

A PROPOSITO DEL TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS VESICO - VAGINALES

Por los Dres. R. ERCOLE Y R. HEREÑU
(de Rosario)

Durante largo tiempo se discutió entre los cirujanos acerca de las bondades de las distintas vías de abordaje para la reparación quirúrgica de las fistulas vesico-vaginales. Comenzó la discusión cuando Trendelenburg, en 1888, operó sus primeros casos por vía transvesical, saliendo así de los cánones establecidos por Marion Sims 40 años antes, en base a la experiencia propia y ajena. Esta controversia se prolongó en el tiempo, con el aporte parcial de adeptos a una u otra técnica, a menudo bajo la influencia de los fracasos que ocasionaban los defectos técnicos, los materiales de sutura inadecuados, los riesgos de infección, y sobre todo la falta de comprensión de la anatomía quirúrgica de las regiones interesadas (3-22-17).

Con el progreso de la cirugía, hace ya muchos años que el criterio general quedó concorde en que la vía de elección indiscutible era la vaginal (3-8), reservándose el abordaje suprapúbico para determinados casos especiales (1-20-22).

Es cierto que el panorama de estas fistulas ha cambiado algo en cuanto a su causa determinante, que lleva consigo una diferencia anatómica: si hasta hace unos años todos coincidían en el origen obstétrico, casi habitual de las mismas, hoy las grandes estadísticas muestran el predominio de las post-quirúrgicas. El motivo es doble, el mejoramiento de la técnica en obstetricia, y el creciente atrevimiento de los cirujanos en sus incursiones pelvianas (23-13-15-9). Las fistulas post-histerectomía, condicionan una ubicación más alta de la lesión, y modificaciones anatómicas que dificultan las maniobras por vía baja; pero con recursos sencillos, como las incisiones de episiotomía, tipo Schuchardt, habitualmente la exposición transvaginal se hace ideal para cualquier tipo de fístula, si es que ya no lo era sin el auxilio de estos elementos (1-16-17).

No obstante, la imaginación de los cirujanos ha creado una serie de técnicas de diversa naturaleza, que modifican las vías de abordaje clásicas en sus detalles, pero que como sus mismos autores suelen confesarlo, sólo deben considerarse útiles en "los pocos casos en que la fístula no puede ser expuesta a través de la vagina" (17). Así contempladas, las técnicas posibles extravaginales son na gama variadísima que ayudarán a resolver las necesarias excepciones que confirman la regla (21-5).

Dentro de esta corriente revisionista nuevamente hallan argumentos los cultores de la antigua vía de Trendelenburg, cuyos esfuerzos son absolutamente lícitos cuando restringen su indicación a ciertos casos muy especiales (4-10-24).

En algunas discusiones, suele decirse que los urólogos usan la vía transvesical porque la conocen más que a la vaginal. Tal argumento es totalmente inconsistente, porque no puede admitirse que se dejen de lado los beneficios indudables de una vía cómoda, inocua y segura en la gran mayoría de casos, por un desconocimiento de técnica. Tanto más cuanto que el urólogo debe utilizar y utiliza a menudo la vía vaginal para intervenir ciertas incontinencias de orina, cistocelos, litiasis ureterales bajas y hasta para cistectomías totales, como nosotros mismos hemos tenido oportunidad de hacerlo en algún caso.

Estamos en un todo con Couvelaire ⁽⁹⁾ cuando dice: "Es con la vagina que debe cerrarse la vejiga —esta fórmula que expresa exactamente mi pensamiento, nunca es mejor aplicada que por vía baja, ya que a través de la vejiga lo que se cierra es la vagina, mientras que es a través de la vagina que se cierra la vejiga". Por otra parte, y como concepto general, el cierre lógico de un órgano se hace comenzando por sus planos más internos, a los que progresivamente se va acolchando y protegiendo con planos sucesivos. El cierre se hace siempre mejor de dentro afuera que de fuera adentro, como lo demuestran por otra parte los mismos partidarios de la vía de Trendelenburg que se conforman con la sutura en dos planos de la vejiga (mucosa y muscular) en el tratamiento de la fístula y en cambio, en lo que se refiere a la herida suprapúbica, donde por otra parte no existe problema para su cierre, agregan a estos dos planos un tercero, el del tejido celular perivesical ⁽¹⁰⁾.

