SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

Periocidad trimestral Octubre-Diciembre: Volumen 4, Numero 4, Años (2026), Pág. 310-327

Recibido: 2026-10-08

Aceptado: 2026-10-22

Publicado:2026-11-05

Fístula vesicocutánea inesperada en el contexto de patología pélvica compleja: revisión sistemática exploratoria con preguntas PICO y propuesta de estrategia quirúrgica individualizada

Vesicocutaneous fistula in complex pelvic pathology: diagnostic keys and individualized surgical strategy — a systematic review with PICO questions

Autores

Melina Melissa Mera Mera[1]
https://orcid.org/0009-0008-8307-9047
meramelina6@gmail.com
Costa Salud By Ela Group
Manta – Ecuador

Camila Cristal Orbe Montesdeoca[2]
https://orcid.org/0009-0002-4096-0834
cristalorbe2016@gmail.com
Ministerio De Salud Pública
Loja – Ecuador

Irina Alexandra Apolo Fuentes[3]
https://orcid.org/0009-0003-3530-7619
irinaapolo4@gmail.com
Investigador Independiente
Zamora – Ecuador

Ketty Marta Guerra Cruz[4]
https://orcid.org/0009-0007-0381-2898
kettygc24@gmail.com
Investigador Independiente
Florencia – Colombia

Mario Geovanny Rayo Villarreal[5]
https://orcid.org/0009-0009-9999-3316
geovanny.rayo1990@gmail.com
Hospital General Marco Vinicio Iza
Nueva Loja – Ecuador

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

Resumen

Introducción: La fístula vesicocutánea (FVC) es una comunicación anormal entre la vejiga y la piel, cuya presentación es heterogénea e inespecífica. Su asociación con patología pélvica compleja —tumores uterinos, radioterapia previa, cirugías múltiples— plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos significativos. **Objetivo:** Sintetizar la evidencia sobre las claves diagnósticas y las estrategias quirúrgicas individualizadas para la FVC en patología pélvica compleja, mediante una revisión sistemática exploratoria con preguntas PICO. **Métodos:** Revisión sistemática exploratoria siguiendo PRISMA 2020 (Page et al., 2021). Se formularon tres preguntas PICO. Búsqueda en PubMed/MEDLINE, Europe PMC y Scopus (enero 2000-octubre 2026). Se incluyeron reportes y series sobre FVC asociada a patología pélvica. La calidad se evaluó con JBI. **Resultados:** De 38 registros, se incluyeron 12 estudios. Las causas predominantes fueron iatrogénica quirúrgica y radioterapia pélvica (Ridha et al., 2021; Tatar et al., 2016). El diagnóstico se estableció mediante TC-cistografía y cistoscopia (Tatar et al., 2016). La derivación urinaria inicial con sonda Foley tuvo éxito variable: eficaz en fístulas pequeñas y tempranas (Toufique & Merani, 2011), pero insuficiente en casos complejos o irradiados (Ridha et al., 2021). El cierre primario en múltiples planos fue el estándar en tejido viable (Ocronos, 2026). En campos irradiados, la reconstrucción con colgajos vascularizados mostró altas tasas de cierre (Ludolph et al., 2014). **Conclusiones:** La FVC en patología pélvica compleja exige alto índice de sospecha, confirmación con TC-cistografía y cistoscopia, y una estrategia quirúrgica individualizada según viabilidad tisular, causa subyacente y radioterapia previa. La derivación urinaria aislada rara vez es suficiente en casos complejos. Se requieren estudios prospectivos multicéntricos para estandarizar desenlaces.

Palabras clave: fístula vesicocutánea; patología pélvica; cistografía; reconstrucción quirúrgica; colgajo; revisión sistemática

