



Reparación de fístula vesicovaginal recurrente asistida por robot

Corona-Montes VE,^{1,2} García-Nares S,² Fernández-Noyola G,² Zapata-González A,² Rosas-Nava JE^{1,2}

Resumen

ANTECEDENTES: las fístulas vesicovaginales suelen originarse por procedimientos de histerectomía abdominal abierta o laparoscópica, histerectomía vaginal o colporrafía anterior, incluso por comorbilidades, radioterapia o algún traumatismo pélvico.

CASO CLÍNICO: paciente de 46 años de edad, con antecedente de histerectomía abdominal secundaria a miomatosis uterina de medianos elementos. Después de la intervención quirúrgica se observó la salida de orina a través de la vagina que fue reparada en dos cirugías distintas. Debido a la persistencia de la fuga de orina, se realizó una cistografía miccional que evidenció una imagen radio-opaca sugerente de trayecto fistuloso, entre la vejiga y la vagina, de 0.5 cm aproximadamente. Después de establecer el diagnóstico se decidió la resección y cierre de la fístula vesicovaginal asistida por robot, cistoscopia con colocación de catéter mono J y canalización del trayecto fistuloso con catéter *Open End 6 French*.

CONCLUSIÓN: la reparación de una fístula vesicovaginal con cirugía de mínima invasión (asistida por robot) es una técnica efectiva, segura, viable y reproducible, con ventajas de menor morbilidad, estancia hospitalaria corta y menor curva de aprendizaje respecto de otros métodos quirúrgicos, como el abordaje abierto o laparoscópico.

PALABRAS CLAVE: fístula vesicovaginal, histerectomía, cirugía de mínima invasión.

Rev Mex Urol. 2017 Nov-Dec;77(6):475-480.

Robotic-assisted repair of recurrent vesicovaginal fistula

Corona-Montes VE,^{1,2} García-Nares S,² Fernández-Noyola G,² Zapata-González A,² Rosas-Nava JE^{1,2}

Abstract

BACKGROUND: Vesicovaginal fistulas are usually secondary to open or laparoscopic abdominal hysterectomy, vaginal hysterectomy, or anterior colporrhaphy. They occur in women with comorbidities, as well as in those that have undergone radiotherapy or had pelvic trauma.

CLINICAL CASE: A 46-year-old woman had a past surgical history of abdominal hysterectomy secondary to medium-element uterine

¹ Departamento de Laparoscopia en Urología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

² Centro de Cirugía Robótica, Hospital Ángeles del Pedregal, Ciudad de México.

Recibido: enero 2017

Aceptado: octubre 2017

Correspondencia

Víctor Enrique Corona Montes
urocorona@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Corona-Montes VE, García-Nares S, Fernández-Noyola G, Zapata-González A, Rosas-Nava JE. Reparación de fístula vesicovaginal recurrente asistida por robot. Rev Mex Urol. 2017 nov-dic;77(6): 475-480.

DOI: <https://doi.org/10.24245/revmexurol.v77i6.1217>



UROCLASIO[®] NF

Citrato de Potasio/Ácido Cítrico

Disuelve y resuelve[®] los cálculos urinarios mixtos^{1,2}

Ahora también en sobres.

**Mayor
comodidad al
mismo precio**



**30 sobres
de 2.5 g c/u**



**Frasco con
150 ML**

Italmex
P H A R M A

myomatosis. After the surgical intervention, urine leakage through the vagina was observed and repaired on two different occasions. Due to persistent leakage, micturating cystography was done that revealed a radio-opaque image suggestive of an approximately 5-cm fistulous tract between the bladder and the vagina. Recurrent vesicovaginal fistula was diagnosed, which was finally treated through robotic-assisted resection and closure of the fistula, plus cystoscopy with the placement of a mono-J catheter and canalization of the fistulous tract with a 6 Fr open-end catheter.

CONCLUSION: Minimally invasive (robotic-assisted) surgical repair of vesicovaginal fistula is an effective, safe, viable, and reproducible technique, with the advantages of less morbidity, shorter hospital stay, and a shorter learning curve, compared with the open or laparoscopic techniques.

KEYWORDS: Vesicovaginal fistula; Hysterectomy; Minimally invasive surgery

¹ Departamento de Laparoscopia en Urología, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México.

