

## FISTULAS Y LESIONES DE LA VIA URINARIA

Dr. Signori, Hugo A.\* - Dr. García Guñazú, Antonio R. - Dr. Villaronga, Alberto R.  
Dr. Schulte, Jorge J. - Dr. Márquez, Jorge E.

### Conclusiones

Debido a la diversidad de las lesiones relatadas, no puede sistematizarse un plan único de estudio y tratamiento. En resumen, nuestras conclusiones son que los resultados que se obtengan van más allá de la técnica utilizada, dependen fundamentalmente de la etiología benigna o no del proceso, de un diagnóstico oportuno y correcto y de una operación criteriosa y programada, así como también del respeto a los principios básicos de este tipo de cirugía. Nuestra experiencia coincide con lo expresado por Marshall: "El cirujano debe estar preparado para la diversidad y adversidad", ya que hemos debido realizar 5 nefrectomías, 3 nefrostomías, 3 anastomosis ureterales término-terminales, 1 ligadura de uréter, 1 ureterolisis, 2 ureterostomías cutáneas, 3 ureteroneocistotomías, 1 marsupialización de un quiste retroperitoneal, 6 colostomías transversas, 3 resecciones colónicas segmentarias, 1 Hartmann, 1 cistectomía parcial, 13 cistorrafias por vía abdominal, 3 cistorrafias por vía vaginal y 2 legrados endoscópicos.

### Resumen

Se presenta la casuística de lesiones y fistulas urinarias del Servicio de Urología del Complejo Hospitalario Policial Churruca-Visca, correspondiente al último decenio. Sobre 35 pacientes se hallaron 40 fistulas y lesiones de vía. Se realiza una clasificación general y se analizan etiologías, topografía, tratamientos y resultados.

### Introducción

Se presenta la experiencia del servicio, sobre fistulas y lesiones urinarias tratadas durante el último decenio.

Sobre 3.423 internaciones se observaron 35 casos, que representan 1,02 % de las mismas. Se incluyeron en este estudio todas las lesiones que originaron fistulas urinarias, cualquiera sea su origen, y las lesiones iatrogénicas del uréter bajo, inseparables por su etiopatogenia de las lesiones fistulosas urogenitales femeninas.

### Material y métodos

Se analizaron las historias clínicas de 35 pacientes, hallán-

dose 40 fistulas y lesiones, por presentar algunos más de una patología. Del total de casos, 6 no fueron operados, 1 por cierre espontáneo de una fistula ureterovaginal posterior a una anexohisterectomía total, y en 5 no se intentó por malas condiciones generales o locales de los pacientes. Los 29 pacientes operados requirieron un total de 38 intervenciones quirúrgicas. A 26 de los pacientes, que tenían lesión única, se les efectuaron 24 operaciones resolutivas y 7 no resolutivas. A un paciente con lesión doble se le realizaron dos operaciones no resolutivas y a dos pacientes con lesión triple se les efectuaron 5 operaciones resolutivas.

### Lesiones - Tratamiento

Nº de lesiones por paciente	Nº de pacientes	Nº total de lesiones	Operaciones resolutivas	Operaciones no resolutivas	Lesiones no operadas	Total de operaciones
1	26	26	24	7	—	31
2	1	2	—	2	—	2
3	2	6	5	—	1	5
No operad.	6	6	—	—	6	—
TOTAL	35	40	29	9	7	38

### Clasificación del material

A efectos de individualizar las distintas variedades de lesiones, las agrupamos en la siguiente clasificación topográfica:

#### Distribución topográfica

Riñón	Fistulas renoentéricas	2	2
* Pelvis y uréter bajo	Fistulas pielocutáneas	1	2
	Fistulas ureterorretroperitoneales	1	

\* Jefe de Servicio.

Servicio de Urología del Complejo Médico Policial B. Churruca - A. Visca.