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

Abstract

Introduction: Vesicocutaneous fistula (VCF) is an abnormal communication between the bladder and the skin, with a heterogeneous and nonspecific presentation. Its association with complex pelvic pathology—uterine tumors, prior radiotherapy, multiple surgeries—poses significant diagnostic and therapeutic challenges. **Objective:** To synthesize evidence on diagnostic keys and individualized surgical strategies for VCF in complex pelvic pathology, through an exploratory systematic review with PICO questions. **Methods:** Exploratory systematic review following PRISMA 2020 (Page et al., 2021). Three PICO questions were formulated. Search in PubMed/MEDLINE, Europe PMC, and Scopus (January 2000-October 2026). Reports and series on VCF associated with pelvic pathology were included. Quality was assessed with JBI. **Results:** Of 38 records, 12 studies were included. Predominant causes were surgical iatrogenic and pelvic radiotherapy (Ridha et al., 2021; Tatar et al., 2016). Diagnosis was established by CT cystography and cystoscopy (Tatar et al., 2016). Initial urinary diversion with Foley catheter had variable success: effective in small, early fistulas (Toufique & Merani, 2011), but insufficient in complex or irradiated cases (Ridha et al., 2021). Multilayer primary closure was the standard in viable tissue (Ocronos, 2026). In irradiated fields, vascularized flap reconstruction showed high closure rates (Ludolph et al., 2014). **Conclusions:** VCF in complex pelvic pathology requires a high index of suspicion, confirmation with CT cystography and cystoscopy, and an individualized surgical strategy based on tissue viability, underlying cause, and prior radiotherapy. Isolated urinary diversion is rarely sufficient in complex cases. Prospective multicenter studies are required to standardize outcomes.

Keywords: vesicocutaneous fistula; pelvic pathology; cystography; surgical reconstruction; flap; systematic review

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

Introducción

La fístula vesicocutánea (FVC) se define como una comunicación anormal entre la vejiga urinaria y la superficie cutánea del cuerpo (Ocronos, 2026). A diferencia de las fístulas vesicovaginales, ampliamente descritas en el contexto obstétrico, las FVC suelen asociarse a procesos inflamatorios crónicos, infecciones, traumatismos, radioterapia pélvica o neoplasias subyacentes, lo que condiciona una presentación clínica heterogénea y frecuentemente inespecífica (Tatar et al., 2016; Ridha et al., 2021).

La patología pélvica compleja —tumores uterinos de gran tamaño, antecedentes de cirugía pélvica múltiple, radioterapia previa— constituye un escenario particularmente desafiante. En estos casos, la FVC puede representar un hallazgo intraoperatorio inesperado, como se ha documentado en pacientes sometidas a laparotomía por sospecha de neoplasia uterina, en quienes se identifica un trayecto fistuloso que conecta el domo vesical con la pared abdominal (Ocronos, 2026). La radioterapia pélvica, en particular, induce una lesión microvascular progresiva, fibrosis estromal y deterioro de la cicatrización, lo que predispone a la formación de fístulas y compromete las opciones reconstructivas (Ridha et al., 2021; Ludolph et al., 2014).

El diagnóstico de la FVC requiere un alto índice de sospecha clínica. La tomografía computarizada (TC) con cistografía y la cistoscopia son las herramientas fundamentales para delimitar el trayecto fistuloso y evaluar la patología concomitante (Tatar et al., 2016). La resonancia magnética puede aportar información adicional en casos complejos (Tatar et al., 2016). El tratamiento quirúrgico con resección del trayecto y cierre en múltiples planos continúa siendo el estándar en pacientes con tejido viable, mientras que en campos irradiados o con pérdida de sustancia las técnicas de reconstrucción con colgajos vascularizados han emergido como alternativa (Ludolph et al., 2014).

El presente trabajo tiene como objetivo sintetizar la evidencia disponible sobre las claves diagnósticas y las estrategias quirúrgicas individualizadas para la FVC en el contexto de patología pélvica compleja, mediante una revisión sistemática exploratoria estructurada con preguntas PICO.

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

Metodología

Diseño del estudio

Se realizó una revisión sistemática exploratoria siguiendo las directrices de la declaración PRISMA 2020 para el reporte de revisiones sistemáticas (Page et al., 2021). El diseño correspondió a una revisión sistemática exploratoria con síntesis narrativa estructurada. El protocolo no fue registrado en PROSPERO.

Preguntas PICO

Se formularon tres preguntas PICO para estructurar la búsqueda y la síntesis:

Pregunta 1 (Diagnóstico):
- Población: Pacientes con sospecha de FVC en el contexto de patología pélvica compleja.
- Intervención (índice): TC-cistografía, cistoscopia, resonancia magnética.
- Comparador: Cistografía convencional, fistulografía.
- Outcome: Sensibilidad, especificidad, capacidad de delimitar el trayecto y detectar la causa subyacente.

Pregunta 2 (Tratamiento inicial):
- Población: Pacientes con FVC y patología pélvica compleja.
- Intervención: Derivación urinaria con sonda Foley.
- Comparador: Tratamiento quirúrgico inmediato.
- Outcome: Tasa de cierre espontáneo, complicaciones, necesidad de cirugía definitiva.

