

Diagnóstico tardío de fístula ureterovaginal con hidronefrosis grave tras histerectomía abdominal: Reporte de caso

Delayed diagnosis of ureterovaginal fistula with severe hydronephrosis after abdominal hysterectomy: A case report

Marisol López Lizárraga*

<https://orcid.org/0009-0008-1869-932X>

marisollopez9015@gmail.com

Universidad Autónoma de Aguascalientes

Carolina Durán Andrade

<https://orcid.org/0009-0000-6853-682X>

cdurana10@gmail.com

Universidad Autónoma de Aguascalientes

Resumen

Introducción: La lesión ureteral es una complicación poco frecuente pero grave de la histerectomía abdominal total. El diagnóstico tardío puede conducir a hidronefrosis progresiva, deterioro de la función renal y la necesidad de cirugías reconstructivas complejas. El reconocimiento temprano es fundamental para prevenir la morbilidad a largo plazo. **Objetivo:** Describir un caso de fístula ureterovaginal con diagnóstico tardío posterior a histerectomía

abdominal total y sus implicaciones clínicas. **Método:** Se presenta el caso de una mujer de 50 años sometida a histerectomía abdominal total por sangrado uterino anormal secundario a miomatosis uterina. El postoperatorio inmediato fue aparentemente normal; sin embargo, desarrolló fuga urinaria vaginal persistente que no fue investigada de manera oportuna. Tres meses después, se realizó urotomografía con contraste, evidenciando hidronefrosis unilateral severa asociada a una fistula ureterovaginal distal. Las pruebas de función renal mostraron creatinina normal. **Resultados:** La paciente fue sometida a reimplante ureteral mediante ureteroneocistostomía, con evolución postoperatoria satisfactoria. Posterior a la cirugía, la fuga vaginal se resolvió y los estudios de imagen mostraron mejoría de la hidronefrosis. La función renal se mantuvo estable en el seguimiento. **Conclusión:** La presencia de fuga urinaria persistente tras una histerectomía debe generar sospecha inmediata de lesión ureteral. El diagnóstico tardío puede ocasionar hidronefrosis severa y aumentar la complejidad quirúrgica. La evaluación temprana con estudios de imagen es clave para preservar la función renal y optimizar los resultados clínicos. **Palabras clave:** sangrado uterino anormal, miomatosis uterina, fistula ureterovaginal, hidronefrosis, reimplantación ureteral.

Abstract. Introduction: Ureteral injury is an uncommon but serious complication of total abdominal hysterectomy. Delayed diagnosis may lead to progressive hydronephrosis, deterioration of renal function, and the need for complex reconstructive surgery. Early recognition is essential to prevent long-term morbidity. **Objective:** To describe a case of delayed diagnosis of ureterovaginal fistula following total abdominal hysterectomy and its clinical implications. **Methods:** We report the case of a 50-year-old woman who underwent total abdominal hysterectomy for abnormal uterine bleeding secondary to uterine fibroids. The immediate postoperative course was initially unremarkable; however, she developed persistent vaginal urinary

leakage that was not promptly investigated. Three months after surgery, a contrast-enhanced computed tomography urogram revealed severe unilateral hydronephrosis associated with a distal ureterovaginal fistula. Renal function tests showed normal creatinine levels. **Results:** The patient subsequently underwent ureteral reimplantation with ureteroneocystostomy, with satisfactory postoperative recovery. Following surgical correction, vaginal leakage resolved, and imaging demonstrated improvement of hydronephrosis. Renal function remained stable at follow-up. **Conclusion:** Persistent urinary leakage after hysterectomy should raise immediate suspicion of ureteral injury. Delayed diagnosis may result in severe hydronephrosis and increased surgical complexity. Early imaging evaluation is crucial to preserve renal function and optimize clinical outcomes. **Keywords:** abnormal uterine bleeding, uterine fibroids, ureterovaginal fistula, hydronephrosis, ureteral reimplantation.

Introducción

La fistula ureterovaginal es una complicación infrecuente pero clínicamente significativa de la cirugía pélvica, particularmente posterior a histerectomía. Se define como una comunicación anómala entre el uréter y la vagina que ocasiona pérdida urinaria continua, con impacto considerable en la calidad de vida y potencial compromiso de la función renal si no se identifica oportunamente^{1,2}. Aunque la incidencia de lesión ureteral tras histerectomía es baja, su reconocimiento tardío continúa siendo un problema relevante en la práctica clínica.