Uréter bajo	Fístulas cutáneas	{ Abdominal Perineal	2	13
	Fístulas genitales		2	
	Ligaduras	6		
	Sección	1		
Vejiga	Fístulas cutáneas		6	23
	Fístulas genitales	{ Vesicovaginal Vesicouterina Vesicout.-vag.	8	
			1	
			1	
	Fístulas entéricas		2	
Fístulas complejas o mixta (ves.-vag.-rec.)		5		

### Etiopatogenia

Las causas que produjeron las lesiones se resumen en el siguiente cuadro, donde puede observarse que el grupo más

numeroso lo constituyen las de origen quirúrgico ginecológico:

### Clasificación etiopatogénica según topografía

Topografía	Gin.	Quirúrgicas		Proct.	Tocog.	Actin.	Neopl.	Tromb. Accid.	Infec.
		Obst.	Ur.						
Renoentéricas								1	1
Pielocutáneas			1						
Ureterorretroperitoneales								1	
Ureterocutáneas	1		1	1				1	
Ureterovaginales	2								
Ligadura	6								
Sección	1								
Vesicocutáneas			5				1		
Vesicovaginales	6				2				
Vesicouterinas		1							
Vesicout.-vag.		1							
Vesicosigmoideas							1		1
Vesicovag.-rec.	1					4			
<b>TOTALES</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

### Discusión de los casos

#### Riñón

##### Fístulas renocólicas

Las comunicaciones fistulosas de las cavidades renales con el colon son procesos poco frecuentes, que pueden surgir como complicación de las piodermitis litiásicas, tuberculosis, perinefritis, equinocosis, cirugía y traumatismos. El proceso fistuloso renocólico patogénicamente suele comenzar por una piodermitis, generalmente litiásica, que produce firmes adherencias entre el colon y la cara anterior del riñón, con posterior apertura de las cavidades renales en colon, constituyéndose así la fístula. Uno de nuestros pacientes presentó esa secuencia; se trataba de una mujer de 36 años que se intervino con diagnóstico de uropionefrosis litiásica, hallándose en el acto operatorio una fístula renocólica inespecífica, que se trató con nefrectomía, resección colónica segmentaria y colostomía a cabos divorciados, evolucionando satisfactoriamente.

El otro caso, objeto de una publicación anterior, es de una etiología particular; se trataba de una fístula renocólica izquierda producida por una herida de bala, con orificio de entrada en fosa lumbar derecha, quedando el proyectil alojado en celular subcutáneo de flanco izquierdo. Aproximadamente al mes, presentó infección urinaria severa y neumaturia. Los estudios demostraron una fístula renocólica

izquierda a nivel del cáliz inferior, por lo que fue operado, realizándose colostomía y nefrostomía transitorias y drenaje de un absceso de fosa lumbar, evolucionando satisfactoriamente.

#### Pelvis y uréter alto

##### Fístulas pielocutáneas

Etiopatogénicamente, como las anteriores, pueden ser espontáneas en el curso de una tuberculosis o una piodermitis litiásica, pero la mayor parte son posoperatorias de la cirugía renal conservadora (ureteropieloplastias, pielolitomías, nefrectomías parciales, etc.), soliendo ser temporarias, por curar espontáneamente o mediante cateterismo ureteral. En caso contrario se debe sospechar una uropatía obstructiva subyacente, o una organización del trayecto fistuloso. La poca frecuencia de esta patología la demuestra el hecho de que de toda la cirugía renal conservadora realizada en nuestro servicio, en los últimos 10 años (145 casos), un solo caso presentó una fístula pielocutánea persistente. Se trataba de un paciente con litiasis piélica, al cual se le efectuó una pielolitomía, complicándose el posoperatorio con infección y obstrucción de la unión ureteropielica, con severo compromiso renal, que obligó a la nefrectomía.

El otro caso de lesión de uréter lumbabdómnico se trataba de un paciente herido de bala en abdomen, que se exploró quirúrgicamente, tratándose cuatro perforaciones de intes-

tino delgado. Pasó desapercibida una lesión de 1/3 superior del uréter izquierdo, que se fistulizó en el retroperitoneo, formando una cavidad pseudoquística no flemonosa. Debíó ser reintervenido a los 3 meses, marsupializándose, con cierre espontáneo de la fístula, quedando como secuela una estenosis ureteral por englobamiento cicatrizal. A los 7 años se reoperó, realizándose una ureterolisis, mejorando. Este caso es particular en cuanto a su evolución, ya que los heridos de bala con lesión ureteral desapercibida suelen evolucionar hacia la obstrucción ureteral y pérdida funcional renal, por lo que es imprescindible, si el estado general del paciente lo permite, la realización de un urograma excretor preoperatorio, para descartar este tipo de lesión. Coincidimos con Holden, Stuart y col. que aconsejan esta conducta en una revisión de 63 heridas de bala de uréter, que en su casuística representó 2,3 % de todas las heridas de bala de abdomen.

