Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2025; 93 (6): 203-209.

https://doi.org/10.24245/gom.v93i6.9852

Fístula vesicovaginal: frecuencia, etiología y tratamiento

Vesicovaginal Fistula: frequency, etiology and management.

Francisco Javier Castro Apodaca,[1,3] Humberto Lelevier-De Doig Alvear,[2] Joel Murillo Llanes,[3] Dalia Magaña Ordorica,[3] Gloria María Peña García,[3] Ana Rosa Medina Gutiérrez,[3] Nancy Godoy Rodríguez,[3] John M Heusinkvel[4]

Resumen

OBJETIVO: Conocer las causas y tratamiento de las fístulas vesicovaginales en pacientes atendidas en el servicio de uroginecología de un hospital de tercer nivel de atención.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo y descriptivo de serie de casos atendidos en el Hospital de la Mujer de Culiacán, Sinaloa, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2023, en pacientes con diagnóstico de fístula vesicovaginal. Del análisis para variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y de las variables cuantitativas medias y mediana, procesado en el programa Stata Intercooled versión 13.1 College Station Texas.
RESULTADOS: Se analizaron 4687 expedientes electrónicos de pacientes atendidas durante el periodo de estudio, de las que 2380 (50.77%) se atendieron mediante parto, 2188 por cesárea (46.68%) y 119 histerectomías (2.53%). De ese universo se identificaron 6 pacientes con diagnóstico de fístula vesicovaginal secundaria a un procedimiento ginecológico u obstétrico, con una frecuencia de 1.28 por cada 1000 intervenciones ginecológicas u obstétricas. La fistulectomía se practicó en un promedio de 79.5 ± 33.37 días y en todos los casos el diagnóstico se estableció por medio de la cistoscopia. El acceso quirúrgico más practicado fue el abdominal en 5 de las 6 pacientes, solo en una fue por vía vaginal. Una paciente requirió ser reintervenida debido a que continuaba con pérdidas de orina vía transvaginal.
CONCLUSIONES: La principal causa de la fístula vesicovaginal es la histerectomía por causas benignas. Para el tratamiento se prefiere el acceso por vía abdominal.

PALABRAS CLAVES: Fístula vesicovaginal; histerectomía; cesárea; cirugía ginecológica.

Abstract

OBJECTIVE: To determine the causes and treatment of vesicovaginal fistulas in patients treated at the Urogynecology Department of a tertiary care hospital.
METHODS AND MATERIALS: This was a retrospective, descriptive study of cases of vesicovaginal fistula treated at the Women's Hospital in Culiacán, Sinaloa, between January 1 and December 31, 2023. Qualitative variables were analyzed to yield frequencies, and quantitative variables were analyzed to yield means and medians. All analyses were performed using Stata Intercooled version 13.1 (College Station, TX).
RESULTS: A total of 4,687 electronic patient records from the study period were analyzed. Of these, 2,380 (50.77%) were treated via delivery, 2,188 (46.68%) via C-section, and 119 (2.53%) via hysterectomy. Six patients were diagnosed with vesicovaginal fistula secondary to a gynecological or obstetric procedure, with a frequency of 1.28 per 1,000 procedures. Fistulectomy was performed on average after 79.5 ± 33.37 days, and cystoscopy was used to establish the diagnosis in all cases. The most common surgical approach was abdominal (5 of 6 patients); only one was vaginal. Only one patient required reoperation due to continued transvaginal urine leakage.

[1] Residente de urología ginecológica, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México.
[2] Especialista en uroginecología, adscrito al servicio de ginecología, Hospital Civil de Culiacán, Sinaloa, México.
[3] Profesor investigador de la Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, Sinaloa, México.
[5] Especialista en uroginecología, jefa del servicio de ginecología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México.
[6] Profesor asociado y especialista en medicina pélvica femenina y cirugía reconstructiva, departamento de obstetricia y ginecología, Banner University Medical Center, Tucson, Arizona.