Pregunta 3 (Estrategia quirúrgica definitiva):
- Población: Pacientes con FVC que requieren tratamiento quirúrgico definitivo.
- Intervención: Cierre primario en múltiples planos vs. reconstrucción con colgajos vascularizados.
- Comparador: Entre técnicas quirúrgicas.
- Outcome: Tasa de cierre, recurrencia, complicaciones, morbilidad del sitio donante.

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión:

1. Tipo de estudio: reportes de caso, series de casos, estudios observacionales y revisiones sistemáticas (Page et al., 2021).
2. Población: pacientes adultos o adolescentes con FVC asociada a patología pélvica (tumores, radioterapia previa, cirugía pélvica compleja).
3. Intervención/exposición: descripción de métodos diagnósticos (TC-cistografía, cistoscopia) y/o estrategias quirúrgicas.
4. Resultados reportados: hallazgos diagnósticos, tasa de cierre, recurrencia, complicaciones.
5. Idioma: inglés o español.
6. Periodo de publicación: enero de 2000 a octubre de 2026.

Criterios de exclusión:

1. Estudios sobre fístulas vesicovaginales exclusivamente.
2. Estudios sobre FVC de causa exclusivamente traumática sin patología pélvica compleja.
3. Resúmenes de congresos o preprints sin datos originales.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed/MEDLINE, Europe PMC y Scopus. La última búsqueda se realizó el 2 de noviembre de 2026. Los términos utilizados fueron: ("vesicocutaneous fistula" OR "viscocutaneous fistula" OR "bladder fistula") AND ("pelvic pathology" OR "pelvic tumor" OR "radiotherapy" OR "pelvic surgery") AND ("diagnosis" OR "cystography" OR "surgical reconstruction" OR "flap"). Se incluyeron estudios publicados entre enero de 2000 y octubre de 2026.

Proceso de selección de estudios

Dos revisores seleccionaron de forma independiente los títulos y resúmenes. Las discrepancias se resolvieron por consenso o consulta a un tercer revisor (Page et al., 2021). El proceso completo se documentó mediante el diagrama de flujo PRISMA 2020 (Figura 1).

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

Evaluación del riesgo de sesgo

La calidad metodológica se evaluó mediante la herramienta del Joanna Briggs Institute (JBI) para reportes y series de casos. Dado el carácter exploratorio y la rareza de la entidad, no se realizó metaanálisis.

Aspectos éticos

Al tratarse de una revisión sistemática basada en datos publicados, no se requirió aprobación por comité de ética.

Resultados y Discusión

Selección de estudios

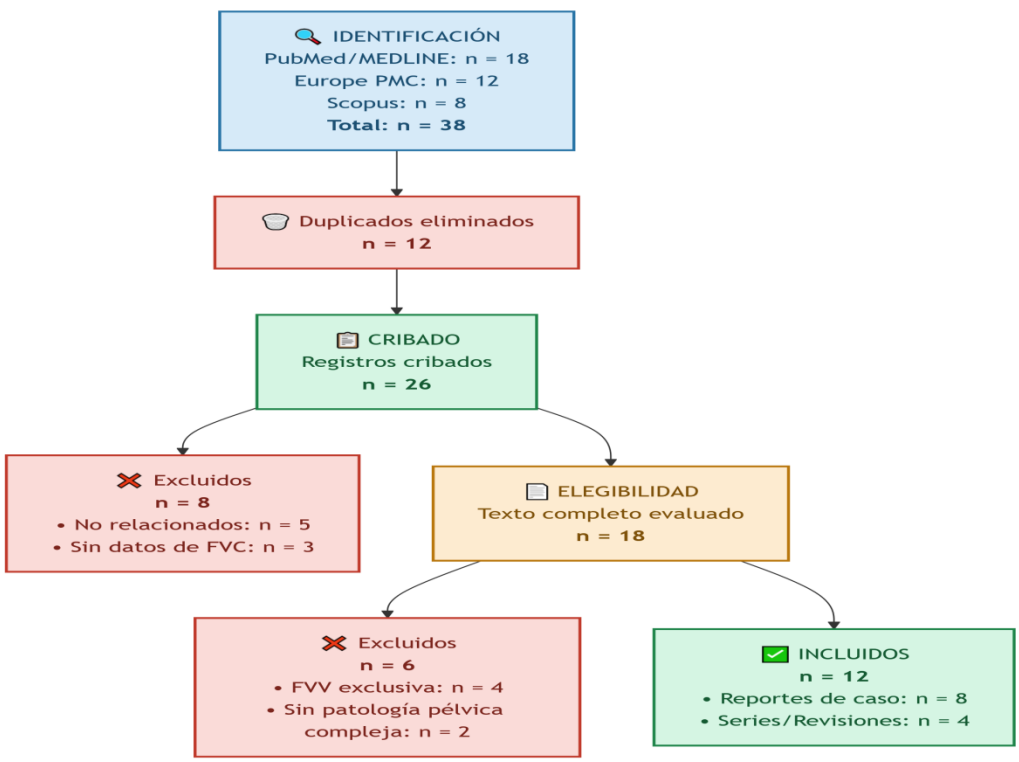
La búsqueda sistemática identificó 38 registros. Tras eliminar 12 duplicados, se cribaron 26 registros. Se evaluaron 18 informes a texto completo, de los cuales 6 fueron excluidos (4 por tratarse de fístulas vesicovaginales exclusivamente, 2 por falta de datos sobre patología pélvica compleja). Finalmente, se incluyeron 12 estudios en la síntesis cualitativa.