### Uréter inferior

*Fístulas ureterocutáneas, fístulas ureterovaginales, ligaduras y secciones*

De los 35 pacientes, 9 (26 %) presentaron algún tipo de lesión del uréter ileopélvico.

### Lesiones ureterales

9 pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13 lesiones	6 fístulas	F	F	F	F			F	F
	6 ligaduras					L	L	L	LL
	1 sección								S

En 4 casos se halló una fístula unilateral, en 2 casos ligadura de uréter unilateral, los 3 restantes cursaron con lesiones múltiples: fístula y ligadura, ligadura y sección, fístula y dos ligaduras; totalizando 13 lesiones (32,5 % del total de lesiones). La etiopatogenia se grafica en el siguiente cuadro:

### Tratamientos y resultados

Tratamientos	Conductas	Nº de proced.	Nº intentos			Éxitos	Tiempo preoper.	Tiempo promed.
			1º	2º	3º			
Resolutivos	Reimplan. 1 tiempo	1	1	—	—	1 (100 %)	0	0
	Reimplan. c/nefrost. previa	2	1	—	—	2 (100 %)	140 d - 150 d	145 d
	Anastomosis T-T	3	3	—	—	3 (100 %)	0 - 4 - 4	2,7 d
	Cierre espontáneo	2	2	—	—	2 (100 %)	120 - 90	105 d
No resolutivos	Op. no resolutive	4	—	—	—			
	No intent.	1	—	—	—			
TOTAL		13						

De las 13 lesiones, 2 curaron espontáneamente y 6 permitieron tratamiento resolutivo directamente sobre la lesión, siendo exitosos todos al primer intento, manteniendo y/o recuperando la función renal. De las 5 lesiones restantes, en un paciente con mal estado general, no se pudo intentar tratamiento alguno, los 4 restantes sólo permitieron tratamiento paliativo o no resolutivo (nefrectomía, derivación).

Etiopatogenia lesional				
Tipo	Origen	Causa	Nº de lesiones	%
Benigno	Quirúrg.-urol.	Anast. T-T	1	7,7
	Traumático	Herido bala	1	7,7
Maligno	Ginecológico	Anexohist.	7	54
		Wertheim	3	23
	Quirúrg.-proc.	Miles	1	7,7

La causa más frecuente fue de origen quirúrgico ginecológico (77 %).

### Tiempo de aparición de la fístula

Tipo	Causa	Tiempo de aparición	Promedio
Benigno	Quirúrg.-urol.	7	
	Traumático	2	9,6 D
	Anexohist.	20	
Maligno	Wertheim	7	30
	Miles	10	15,6 D

De las 13 lesiones observadas, 6 fueron fistulosas, siendo el tiempo promedio de aparición 10 días para las operaciones por procesos benignos y 15 días para las operaciones por procesos malignos.

### Complicaciones del Wertheim

Lesiones vesicales	1
Lesiones ureterales	3

La operación de Wertheim representa 23 % como causa de lesión ureteral, en tanto que, como luego veremos, representa 4,4 % de las lesiones vesicales.

El lado más afectado por las lesiones ureterales fue el izquierdo: 8 a 5 (61,5 %)

Los tratamientos quirúrgicos resolutivos fueron efectuados precozmente, con un tiempo promedio de 3 días, salvo aquellos casos en que se efectuó diagnóstico tardío, realizándose nefrostomía previa para tratar una función renal alterada, efectuándose la operación resolutiva en forma tardía, con un promedio de 145 días. Las dos lesiones que cerraron espontáneamente lo hicieron en un lapso promedio de 3,5

meses, bajo control periódico de función renal que así lo permitió. Las conductas quirúrgicas más utilizadas fueron anastomosis término-terminal y el reimplante ureteral, en proporción igual.

## Vejiga

### Fístulas vesicales

En nuestra estadística encontramos 23 casos con lesiones vesicales fistulosas, lo que representa 66 % del total de pa-

cientes con lesiones del árbol urinario. Dentro del grupo, el más frecuente resultó el de fístulas vesicogenitales femeninas, con un porcentaje de 43 %. Este grupo de fístulas: vesicovaginales, vesicouterinas, vesicouterino-vaginales y vesicovagino-rectales constituyen un conjunto firmemente unido por una etiología toginecológica y por un síntoma común: la pérdida de orina por vagina. El análisis etiopatogénico y topográfico se expresa en la siguiente tabla:

**Etiopatogenia y topografía de fístulas vesicales**

Etiología	Nº pac.	Genitales			Compl.	Cut.	Enter.	Total
		Vag.	Ut.	Ut.-vag.				
Q { Ginec. { AHT por mioma Wertheim + Radium	6	6					6 (26 %)	
	1				1		1 (4,4 %)	
	2		1	1			2 (8,7 %)	
	4					4	2 (8,7 %)	
Urol. { Posadenomectomía Poscist. parcial por CA	1				1		4 (17,3 %)	
	2	2					1 (4,4 %)	
Tocogin. Fórceps	2						4 (17,3 %)	
Actínica	4				4		2 (8,7 %)	
Neoplasia	2					1	1 (4,4 %)	
Divertic. Infecciosa	1					1	1 (4,4 %)	
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	

Las fístulas de etiología quirúrgica ginecológica conforman la mayor parte de las lesiones vesicales. La operación de Wertheim produjo un mayor índice de lesiones ureterales (23 %) que vesicales (4,4 %); esto estaría explicado por la gran disección del uréter en el transcurso de la operación. Su manifestación suele ser tardía por el mecanismo de producción: necrosis por denudación. Durante la histerec-tomía, Graber describe momentos quirúrgicos durante los cuales puede producirse una lesión vesical: 1) vejiga llena; 2) tumor uterino u operación previa; 3) al separar la vejiga del cuerpo uterino; 4) al abrir la vagina; 5) al suturar el fórnix vaginal. Se menciona también como factor etiológico el uso de suturas no reabsorbibles, muy mal toleradas en esta zona. En el grupo de fístulas vesicogenitales femeninas, se hallaron 5 casos de fístulas vesicovagino-rectales o fístulas complejas, en las cuales la etiología actínica estuvo presente en todas, en 4, como etiología principal y en otra como factor coadyuvante de una operación de Wertheim. Las fístulas quirúrgicas obstétricas se producen en la operación cesárea, por lesión directa o por sutura. Se localizan a nivel de útero, cuello o cúpula vaginal. La fístula vesicouterina se produce por lesión vesical durante la cesárea ístmica, incluyendo endometrio en la sutura de la pared uterina juntamente con la lesión vesical. El cuadro clínico de las fístulas vesicouterinas varía fundamentalmente según si la fístula se establece por encima o por debajo del istmo del cuello uterino. En el primer caso se produce el cuadro de amenorrea, hematuria periódica (menuria de Youssef) y perfecta continencia urinaria. En el segundo caso hay pérdida de orina por vagina, como ocurrió en nuestra paciente.

Las fístulas togénicas se pueden producir en un parto distócico prolongado, un parto precipitado, por necrosis vesical compresiva al impactarse la cabeza fetal contra la sín-

fisis pubiana o por parto forcipal como en los 2 casos nuestros.

Las fístulas vesicocutáneas fueron (26 % de todas las fístulas) 4 de ellas por epitelización de un trayecto hipogástrico posterior a una adenomectomía prostática transvesical, 1 luego de una cistorrafia posterior a una cistectomía parcial por cáncer de vejiga y el otro caso fue una fístula neoplásica por invasión parietal de un cáncer vesical.

Las fístulas vesicoentéricas fueron 2, ambas espontáneas, una de etiología infeccioso-diverticular y la otra un adenocarcinoma de sigmoides invasivo a vejiga, con posterior fistulización.

### Tiempo de aparición

Quirúrgico						Actínico		
Benigno			Maligno					
Mn	Mx	%	Mn	Mx	%	Mn	Mx	%
0	95	13d	68	107	87d	8m	14a	5a

El tiempo de aparición de las lesiones fistulosas quirúrgicas, por tratamiento de patología benigna, osciló entre 0 y 95 días (promedio 13 días); por tratamiento de patología maligna, entre 68 y 107 días (promedio 87 días), y para las fístulas de origen actínico, entre 8 meses y 14 años (promedio 5 años).

