6	10
4	44	HT lap	8	210	50	4	9
Promedio	41			202,5	62,5	6	16

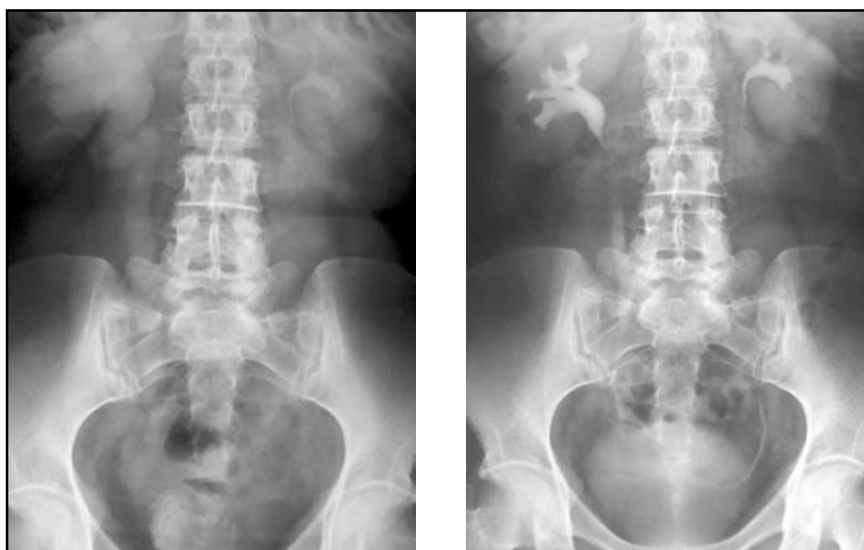


Figura 3. A izquierda pielografía de eliminación preoperatoria. A derecha control 12 meses postop.

DISCUSIÓN

Las lesiones iatrogénicas del tracto genitourinario son una de las complicaciones más devastadoras de la cirugía ginecológica, produciendo gran impacto emocional en las pacientes, que en la mayoría de los casos requieren de una nueva intervención para reparar el defecto^{2,9}. Siendo además en la actualidad una causa frecuente de problemas médico-legales¹⁰.

Las fístulas vesicovaginales son las más frecuentes existiendo controversia tanto en las vías de abordaje, tiempo de reparación, manejo postoperatorio^{2,11}. El manejo de las FVV dependerá de la localización, etiología, tamaño y experiencia del cirujano^{4,11}. La primera reparación por vía laparoscópica fue reportada por Nezhat y cols. En 1994⁵, desde entonces se han publicado algunas series con reducido número de pacientes. En la literatura nacional existe sólo una serie de reparación laparoscópica con técnica retrovesical con una serie de 6 pacientes publicada por Kerkebe y cols el año 2009¹⁶. Al igual que en esta serie en todas ellas se distingue cómo causa más frecuente de FVV a la histerectomía. Sotelo et cols, publicó una de las series más grandes con 15 pacientes, con un tiempo operatorio promedio de 170 min, similar a la serie presentada¹⁷ (Tabla 4).

El manejo conservador de estas lesiones ha demostrado pobres resultados (7-15,4%), por lo que la mayoría de las pacientes requerirá una reparación quirúrgica⁵. En esta serie ninguna de las pacientes tenía antecedentes de fracaso a reparación previa. La tasa de fracaso del abordaje laparoscópico se ha descrito de 0-8%¹⁴. El éxito final de la re-

paración de las FVV por vía laparoscópica dependerá de seguir los principios clásicos de la cirugía: suturas sin tensión, buena separación de los planos, interposición de tejidos y resección del trayecto fistuloso^{9,11,13}.

En esta serie todas las pacientes evolucionaron en forma satisfactoria sin pérdida de orina, ni aparición de urgencia miccional o urgeincontinencia descrita en otras series.