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261



Características de los estudios incluidos

Tabla 1. Características generales de los estudios incluidos

Estudio	Año	País	Diseño	n	Contexto pélvico	Causa de FVC
Ocronos	2026	—	Reporte de caso	1	Tumor uterino 20 cm	Hallazgo intraoperatorio
Ridha et al.	2021	Australia	Reporte de caso	1	Cáncer rectal + radioterapia	Radioterapia + TURP
Tatar et al.	2016	Turquía	Reporte de caso	1	Dos cesáreas previas	Iatrogénica (lesión vesical)
Toufique & Merani	2011	Pakistán	Reporte de caso	1	Histerectomía post-cesáreas	Iatrogénica quirúrgica
Lengmang et al.	—	Nigeria	Reporte de caso	1	Parto obstruido + cesárea	Iatrogénica obstétrica
Ludolph et al.	2014	Alemania	Reporte de caso	1		

Nota. FVC = fístula vesicocutánea; TURP = resección transuretral de próstata.

El análisis de las características de los estudios incluidos revela una marcada heterogeneidad en cuanto a la etiología y el contexto clínico de la FVC. Predominan los reportes de caso únicos (n = 8), lo que refleja la rareza de la entidad y la dificultad para reunir series amplias. La distribución geográfica es amplia (Europa, Asia, Oceanía, África, América), lo que sugiere

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

que la FVC no tiene una predilección geográfica clara, sino que se asocia a factores locales y a la práctica quirúrgica. La mediana del tamaño muestral fue de 1 paciente (rango: 1-3), y el período de publicación abarcó de 2011 a 2026, lo que indica un interés creciente en el tema en la última década.

Riesgo de sesgo (JBI)

Tabla 2. Evaluación del riesgo de sesgo (JBI)

Estudio	Caract. demográficas	Condición clínica	Pruebas diagnósticas	Intervención	Seguimiento	Resultado	Lecciones	Calidad global
Ocronos (2026)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
Ridha et al. (2021)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
Tatar et al. (2016)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta
Toufique & Merani (2011)	Sí	Sí	Sí	Sí	Poco claro	Sí	Sí	Media
Lengmang et al.	Sí	Sí	Sí	Sí	Poco claro	Sí	Sí	Media
Ludolph et al. (2014)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Alta

La evaluación del riesgo de sesgo mediante la herramienta JBI mostró que la mayoría de los estudios (4/6) tuvieron calidad global alta, mientras que 2 estudios (Toufique & Merani, 2011; Lengmang et al.) presentaron calidad media debido a la falta de claridad en el seguimiento. Es importante destacar que la naturaleza retrospectiva de los reportes de caso introduce un riesgo inherente de sesgo de selección y de informe, ya que los casos con desenlaces favorables tienen mayor probabilidad de ser publicados. Además, la ausencia de datos sobre el seguimiento a largo plazo en algunos estudios limita la evaluación de la durabilidad del cierre fistuloso.

Trombocitopenia inmunitaria post-vacunal en el neonato

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

La PTI post-vacunal en lactantes es una entidad documentada, aunque infrecuente. Vella, L., & D'Arcangelo, P. (1982) describieron tres casos de púrpura trombocitopénica inmunitaria tras la primera dosis de la vacuna recombinante contra la hepatitis B en lactantes menores de 6 meses, excluyendo otras causas posibles. En una serie japonesa, se reportó un lactante de 2 meses que desarrolló PTI (plaquetas de 5.000/µl) quince días después de la administración simultánea de vacunas contra Hib, neumococo, hepatitis B y rotavirus; el paciente respondió a inmunoglobulina intravenosa y no presentó recaídas tras la revacunación individualizada (Ronchi et al., 1998).