² Centro de Cirugía Robótica, Hospital Ángeles del Pedregal, Ciudad de México.

Correspondence

Víctor Enrique Corona Montes
urocorona@hotmail.com

ANTECEDENTES

La fístula vesicovaginal es una complicación que se origina por procedimientos ginecoobstétricos. Existen diferentes técnicas para su tratamiento, ya sea por abordaje abdominal o vaginal. Los procedimientos de mínima invasión, como la laparoscopia, requieren de cirujanos adiestrados, pues resultan técnicamente demandantes, incluso ha sido más fácil migrar a la disponibilidad de la cirugía robótica.

Desde su introducción, las intervenciones quirúrgicas asistidas por robot se han implementado en diversos procedimientos, incluida la reparación de las fístulas urinarias.¹ Debido a la proximidad del conducto genital femenino con la vía urinaria inferior, existe el riesgo latente de lesión del sistema genitourinario durante la cirugía obstétrica y ginecológica. Debido a la mejora en las técnicas quirúrgicas y el instrumental para identificar las estructuras urológicas, los reportes de lesiones urológicas en los centros de alta concentración

se estiman en 1% de todas las cirugías gineco-obstétricas, con 70% de lesiones vesicales y 30% ureterales.² Los factores que aumentan el riesgo de lesión incluyen: endometriosis, fibrosis retroperitoneal, tumores ginecológicos, radioterapia pélvica, cirugía pélvica previa y anatomía genitourinaria anormal.³

Melamud y sus colaboradores describieron en 2005 el primer caso de reparación laparoscópica asistida por robot de fístula véscicovaginal.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente de 46 años de edad, sin comorbilidades de importancia para el padecimiento actual, con antecedentes ginecoobstétricos de dos cesáreas e hysterectomía abdominal por miomatosis uterina de medianos elementos. Después de la intervención quirúrgica se observó la salida de orina a través de la vagina, por lo que se solicitó la valoración del servicio de Urología. Se realizó tomografía abdominopélvica simple

y contrastada, que reportó el paso del medio de contraste de la vejiga a la vagina. La cistografía miccional evidenció una imagen radio-opaca sugerente de trayecto fistuloso, entre la vejiga y la vagina, de 0.5 cm aproximadamente. Con los hallazgos anteriores se decidió efectuar la reparación de la fístula vesicovaginal por vía abdominal.

El cierre de la fístula se llevó a cabo con la técnica tradicional, además de colocar un reimplante ureteral izquierdo y un parche de epiplón. Al retirar la sonda ureteral izquierda (octava semana posquirúrgica) se observó, nuevamente, la salida de orina a través de la vagina, por lo que se efectuó el cierre de la fístula vesicovaginal recurrente, realizando un reimplante ureteral derecho y cierre del trayecto. La paciente egresó sin complicaciones y, posteriormente, se le retiró el catéter ureteral doble J derecho, además de la sonda Foley transuretral. Ante la persistencia de fuga de orina por la vagina se decidió realizar urotomografía, en la que se descartó la coexistencia de una fístula ureterovaginal, pero se observó una imagen hiperdensa, de 0.8 cm, en la zona postero-medial de la vejiga, con paso del medio de contraste hacia la vagina (**Figura 1**).

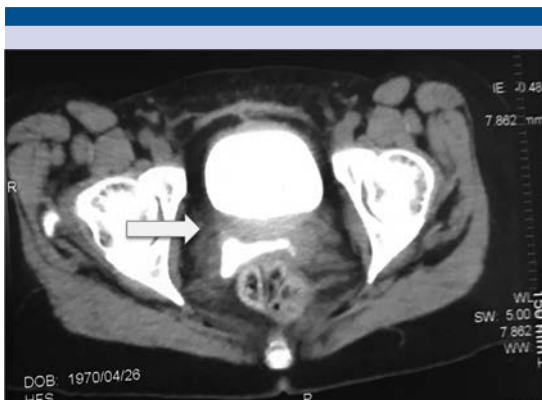


Figura 1. Urotomografía que muestra el paso del medio de contraste hacia la vagina.

La cistouretrografía miccional a presión máxima y con tapón vaginal mostró el paso del medio de contraste, de la vejiga hacia la vagina en su tercio medio, además de reflujo vesicoureteral bilateral, sin datos de fuga ureteral. Con estos datos se estableció el diagnóstico de fístula vesicovaginal recurrente (**Figura 2**).