La mayoría de las FUV son secundarias a lesiones no reconocidas durante procedimientos ginecológicos, el más frecuente es la histerectomía. Lesiones ureterales ocurren en alrededor del 0,5 al 3% de las cirugías por patología benigna, lo cual aumenta en cirugía oncológica¹².

El tratamiento standard para la reparación de las lesiones ureterales ha sido la laparotomía mediante la cual se realiza un neoinplante obteniéndose buenos resultados¹⁰ (Tabla 5).

En el caso de las lesiones ureterales dependiendo de la longitud del segmento a reemplazar puede requerirse de un flap vesical de Boari para la reconstrucción¹³, cómo en esta serie en la que no fue factible un neoinplante directo sin tensión en ninguna de las 4 pacientes. Se sugiere no movilizar demasiado el uréter para preservar su vascularización.

Los avances en la cirugía mínimamente invasiva ha permitido el desarrollo de cirugías reconstructivas complejas, reproduciendo los pasos de la cirugía convencional¹⁴. La reparación laparoscópica tiene como ventajas la disminución del dolor postoperatorio, deambulación precoz, disminución de los requerimientos analgésicos, hospitalización

Tabla 4. Comparación resultados serie FVV

Variable	Gozen ⁵	Abreu ³	Sundaram ⁴	Otzuka ¹⁴	Sotelo ¹⁷	Kerkebe ¹⁶	Díaz
n	3	8	5 (Robot)	7	15	6	4
Recurrencia	-	1	-	-	1	-	-
Complicaciones	-	-	-	2	-	-	-
Tiempo Op. (min)	164	-	233	280	170	191,6	161,3
Rango (min)	-	170-390	150-330	130-420	140-240	160-210	135-180
Sangrado (ml)	333	-	70	-	-	116	50
Hospitalización (días)	6	-	5	7,2	3	2,5	4
Catéter Vesical (días)	10	-	10	30	10,2	20,8	22,75

Tabla 5. Comparación resultados series neoimplantes ureterales

Variable	Rassweiler ¹³	Patil ¹⁹	Modi ⁶	Modi ¹⁸	Díaz
n	10	12(Robot)	17	6	4
Tiempo Op. (min)	228	208	150	227	202,5
Sangrado (ml)	370	48	90	90	62,5
Hospitalización (días)	9,2	4,3	5,3	5,7	6
Seguimiento (meses)	17	15,5	-	-	16
Nefrostomía (días)	-	-	7	-	-

nes más cortas, períodos de convalecencia más cortos, mejor resultado estético. Además permite una excelente visualización debido a la magnificación del campo operatorio y adecuada exposición de las estructuras de la pelvis. Sin embargo, la cirugía reconstructiva en la pelvis y hemiabdomen inferior es técnicamente compleja y requiere cirujanos con entrenamiento avanzado en cirugía laparoscópica y técnicas de sutura intracorpórea^{2,3,5,15}.

La reparación precoz inmediata de las fístulas del tracto genitourinario ha sido reportada con buenas tasas de éxito y una mejoría en la calidad de vida de las pacientes¹.

CONCLUSIONES

El manejo de las fístulas genitourinarias secundarias a cirugía ginecológica es posible de realizar por vía laparoscópica respetando los conceptos de la cirugía clásica.

La reparación precoz de las fístulas no constituye un impedimento para la reparación por vía laparoscópica.

La cirugía pélvica previa no es una contraindicación para la reparación mediante técnica laparoscópica, siendo ésta una alternativa en el manejo de esta patología para urólogos con entrenamiento avanzado en cirugía mínimamente invasiva.