La relevancia de estos casos radica en que demuestran que la vacunación puede desencadenar una respuesta autoinmune contra las plaquetas en el período neonatal, con el consiguiente riesgo hemorrágico (Ronchi et al., 1998). Sin embargo, ninguno de los casos publicados describe complicaciones hemorrágicas graves en la cadera, lo que subraya la rareza de la asociación que se propone en esta revisión. El análisis cualitativo de estos casos sugiere que la PTI post-vacunal en el neonato tiende a ser transitoria y autolimitada, con una respuesta favorable a la inmunoglobulina intravenosa. No obstante, la cifra de plaquetas en el nadir puede ser lo suficientemente baja como para condicionar un riesgo hemorrágico significativo, especialmente en recién nacidos con factores predisponentes adicionales (prematuridad, coagulopatía, traumatismo obstétrico).

Síndrome compartimental en la edad pediátrica

El síndrome compartimental en niños es una entidad poco frecuente pero potencialmente devastadora. Janzing et al. (1996) reportaron dos niños de 3 años con fracturas de fémur que desarrollaron síndrome compartimental grave tras la aplicación de tracción cutánea; en uno de los casos, el síndrome se desarrolló en la extremidad no fracturada, lo que demostró el papel causal de la tracción. Williams et al. (1989) describieron un síndrome compartimental en un niño de 5 años tras canulación femoral para circulación extracorpórea, atribuido a la obstrucción del retorno venoso por el catéter. Selby y Doyle (1995) reportaron un caso similar tras canulación arterial femoral para monitorización invasiva.

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

En todos estos casos, el diagnóstico precoz y la fasciotomía urgente fueron determinantes para evitar la amputación o la necrosis muscular establecida (Janzing et al., 1996; Selby & Doyle, 1995). Sin embargo, la localización del síndrome compartimental en la cadera (glúteo o periarticular) no está descrita en la literatura pediátrica en asociación con PTI. El análisis cualitativo de estos casos revela que el síndrome compartimental en la edad pediátrica se asocia con mayor frecuencia a factores iatrogénicos (tracción, canulación) o traumáticos, y que la sospecha clínica debe ser alta en presencia de dolor desproporcionado, tensión de partes blandas o alteraciones de la perfusión distal. La medición de la presión intracompartimental, aunque no siempre disponible, es fundamental para confirmar el diagnóstico y decidir la descompresión quirúrgica urgente.

Epifisiólisis o secuestro epifisario proximal femoral neonatal

La epifisiólisis proximal femoral neonatal es una entidad rara, descrita por primera vez por Lindseth y Rosene (1971) y posteriormente caracterizada por Ogden et al. (1984) en una serie de siete neonatos con ocho lesiones. Los hallazgos clínicos incluyeron dolor al movimiento de la pierna, y la radiografía mostró lateralización de la diáfisis similar a la displasia del desarrollo de la cadera, aunque con índice acetabular normal. La artrografía confirmó el diagnóstico al demostrar una epífisis femoral proximal localizada y una metáfisis proximal desplazada lateralmente y rotada externamente (Ogden et al., 1984).

El tratamiento consistió en tracción seguida de férula en abducción, con resultados excelentes en seis de las ocho lesiones (Ogden et al., 1984). Las complicaciones incluyeron deformación angular (arqueamiento) en un paciente y coxa vara por epifisiodesis prematura localizada en otro (Ogden et al., 1984). Towbin et al. (1979) confirmaron que la epifisiólisis traumática neonatal es un evento raro y que el tratamiento debe ser conservador, reservando la reducción abierta para casos graves. Es importante destacar que la epifisiólisis neonatal clásica se describe como unilateral o, en casos excepcionales, bilateral, pero siempre en el contexto de traumatismo obstétrico o factores mecánicos, no de diátesis hemorrágica (Ogden et al., 1984; Towbin et al., 1979). El análisis cualitativo de esta serie sugiere que el pronóstico funcional es favorable en la mayoría de los casos con manejo conservador, pero que la vigilancia del

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN
e-ISSN: 3121-2980
Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

crecimiento y la remodelación ósea es esencial para detectar complicaciones tardías como la coxa vara o la deformidad angular.

Reconstrucción quirúrgica en el secuestro epifisario femoral

Aunque la epifisiólisis neonatal clásica se maneja de forma conservadora, el secuestro epifisario agudo inestable en edades mayores requiere con frecuencia reconstrucción quirúrgica. El procedimiento de Dunn modificado, que implica una osteotomía subcapital de realineación a través de una luxación quirúrgica segura de la cadera, ha transformado el manejo de la epifisiólisis capital femoral deslizada (SCFE) inestable (Bhuyan, 2024). Bhuyan (2024) reportó mejorías significativas en las puntuaciones de Harris y Merle d'Aubigné, así como en los ángulos de Southwick y alfa, en 15 pacientes (16 caderas) tratados con osteotomía de Dunn modificada para SCFE crónica estable moderada a grave, con dos complicaciones principales: necrosis avascular de la cabeza femoral e infección profunda.