Después de establecer el diagnóstico se decidió la resección y cierre de la fístula vesicovaginal asistida por robot, cistoscopia con colocación de catéter mono J y canalización del trayecto fistuloso con catéter *Open End 6 French*.

Descripción de la técnica quirúrgica

El procedimiento se inicia con la paciente en posición de semilitotomía, para efectuar la cistoscopia y cateterizar los ureteros a manera de dirigirlos externamente hasta el meato uretral, identificar el trayecto fistuloso con guía Benson y colocar el catéter *Open End* que indica el trayecto fistuloso; como referencia se exteriorizan los catéteres y se instala la sonda Foley de 18



Figura 2. Cistografía que evidencia el diagnóstico de fístula vesicovaginal recurrente.

French, y al mismo tiempo se coloca un tapón vaginal, para pasar al procedimiento abdominal (**Figura 3**). Se coloca a la paciente en posición de litotomía modificada para el ingreso y posterior unión del sistema quirúrgico *Da Vinci Si*. Una vez preparado el abdomen se coloca 1 trocar para óptica de 12 mm (a 2 cm supraumbilicales) y 2 trocates de robot: uno en la línea paramedia esternal y el otro en la línea axilar anterior del lado izquierdo infraumbilical y discreta lateral a la línea. Posteriormente se coloca 1 trocar de robot en la línea paramedia derecha, a 1.5 cm infraumbilical, y 2 trocates para el asistente: uno de 12 mm y el otro de 5 mm en disposición triangular con el trocar de robot, para enseguida unir el sistema *Da Vinci Si*, previo a la posición Trendelenburg de 45°. Se procede al acceso transperitoneal, retirando inicialmente las adherencias previas, se disecciona la zona pélvica distal y se retira el parche epiploico, debajo de éste se identifica el uréter izquierdo reimplantado, la cara posterolateral y media de la vejiga, se retira el resto de epiplón del fondo pélvico sin resección (solo despegamiento) y se visualiza e identifica el uréter derecho reimplantado (**Figura 4**). Posteriormente se realiza disección horizontal, entre el plano vesical y vaginal, logrando independizar ambas estructuras y localizando el catéter *Open End* con el trayecto fistuloso, mismo que se reseca y retira el tejido cicatricial, además del trayecto de la fístula de 1.2 cm. Se retira el catéter *Open End* y se inicia la reconstrucción vaginal con sutura en surgete continuo



Figura 3. Derivación y canalización del trayecto fistuloso.

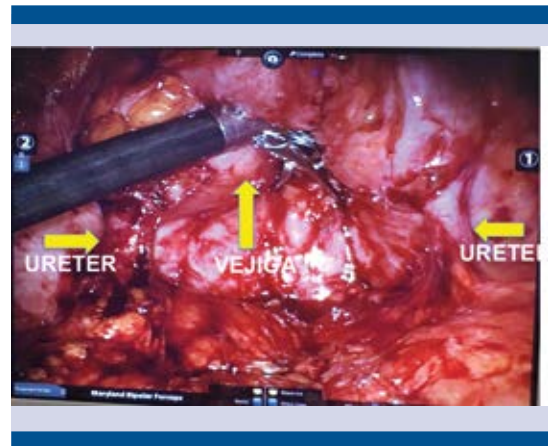


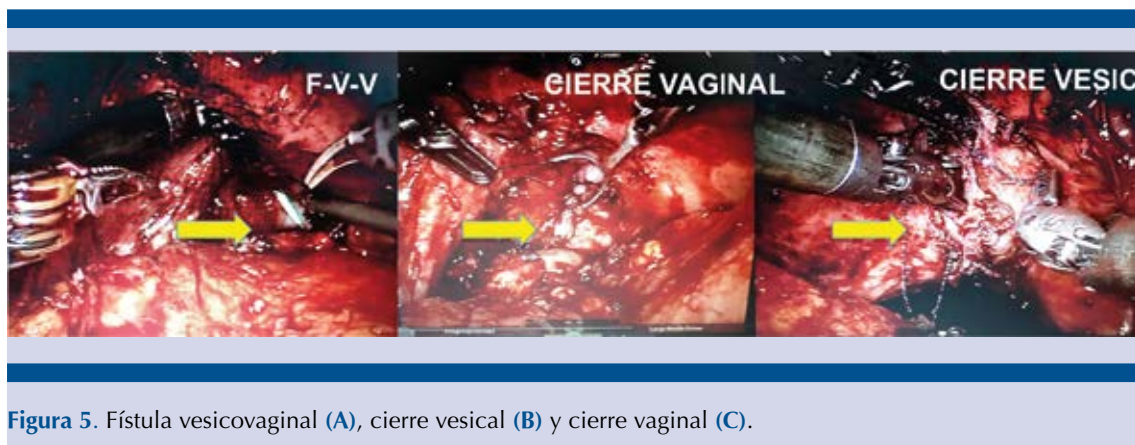
Figura 4. Vejiga y ureteros reimplantados.