Así planteadas las cosas, y dejando deliberadamente de lado a las fístulas ocasionadas por los neo infiltrantes, o por las radiaciones, que plantean problemas particulares ⁽⁶⁻²⁵⁾, es necesario distinguir, desde el punto de vista terapéutico las fístulas véstico vaginales según su situación, en *no orificiales y yuxtaorificiales* y además considerar en un grupo aparte las fístulas con gran pérdida de sustancia.

Se llaman "fístulas no orificiales" a las que no comprometen ninguno de los tres orificios vesicales, las que habitualmente son sencillas de resolver, a poco que se sigan bien los "cuatro imperativos" de esta cirugía, como los llama Couvelaire —ver bien, disecar bien, afrontar bien las superficies, y drenar bien la orina. Esta vale tanto para lo que este autor denomina "fístulas puras" (véstico vaginales) y "fístulas indirectas" (véstico-útero-vaginales).

Cuando su ubicación compromete un orificio ureteral, o lo que es más frecuente, cuando interesa el cuello, junto a la inserción de la uretra (fístula yuxtaorificiales de Couvelaire), el pronóstico cambia, y puede variar según el caso, la orientación quirúrgica, imponiendo alguna vez una reimplantación ureteral, una reparación especial del cuello y hasta la misma reimplantación de la uretra si el esfínter se ha destruído. Si éste está conservado, o puede repararse, tiene poca importancia la pérdida parcial de uretra, que es fácilmente reconstruída con técnicas plásticas ⁽¹⁶⁻⁹⁾.

Cuando las pérdidas de sustancia en el tabique véstico vaginal son muy extensas, algunas veces se lo podrá reconstruir mediante determinadas técnicas más o menos complejas ⁽¹⁶⁻¹⁴⁻⁹⁾ y otras será necesario recurrir a la anastomosis uretero-intestinal tipo Coffey ⁽³⁾.

Una vez hecho el diagnóstico completo, incluyendo la localización y demás características además de los elementos de juicio que puede brindarnos el urograma por excreción, punto sobre el que no insistiremos, se plantea el problema de indicar el momento de intervenir. No creemos que la molestia que representa la constante pérdida de orina, más o menos yugulada por una sonda permanente, o por determinados aparatos protésicos ideados para este fin ⁽⁷⁾,

OBSERVACIONES PERSONALES

CUADRO N.º 1

Enfermas no intervenidas anteriormente.

Curaron todas de primer intento, por vía vaginal.

Caso N.º.	OBSTETRICAS						QUIRURGICAS	
	1	2	3	4	5	6	7	8
Iniciales	A. S.	MCF	T. C.	S. C.	AMB	L. O.	M C.B.	A. L.
Edad	23	39	57	24	33	21	43	49
Localización	N. O.	V. V	V. V.	V. V.	V. V.	V. V.	V. V.	N. O.
Historia Clínica N.º	1030 F.	2805 F.	869 Pol.	1105 Pol.	730 Pq.	1561 Pq.	10.184 F.	1333 Pol.

N. O.: No oficial.

V. V.: Vertiente vesical del cuello.

V. U.: Vertiente uretral del cuello.

CUADRO N.º 2

Enfermas operadas con anterioridad.

Curaciones de primer intento, vía vaginal.

	OBSTETR.	QUIRURG.
Caso N.º.	9	10
Iniciales.....	I. M.	L. N.
Edad	21	55
Localización	N. O.	V. U.
Num. operac. previas por su fist.....	1	4 X
Historia clínica N.º	397 P.	7647 F.

X: En el término de 32 años de fístula.

CUADRO N° 3

Enfermas operadas con anterioridad, con groseras pérdidas de sustancias.

	OBSTETR.	PUIRURG.
Caso N°.	11	12
Iniciales.....	D. P.	M. B.
Edad	36	31
Núm. operac. previas por fist.	1	2
Técnica final	Coffey	Plástica vag.
Historia Clínica N°	1275 C	4805 F

Caso 11: Desaparición de todo tabique divisorio.

Caso 12: Cuello desgarrado, uretra desaparecida.

CUADRO N° 4

Deben ser reoperadas. Todas obstétricas.

Todas de la vertiente uretral del cuello.

Caso N°.	13	14	15
Iniciales	M. S.	L. B. G.	M. V.
Edad	21	23	22
Localización	V. U.	V. U.	V. U.
N° total de operaciones.....	2 X	4 X	3 XX
Historia Clínica N°	7916 F	6460 F	10.021 F

X: Casos 13 y 14: Ambos debieron recibir después tratamiento por incontinencia esfinteriana (con éxito en ambos).

