

## FISTULA VESICOVAGINAL POST-HISTERECTOMIA TOTAL

---

Por los Dres. PEDRO L. PASI, AGUSTIN P. SENRA, JOSE C. LAMAGNA  
y CARLOS A. SAENZ

El caso que relatamos se refiere a una enferma que 2 meses antes de ser internada en el Servicio de Ginecología del Hospital Salaberry, se le había efectuado en otro Hospital una histerectomía total, presentando desde entonces eliminación continua de orina por vagina.

Se trata de M. V. de S. Historia Nº 27.679; aig. 43 años, operada el 27-VII-61.

El examen genital demuestra: genitales externos normales, desgarró del perineo cicatrizado, buenos elevadores. La vagina profunda, elástica, termina en fondo de saco, faltando el cuello y cuerpo uterinos, los anexos no se palpan. En el fondo vaginal y sobre el lado lateral derecho se encuentra una superficie rugosa como una moneda de 5 centavos, que una vez colocado el espéculo se comprueba tener un aspecto crateriforme, rojo, y de donde emergen hilos de lino con algunas concreciones litíasicas de origen urinario. Extraídos los mismos se individualizan 2 orificios; uno medial que se cateteriza con estilete fácilmente, y uno lateral que debido a su sinuosidad fue imposible hacerlo.

En la cistoscopia se encuentra, por encima y a la derecha de la desembocadura del uréter derecho, dos rodetes longitudinales que confluyen y delimitan un orificio que corresponde al extremo vesical de una fístula vesicovaginal. Se consigue, además, cateterizar el uréter derecho ampliamente. El urograma de excreción ofrece caracteres de aspecto normal.

*Diagnóstico:* Fístula vesicovaginal yuxta orificial.

*Tratamiento:* La electrocoagulación del orificio vesical, realizada por otro colega no dio resultado positivo, razón que decide la indicación quirúrgica. Por estar el orificio interno de la fístula en la proximidad del meato ureteral se considera oportuno elegir la vía trasvesical (Técnica de Trendelenburg) para actuar con más seguridad. Incindida la vejiga se intenta cateterizar ambos ureteres, resultando imposible hacerlo con el derecho, maniobra que se consigue luego de liberados los planos mucoso y muscular de la fístula. La misma se cierra con sutura a puntos separados de catgut, en 3 planos. Se cateterizan ambos ureteres haciendo salir el extremo de los cateteres a través de una sonda de Pezzer decapitada que se exterioriza por uretra. Otra sonda de Pezzer se deja por vía hipogástrica. Para mayor seguridad se coloca un avenamiento en el espacio prevesical.

*Post-operatorio:* Se indican antibióticos (penicilina y estreptomina). A los 4 días de operada se retira el avenamiento prevesical y la sonda de Pezzer hipogástrica y al noveno día ambos cateteres ureterales. Dos días más tarde se hace lo mismo con la sonda uretral. El post-operatorio fue afebril siendo dada de alta a los 20 días de la intervención, con buena continencia. La enferma fue observada en forma intermitente, demostrándose su curación definitiva (Noviembre 10 de 1962).

Motiva la presente comunicación el haber observado como causa de fístula post-operatoria, la utilización de material no reabsorbible para el cierre del muñón vaginal, en histerectomía total. En efecto; suponemos que de haber

sido otro el utilizado aun cuando se hubiese tomado con algunos de los puntos y perforado la vejiga, su reabsorción habría permitido la cicatrización sin la complicación observada.

Siempre hemos utilizado para la sutura de la vagina y peritonización material reabsorbible. El caso presentado creemos avala nuestra conducta.

Recordemos brevemente que las fístulas vesicovaginales habitualmente se clasifican según sea su tamaño o su localización. Podrán ser pequeñas, medianas o grandes y altas, mediovaginales o bajas.

Couvelaire las divide en 5 grupos:

- 1º) Las puras; son las alejadas de los meatos ureterales y del cuello vesical.
- 2º) Las indirectas en las que la comunicación se hace por intermedio del cuello uterino.
- 3º) Las yuxtaorificiales que asientan sobre o cerca de los orificios ureterales o uretral (a esta variedad pertenece la observada por nosotros).
- 4º) Con pérdida pequeña o grande de substancia de uretra, uretra y cuello vesical; o uretra y trígono.
- 5º) Las complejas derivadas de las 3 anteriores, o asociadas a otra patología.

Para el ginecólogo es familiar la vía vaginal; por tal motivo prefiere habitualmente la misma para el tratamiento quirúrgico de las fístulas locales. Si bien en la mayoría de los casos puede obtenerse la curación, existen otros donde por la localización del trayecto fistuloso (vecindad con los meatos ureterales) será de temer una nueva complicación al abordar la fístula, razón por la cual estará indicado hacerlo por vía hipogástrica transvesical a cielo abierto (Operación de Trendelenburg).

En el seno de esta Sociedad los doctores García y Casal, año 1954, se refirieron al tema de las fístulas vesicovaginales y su tratamiento por vía transvesical, poniendo al día la bibliografía y haciendo una exposición detallada de la fisiopatología, oportunidad de la intervención, indicaciones y técnica quirúrgica de la vía alta. Contribuyeron a dicha comunicación los doctores Sandro, Trabucco, Pagliere, Irazú, Brea y Pujol.

Posteriormente, en 1955, los doctores Ercole y Hereñu abordaron el tema, aportando su experiencia con el tratamiento quirúrgico realizado por vía vaginal.

#### R E S U M E N

Se presenta el tratamiento de una fístula vesicovaginal secundaria a la histerectomía total, por vía hipogástrica (operación de Trendelenburg) con curación definitiva, realizando consideraciones sobre la posible etiopatogenia de la misma.

#### DISCUSION

*Dr. Bernardi:* Hubiera sido muy interesante que los comunicantes hubieran mostrado las urografías pre y posoperatorias para comprobar la ubicación de la fístula. Eso en primer lugar.

En segundo término, el estudio de la función pre y postoperatoria porque en ocasiones, se produce una ectasia por la construcción del nuevo orificio vesical y finalmente, verificar si tienen lugar reflujos ante los reimplantes vesico-ureterales.

*Dr. Sáenz:* El uréter estaba traccionado a nivel de la fístula por el magma fibroso. Al extirparse el tejido fibroso, se lo liberó.

La urografía previa era normal y la postoperatoria, que también se realizó, no ha mostrado anormalidad alguna, por lo que no la traje.

#### BIBLIOGRAFIA

*Couvelaire, R.:* Chirurgie de la vessie. 1955. Masson et Cie.

*García, A. E. y Casal, J.:* Fístulas vesicovaginales, su tratamiento por vía transvesical. Rev. Arg. de Urol. Vol. 23:217, 1954.

*Ercole, R. y Hereñu, R.:* A propósito del tratamiento de las fístulas vesicovaginales. Rev. Arg. de Urol. Vol. 24:654, 1955.