BIBLIOGRAFÍA

- AHMED M. SHELBAIA, NAWARA M. HASHISH. Limited Experience in Early Management of Genitourinary Tract Fistulas. *Urology* 2007; 69: 572-4.
- PERCY JAL CHIBBER, HEMENDRA NAVINCHANDRA SHAH, PRITESH JAIN. Laparoscopic O'Conor's repair for vesicovaginal and vesico-uterine fistulae. *BJU In*, 2005;96: 183-6.
- LEONARDO DE ALBUQUERQUE DOS SANTOS ABREU, MILTON TANAKA, SIDNEY CASTRO ET COLS. Laparoscopic Management of Iatrogenic Lesions. *J Endourol* 2008; 22: 1279-83.
- BALA M. SUNDARAM, GURU KALIDASAN, AHOK K. HEMAL. Robotic Repair of Vesicovaginal fistula: Case Series of Five Patients. *Urology* 2006; 67: 970-3.
- ALI SERDAR GÖZEN, DOGU TEBER, ABDULLAH ERDEM CANDA, JENS RASSWEILER. Transperitoneal Laparoscopic Repair of Iatrogenic Vesicovaginal Fistulas: Heilbronn Experience and Review of the literature. *J Endourol* 2009; 23; 3: 475-9.
- PRANJAL MODI, RAHUL GUPTA, SJ RIZVI. Laparoscopic Ureteroneocystostomy and Psoas Hitch for Post-Hysterectomy Ureterovaginal fistula. *J Urol* 2008; 180: 615-17.
- CARLO DE CICCIO, RON SCHONMAN, MARLEEN CRASSAERTS, BEN VAN CLEYNENBREUGEL, ANASTASIA USSIA, PHILIPPE ROBERT. Laparoscopic Management of ureteral lesions in gynecology. Fertility and Sterility, In Press, Corrected Proof, Available online 18 October 2008.
- YUNG-KUEI SOONG, HSING-TSE YU, CHIN-JUNG WANG, CHYI-LONG LEE, HONG-YUAN HUANG. Urinary tract injury in laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. *J Min Inv Gyn* 2007; 14: 600-5.

9. CORNELLA J. Diagnosis and management of genitourinary fistula. *CME Journal of Gynecologic Oncology* 2002; 7: 78-90.
10. DE CICCIO, RET DÁVALOS, VAN CLEYNENBREUGEL, VERGUTS, KONINCKX. Iatrogenic ureteral lesions and repair: A review for gynecologist. *J Min Inv Gyn* 2007; 14: 428-35.
11. CORTESSE, COLAU. Fistulas Vésicovaginales. *Annales d'urologie* 2004; 38: 52-66.
12. RAMALINGAM M, SENTHILL K, VENKATESH V. Laparoscopic Repair of Ureterovaginal Fistula: Successful Outcome by Laparoscopic Ureteral Reimplantation. *J Endourol* 2005; 19: 1174-6.
13. RASSWEILER, GÖZEN, ERDOGRU, SURGIONO, TEBER. Ureteral Reimplantation for management of Ureteral Strictures: A retrospective Comparison of laparoscopic and open techniques. *European. Urology* 2007; 51: 512-23.
14. PEREIRA R, AMARO J, TATSUO M, EPAGNAN E, BARBOSA J, KAWANO P, HIDETOSHI O. Laparoscopic repair of vesicovaginal fistula. *J Endourol* 2008; 22: 525-7.
15. WONG C, LAM P, LUCENTE V. Laparoscopic transabdominal transvesical vesicovaginal fistula repair. *J Endourol* 2006; 20: 240-3.
16. KERKEBE O, BLEY E, PIZZI P, FALCON C, ITURRIAGA C, CANDIA W, HEREDIA F. Reparación laparoscópica de fístula vesicovaginal mediante técnica retrovesical: una serie de 6 pacientes. *Rev Chil Obstet-Ginecol* 2009; 74(1): 30-35.
17. SOTELO R, MIRANDOLINO M, GARCIA-SEGUI A, DUBOIS R, SPAVILIERO M, KEKLIKIAN W, NOVOA J, YAIME H, FINELLI A. Laparoscopic repair of vesicovaginal fistula. *J Urol* 2005; 173(5): 1615-8.
18. PRANJAL MODI, RAJIV GOEL, SHARAD DODIYA. Laparoscopic Ureteroneocystostomy for distal ureteral injuries. *Urology* 2005; 66: 751-3.
19. NILESH N. PATIL, ALEXANDRE MOTTRIE, BALA SUNDARAM, VIPUL R. Patel Robotic-Assisted Laparoscopic Ureteral Reimplantation with Psoas Hitch: A Multi-institutional, Multinational Evaluation. *Urology* 2008; 72: 47-50.