anclado, enseguida se realiza el cierre vesical en dos planos, perfectamente independientes, para después colocar un sellador de fibrina en ambas rafías (**Figura 5**).

DISCUSIÓN

Entre los diferentes tipos de fístulas urinarias, la fístula vesicovaginal es la más frecuente, pues su incidencia varía de 0.3-2%.⁵ Las causas son lesiones iatrogénicas (histerectomía, parto instrumentado), parto prolongado, tumores ginecológicos y radioterapia pélvica. El éxito de la reparación de la fístula depende de factores como: tamaño, localización y tiempo de la fístula; gravedad de los síntomas, calidad del tejido y experiencia del cirujano. Las principales reparaciones son de tipo transvaginal, transabdominal y laparoscópica (convencional y asistida por robot). La intervención quirúrgica depende de la preferencia del cirujano, localización o complejidad de la fístula. El éxito del abordaje transvaginal es de 93% y transabdominal de 91%.³

Existen diferentes procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la fístula vesicovaginal. La reparación transvaginal es una técnica de



mínima invasión con alta tasa de éxito; sin embargo, debe contraindicarse en pacientes con vagina estrecha, localización alta de la fístula o deficiente cicatrización. El acceso abierto es el procedimiento de elección para fístulas grandes (> 3 cm), supratrigonales, múltiples o complejas; no obstante, implica una gran incisión de cistostomía, drenaje suprapúbico y larga recuperación.⁶ La laparoscopia convencional es limitada por su curva de aprendizaje larga, debido a la dificultad de la sutura en procedimientos pélvicos y la disección precisa de la vejiga y la vagina. Debido a estos factores, la introducción de la cirugía robótica está en aumento y entre sus principales ventajas se encuentran: mayor facilidad para la sutura durante la reparación de la fístula y la percepción tridimensional durante la disección vesicovaginal.⁷

Sundaram y sus colaboradores reportaron la primera serie de pacientes con reparación de fístula vesicovaginal asistida por robot en 2006. Entre sus resultados demostraron la efectividad de la técnica y su baja morbilidad.⁸ Gupta y su grupo realizaron un estudio en el que compararon la reparación abierta *versus* asistida por robot, y demostraron una efectividad similar con ambas técnicas, además de tiempo quirúrgico, pero menor sangrado y estancia hospitalaria corta a favor de la reparación asistida por robot.⁹ En

relación con el drenaje suprapúbico, no es necesario con la técnica asistida por robot, debido a la excelente hemostasia que ofrece.⁶

Agrawal y sus coautores describieron una serie de 10 pacientes intervenidas de fístula vesicovaginal asistida por robot provocada por un procedimiento de histerectomía.⁷ Bora y sus colaboradores reportaron la mayor serie de reparación de fístula vesicovaginal asistida por robot en 30 pacientes, con éxito de 93% en cuanto a seguridad y eficacia del procedimiento.⁶ Sotelo y su grupo encontraron que la luz del cistoscopio para iluminar la fístula permanece encendida, mientras que la luz del robot se encuentra apagada.¹⁰ El estudio de Sokol, efectuado en perros, reportó la ventaja del cierre en dos planos de la vejiga *versus* el cierre de una sola capa.¹¹ Miklos y sus colaboradores no encontraron diferencia significativa entre el uso de colgajos de interposición y señalan que la reparación (que incluye disección adecuada, sellado impermeable y buena descompresión de la vejiga) determina el éxito del cierre de la fístula.¹²

CONCLUSIÓN

La reparación de la fístula vesicovaginal con cirugía de mínima invasión (asistida por robot) es una técnica efectiva, segura, viable y reproduci-

ble, con ventajas de menor morbilidad, estancia hospitalaria corta y menor curva de aprendizaje respecto de otros métodos quirúrgicos, como el abordaje abierto (proporciona poca visión y lejanía del trayecto fistuloso en la pelvis) o laparoscópico (implica mayor dificultad técnica). Se requieren estudios adicionales, que comprueben mejores resultados de la reparación de la fístula vesicovaginal recurrente asistida por robot.