ORCID
https://orcid.org/0000-0002-1857-1595

Recibido: enero 2025
Aceptado: mayo 2025

Correspondencia
Francisco Javier Castro Apodaca
francisco.castroapodaca@uas.edu.mx

Este artículo debe citarse como:
Castro-Apodaca FJ, Lelevier-De Doig Alvear H, Murillo-Llanes H, Magaña-Ordorica D, Peña-García GM, Medina-Gutiérrez AR, Godoy-Rodríguez N, Heusinkvel JM. Fístula vesicovaginal; frecuencia, etiología y tratamiento. Ginecol Obstet Mex 2025; (6): 203-209.

CONCLUSIONS: The main cause of vesicovaginal fistula is hysterectomy for benign reasons. Abdominal access is preferred for treatment.

KEYWORDS: Vesicovaginal fistula; Hysterectomy; Cesarean section; Gynecological surgery.

ANTECEDENTES

Las fístulas vesicovaginales representan un tipo de comunicación anómala entre la vejiga y la vagina; clínicamente se manifiestan con salida constante de orina a través de la vagina.[1] En países industrializados las fístulas vesicovaginales son poco frecuentes y casi todos los casos derivan de una complicación quirúrgica ginecológica, y en los países en vías de industrialización son consecuencia de trabajo de parto prolongado.[2]

En el ámbito mundial, por lo menos tres millones de mujeres tiene o ha tenido una fístula vesicovaginal.[3] En Occidente, la incidencia reportada, asociada con una intervención quirúrgica pélvica, es del 0.1 al 0.2%.[4] En México se desconoce la incidencia real de fístulas vesicovaginales, pues solo existen reportes de casos o series de casos en los que se refiere la experiencia, diagnóstico y tratamiento como el de Martínez y colaboradores, quienes reportaron 27 casos en el Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (2007),[1] Martínez PR y su equipo[5] que comunicaron una serie de 54 casos de fístulas vesicovaginales (2011) atendidas en el Hospital Gea González,[1] y el grupo de Ríos Melgarejo que atendió a 15 pacientes en la Unidad Médica de Alta Especialidad del Bajío, en el IMSS Guanajuato (2020).[4]

El diagnóstico oportuno y la reparación son parte decisiva de la atención de pacientes con una fístula vesicovaginal, pues se trata de un padecimiento que deteriora la calidad de vida.[5] La pérdida de orina, posterior a una intervención quirúrgica pélvica, sobre todo luego de un episodio obstétrico, debe hacer sospechar una fístula vesicovaginal, que aparece luego de una semana o en los meses siguientes a una intervención.[3]

El diagnóstico de fístula vesicovaginal se establece con base en el examen pélvico con espéculo vaginal. Y se complementa con la prueba de fenazopiridina por vía oral, azul de metileno o una solución de povidona más solución salina diluida. A las dos horas se inspecciona, con hisopos, la cavidad vaginal, si se identifica un tinte azul o de la solución de povidona se confirma el diagnóstico.[6,7]

La exploración mediante ecografía transvaginal es un método accesible, de bajo costo, que permite visualizar claramente el tamaño de la fístula vesicovaginal, el sitio e incluso el trayecto fistuloso, con el inconveniente de ser operador dependiente y requerir adiestramiento para adquirir habilidad y experiencia; por ello es de utilidad limitada.[7]

Las imágenes por tomografía computada contrastada, sugerentes de fístula vesicovaginal son: medio de contraste o detección de aire o líquido dentro de la vagina. En la cistografía lateral puede mostrarse el conducto fistuloso.[6,8] Al mismo tiempo, mediante la tomografía computada

https://doi.org/10.24245/gom.v93i6.9852

contrastada es posible identificar las causas de la fístula: cambios por radioterapia, masas pélvicas contiguas o intestino engrosado adherente y cambios en el campo quirúrgico.[9]

La experiencia señala que en toda paciente con diagnóstico de fístula vesicovaginal se practique una cistoscopia, con el propósito de hacer un mapeo preciso de una fístula y revisar su tamaño, elementos indispensables para una adecuada planeación quirúrgica individualizada.[1,10]

Las fístulas vesicovaginales se clasifican en: *a)* simples, que miden menos de 0.5 cm y son únicas en pacientes que no han recibido radioterapia y no hay afectación maligna; *b)* complejas, mayores de 2.5 cm, con falla a tratamientos previos o asociadas con enfermedades crónicas o luego de un protocolo de radioterapia; *c)* las fistulas de 0.5 a 2.5 cm se consideran intermedias.[11]

Las fístulas obstétricas suelen ser consecuencia de partos mal atendidos; lo común es que se reparen mediante una técnica vaginal. Las fístulas derivadas de una complicación quirúrgica suelen ubicarse en la parte alta de la vagina y son menos apropiadas para la reparación vaginal.[12]

La reparación de una fístula ubicada en lo alto de la vagina suele llevarse a cabo mediante laparotomía porque permite una mejor exposición, resección, cierre hermético libre de tensión del trayecto fistuloso, cistografía en múltiples planos, interposición de tejido sano vascularizado entre la vagina y la vejiga, y el drenaje vesical adecuado en el posoperatorio.[13]

A pesar de esto, hoy en día se prefieren los procedimientos mínimamente invasivos, por su baja morbilidad y recuperación más rápida. La vía laparoscópica tiene la ventaja de proporcionar una mejor óptica y magnificación del campo quirúrgico y mejor exposición.[14] La reparación de fístulas vesicovaginales, asistida por robot, ofrece resultados similares a la vía laparoscópica, pero está limitada por la disponibilidad de equipos robóticos,[15] lo que relega su aplicabilidad en muchos países donde las fístulas son frecuentes.

El objetivo de esta investigación fue: conocer la causa y tratamiento de las fístulas vesicovaginales en pacientes atendidas en el servicio de uroginecología de un hospital de tercer nivel.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo de serie de casos atendidos en el Hospital de la Mujer de Culiacán, Sinaloa, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del 2023, en pacientes con diagnóstico de fístula vesicovaginal.

Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de fístula vesicovaginal, de cualquier edad, diagnosticadas y tratadas entre el 1 de enero y el 31 de mayo del 2023.

De las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias y de las cuantitativas media, mediana y rango intercuartil. Los datos se analizaron en el programa Stata Intercooled versión 13.1 College Station Texas.

RESULTADOS

Se analizaron 4687 expedientes electrónicos de pacientes atendidas durante el periodo de estudio, de las que 2380 (50.77%) se atendieron mediante parto, 2188 por cesárea (46.68%) y 119 histerectomías (2.53%) **(Figura 1)**. De ese universo se identificaron 6 pacientes con diagnóstico de fístula vesicovaginal secundaria a un procedimiento ginecológico u obstétrico, con una frecuencia de 1.28 por cada 1000 intervenciones ginecológicas u obstétricas.

Por lo que se refiere a las características clínico-epidemiológicas, la edad promedio de las pacientes fue de 38.33, con mediana de 39.5 y

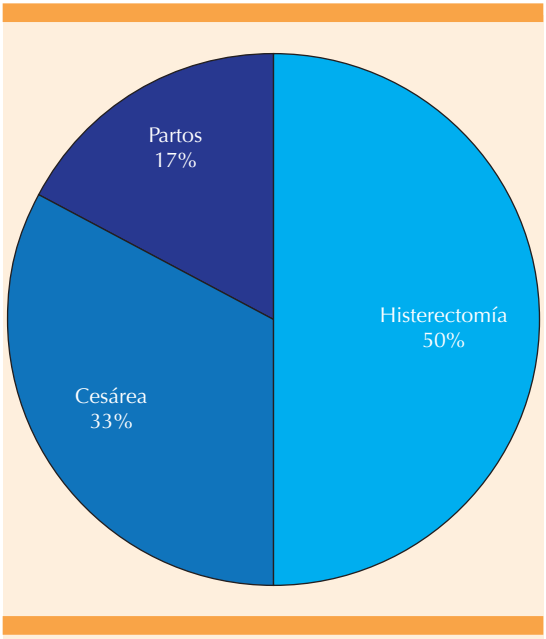


Figura 1. Antecedente de intervención ginecobstétrica previo al diagnóstico de fístulas vesicovaginales. Fuente: creación propia *n=6*

límites de 36 y 50 años. La cantidad de hijos varió entre 2 y 4, con una mediana de 3. Tres de las 6 pacientes contaba con diagnóstico de hipertensión y una con diabetes mellitus tipo 2. Del total de la muestra, en 4 se indicó la histerectomía debido a miomatosis uterina, en 2 cesárea, por antecedente de cesárea iterativa; en una de ellas fue de urgencia por sufrimiento fetal advertido durante el procedimiento obstétrico que derivó en una ruptura uterina parcial del segmento. Todas las pacientes acudieron a la consulta de uroginecología por salida constante de orina a través de la vagina. **Cuadro 1**

El diagnóstico se estableció con base en la cistoscopia. La localización más frecuente fue la supratrigonal en tres casos seguida de la paraureteral en dos casos **(Figura 2).** El diámetro promedio de las fístulas fue de 1.25 (DE ± 0.52), con una media 0.5 y mediana de 2 cm. El tiempo de aparición de la fístula fue de 7.8 ± 2.8 con mediana de 5 y media de 12 días.

El tiempo promedio para practicar la fistulectomía fue de 79.5 ± 33.37 días, con límites de 36 y 132 días. El acceso quirúrgico fue por vía abdominal en cinco casos, en dos de ellas se utilizó colgajo de epiplón y en las tres pacientes restantes fue extraperitoneal transvesical. Solo en una paciente fue por vía vaginal con la técnica de Latzko, con la correspondiente remisión. La intervención fue tardía en las seis pacientes. La estancia intrahospitalaria fue de 2 ± 1 día. Solo una paciente se reintervino a los cuatro meses, por persistencia de la fístula. **Cuadro 1**

DISCUSIÓN

La fístula vesicovaginal es una comunicación entre la vejiga y la vagina mediante un trayecto fistuloso.[16] Desde el punto de vista clínico, se manifiesta con pérdidas espontáneas de orina por vía transvaginal. Su incidencia es de 1 caso por cada 1000 histerectomía o episodios obstétricos.[17]

La causa de las fístulas vesicovaginales tiene variaciones que dependen del nivel de desarrollo alcanzado por los países. En los industrializados las fístulas son secundarias a intervenciones ginecológicas, mientras que en los países en vías de industrialización la causa suele ser un episodio obstétrico, sobre todo por trabajo de parto prolongado, como consecuencia de necrosis del tejido vesical, secundaria a la presión ejercida por el cráneo del feto en el conducto del parto.[18]

La pérdida transvaginal de orina sobreviene una a dos semanas posteriores a una intervención ginecoobstétrica, es por demás sospechosa de fístula vesicovaginal.[19,20] La cistoscopia es el método diagnóstico preferido por la mayoría de los uroginecólogos, porque permite identificar la ubicación, el tamaño y cantidad de fístulas.[10]

En el estudio de Martínez JA y colaboradores se practicó la cistoscopia a 54 pacientes para confirmar el diagnóstico y ubicar la localización

https://doi.org/10.24245/gom.v93i6.9852

Cuadro 1. Datos clínico-epidemiológicos, características, vías de acceso y complicaciones de las pacientes

Paciente	1	2	3	4	5	6
Edad (años)	40	41	39	34	26	50
Antecedentes médicos y quirúrgicos	HAS, SUA, Miomatosis, Cesárea iterativa	HAS, DM, SUA, Miomatosis	Cesárea Iterativa	Cesárea Iterativa	Ninguno	HAS, Miomatosis, Cesarea iterativa, LUI
Paridad	3	4	2	3	2	4
Cirugía primaria	Histerectomía abdominal	Histerectomía abdominal	Cesárea	Cesárea	Cesárea	Histerectomía abdominal
Cistoscopia Diagnóstica y tratamiento	**Fig. 1-A**	**Fig. 1-B**	**Fig. 1-C**	**Fig. 1-D**	**Fig. 1-E**	**Fig. 1-F**
Diámetro promedio de la fístula (cm)	0.5	2	1.5	1	1.5	1
Tiempo promedio para la repación quirúrgica (días)	123	55	94	36	63	355
Abordaje quirúrgico	Vaginal	Abdominal	Abdominal	Abdominal	Abdominal	Abdominal
Complicaciones	Sin recidiva, requirió intervención secundaria	No	No	No	No	No

Fuente: creación propia *n*=6

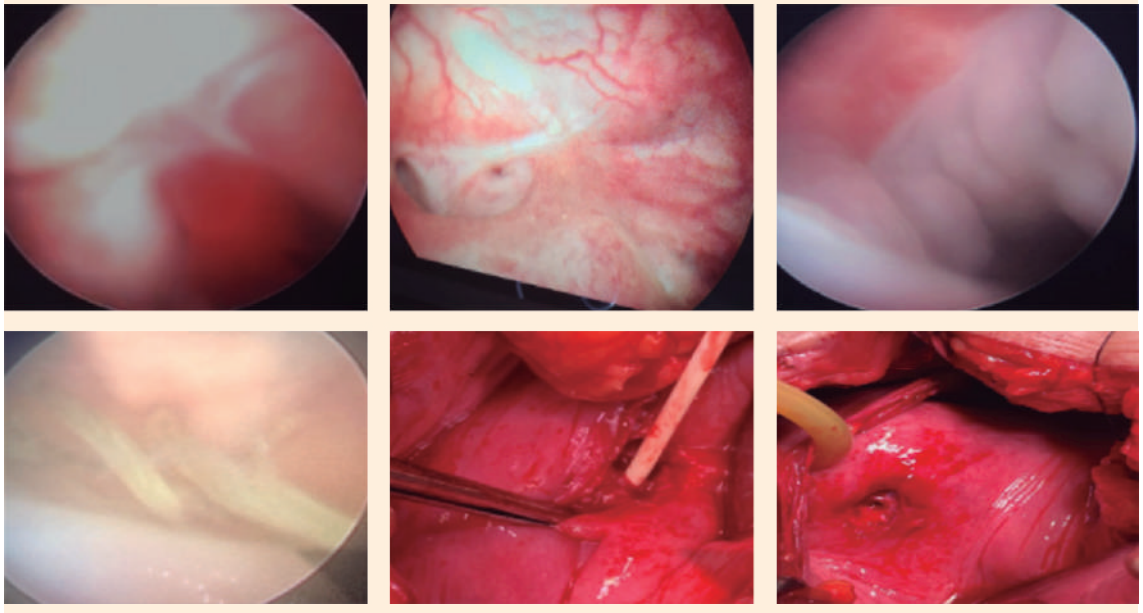


Figura 2. Fístulas vesicovaginales.
Fuente: creación propia *n*=6

precisa de la fístula vesicovaginal. Reportaron que la localización más frecuente fue la retrotrigonal en 30 pacientes (55.55%), intratrigonal en 9 (16.66%) y en el 27.79% de los casos restantes fueron en el piso vesical, cuello vesical, parameatal, paracervical y fondo vesical.[1] La investigación llevada a cabo por Martínez PR y su grupo incluyó a 27 pacientes de las que a 24 se les hizo el estudio de cistoscopia que reportó que el sitio más frecuente de fístulas vesicovaginales fue la región retrotrigonal en 18 de las 27 de la muestra, en las 9 restantes ocupó sitios diferentes de la vejiga.[5]

En un ensayo emprendido por Ríos Melgarejo y su equipo practicaron la cistoscopia al total de la muestra (n = 15) y reportaron que solo dos pacientes tuvieron un trayecto fistuloso único 1 una paciente dos trayectos, con un tamaño promedio de 7 ± 4.34 mm, 4 pacientes tenían fístulas complejas y en 2 se vieron involucrados los uréteres y en otras 2 fueron fístulas recurrentes, con intentos de reparación previa. Respecto a la localización la más frecuente fue supratrigonal en 11 de los 15 casos.[4]

El tratamiento quirúrgico es el patrón de referencia para las fístulas vesicovaginales, que debe practicarse de manera planeada con la debida explicación a las pacientes de la tasa de éxito de cada procedimiento, tomando en cuenta que la vía abdominal ofrece una tasa de éxito mayor al 95%, en comparación con la vía vaginal que es menor del 80%, además de tener un alto riesgo de recidiva.[21] De los accesos que actualmente se utilizan para las fístulas vesicovaginales, el más recurrido en la institución es el abdominal extraperitoneal transvesical, similar a lo que se lleva a cabo en el ámbito internacional.[1]

Es importante decidir el momento de la intervención quirúrgica, que puede ser temprana (menos de 72 horas) o tardía con un tiempo mayor de 72 horas, tomando en consideración que al llevarse a cabo tempranamente los tejidos están más flexibles y de un aspecto normal, pues de lo contrario habría que esperar a que la fístula no muestre datos de inflamación o infección, pues precipitar el tratamiento pondría en riesgo el éxito de la cirugía.[1,21] La cirugía para fístulas vesicovaginales fue tardía en las pacientes de esta investigación, debido a las condiciones económicas y por cuestiones de agenda quirúrgica.

Responsabilidades éticas, protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se hicieron experimentos en seres humanos ni en animales. Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo referentes a la publicación de datos de las pacientes. Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores solicitaron el consentimiento informado de las pacientes para fines de publicación.

CONCLUSIÓN

La fístula vesicovaginal es una complicación inherente a las intervenciones ginecobtétricas que debe sospecharse ante la pérdida urinaria por vía vaginal posterior a una cirugía de la región pélvica o episodio obstétrico. A pesar de su baja incidencia afecta de manera muy importante la calidad de vida de las pacientes. Para que el tratamiento quirúrgico sea exitoso debe ser planeado y no precipitado, basado en protocolos interinstitucionales. La principal causa de las fístulas vesicovaginales es la histerectomía por causas benignas. En todos los casos el diagnóstico se estableció con base en la historia clínica dirigida, especuloscopia vaginal y el apoyo de la cistoscopia. El acceso por vía abdominal para el tratamiento fue el preferido en la investigación.

REFERENCIAS

1. Martínez JA, Hernández-Castellanos V, Fernández-Noyola G, et al. Fístulas vesico-vaginales; diagnóstico y manejo; experiencia de 20 años. Rev Mex Urol 2011; 71 (4): 200-

https://doi.org/10.24245/gom.v93i6.9852

206. https://biblat.unam.mx/hevila/Revistamexicanadeurologia/2011/vol71/no4/4.pdf
2. Garduño-Segovia N, Bravo-López GM, Mucientes-Avellaneda VM, et al. Comparación de resultados entre abordaje abdominal vs vaginal en el manejo de las fístulas vesico-vaginales. Rev Mex Urol 2019; 79 (2): 1-11. https://www.scielo.org.mx/pdf/rmu/v79n2/2007-4085-rmu-79-02-e03.pdf
3. El-Azab AS, Abolella HA, Farouk M. Update on vesicovaginal fistula: A systematic review. Arab J Urol 2019; 17 (1): 61-68. https//:doi.org/10.1080/2090598X.2019.1590033
4. Ríos-Melgarejo C, García-Nava RH, Castañón-Hernández I, et al. Nuestra experiencia tras la reparación laparoscópica de la fístula vesicovaginal. Rev Mex Urol 2020; 80 (5): 1-13. https://doi.org/10.48193/revistamexicanadeurologa.v80i5.637
5. Martínez PR, Rodríguez Colorado SE, Escobar del Barco L, et al. Fístula vesicovaginal. Experiencia en el Instituto Nacional de Perinatología. Ginecol Obstet Mex 2007; 75: 31-34. https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/fistula-vesicovaginal-experiencia-en-el-instituto-nacional-de-perinatologia
6. Rajaian S, Pragatheeswarane M, Panda A. Vesicovaginal fistula: Review and recent trends. Indian J Urol 2019; 35 (4): 250-258. https://doi.org/10.4103/iju.IJU_147_19
7. Qureshi IA, Ullah H, Akram MH, et al. Transvaginal versus transabdominal sonography in the evaluation of pelvic pathology. J Coll Médicos Surg Pak 2004; 14 (7): 390-93. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15279738/8
8. Ghoniem GM, Warda HA. The management of genitourinary fistula in the third millennium. Arab J Urol 2014; 12 (2): 97-105. https://doi.org/10.1016/j.aju.2013.11.006
9. Hsu TH, Rackley RR, Abdelmalak JB, et al. Novel technique for combined repair of postirradiation vesicovaginal fistula and augmentation ileocystoplasty. Urology 2002; 59 (4): 597-9. https://doi.org/10.1016/s0090-4295(01)01643-0.
10. Malik MA, Sohail M, Malik MT,et al. Changing trends in the etiology and management of vesicovaginal fistula. Int J Urol. 2018 Jan;25(1):25-29. https://doi.org/10.1111/iju.13419.
11. Stamatakos M, Sargedi C, Stasinou T, et al. Vesicovaginal fistula: diagnosis and management. Indio J Surg 2014; 76: 131-6. doi: 10.1007/s12262-012-0787-y.
12. Heusinkveld J, Cardenas-Trowers O. Vaginal and laparoscopic repair of vesico-vaginal fistulae: a comparison of techniques. J Minimally Invasive Gynecology 2022; 29 (11): S70. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2022.09.231
13. Bodner-Adler B, Hanzal E, Pablik E, et al. Management of vesicovaginal fistulas (VVFs) in women following benign gynaecologic surgery: A systematic review and meta-analysis. PlosOne 2017; 12 (2): e0171554. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171554.
14. Ramphal SR. Laparoscopic approach to vesicovaginal fistulae. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2019; 54: 49-60. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.06.008.
15. Lecoanet P, Madanelo M, Tricard T, et al. Robot-assisted vesicovaginal fistula repair: comparison of the extravesical and transvesical techniques. Int Urogynecol J 2023; 34 (10): 2479-2485. https://doi.org/10.1007/s00192-023-05565-7.
16. Shrestha DB, Budhathoki P, Karki P, et al. Vesico-vaginal fistula in females in 2010-2020: a systemic review and meta-analysis. Reprod Sci 2022; 29 (12): 3346-64. https://doi.org/10.1007/s43032-021-00832-8
17. Chinthakanan O, Sirisreetreerux P, Saraluck A. Vesicovaginal fistulas: prevalence, impact, and management challenges. Medicina (Kaunas) 2023; 59 (11): 1947. https://doi.org/10.3390/medicina59111947
18. Luo DY, Shen H. Transvaginal Repair of Apical Vesicovaginal Fistula: A Modified Latzko Technique-Outcomes at a High-volume Referral Center. Eur Urol 2019; 76 (1): 84-88. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.04.010.
19. De-Yi Luo, Hong Shen. Transvaginal repair of apical vesicovaginal fistula: A modified Latzko technique -outcomes at a high-volume referral center. Euro Urology 2019; 76 (1): 84-88. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.04.010
20. Malik MA, Sohail M, Malik MT, et al. Changing trends in the etiology and management of vesicovaginal fistula. Int J Urol 2018; 25: 25-29. https://doi.org/10.1111/iju.13419
21. Castillo PPC. Reparación laparoscópica de la fístula vesicovaginal (O'Connor laparoscópico). Actas Urológicas Españolas, 2009. https://www.academia.edu/73609101/Reparaci%C3%B3n_laparosc%C3%B3pica_de_la_f%C3%ADstula_vesicovaginal_OConnor_laparosc%C3%B3pico_