COMENTARIO TRABAJO DE INGRESO DR. JORGE DÍAZ

Quisiera agradecer al Directorio de la Sociedad Chilena de Urología por haberme concedido el honor de ser el revisor del trabajo de ingreso del Dr. Jorge Díaz.

El Dr. Jorge Díaz Méndez nació en Concepción el 12 de mayo de 1977, aunque desde los 2 años vivió en Santiago. Volvió a su ciudad natal en 1995 a estudiar medicina titulándose en 2001. Realizó su beca de urología en la Universidad Austral de Valdivia desde el año 2002 al año 2005. Durante sus 2 últimos años de beca, período 2004-2005, realizó estadias de capacitación y entrenamiento en oncología en el Hospital das Clínicas en Sao Paulo, Brasil; Laparoscopia con el Dr. Octavio Castillo y Endourología con el Dr. Paul Escovar en Venezuela.

El año 2006 llegó a trabajar a la ciudad de Concepción donde se desempeñó como Urólogo en el Hospital de Lota. En enero de 2007 vuelve a Santiago donde forma la Unidad de Urología en el Hospital El Pino, que en la actualidad, es uno de los Servicios Públicos mejor equipados del país, desarrollando la cirugía mínimamente invasiva desde sus comienzos. Actualmente también se desempeña como urólogo en la Fundación Arturo López Pérez.

El Dr. Díaz nos presenta su experiencia personal en la resolución por vía laparoscópica de fístulas urovaginales.

Las fístulas urovaginales constituyen una de las complicaciones más complejas de la cirugía ginecológica ya que producen un impacto tanto físico como psicológico importante. Si bien es infrecuente, se relaciona directamente con el grado de desarrollo de cada país siendo su tasa más elevada

en países en vía de desarrollo. La más frecuente es la fístula vesicovaginal (F. v-v) generalmente 2° a histerectomía. En nuestro país el Minsal describió una incidencia de 0,45% en el año 2005 de este tipo de fístulas. Las fístulas ureterovaginales (F. u-v) son infrecuentes.

La reparación de estas fístulas es un desafío de alta complejidad básicamente por 3 motivos:

1. Del punto de vista de la técnica se trata de realizar una cirugía reconstructiva en un ambiente adverso debido a las adherencias y fibrosis 2° a la cirugía ginecológica, agravado por el proceso inflamatorio y muchas veces infeccioso que ocasiona la fístula.
2. Del punto de vista de la relación médico-paciente, estamos tratando con mujeres en general jóvenes, cuyo promedio de edad habitualmente está por debajo de los 50 años, que se sometieron a un procedimiento ginecológico que las sensibiliza ya sea por tener problemas con la reproducción (endometriosis) o por la pérdida parcial o total de sus órganos reproductivos (ooforectomías, histerectomías). Producto de ello realizan una complicación devastadora para su calidad de vida, que además puede ser de riesgo vital (uoperitoneo infectado, HUN infectada).
3. Del punto de vista médico legal habitualmente existe una intención de realizar demandas en contra del ginecólogo tratante y en este punto el urólogo queda en medio de esta ruptura, donde la paciente trata de buscar un refuerzo positivo para avalar dicha demanda, y el ginecólogo que se

encuentra en una posición compleja y busca un aliado que pueda, mediante la solución del problema, aminorar el tono de la disputa.