XX: Caso 15: Recidivó y no regresó, se considera fracaso.

se justifique en la esperanza de un cierre espontáneo que alguna vez se ve en fístulas pequeñas, pero que siempre es una contingencia demasiado remota.

Conviene distinguir en este momento lo que es un desgarro o una herida incisa, producida por un instrumento quirúrgico y que deja la fístula establecida desde el primer instante, de las fístulas algo más tardías, que se producen por necrosis, secundarias a la isquemia de una zona más o menos extensa, por

CUADRO N.º 5

1º	Fístulas No Orificiales (N. O.)	3									
2º	Fístulas Yuxtaorificiales	<table border="0"> <tr> <td rowspan="2">}</td> <td>Yuxtaureteral (o)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Yuxtacervical</td> <td> <table border="0"> <tr> <td>V.V.</td> <td>(6)</td> </tr> <tr> <td>V.U.</td> <td>(4)</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>	}	Yuxtaureteral (o)		Yuxtacervical	<table border="0"> <tr> <td>V.V.</td> <td>(6)</td> </tr> <tr> <td>V.U.</td> <td>(4)</td> </tr> </table>	V.V.	(6)	V.U.	(4)
}	Yuxtaureteral (o)										
	Yuxtacervical	<table border="0"> <tr> <td>V.V.</td> <td>(6)</td> </tr> <tr> <td>V.U.</td> <td>(4)</td> </tr> </table>	V.V.	(6)	V.U.	(4)					
V.V.	(6)										
V.U.	(4)										
3º	Fístulas con gran pérdida de sustancia	2									

atricción vascular debida a compresión prolongada o a ligaduras. Las primeras no necesitan de esperas exageradas, a nuestro entender, sino lo suficiente para dominar la infección local que exista. Incluso hay autores que preconizan la inmediata intervención en este tipo de lesiones (18-2). Cuando está interesado

CUADRO N.º 6

Fístulas obstétricas:

11: Todas sucesivas a fórceps.

Fístulas quirúrgicas:

1 Prolapso (Nº 7)

1 Operación genital por vía vaginal (Nº 8)

2 Cistocelos (Nº 10 y 12)

Total de enfermas operadas: 15

uno de los tres orificios, es además necesario esperar, por si hay que efectuar alguna anastomosis, la desaparición del edema del puerperio (2).

Las fístulas con necrosis o deterioro circulatorio de los bordes, exigen más tiempo, pero no creemos que éste deba llevarse a términos excesivos como aconsejan algunos autores (1-8) pues el problema del confort de estas enfermas merece considerarse con seriedad. Por otra parte, creemos que más que fijar plazos absolutos se determinará el momento de la intervención de acuerdo con

el aspecto que presenten los tejidos vecinos de la zona operada, y que con los métodos disponibles actualmente para combatir la infección y las medidas locales adecuadas a cada caso (12), la espera no tiene por qué prolongarse demasiado, pues pronto puede contarse con tejidos propicios para una buena reparación.

En definitiva, somos decididos partidarios de la vía vaginal para el tratamiento de las fístulas vésico-vaginales, considerando que la vía de Trendelenburg o las técnicas más o menos complejas que se han descrito deben reservarse para casos de excepción. La base del tratamiento operatorio exitoso, es sin duda la amplia liberación de la vejiga, que permita el afrontamiento de los bordes cruentos en forma natural, sin necesidad de tracción. Sumado a ello, el buen acolchamiento, que sólo es posible en la vía vaginal y que se favorece con el plano que brinda la fascia vésico vaginal, cuya importancia no es siempre reconocida con la merecida justicia (16-19). En este sentido consideramos que la técnica más simple es la mejor. El viejo concepto de Marion de que la vejiga no quiere más que cerrarse y que para ello es necesario colocarla en condiciones adecuadas, se debe aplicar también como concepto fundamental en el tratamiento de las fístulas vésico-vaginales. Por eso consideramos, con el mismo criterio que cuando intervenimos una fístula vesical hipogástrica, que lo fundamental es liberar y drenar bien la vejiga.

