

### III JORNADA NACIONAL DE UROLOGIA .“UROCENTRO 2024.”

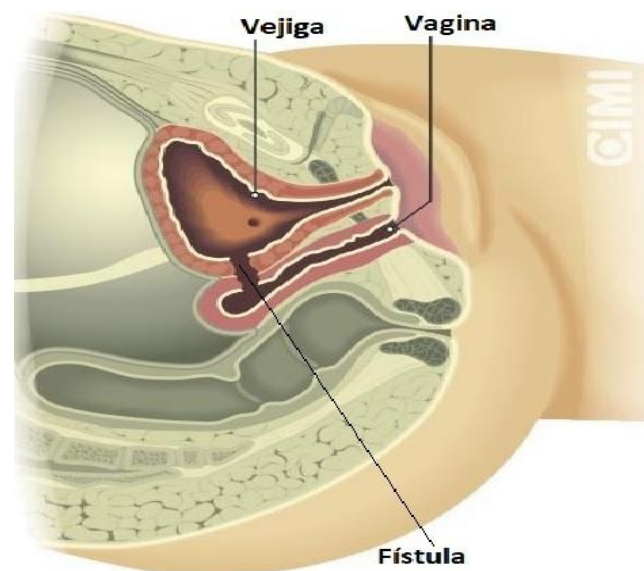
**Título:** Tratamiento quirúrgico de la fistula vésico–vaginal por la Técnica Latzko en el Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo 2019 – 2020.

**Autores:** Dr. Juan Valiente Pérez, Dr. Gervasio Turcaz Alcolea, Dr. William Louit Álvarez, Dr. Higinio Viel Reyes.

**Introducción:** Una fístula vésico–vaginal es una comunicación anormal entre la vejiga y la vagina; su principal manifestación es la salida de orina por vagina y afecta de manera importante la calidad de vida de las mujeres que la padecen y pueden ser debidas a múltiples causas, aunque queremos resaltar que ocupa un lugar relevante como una complicación grave de la cirugía ginecobstétrica por importantes consecuencias psicológicas y sociales sobre las pacientes afectas. Los problemas relacionados con estas fístulas del tracto genitourinario femenino se conocen desde el siglo XVII, aunque comenzaron a tratarse quirúrgicamente con buenos resultados en el siglo XIX. En 1914 Latzko describió una nueva técnica por vía vaginal. En 1942 presentó 31 casos de fístulas vésico–vaginales tratadas con este método, consiguiendo 29 curaciones y dos fracasos. La aportación de Latzko ha sido tan valiosa que en la actualidad es usada por muchos, siendo así la justificación de nuestra investigación.

**Objetivo:** determinar los resultados del tratamiento quirúrgico de la fístula vésico-vaginal en pacientes intervenidas quirúrgicamente por la técnica de Latzko en el Servicio de Urología del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo de julio 2019 a junio 2020.

**Método:** se realizó un estudio descriptivo, el universo estuvo constituido por 30 pacientes, se seleccionó una muestra a conveniencia de 14 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.



## Resultados

**Tabla 1.** Distribución de frecuencia de las pacientes con fístula vésico-vaginal según grupo de edades en el Servicio de Urología del Hospital General Docente “Dr. Agostinho Neto” de Guantánamo, de julio 2019 a junio 2020.

Grupo de edades	No	%
31 - 40	9	64,3
41 - 50	3	21,4
51 - 60	1	7,1
≥ 61	1	7,1
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Tabla 2.** Distribución de frecuencia de las pacientes con fístula vésico-vaginal según procedimientos quirúrgicos empleados (ginecológicos u obstétricos) que originaron la fístula.

Procederes quirúrgicos empleados que originaron la fístula	No	%
Histerectomía abdominal total + Anexectomía	10	71,4
Cesárea	4	28,6
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Tabla 3.** Distribución de frecuencia de las pacientes con fístula vésico–vaginal según las causas que originaron los procedimientos quirúrgicos empleados (ginecológicos u obstétricos) los cuales originaron la fístula.

Causas que originaron los procedimientos quirúrgicos empleados.	Procedimientos quirúrgicos empleados.				Total	
	HAT+ A		Cesárea		Total	
	No	%	No	%		
Fibroma uterino	8	57,1	–	–	8	57,1
NIC II y III	2	14,3	–	–	2	14,3
Sepsis puerperal	–	–	1	7,1	1	7,1
Atonía Uterina	–	–	3	21,4	3	21,4
<b>Total</b>	10	71,4	4	28,6	14	100

**Tabla 4.** Distribución de frecuencia de las pacientes operadas de fístula vésico–vaginal según tiempo de aparición y el tiempo de reparación de la misma.

Tiempo de aparición de la fístula vésicovaginal (Días)	Tiempo de reparación de la fístula vésico–vaginal (meses)				Total	
	4 – 6		7 – 12		Total	
	No	%	No	%		
≤ 7	5	35,7	6	42,8	11	78,6
8 – 15	–	–	3	21,4	3	21,4
<b>Total</b>	5	35,7	9	64,3	14	100

**Tabla 5.** Distribución de frecuencia de las pacientes con fístula vésico-vaginal según localización y tamaño de la fístula.

Localización de la fístula vésico-vaginal.	Tamaño de la fístula vésico-vaginal (cm)				Total	
	< 1		1 - 2			
	No	%	No	%	No	%
Pretrigonal	1	7,1	5	35,7	6	42,8
Trigonal	-	-	6	42,8	6	42,8
Retrotrigonal	-	-	2	14,3	2	14,3
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>7,1</b>	<b>13</b>	<b>92,9</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Tabla 6.** Distribución de frecuencia de las pacientes operadas de fístula vésico-vaginal según complicaciones post-operatorias. **Técnica quirúrgica Latzko.**

Complicaciones post-operatorias	No	%
Recidiva	1	7,1
Infección Urinaria	2	14,3
Granuloma de la herida	1	7,1
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>28,5</b>

**Tabla 7.** Distribución de frecuencia de las pacientes operadas de fístula vésico – vaginal según resultados del tratamiento por la técnica quirúrgica de Latzko.

Resultados	No	%
Cura	13	92,9
Recidiva	1	7,1
Total	14	100

**Tabla 8.** Distribución de frecuencia de las pacientes intervenidas quirúrgicamente de fístula vésico–vaginal por la técnica de Latzko según tiempo de incorporación de las pacientes a la vida social.

Tiempo de incorporación a la vida social	No	%
45 días	9	64,3
60 días	4	28,6
Pendiente a reparación	1	7,1
Total	14	100

## Conclusión:

Predominó el grupo de edades de 31–40, los procedimientos quirúrgicos empleados que originaron las fístulas fue la Histerectomía abdominal total + Anexectomía, la causa que originó los procedimientos quirúrgicos fue el fibroma uterino. Hubo un predominio del tiempo de aparición de la fistula véscicovaginal  $\leq 7$  días y el tiempo de reparación de la fistula de 7–12 meses, las localizaciones fueron Pretrigonal y Trigonal y el tamaño de 1–2 cm. La complicación post-operatoria fue la infección, 13 pacientes resultaron curadas y el tiempo de incorporación de las pacientes a la vida social fue a los 45 días.