Por lo anteriormente expuesto, el abordaje laparoscópico aparece como una opción atractiva en el tratamiento de las fístulas ya que tiende a minimizar la complicación en el sentir de la paciente debido a que es menos dolorosa y fundamentalmente no es necesario realizar incisiones en el abdomen. Por otro lado, la cirugía reconstructiva por vía laparoscópica es técnicamente demandante, y si a ello le sumamos la complejidad concomitante a la cirugía de fístula urogenital, hace que nuestro escenario quirúrgico presente dificultades en todos sus aspectos: difícil acceso, campo operatorio fibrótico o friable, y reparación compleja, por lo que es necesario que el cirujano tenga entrenamiento avanzado en cirugía laparoscópica tanto en disección como en sutura intracorpórea.

El Dr. Jorge Díaz nos presenta su experiencia en 8 casos de fístulas urogenitales, 4 corresponden a fístulas V-V supratrigonales y 4 F. U-V, todas resueltas por vía laparoscópica en un período de tiempo de 2 años.

En cuanto a las F. v-v existen 2 maneras de abordarlas por vía laparoscópica. La más común es reproducir la técnica transvesical bivalva descrita por O'Connor ya que es la que menos recidiva ha demostrado siendo de elección por vía abierta, y la otra es el abordaje retrovesical, consistente en la separación de la vagina y la vejiga hasta encontrar el orificio fistuloso, siendo reparado sin necesidad de abrir la vejiga. Esta técnica es factible de realizar correctamente sólo por vía laparoscópica. En ambas técnicas se deben cumplir los 3 mandatos básicos para que la fístula no recidive, éstos son: Separar ampliamente vagina y vejiga, reseca trayecto fistuloso, suturar en forma hermética y sin tensión sobre tejido sano. El Dr. Díaz presenta 4 pacientes poshisterectomizadas, que resolvió con ambas técnicas, 2 mediante O'Connor y 2 por vía retrovesical. Sus resultados son comparables a otras publicaciones nacionales e internacionales llamando la aten-

ción el bajo sangrado presentado en su serie que es menor de 50 ml.

En cuanto a las F. U-V éstas pueden ser resueltas de 2 maneras: mediante neoinplante ureteral directo a la vejiga siempre que pueda realizarse sin tensión, para ello la fístula debe ser baja, y el neoinplante ureteral mediante flap vesical tipo Boari en el caso que la lesión fuere alta y no hubiere uréter para neoinplante directo. El Dr. Díaz presenta su experiencia en 4 pacientes, en todas ellas les realizó un flap vesical tipo Boari debido a que la lesión ureteral era alta. Los resultados obtenidos en estos casos están a la altura de otras series internacionales.

En las 8 pacientes presentadas no hay evidencias de recidiva, con un seguimiento promedio de 8 meses para las fístulas v-v y de 16 meses para las u-v.

Si bien existe una publicación de fístulas V-V de mi autoría recientemente publicada, el presente trabajo es original ya que es la primera serie de fístulas urogenitales resueltas por vía laparoscópica que se publica en el país y según he revisado en la bibliografía, también es la primera serie en publicarse internacionalmente.

La calidad del trabajo es innegable y está perfectamente graficado en las tablas comparativas con otras series ya publicadas.

Considerando además que el Dr. Díaz apenas tiene 4 años de post beca y que estas pacientes son sus primeras aproximaciones como cirujano laparoscopista sus resultados aun toman más valor.

Considerando la alta calidad científica y técnica de su trabajo de ingreso, de nivel internacional, y que siendo probablemente el Jefe de Servicio de Urología más joven del país haya logrado desarrollar la cirugía mínimamente invasiva a los niveles hoy expuestos, creo que el Dr. Jorge Díaz reúne de sobra los méritos para ingresar como Miembro Titular a nuestra Sociedad.

Dr. Marcelo Kerkebe L.
Miembro Titular, Sociedad Chilena de Urología