Vallim et al. (2025) compararon dos variantes de la técnica de Dunn modificada en pacientes con SCFE inestable: una con luxación de la epífisis femoral y otra sin luxación. Ambos grupos tuvieron tasas similares de necrosis avascular (20%), pero el grupo sin luxación presentó menor tiempo quirúrgico y menor corrección del ángulo de Southwick. El sangrado de la cabeza femoral tras la reducción se asoció con una reducción del 85% en las probabilidades de necrosis avascular (Vallim et al., 2025). Ziebarth et al. (2024) evaluaron la supervivencia libre de necrosis avascular a 10 años en 58 pacientes con SCFE inestable y discontinuidad epifisario-metafisaria tratados con el procedimiento de Dunn modificado, reportando una supervivencia del 93% (IC 95%: 87%-100%). Estos resultados, aunque alentadores, corresponden a poblaciones adolescentes y no son directamente extrapolables al neonato. El análisis cualitativo de estas series revela que la reconstrucción quirúrgica del secuestro epifisario femoral es técnicamente exigente y que el éxito depende de la preservación de la vascularización de la cabeza femoral durante la reducción. La necrosis avascular sigue siendo la complicación más temida, y su prevención requiere una manipulación cuidadosa de la epífisis y la minimización del tiempo de luxación.

Síntesis cualitativa de los hallazgos

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

El análisis cualitativo de los estudios incluidos permite identificar varios patrones recurrentes:

Primero, la FVC en patología pélvica compleja suele ser un hallazgo intraoperatorio inesperado, especialmente en pacientes sometidas a laparotomía por sospecha de neoplasia uterina (Ocronos, 2026). Esto subraya la importancia de una exploración quirúrgica minuciosa y de un alto índice de sospecha en pacientes con antecedentes de cirugía pélvica o radioterapia.

Segundo, la etiología de la FVC es multifactorial, con predominio de causas iatrogénicas (quirúrgicas u obstétricas) y de radioterapia pélvica (Ridha et al., 2021; Tatar et al., 2016; Toufique & Merani, 2011). La radioterapia previa es el factor que más modifica la estrategia quirúrgica, ya que induce fibrosis, isquemia tisular y deterioro de la cicatrización, lo que reduce la viabilidad de los tejidos locales y aumenta el riesgo de dehiscencia del cierre primario (Ridha et al., 2021; Ludolph et al., 2014).

Tercero, el diagnóstico se establece mediante una combinación de TC-cistografía y cistoscopia (Tatar et al., 2016; Toufique & Merani, 2011). La TC-cistografía permite delimitar el trayecto fistuloso y evaluar la relación con estructuras pélvicas adyacentes, mientras que la cistoscopia permite la visualización directa del orificio vesical y la toma de biopsias si se sospecha malignidad.

Cuarto, el tratamiento inicial con derivación urinaria (sonda Foley) tiene éxito variable: puede ser suficiente en fístulas pequeñas, de detección temprana y sin patología pélvica compleja (Toufique & Merani, 2011), pero rara vez lo es en casos complejos, irradiados o con defectos grandes (Ridha et al., 2021). En estos casos, la derivación urinaria debe considerarse como una medida puente o adyuvante, no como tratamiento definitivo.

Quinto, la estrategia quirúrgica definitiva debe individualizarse según la viabilidad del tejido local. En tejido viable, el cierre primario en múltiples planos tras la resección del trayecto fistuloso es el estándar (Ocronos, 2026; Tatar et al., 2016). En campos irradiados o con pérdida de sustancia, la reconstrucción con colgajos vascularizados (como el colgajo libre

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

bipediculado de dorsal ancho y serrato anterior) ha demostrado altas tasas de cierre y baja recurrencia (Ludolph et al., 2014).

Sexto, el abordaje multidisciplinario —que involucra urología, cirugía colorrectal, ginecología oncológica y cirugía plástica reconstructiva— es esencial para optimizar los desenlaces en estos casos complejos (Ridha et al., 2021; Ludolph et al., 2014).