El resultado del tratamiento dependió fundamentalmente de la etiología de base que dio lugar a la fístula, como se desprende del siguiente cuadro:



## 'Rohypnoi'<sup>®</sup>

La más moderna constelación en el universo  
de los hipnóticos

Comprimidos birranurados con 2 mg  
caja con 10 y 30



Ampollas (1 ml) con 2 mg  
caja con 6

# REDOXON-A-Gotas

XX = 200 mg vit. C + 2.000 U.I. vit. A

ROCHE



eficacia estable  
vitamina C + vitamina A  
acción antiinfecciosa + acción antiinfecciosa

### Resultados según patología de base

Lesión	Evolución	Nº	Intent.	Nº int.	Éxitos	Fracasos	No curad.
Maligna	Por trat.	6	2	4	1 (50%)	1	5
	Espontánea	2	1	1	1 (50%)	0	1
Benigna	Por trat.	14	14	0	14 (100%)	0	0
	Espontánea	1	1	0	1 (100%)	0	0

En los tratamientos de fístulas con patología de base neoplásica, los resultados no han sido alentadores. En nuestro grupo de 8 pacientes solamente pudo intentarse en 3 casos, fracasando en uno de ellos, por lo que quedaron sin curar 6, lo que representa el 75%. Ni todo el ingenio ni la capacidad del mejor cirujano son suficientes para la solución de las fístulas que se plantean en estos pacientes, generalmente irradiados, con isquemia de los tejidos que se intentan reparar. Previo a cualquier intervención quirúrgica se debe descartar la recidiva neoplásica, mediante biopsia de los bordes de la lesión. En caso de realizarse la operación, debe interponerse tejido vascularizado que permitiría la irrigación por revascularización de las lesiones suturadas. La única fístula espontánea benigna correspondió a una fístula vesicosigmoidea infeccioso-diverticular, que se manifestó por neumaturia. Se diagnosticó con una rectosigmoidoscopia que demostró el pasaje de azul de metileno desde vejiga. Se trató con sigmoidectomía y cistorrafia, evolucionando favorablemente.

Las fístulas por tratamiento de procesos benignos fueron las más frecuentes, 14 casos: 10 pacientes presentaron fístulas vesicovaginales y 4 de ellos fístulas vesicocutáneas.

### Tratamientos quirúrgicos y resultados

Fístula	Conducta	Nº de proced.	Éxitos		Fracaso
			1º int.	2º int.	
Vesico-vaginal (10 pac.)	Legrado endosc.	2*	1	1	0
	Fistulorrafia	Abd.	7	6	0
		Vag.	3	2	1
	No intentados	0	—	—	—
Vesico-cutánea (4 pac.)	Fistulorrafia	4	4	—	—

\* Un paciente presentaba 2 fístulas, una de las cuales pasó desapercibida en la primera operación.

Las fístulas vesicocutáneas curaron todas con fistulectomía y cistorrafia en el primer intento.

En los 10 pacientes con fístulas vesicovaginales se intentó su solución quirúrgica. Requirieron reintervenciones 2 pacientes: uno por fracaso y otro por una fístula desapercibida en la primera operación.

Los 10 pacientes fueron curados, 80% en el primer intento y 100% en el segundo.

### Tiempo preoperatorio

Operación	Casos	Tiempo promedio	
Legrado endoscópico	2	5 meses	
Cistorrafia abdominal	Inmediata	2	1 día
	Mediata	5	4 meses
Cistorrafia vaginal	3	4 meses	

El tratamiento de las fístulas vesicovaginales, debe efectuarse, en caso de ser descubiertas, en el momento en que se producen. De no ser así es conveniente esperar un período de 3 a 6 meses, según la mayoría de los autores. Collins preconiza la operación precoz previa administración de corticoides durante 10 días. En los casos tocogénicos se ha aconsejado esperar hasta 9 meses. Pensamos que de no establecerse el diagnóstico en forma inmediata es conveniente efectuar la operación diferida; esto permite: 1) el ciclo completo de degeneración tisular y su posterior regeneración; 2) delimitación del tamaño definitivo de la fístula; 3) ocasionalmente el cierre espontáneo. La primera operación es la que tiene la mayor posibilidad de éxito, por lo que jamás debemos subestimar las dificultades involucradas. En el deseo de liberar a la paciente de una penosa situación, no debemos cometer el error de operar sin un estudio apropiado o sin una profunda comprensión del problema. La suma de datos obtenidos (etiología, situación, tamaño, relaciones ureterales y lesiones asociadas) decidirán la vía. Hay defensores de la vía vaginal y de la vía suprapúbica. Hay quien tiene como axioma el reparar las fístulas por la vía que las ocasionó, pero tal vez el mejor criterio es usar la vía que resulte más cómoda y segura de acuerdo al caso y al cirujano. En nuestra estadística se observa una marcada predilección por la vía abdominal. Consideramos que siempre que sea posible alcanzar la fístula por vía vaginal, ésta es una excelente vía, con un elevado porcentaje de curaciones y con un posoperatorio realmente simple y benigno, especialmente desde que utilizamos la técnica de desplazamiento de un flap vaginal. En caso de fístulas de pequeño calibre y en las residuales posquirúrgicas hemos utilizado con éxito el legrado de la fístula con control endoscópico.