Diversos estudios han señalado que un número importante de lesiones ureterales iatrogénicas no se diagnostican intraoperatoriamente y se manifiestan días o semanas después del procedimiento,

cuando la paciente presenta fuga urinaria persistente o síntomas inespecíficos que pueden confundirse con incontinencia urinaria posquirúrgica³. El retraso en el diagnóstico puede favorecer la progresión a hidronefrosis, infecciones urinarias recurrentes y deterioro de la función renal, incrementando la complejidad del tratamiento definitivo⁴.

La tomografía computarizada con fase excretora constituye una herramienta diagnóstica fundamental para confirmar la presencia de fístula ureterovaginal y evaluar el estado de la vía urinaria superior¹. En cuanto al tratamiento, aunque el manejo conservador mediante colocación de stent ureteral puede considerarse en casos seleccionados y diagnosticados tempranamente, el diagnóstico tardío con compromiso renal significativo suele requerir reconstrucción quirúrgica mediante ureteroneocistostomía o reimplantación ureteral. Estudios comparativos recientes han demostrado diferencias en resultados quirúrgicos entre intervenciones tempranas y tardías, destacando la importancia de la detección oportuna⁵.

Dado que la evidencia disponible se basa principalmente en series retrospectivas y reportes clínicos, la documentación detallada de casos con diagnóstico tardío y progresión a hidronefrosis severa continúa siendo relevante para reforzar la sospecha clínica y optimizar los algoritmos diagnósticos en el periodo posoperatorio. En este contexto, presentamos el caso de una paciente que desarrolló una fístula ureterovaginal posterior a histerectomía total abdominal, cuyo retraso diagnóstico de tres meses permitió la progresión a hidronefrosis severa, requiriendo reimplantación ureteral reconstructiva.

Métodos

Se presenta el caso de una mujer de 50 años sometida a histerectomía abdominal total por sangrado uterino anormal secundario a miomatosis uterina. Se realizó una revisión detallada del expediente

clínico, incluyendo evolución clínica, estudios de imagen, tratamiento quirúrgico y seguimiento. Adicionalmente, se llevó a cabo una revisión no sistemática de la literatura sobre lesión ureteral y fístula ureterovaginal posterior a histerectomía. La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos electrónicas como PubMed y Google Scholar, utilizando términos como “ureteral injury”, “ureterovaginal fistula”, “hysterectomy complications” y “hydronephrosis”. Se incluyeron artículos en inglés y español, priorizando publicaciones recientes y relevantes para la discusión clínica del caso.

Este trabajo se llevó a cabo conforme a los principios éticos de la Declaración de Helsinki. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la paciente para la publicación del presente caso clínico y de las imágenes asociadas. Se garantizó la confidencialidad de la paciente mediante la omisión de datos identificables. Este manuscrito fue preparado siguiendo las guías CARE. Dado que se trata de un reporte de caso, no fue necesaria la intervención experimental ni la modificación de la conducta terapéutica habitual.

Presentación de caso

Paciente femenina de 50 años, sin antecedentes médicos de importancia, quien presentó miomatosis uterina sintomática. No contaba con antecedentes de cirugías abdominales o pélvicas previas ni comorbilidades. Se programó para histerectomía total abdominal electiva como tratamiento definitivo de la miomatosis uterina sintomática en abril 2025.

Evolución y Manejo

El procedimiento quirúrgico inicial transcurrió sin complicaciones aparentes y no se documentaron lesiones ureterales intraoperatorias. En el postoperatorio inmediato, la paciente presentó una

evolución clínica favorable y fue egresada en condiciones generales estables. Un mes después de la cirugía inició con fuga urinaria continua a través de la vagina, sin dolor abdominal significativo ni fiebre. Inicialmente, el cuadro fue interpretado como incontinencia urinaria posquirúrgica, por lo que no se realizaron estudios dirigidos para evaluar la integridad de la vía urinaria superior.

La sintomatología persistió durante las semanas subsecuentes, caracterizada por fuga urinaria vaginal continua, motivo por el cual fue referida al servicio de Uroginecología para su valoración. Durante la exploración física se observó escurrimiento continuo de líquido claro a través de la vagina; sin embargo, no fue posible identificar un trayecto fistuloso evidente, por lo que se solicitó una urotomografía computarizada con contraste ante la sospecha de una fistula genitourinaria. Aproximadamente tres meses después de la cirugía inicial, la paciente acudió nuevamente a consulta con el estudio realizado, el cual confirmó la presencia de una fistula ureterovaginal derecha asociada con hidronefrosis severa ipsilateral (Figuras 1 y 2). En esa misma valoración, la paciente refirió remisión espontánea de la fuga urinaria vaginal. No obstante, este hallazgo no se interpretó como resolución de la lesión ureteral, sino como consecuencia de la progresión de la obstrucción ureteral secundaria a estenosis, con disminución del flujo urinario hacia el trayecto fistuloso y desarrollo concomitante de hidronefrosis. Tras la confirmación diagnóstica, se indicó tratamiento quirúrgico definitivo mediante ureteroneocistostomía, el estandar de oro⁶. Como parte del protocolo preoperatorio se solicitaron pruebas de función renal, las cuales demostraron función renal conservada.