En todo los casos hemos procedido a efectuar una incisión circular alrededor de la fístula, a medio centímetro de su borde, resecaando así los tejidos alterados por el proceso fistuloso. Disecamos ampliamente la vagina de la vejiga para lo cual hacemos, cuando es necesario, una pequeña incisión lateral a ambos lados sobre la mucosa vaginal, de forma que esta liberación sea lo más amplia posible y además disecamos si conseguimos individualizarla, la fascia vésico-vaginal. A continuación, saturamos, con puntos separados de catgut simple, procurando no interesar la mucosa, la pared vesical, pero sin colocar estos puntos demasiado próximos porque creemos que el hilo de sutura representa siempre un cuerpo extraño inconveniente para la rápida cicatrización de la herida. Los puntos tienen nada más que la finalidad de aproximar los bordes de la brecha vesical, convenientemente avivada y desprovista por la buena liberación, de toda tracción. A continuación, hacemos un acolchamiento de esta primera sutura, con nuevos puntos separados del mismo material en dos planos más, tomando elementos, primero de la pared externa de la vejiga, y luego, de la fascia vésico vaginal. Finalmente practicamos la sutura de la vagina, también con puntos separados, pero de catgut crómico. La mucosa vaginal no conviene que quede demasiado herméticamente cerrada, a fin de que fluya el líquido sero-hemático al exterior, sin producirse hematomas que puedan hacer peligrar el resultado (11).

Repetimos, que en general todas las suturas no deben hacer sino afrontar, sin exceso en cuanto a número de puntos o a ajuste de los mismos para no dejar demasiado cuerpos extraños y para no desvitalizar los bordes de la herida.

En el post-operatorio, la sonda uretral permanente debe dejarse entre 8 a 15 días, acostumbramos además a dejar un taponamiento vaginal yodoformado durante los primeros 3-4 días. Los cuidados del funcionamiento de las sondas son obvios, y durante su permanencia el reposo en cama es de regla, pero sin obligar a ninguna posición especial.

Con estas premisas en la mente y encarando la reparación por la vía lógica, hemos operado todos nuestros casos, menos uno. La estadística que presentamos de nuestras operadas es incompleta ya que no disponemos en este momento, por motivos circunstanciales del material de algunos servicios hospitalarios donde he-

mos actuado, por lo que presentamos solamente los casos de nuestra clientela privada, o de los servicios hospitalarios en los últimos años.

De los "no orificiales" todos curaron de primera intención. Los "yuxtaorificiales", todos cercanos al cuello, se comportaron en nuestra serie de distinta manera según interesaron la vertiente uretral del cuello o sólo su vertiente vesical. Estos últimos curaron todos de la primera vez, mientras que los otros exigieron algunas veces una o varias reoperaciones, pero curaron de todos modos, salvo una enferma que presentaba una gran pérdida de sustancia (caso N° 15) y que luego de tres intentos con recidivas nos llegó embarazada, lo que nos decidió a esperar una mejor oportunidad para reintervenirla. A esta enferma, hospitalaria, la perdimos de vista y por ello la consideramos "fracaso" sin que en rigor de verdad hallamos tenido en este caso la última palabra.

En nuestros casos, cuando se ha interesado el cuello, no hemos pretendido asegurarnos la curación integral de la enferma en una sola sesión, sino tan solo procuramos la curación de la fístula, procediendo con los mismos principios quirúrgicos generales esbozados y dejando la corrección de una posible incontinencia esfinteriana (caso 13 y 14) para un enfoque ulterior, que en nada debe diferir del que damos a cualquier tipo de incontinencia urinaria femenina. Sin embargo, hacemos en estos casos, unos puntos de reforzamiento a nivel del cuello, tomando los tejidos perivesicales a la manera de Marión.

Un caso tenía una pérdida tan completa del tabique véstico-uretro-vaginal, que debió someterse a una implantación uretero-intestinal a la manera de Coffey. En otra, debió reconstruirse la uretra, lo que se hizo con toda facilidad sobre sonda. Ambas eran enfermas ya operadas previamente en otros Centros (N° 11 y 12.)

CONCLUSIONES

1º) La vía de elección en el tratamiento a las fístulas véstico-vaginales, debe ser la vaginal. La vía de Trendelenburg y otras técnicas más complicadas deben reservarse para casos de excepción.