Financiamiento

Los autores no recibieron ningún patrocinio para llevar a cabo este trabajo.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Dutto L, O'Reilly B. Robotic repair of vesico-vaginal fistula with perisigmoid fat flap interposition: state of the art for a challenging case? *Int Urogynecol J*. 2013;24(12):2029-30.
2. Gellhaus PT, Bhandari A, Monn MF, Gardner TA, et al. Robotic management of genitourinary injuries from obstetric and gynaecological operations: a multi-institutional report of outcomes. *BJU Int*. 2015;115(3):430-6.
3. Miklos JR, Moore RD, Chinthakanan O. Laparoscopic and robotic-assisted vesicovaginal fistula repair: a systematic review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol*. 2015;22(5):727-36.
4. Melamud O, Eichel L, Turbow B, Shanberg A. Laparoscopic vesicovaginal fistula repair with robotic reconstruction. *Urology*. 2005;65(1):163-6.
5. Bragayrac LA, Azhar RA, Fernandez G, Cabrera M, Saenz E, et al. Robotic repair of vesicovaginal fistulae with the transperitoneal-transvaginal approach: a case series. *Int Braz J Urol*. 2014;40(6):810-5.
6. Bora GS, Singh S, Mavuduru RS, Devana SK, Kumar S, et al. Robot-assisted vesicovaginal fistula repair: a safe and feasible technique. *Int Urogynecol J*. 2016;28(6):957-962.
7. Agrawal V, Kucherov V, Bendana E, Joseph J, Rashid H, Wu G. Robot-assisted laparoscopic repair of vesicovaginal fistula: a single-center experience. *Urology* 2015;86(2):276-81.
8. Sundaram BM, Kalidasan G, Hemal AK. Robotic repair of vesicovaginal fistula: case series of five patients. *Urology*. 2006;67(5):970-3.
9. Gupta NP, Mishra S, Hemal AK, Mishra A, Seth A, Dogra PN. Comparative analysis of outcome between open and robotic surgical repair of recurrent supra-trigonal vesicovaginal fistula. *J Endourol*. 2010;24:1779-1782.
10. Sotelo R, Mariano MB, Garcia-Segui A, et al. Laparoscopic repair of vesicovaginal fistula. *J Urol*. 2005;173:1615-1618.
11. Sokol AI, Paraiso FR, Cogan SL, Bedaiwy MA, Escobar PF, Barber MD. Prevention of vesicovaginal fistulas after laparoscopic hysterectomy with electrosurgical cystotomy in female mongrel dogs. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:628-633.
12. Miklos JR, Moore RD. Laparoscopic extravesical vesicovaginal fistula repair: our technique and 15-year experience. *Int Urogynecol J*. 2015;26:441-446.

UROCLASIO® NF
Citrato de potasio - Ácido cítrico

FORMA FARMACÉUTICA Y FORMULACIÓN

Solución

Fórmula: Cada 100 mL contienen:

Citrato de potasio monohidratado.....	30.0 g
Ácido cítrico anhidro equivalente a.....	5.0 g
de Ácido cítrico monohidratado	
Vehículo cbp.....	100.0 mL

Cada 5 mL proveen 14 mEq de potasio, equivalentes a 14 mEq de bicarbonato

Polvo

Fórmula: Cada sobre contiene:

Citrato de Potasio Monohidratado.....	1.500 g
Ácido Cítrico Anhidro equivalente a.....	0.250 g
de Ácido Cítrico Monohidratado	
Excipiente cbp.....	2.500 g