### Bibliografía

- Collins, C. G.; Pent, D., y Jowes, F. B.: "Results of repair of fistula with preliminary cortisone treatment". Am. de Obst. y Ginec., 80:1005, 1960.
- Falk, H. C., y Kurman, M.: "Repair of vesico-vaginal fistula: report of 140 cases". J. Urol., 89:226, 1963.
- Del Negro, O., y Signori, H. A.: "Fístula vésico-uterina".
- Boeminghaus, H.: "Fístulas vésico-vaginales". Terapéutica operatoria, clínica e indicaciones; pág. 490. Edit. Paz Montalvo, Madrid, 1958.
- Hughes, F., y Saldaña, H.: "Traumatismos del uréter". Urología Práctica de Hughes, F., y Schenone, H.; pág. 572. Edit. Inter-Médica, 1971.
- Lorenzo, J. C.: "Fístulas vésico-vaginales". Urología Práctica de Hughes, F., y Schenone, H.; pág. 776. Edit. Inter-Médica, 1971.
- Collins, C. G.; Collins, S. H.; Harrison, B. R.; Nicholls, R. A.; Hoffman, E. S., y Krupp, P. J.: "Early repair of vesico-vaginal fistula". Am. Journal of Obst. and Gynec., III; 524, 1971.
- Barbato, W., Vie, N., y Esturo, J.: "Fístulas uterino-parietales". La Prensa Médica, 184-2804, 1967.
- Gaeta, C.; Colillas, O. J., y Yomha, R.: "La ureterocistoneostomía en el tratamiento de las fístulas urétero-vaginales". La Semana Médica, pág. 419, agosto 1963.
- Kamholz, J. H.; Reisman, R. D., y Kantor, H. I.: "Treatment of the surgically ligated ureter". Obst. and Gynec., 9:599, 1957.

11. Guixa, H., y Cebolleros, L.: "Estudio estadístico de las fistulas entero-genitales en la 1ª Cátedra de Ginecología de Bs. As.". Sinopsis Obstétrica-Ginecológica, 6:X; 617, 1963.
12. Di Paola, G.; Guixa, H. L.: "Estudio estadístico de las fistulas urogenitales de la 1ª Cátedra de Clínica Ginecológica de Bs. As.". Sinopsis Obstétrica-Ginecológica, 5:IX, 503, 1962.
13. Musset, R.; Magder, E.; Michel Wolfron, H.: "Un nuevo caso de fistula útero-vesical después de cesárea. Tratamiento quirúrgico". B. Feder. de Sociétés de Gynecol. et Obst. de Langue Française, 15:372, 1963.
14. Corneliu Popescu: "El tratamiento quirúrgico de las fistulas ureterales posoperatorias". Surgery, Gynec. and Obst., 119:1079, 1964.
15. Mith, H.: "Acerca del tratamiento de las fistulas ureterovaginales". Geburtshilfe, Frauen Heilkunde, 18:64, 1958.
16. Claret, A. J.; Mackintosh, C. A., y Fish, E.: "Fistula vésico-vaginal". La Semana Médica, 10/VIII/67, pág. 402.
17. Boranow, R. C.; Rutledge, F.: "Fistula vésico-vaginal, radiaciones y cáncer ginecológico". Am. Jour. of Obst. and Gynecology, 111: 85, 1971.
18. Falk, H.: "Fistulas vesicales consecutivas a operaciones cesáreas". Sinopsis Gín. y Obst., tomo 7, nº 5:559, 1960.
19. Puigvert, A.: "Fistulorrafia vésico-uterina: Tratado de Operatoria Urológica". Pág. 320. Ed. Labor, 1ª ed., 1971.
20. Del Negro, O.; Signori, Hugo A.; Bonaventura, R.: "Lesiones genitourinarias de origen tocoginecológico". Actas del XIII Congreso Argentino de Urología, V Congreso de las Confederación Argentina de Urología y VII Jornadas Rioplatenses de Urología; nov. 1973.
21. Signori, Hugo A.; Villamil, E. F.; Del Negro, O.; Bonaventura, R.: "Fistula colorrenal postraumática". Revista de la Sociedad de Urología y Nefrología de la Provincia de Buenos Aires, Reunión Científica de la Ciudad de Pergamino, 1973.