2º) La vía vaginal es la vía lógica, ya que representa el abordaje más directo de la fístula, brinda la posibilidad de un mejor cierre de la vejiga, lo que no se consigue por la vía alta, es la intervención mejor tolerada por la enferma, a quien además le evita una herida abdominal, habitualmente poco estética por la necesidad de drenaje, y, finalmente, es el procedimiento operatorio más simple para la cura radical de estas fístulas. Por esta vía, es posible llegar a la curación del gran porcentaje de las fístulas véstico-vaginales.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahumada J. C.; Calandra, D. — "Tratamiento de ciertas fístulas véstico vaginales por la vía transvesical". *Obst. y Ginec. Lat. Amer.* 11:123-126, 1953.
2. Batteur, H. — "Intervention immédiate pour plaie véstico-vaginale d'origine obstetricale". *J. d'Urol.* 61:39-42, 1955.
3. Bengolea, A. J. — "Tratamiento de las fístulas véstico-vaginales". *Rev. de la Asoc. Méd. Arg.* 56:451-455, 1942.
4. Boveri, J. L.; Fort A. — "Fístula véstico-vaginal alta complicada". *Vol. de la Soc. Obst. y Ginecol. de Bs. Aires* 26:498-504, 1947.
5. Bramhall, T. C.; Marshall, D. F. — "Extraperitoneal repair of vesicovaginal fistulas". *Am. J. Obst. and Gynec.* 60:834-842, 1950.
6. Carter, B.; Palumbo, L.; Creadick, R. Ross, R. — "Vesico-vaginal fistulas". *Am. J. Obst. and Gynec.* 63:479-496, 1952.

8. *Counseller, V. S.* — "Surgical and post-operative treatment of large vesico vaginal an fistules". *J.A.M.A.* 133:244, 1947.
 7. *Castallo, M. A.* - - "Apparatus for the control of vaginal urinary incontinence due to rectovaginal fistulas". *Surg. Gynecol. and obst.* 74:738-745, 1942.
 9. *Couvelaire, R.* — "Réflexions a propos d'une statistique personnelle de let fistules vésico-vaginales". *J. d'Urol.* 59:150-160, 1953.
 10. *García, A. E.; Casal, J.* — "Fistulas vésico vaginales. Su tratamiento por vía trans-vesical". *Rev. Arg. de Urol.* 23:217-226, 1954.
 11. *González, R.; Lira, A.; Banderas, T.* — "Fistulas vésico-vaginales". *Rev. Chil. Urol.* 8:1935-1400, 1945.
 12. *Harguindey, J. S.; de Mendizábal, M. M.* — "La preparación y los cuidados post-operatorios en las fistulas génito-urinarias. *Arch. Esp. Urol.* 5:341-352, 1949.
 13. *Holloway, H. J.* — "Injury to the urinary tract as a complication of gynecological surgery". *Am. J. Obst. and Gynec.* 60:30-40, 1950.
 14. *Latzko, W.* — Beitrag zur operation komplizierter Blasen. Scheidenfisteln, nebst Bemerkungen zur Frage del Harnkontmery Zentralbl. für y Gynäkol. 57:1026-1034, 1933.
 - 15 *Miller, N. F.; George, H.* — "Lower urinary tract fistulas in women". *A. J. obst and* 1954.
 16. *Pavlovsky, A. J.* — "Cirugía Especializada". El Ateneo, Bs. Aires, 1941.
 17. *Phaneuf, L. E.; Graves R. C.* — "Vesico vaginal fistula and its management". *Surg. Gynec. and Obst.* 88:155-169, 1949.
 18. *Puga, J. A.; Rodríguez R.* — "Fistulas vésico-vaginales. Su origen y tratamiento". *Rev. Chil. Urol.* 8:1382-1391, 1945.
 19. *Rubi, R. A.; Grimaldi, A. A.* — "Incontinencia completa de orina por fistula vésico-vaginal post partum". *Rev. Arg. Urol.* 18:178-181, 1949.
 20. *Salaber, J. A.; Guixa, H.;* — "Incontinencia de orina por solución de continuidar urogenital". *Bbl. Soc. Obst. Gynec. B. Aires,* 32:367-372, 1953.
 21. *Stearn, G. J.* — An operation for post-operative vesico-vaginal fistula". 64:1322-1327, 1952.
 22. *Taylor, W. N.* — "The transvesical repair of vesico-vaginal fistula". *J. of Urol.* 60:488-492, 1948.
 23. *Te Linde, R. W.* — "Urological aspects of gynecology". *Am. H. Obst. and Gynec.* 60:273-284. 1950.
 24. *Trabucco* — Presentación de enfermos. *Revista Argentina de Urología.* 23:245-246, 1954.
 25. *Twombly, G. H. Marshall, V. F.* — "Repair of vesico-vaginal fistule caused by radiation". *Surg. Gynec. and Obst.* 83:348-354, 1946.
-