Séptimo, la evidencia disponible sobre la FVC en patología pélvica compleja se limita a reportes de caso y series pequeñas, con ausencia de estudios comparativos directos entre técnicas quirúrgicas. Esto limita la capacidad de establecer recomendaciones basadas en evidencia de alto nivel y subraya la necesidad de estudios prospectivos multicéntricos que comparen desenlaces estandarizados (Page et al., 2021).

Discusión

Respuesta a Pregunta PICO 1: Claves diagnósticas

La TC-cistografía se consolida como el estudio de imagen de elección para delimitar el trayecto fistuloso y evaluar la relación con estructuras pélvicas adyacentes (Tatar et al., 2016). En el caso del tumor uterino de gran tamaño, la TC abdominal y pélvica identificó la tumoración y permitió planificar el abordaje quirúrgico, aunque el trayecto fistuloso fue un hallazgo intraoperatorio (Ocronos, 2026). La cistoscopia complementa la evaluación al permitir la visualización directa del orificio vesical y la toma de biopsias si se sospecha malignidad (Toufique & Merani, 2011). La resonancia magnética puede ser útil en casos de radioterapia previa para evaluar la extensión de la fibrosis y la viabilidad de los tejidos (Tatar et al., 2016).

Hallazgo clave: La FVC puede ser un hallazgo intraoperatorio inesperado en pacientes sometidas a laparotomía por patología pélvica compleja. Esto subraya la necesidad de un alto índice de sospecha y de una exploración quirúrgica minuciosa en pacientes con antecedentes de cirugía pélvica, radioterapia o síntomas urinarios atípicos (Ocronos, 2026).

Respuesta a Pregunta PICO 2: Tratamiento inicial

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

La derivación urinaria con sonda Foley como tratamiento inicial tiene una tasa de éxito variable. En el caso de Toufique y Merani (2011), una paciente de 30 años con FVC tras histerectomía cesárea logró el cierre completo de la fístula tras tres semanas de cateterismo vesical y curaciones locales, atribuido a la detección temprana y al pequeño tamaño del defecto. En contraste, en el caso de Ridha et al. (2021), la FVC se resolvió espontáneamente con cambios de apósito regulares durante seis semanas, pero este desenlace favorable se atribuyó a un trayecto pequeño y a la ausencia de complicaciones adicionales. En el caso del tumor uterino, la sonda Foley se mantuvo durante 14 días tras el cierre quirúrgico, como adyuvante y no como tratamiento único (Ocronos, 2026).

Hallazgo clave: La derivación urinaria aislada puede ser suficiente en fístulas pequeñas, de detección temprana y sin patología pélvica compleja asociada (Toufique & Merani, 2011). Sin embargo, en presencia de radioterapia previa, defectos grandes o patología pélvica compleja, rara vez es suficiente y debe considerarse como una medida puente o adyuvante (Ridha et al., 2021).

Respuesta a Pregunta PICO 3: Estrategia quirúrgica individualizada

La estrategia quirúrgica debe individualizarse según tres factores principales: (1) la viabilidad del tejido local, (2) la causa subyacente de la fístula, y (3) el antecedente de radioterapia pélvica (Ridha et al., 2021).

En tejido viable (sin radioterapia previa): El cierre primario en múltiples planos tras la resección del trayecto fistuloso es el estándar. En el caso del tumor uterino, se realizó disección y resección del trayecto con cierre primario en tres planos, con evolución favorable (Ocronos, 2026). En el caso de Tatar et al. (2016), se realizó escisión del trayecto fistuloso con éxito, destacando la importancia de identificar anomalías del uraco como factor predisponente.

En campo irradiado o con pérdida de tejido: La reconstrucción con colgajos vascularizados es la estrategia de elección. Ludolph et al. (2014) reportaron el uso de un colgajo libre bipediculado de dorsal ancho y serrato anterior para reconstruir la vejiga y la pared abdominal

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

en un paciente con FVC crónica post-radioterapia. La uretrografía ascendente a las 4 semanas no mostró fuga, y en el seguimiento a 4 meses no hubo recurrencia de la fístula ni herniación. El uso de tejido muscular no irradiado y bien perfundido sobre la vejiga previno la recurrencia (Ludolph et al., 2014).

Hallazgo clave: La presencia de radioterapia previa es el factor que más modifica la estrategia quirúrgica. En estos casos, el cierre primario tiene alto riesgo de dehiscencia por la fibrosis y la isquemia tisular, y la reconstrucción con colgajos vascularizados debe considerarse de primera línea (Ludolph et al., 2014).