INDICACIONES TERAPÉUTICAS Nefrolitiasis cálcica hipocitratúrica; litiasis por ácido úrico con o sin nefrolitiasis cálcica; profiláctico para evitar la recurrencia en la formación de cálculos urinarios en pacientes ya tratados; alcalinizante urinario. **CONTRAINDICACIONES** Insuficiencia renal severa; pacientes con dietas restringidas en sodio; enfermedad de Addison sin tratamiento; lesión miocárdica severa; deshidratación aguda; hipercalemia; vaciamiento gástrico lento; estenosis esofágica; obstrucción o estrechez intestinal; uso de medicamentos anticolinérgicos; infección urinaria activa. **PRECAUCIONES GENERALES** Este medicamento siempre deberá administrarse bajo estricta supervisión médica. Debe instruirse a los pacientes para que disuelvan adecuadamente el Uroclasio® NF en agua, para minimizar la posibilidad de daño gastrointestinal, a su vez se recomienda la administración de cada dosis después de las comidas. Se recomienda precaución al utilizarlo en pacientes con insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca congestiva, hipertensión, edema o cualquier condición que pueda alterarse por la ingesta de sodio o potasio. **RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA** No se utilice durante el embarazo o lactancia. **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS** En pacientes sensibles puede ocasionar ardor epigástrico y pirosis. **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GÉNERO** Puede ocurrir aumento del efecto o toxicidad al combinarse con medicamentos que contengan potasio, diuréticos ahorradores de potasio, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) o glucósidos cardiacos. Los medicamentos que retardan el tránsito gastrointestinal (p.ej. anticolinérgicos) pueden desencadenar irritación gastrointestinal por las sales de potasio. Uroclasio® NF puede ser asociado al tratamiento con agentes uricosúricos (alopurinol). **PRECAUCIONES EN RELACIÓN CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD.** No existen datos reportados a la fecha. **DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN** Oral. Uroclasio® NF solución: Cada 5 ml de solución deben disolverse en un vaso de agua (200 ml). Administrar 5 a 10 ml de Uroclasio® NF tres veces al día junto con los alimentos. No debe rebasarse la dosis de 36 ml al día. Uroclasio® NF Polvo: disolver uno a dos sobres en un vaso de agua (200 ml) tres veces al día junto con los alimentos. No deberá rebasarse la dosis de 6 sobres al día. Pueden requerirse dosis mayores para lograr el efecto deseado que es elevar el pH urinario por arriba de 7. Se recomienda realizar determinaciones de pH urinario cada 2 a 3 meses hasta estabilizarse y posteriormente cada 4 a 6 meses. **MANIFESTACIONES Y MANEJO DE LA SOBREDOSIFICACIÓN O INGESTA ACCIDENTAL** La intoxicación por potasio ocasiona astenia, debilidad, confusión mental, prurito en las extremidades y alteraciones electrocardiográficas: desaparición de la onda P, ensanchamiento y aplanamiento del complejo QRS, cambios del segmento S-T, ondas T altas y picudas. En caso de ocurrir hipercalemia, las medidas terapéuticas incluyen: (1) Eliminación de todos los alimentos o medicamentos que contengan potasio. (2) Administración intravenosa de 300-500 ml/hr de solución glucosada (10 a 25%) más 10 unidades de insulina por cada 20 g de dextrosa. (3) Uso de resinas de intercambio, hemodiálisis o diálisis peritoneal. (4) Corrección de la acidosis, si existe, con bicarbonato de sodio IV. **PRESENTACIÓN** Uroclasio® NF solución: caja con frasco con 150 mL y jeringa dosificadora de 5 mL. Uroclasio® NF Polvo: caja con 30 sobres de 2.5 g c/u. **LEYENDAS DE PROTECCION** Literatura exclusiva para médicos. Su venta requiere receta médica. No se deje al alcance de los niños. Reporte las sospechas de reacción adversa al correo: farmacovigilancia@cofepris.gob.mx **LABORATORIO** Hecho en México por: Italmex, S.A. Calzada de Tlalpan No. 3218 Col. Santa Úrsula Coapa C.P. 04850, Deleg. Coyoacán, D.F. México. **REGISTRO** Uroclasio® NF solución: Reg. No. 14494 SSA IV Uroclasio® NF Polvo: Reg. No. 096M2015 SSA IV ® Marca Registrada IPP No. 153300202C3467

Aviso No. 153300202C4915 SSA.