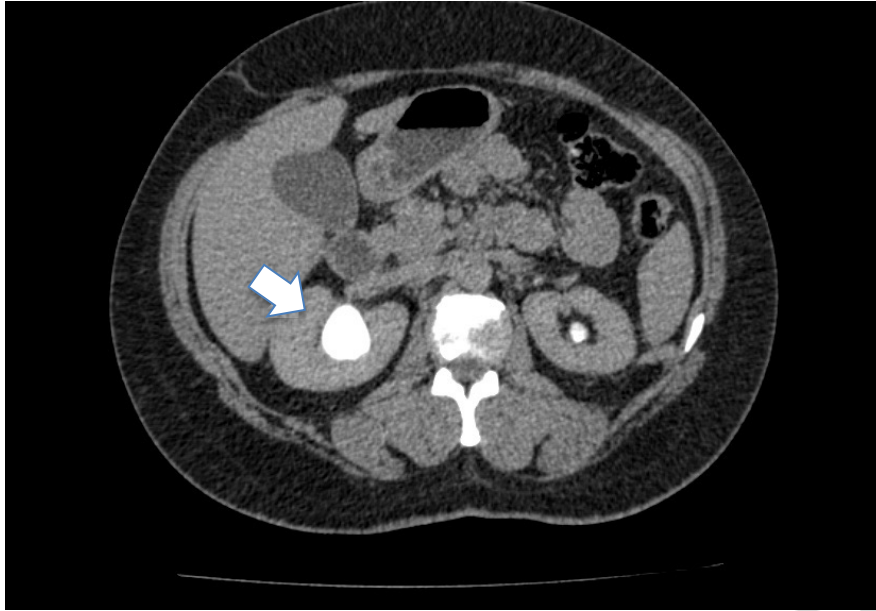


Figura 1. Urotomografía computarizada con contraste en corte axial que demuestra hidronefrosis severa derecha secundaria a obstrucción ureteral. La flecha blanca señala la dilatación pielocalicial.

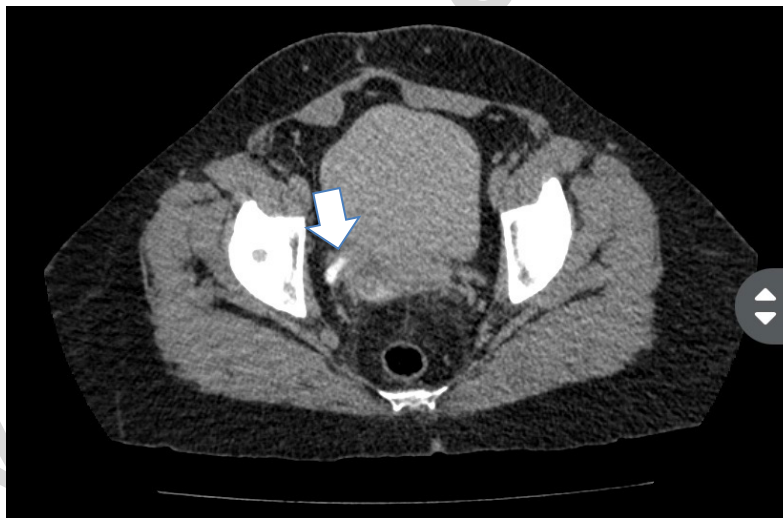


Figura 2. Urotomografía computarizada con contraste en corte axial que demuestra la fístula filiforme de 8 mm de ureter derecho distal hacia cúpula vaginal. La flecha blanca señala la fístula.

En julio de 2026 se realizó reimplantación ureteral mediante ureteroneocistostomía. El procedimiento consistió en la resección del segmento ureteral lesionado hasta obtener tejido sano, seguida de la espatulación del extremo proximal y la movilización vesical a través del espacio de Retzius para disminuir la tensión sobre la anastomosis. Posteriormente, mediante abordaje transvesical, se realizó la anastomosis ureterovesical con colocación de un catéter ureteral doble J como férula, seguido del cierre del detrusor sobre la anastomosis para crear un mecanismo antirreflujo. El catéter doble J fue retirado tres semanas después mediante cistoscopia, sin complicaciones. En las consultas de seguimiento, la paciente permaneció asintomática, con resolución completa de la fuga urinaria y evolución clínica favorable. A los siete meses del procedimiento se realizó un ultrasonido renal de control, en el que se documentó mejoría significativa de la hidronefrosis (Figura 3), sin deterioro de la función renal (Tabla 1).



Figura 3. Ultrasonido renal de seguimiento que demuestra resolución de la hidronefrosis derecha y morfología renal conservada.

FECHA	ETAPA CLÍNICA	EVENTO CLÍNICO	HALLAZGOS RELEVANTES	CONDUCTA REALIZADA
Abril 2025	Tratamiento quirúrgico inicial	Histerectomía abdominal total electiva por miomatosis uterina sintomática.	Procedimiento sin complicaciones aparentes; no se documentaron lesiones ureterales intraoperatorias.	Manejo postoperatorio habitual y egreso hospitalario en condiciones estables.
Mayo 2025	Inicio de la sintomatología	Aparición de fuga urinaria continua a través de la vagina.	Sin dolor abdominal significativo ni fiebre. Se sospechó inicialmente incontinencia urinaria postquirúrgica.	Manejo conservador inicial, sin estudio de la vía urinaria superior.
Mayo–Julio 2025	Persistencia de la sintomatología	Fuga urinaria vaginal persistente.	Persistencia del cuadro clínico sin diagnóstico definitivo.	Referencia para valoración especializada y estudios complementarios.
Julio 2025	Confirmación diagnóstica	Urotomografía computarizada con contraste.	Hidronefrosis severa unilateral y fístula ureterovaginal ipsilateral. Función renal conservada.	Valoración por el servicio de Uroginecología y programación de tratamiento quirúrgico.
Julio 2025	Tratamiento definitivo	Reimplantación ureteral mediante ureteroneocistostomía y colocación de catéter doble J.	Corrección de la fístula ureterovaginal.	Manejo postoperatorio y seguimiento por Uroginecología.
Agosto 2025	Seguimiento postoperatorio	Retiro del catéter doble J mediante cistoscopia.	Procedimiento sin complicaciones.	Continuación del seguimiento ambulatorio.
Febrero 2026	Evolución clínica	Valoración clínica e imagenológica.	Resolución completa de la fuga urinaria, mejoría de la hidronefrosis y función renal preservada.	Seguimiento con ultrasonido renal y vigilancia clínica.

Tabla 1. Cronología clínica.

Discusión

La lesión ureteral iatrogénica continúa siendo una complicación poco frecuente pero clínicamente significativa de la histerectomía. La mayoría de estas lesiones ocurren durante procedimientos ginecológicos y, en una proporción importante de casos, no son identificadas intraoperatoriamente, lo que condiciona un diagnóstico diferido y mayor morbilidad⁷. La fístula ureterovaginal suele manifestarse en el periodo postoperatorio temprano con fuga urinaria continua a través de la vagina. Sin embargo, cuando el cuadro clínico es interpretado erróneamente como incontinencia urinaria postquirúrgica, el estudio de la vía urinaria superior puede retrasarse. Se ha documentado que el diagnóstico tardío de lesiones ureterales iatrogénicas se asocia con mayor complejidad terapéutica y peores desenlaces clínicos, incluyendo incremento en la necesidad de procedimientos reconstructivos mayores.

La literatura contemporánea enfatiza que el reconocimiento temprano permite, en algunos casos, manejo mínimamente invasivo mediante colocación de catéter doble J, con tasas de éxito favorables cuando se realiza en etapas iniciales⁸. No obstante, cuando el diagnóstico se retrasa, el tratamiento definitivo suele requerir reconstrucción quirúrgica mediante ureteroneocistostomía, especialmente en lesiones distales del uréter. Reportes recientes de casos clínicos subrayan que la persistencia de fuga urinaria tras histerectomía debe motivar evaluación imagenológica inmediata, siendo la urotomografía con fase excretora una herramienta diagnóstica clave para identificar extravasación de contraste, trayecto fistuloso y grado de dilatación pielocalicial^{3,9}. El retraso diagnóstico puede permitir la progresión hacia hidronefrosis significativa e incluso deterioro de la función renal. Sin embargo, es importante señalar que la creatinina sérica puede permanecer dentro

de parámetros normales en casos de obstrucción ureteral unilateral, lo que puede generar falsa sensación de estabilidad clínica.

En el presente caso, la demora aproximada de tres meses condicionó la progresión a hidronefrosis severa, sin compromiso bioquímico de la función renal, lo cual coincide con lo descrito en la literatura respecto a la posibilidad de preservación funcional inicial pese a obstrucción significativa⁷. En cuanto al tratamiento, la ureteroneocistostomía continúa siendo el estándar de oro en lesiones distales con diagnóstico tardío, con altas tasas de éxito cuando se realiza en centros con experiencia⁸. Las guías clínicas actuales recomiendan intervención oportuna tras confirmación diagnóstica, con el objetivo de preservar la unidad renal y evitar secuelas a largo plazo. Este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica ante fuga urinaria persistente posterior a histerectomía, incluso en ausencia de alteraciones en la función renal, así como la necesidad de estudios de imagen tempranos para prevenir complicaciones progresivas como hidronefrosis severa.

Desde una perspectiva ética, este caso también pone de relieve aspectos relevantes en la seguridad del paciente y la práctica quirúrgica. La lesión ureteral iatrogénica, aunque reconocida como una complicación potencial de la histerectomía, implica la necesidad de un alto nivel de vigilancia intraoperatoria y postoperatoria, así como una adecuada comunicación con la paciente. El reconocimiento temprano de la complicación no solo impacta en el pronóstico clínico, sino que también forma parte de la responsabilidad profesional y del principio de no maleficencia.

Asimismo, el retraso diagnóstico plantea consideraciones éticas relacionadas con la oportunidad en la atención y la continuidad del cuidado. La persistencia de síntomas sugestivos, como la fuga urinaria, debió haber motivado una evaluación más dirigida de la vía urinaria superior, lo que

resalta la importancia de evitar sesgos diagnósticos que puedan derivar en subestimación del cuadro clínico. En este sentido, la implementación de protocolos de seguimiento postoperatorio estructurados podría contribuir a reducir retrasos diagnósticos y mejorar la calidad de la atención.

Finalmente, la transparencia en la comunicación con la paciente, incluyendo la explicación de la complicación, las alternativas terapéuticas y el pronóstico, constituye un elemento esencial del respeto a la autonomía. Este caso subraya la necesidad de integrar principios éticos en la práctica clínica diaria, no solo en términos de consentimiento informado, sino también en la toma de decisiones oportunas y centradas en el bienestar del paciente.

Conclusión

Este caso destaca la importancia de mantener un alto índice de sospecha ante síntomas urinarios persistentes tras histerectomía, incluso en pacientes sin factores de riesgo evidentes y con función renal aparentemente normal. El retraso diagnóstico puede permitir progresión anatómica significativa, como hidronefrosis severa, subrayando la necesidad de protocolos de evaluación temprana de la vía urinaria superior. La ureteroneocistostomía continúa siendo una opción reconstructiva eficaz en lesiones distales diagnosticadas de forma diferida.

Referencias

1. Reddy SG, Parihar P, Dhande R, Gupta RG, Nagendra V. Uterovaginal fistula post vaginal hysterectomy. Cureus. 2022;14(10):e30694. doi:10.7759/cureus.30694.

2. Zhang Q, et al. A comprehensive review of urinary tract fistulas: causes, risk factors, and repair techniques. *Ther Adv Urol*. 2025;17:17562872251317344. doi:10.1177/17562872251317344.
3. Ratajczak JM, Hladun T, Orchel G. Iatrogenic ureterovaginal fistula after laparoscopic hysterectomy: A case report. *Przegl Menopauzalny*. 2021;20(1):48–51.
4. Saad AF, Richard F. Management strategies and delayed diagnosis in iatrogenic ureteral injuries: Outcomes and renal complications. *Patient Saf Surg*. 2023;17:46.
5. Long G, Ouyang W, Huang D, Hu Z, Wang S, Liu Z, Li H. Management for ureterovaginal fistula: A retrospective study comparing early and delayed ureteral reimplantation. *Urologia Internationalis*. 2023;107(4):377–382.
6. Bahuguna G, Panwar VK, Mittal A, et al. Management strategies and outcome of ureterovaginal fistulae: a systematic review and meta-analysis. *Neurourology and Urodynamics*. 2022; 41: 562-572. doi:10.1002/nau.24874
7. Zaghib S, Saadi A, Boussaffa H, Ayed H, Ben Slama MR. Management strategies and root causes of missed iatrogenic intraoperative ureteral injuries with delayed diagnosis: A retrospective cohort study of 40 cases. *Patient Saf Surg*. 2023;17(1):21.
8. Wei N, Pfeuti C, Linder BJ. Contemporary genitourinary fistula management: Treatment, trends, and innovations. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2025;37(6):432–437.
9. Hasani N, Afyouni A, Haddadi A. Ureterovaginal fistula after hysterectomy with double-J stent misplacement into the inferior vena cava: A case report. *J Med Case Rep*. 2025;19:236.