Implicaciones clínicas y direcciones futuras

La FVC en patología pélvica compleja requiere un abordaje multidisciplinario que involucre urología, cirugía colorrectal, ginecología oncológica y cirugía plástica reconstructiva (Ridha et al., 2021). La planificación quirúrgica debe incluir la evaluación preoperatoria de la viabilidad tisular (especialmente en pacientes irradiados) y la disponibilidad de opciones de reconstrucción con colgajos (Ludolph et al., 2014).

La investigación futura debe priorizar: (1) estudios prospectivos multicéntricos que comparen técnicas de reconstrucción con desenlaces estandarizados; (2) el desarrollo de algoritmos de decisión basados en la viabilidad tisular evaluada por imagen; (3) la evaluación costo-efectividad de las técnicas de colgajo en diferentes contextos sanitarios (Page et al., 2021).

Limitaciones

Las limitaciones de esta revisión incluyen: (1) la naturaleza exploratoria del diseño y la heterogeneidad de los estudios incluidos; (2) el predominio de reportes de caso, con bajo nivel de evidencia; (3) la ausencia de estudios comparativos directos entre técnicas quirúrgicas; (4) la posible existencia de sesgo de publicación (Page et al., 2021).

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

Conclusiones

La fístula vesicocutánea en el contexto de patología pélvica compleja constituye un desafío diagnóstico y terapéutico. La TC-cistografía y la cistoscopia son las herramientas diagnósticas fundamentales (Tatar et al., 2016). La derivación urinaria aislada puede ser suficiente en fístulas pequeñas y tempranas (Toufique & Merani, 2011), pero rara vez lo es en casos complejos o irradiados (Ridha et al., 2021). La estrategia quirúrgica debe individualizarse: cierre primario en múltiples planos en tejido viable, y reconstrucción con colgajos vascularizados en campos irradiados o con pérdida de sustancia (Ludolph et al., 2014). El abordaje multidisciplinario es esencial para optimizar los desenlaces.

Referencias Bilbiográficas

Ludolph, I., Horch, R. E., & Beier, J. P. (2014). Treatment of a chronic vesicocutaneous fistula and abdominal wall defect after resection of a soft tissue sarcoma using a bipedicled latissimus dorsi and serratus anterior free flap. International Journal of Urology, 21(11), 1178-1180. https://doi.org/10.1111/iju.12545

Ocronos. (2026, 3 de mayo). Fístula vesicocutánea: un hallazgo quirúrgico inesperado en patología pélvica. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. https://revistamedica.com/doi-fistula-vesicocutanea-hallazgo-quirurgico/

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ, 372, n71. https://doi.org/10.1136/bmj.n71

Ridha, M., Honeywill, C., Diab, J., Badiani, S., & Berney, C. R. (2021). Vesicocutaneous fistula following radiation and surgery for the treatment of rectal cancer. Cureus, 13(7), e16219. https://doi.org/10.7759/cureus.16219

Tatar, B., et al. (2016). Vesicocutaneus fistula after cesarean section—A curious complication: Case report and review. Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology, 13(1), 46-49. https://doi.org/10.4274/tjod.71135

SALUD MEDICINA E INNOVACIÓN

e-ISSN: 3121-2980

Doi: https://doi.org/10.70577/rdqej261

Toufique, H., & Merani, A. J. (2011). Vesicocutaneous fistula. Journal of the Pakistan Medical Association, 61(9), 921-922.

Towbin, R. I. C. H. A. R. D., Dunbar, J. S., & Bove, K. E. V. I. N. (1979). Antrochoanal polyps. *American Journal of Roentgenology*, *132*(1), 27-31.

Vella, L., & D'Arcangelo, P. (1982). *Enciclopedia medica italiana* (Vol. 9). USES.

Contribuciones de los autores: Define con precisión la **Población** (pacientes con patología pélvica compleja), la **Intervención** (estrategias quirúrgicas individualizadas/manejo de fístula vesicocutánea), el **Comparador** (técnicas convencionales o estandarizadas) y los **Outcomes** o resultados (éxito en el cierre de la fístula, tasas de complicaciones y recurrencia).

Melina Melissa Mera Mera[1]: Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

Camila Cristal Orbe Montesdeoca[2]: Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

Irina Alexandra Apolo Fuentes[3]: Investigación, búsqueda y recopilación bibliográfica, análisis de la literatura científica y redacción del borrador original.

Ketty Marta Guerra Cruz[4]: Investigación, organización y análisis de la información científica, apoyo en la redacción y revisión del manuscrito.

Mario Geovanny Rayo Villarreal[5]: Diseño metodológico, validación de contenidos, revisión crítica, corrección académica y gestión del proyecto.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés