

## FISTULAS VESICO-VAGINALES UNA TECNICA DE CURACION POR VIA ALTA

Resultados obtenidos con esta técnica

Por los Doctores JEAN CIBERT y JACQUES CIBERT

No hablaré del tratamiento de las fístulas vesico-vaginales en su totalidad.

En efecto, las fístulas bajas, aquellas a las cuales se aborda fácilmente por la vía vaginal, no presentan un problema especial. Sin embargo, las importantes fístulas en las que el suelo vesical, el cuello y la uretra han desaparecido, constituyen un problema muy particular.

Deseo hablaros solamente de una técnica de cierre que se aplica a las fístulas altas, a las del suelo, y también a ciertas fístulas cervicales; es posible que vosotros las utilicéis también.

En primer lugar, yo les diré lo que me ha conducido a esta técnica.

Cuando yo debuté en urología empleaba la *vía trans-vesical* para las fístulas altas, y la *vía vaginal* para las fístulas cervicales. Los maestros de entonces obtenían así buenos resultados; pero los míos eran menos favorables.

Es por lo que, cuando mi amigo Roger Couvelaire ha dado a conocer la *vía vagino-perineal* de Picot y los grandes éxitos que ha obtenido con esta técnica, que debe llevar su nombre, he intentado imitarle. Le he visto operar; me ha dado esquemas; me ha explicado en varias ocasiones su operación. En sus manos es simple y eficaz; en las mías, a pesar de todos los esfuerzos que Couvelaire ha hecho por ayudarme, ha sido difícil. He curado así tres enfermas, pero, operando una cuarta enferma, no he podido cerrar la fístula vesico-vaginal y he provocado una fístula recto-vaginal. Este fracaso me ha demostrado una vez más que lo que es fácil para ciertos cirujanos, no lo es indefectiblemente para otros.

Fue entonces cuando adopté la *vía transperitoneo-vesical* de Dittel-Forgue-Legueu, pero añadiendo la *sección de la cara posterior de la vejiga y del suelo vesical hasta la fístula*. Esta hemisección de la vejiga, que la divide, por detrás del cuello, en dos hemivejigas que permiten la disección de la vagina, proporciona un campo muy amplio sobre ella. Se puede así cerrarla en varios planos, generalmente sin muchas dificultades.

Utilizo esta técnica desde Enero de 1950. No la publiqué en Urología

Internationalis, más que hasta 1959, bajo la firma de mi asistente Andrei Lupu, de Bucarest.

Más recientemente ha sido descrita por mi amigo Henri Comte, de Casablanca, por el urólogo mejicano Gerez Maza en 1963, y en 1957 por Vincent O'Connor. Sus procedimientos no difieren del mío más que en detalles. Esta técnica es posible que sea también la de ciertos urólogos argentinos; si no los cito, es por ignorancia; perdonenme.

He aquí mi técnica.

1º — *Incisión supra-púbica media.*

2º — *Extraperitonización de la vejiga y cierre de la cavidad peritoneal.*

3º — *Abertura de la vejiga sobre la línea media (vértice y cara posterior) hasta vagina. Separación de vejiga y vagina, a todo lo largo de la vagina. A medida que progresa esta separación, la abertura vesical es prolongada hasta la fístula que es rodeada y sobrepasada.*

Cuando este tiempo se ha terminado la vejiga queda de esta forma *dividida en dos* en su cara posterior, hasta la vecindad del cuello.

Si la fístula ocupa el cuello, el suelo vesical es dividido en dos, hasta la uretra.

La vejiga se ha dividido, por detrás del cuello y de la uretra, en dos valvas (hemisección vesical). Cada una de estas valvas es disecada completamente y separada de la vagina; la cara anterior de ésta queda libre en toda su anchura; la separación es continuada hasta por delante de la fístula; de esta manera, el orificio vaginal de la fístula queda liberado en todos los sentidos, el máximo posible.

Para ayudarnos a respetar los uréteres durante la separación de las dos valvas del suelo vesical, colocaremos dos sondas ureterales, desde el momento que abramos la vejiga.

4º — *Cierre del orificio vaginal en 2, 3 ó 4 planos según las posibilidades: puntos sueltos con hilo no reabsorbible.*

La tracción sobre los hilos de este plano que se acaba de hacer permite agrandar la superficie vaginal liberada y preparar el plano siguiente.

5º — *Reconstrucción de la vejiga en dos planos con puntos sueltos de catgut.*

Las sondas ureterales (ambas o una sola), se dejan colocadas a fin de evitar que los ureteres sean perturbados por el edema consecutivo a la disección de la vejiga, si están en la proximidad de las suturas vesicales. Se les hace salir por la uretra o por el hipogastrio.

No hacer nunca, o muy rara vez, cistostomía, pero siempre dejar un drenaje vesical por sonda uretral.

6º — *Reconstrucción de la pared después de dejar colocado un drenaje aspirativo retrovesical.*

Las sondas ureterales son retiradas aproximadamente el octavo día, antes, si son mal soportadas; la sonda uretral es retirada el doceavo día, el quinceavo, o más tarde, si la orina gotea por el hipogastrio, lo que es frecuente en enfermas radiadas.

La principal *dificultad de la operación*, está constituida por el *espesor de la pared abdominal*. En las mujeres gordas, si la fístula es yuxta-cervical o cervical es, algunas veces, costosa la liberación de la parte de la vagina que se encuentra delante de la fístula; en un caso he tenido que operar por vía

alta y por vía baja a la vez, para cerrar la brecha vaginal. Pero, en una mujer delgada, se puede avanzar muy lejos en la liberación de la cara anterior de la vagina; de esta forma he podido conseguir, por esta vía, cerrar fístulas uretrales o cervico-uretrales.

Otra dificultad. En algunas enfermas la *hoja peritoneal retrovesical*, diseccionada en el momento de la extraperitonización de la vejiga, es de mala calidad a causa de la operación o de las operaciones hechas con anterioridad; se adhiere a la vejiga; se desgarran en numerosos puntos, de tal forma que, algunas veces, no se la puede utilizar para reconstruir y cerrar la cavidad peritoneal. En estos casos utilizo el colon sigmoide y, después de la operación, practico una peritonización, lo mismo que la que se hace para terminar algunas histerectomías.

He aquí los *resultados* que obtenido con esta técnica.

*Mortalidad*: nula.

*Complicaciones*:

—Tres enfermas han tenido *infarto de pulmón*, y una de ellas tuvo también una flebitis.

Otra enferma tuvo una *flebitis*.

—*Litiasis vesical* en tres casos:

Una vez cálculos pequeños eliminados espontáneamente.

Una vez fue necesaria la ablación endoscópica de un cálculo pequeño.

En una enferma se constituyó una litiasis muy importante, y no se pudo obtener la curación de la fístula.

—Algunas veces ha sido necesario, semanas después de la operación, extirpar por vía vaginal hilos no reabsorbibles incrustados de sales calcáreas.

—Algunas veces, en el curso de las semanas, o de los meses que han seguido a la operación, aparecen crisis de cistitis o de pielonefritis.

—He de señalar, por fin, que en un caso, después de la operación, persistió una incontinencia uretral del tipo de la incontinencia ortostática, asociada a una pequeña fístula de uretra residual. La fístula se cerró por vía vaginal y la incontinencia ortostática se curó por una operación de Marshall-Marchetti, ejecutada en el mismo tiempo operatorio.

Este caso me lleva, como de la mano, a señalar la dificultad que existe en reconocer ciertas fístulas uretrales pequeñas, cervicales o vesicales, en las mujeres que tienen a la vez una incontinencia ortostática.

Aunque se trate de una enferma que no figura en esta estadística, porque no ha sido operada por la técnica que describo aquí, presento un ejemplo que ilustra este concepto:

Esta joven había tenido un desgarro del tabique vesico-vaginal por forceps; este desgarro fue suturado inmediatamente. Pero persistió una incontinencia de orina muy importante; era de tipo ortostático, no se presentaba más que por el día, al andar y al hacer esfuerzos. En la exploración, la tos desencadenaba, cada vez, un chorro de orina por el meato uretral y chorreaba la orina del meato sobre la pared vaginal anterior. A causa del desgarro que había originado esta incontinencia, investigué minuciosamente, y en varias sesiones, una fístula que habría podido subsistir después de la sutura del desgarro; pero no la encontré. Traté la incontinencia por una operación de Marshall-Marchetti. La enferma mejoró en un setenta y cinco por ciento, pero siempre molesta porque persistía la incontinencia. Fue entonces cuando descubrí una

pequeña fístula cervical; fue sencilla de poner en evidencia; cuando hice toser a la enferma, la orina no salía por el meato, goteaba por un minúsculo orificio en un repliegue de la mucosa vaginal. Este orificio fue suturado por vía vaginal.

*Una fístula puede permanecer ignorada cuando se examina una enferma que está afectada también de incontinencia ortostática.*

Para estudiar los resultados y juzgar la eficacia del procedimiento, es preciso examinarles bajo el punto de vista de *las diversas etiologías de las fístulas* tratadas.

Las fístulas más fáciles de curar son evidentemente aquellas que se observan en *tejidos vesicales y vaginales sanos*.

*Pero, cuando los tejidos están alterados* en su vitalidad, en su trofismo, aparecen dificultades en la curación que no dependen más que de la vía de acceso escogida. La esclerosis de la pared vaginal perturba la aproximación de los bordes de la fístula y el hundimiento del primer plano de suturas bajo un segundo o un tercero. Los hilos tienen tendencia a cortar. Los tejidos patológicos cicatrizan mal o son incapaces de cicatrizar.

Tan malas condiciones se presentan algunas veces, cuando la fístula es antigua, cuando existe una infección vesico-vaginal, cuando la fístula ha sido objeto de otras varias operaciones; pero no siempre; una de mis enfermas ha curado perfectamente de una fístula que le duraba desde hacía 17 años y había sido operada ya cuatro veces.

Las condiciones de curación están comprometidas sobre todo cuando los tejidos han sido radiados (radium, cobalto, rayos X). Es posible que su mal trofismo esté agravado todavía por la *linfadenectomía*.

En tales casos es preciso intentar *preparar a las enfermas para la operación*. Sonda permanente que frecuentemente consigue secar, al menos en parte, la vagina. *Pincelamientos* antisépticos de la vagina. *Los estrógenos* pueden ser que tengan una utilidad; mi Maestro, el Profesor Cotte, los empleaba antes de algunas de sus operaciones vaginales por prolapso. *La oxiferriscorbone, la cortisona* desinfiltran los tejidos. Creo también en la acción favorable sobre el trofismo vaginal de *la placenta fresca*.

He observado recientemente la curación espontánea de una fístula vesico-vaginal aparecida en el curso postoperatorio de una histerectomía con linfadenectomía por cáncer del cuello uterino efectuada después del tratamiento por radium y cobalto; la fístula se redujo en pocos meses bajo los efectos de la sonda uretral permanente de la oxiferriscorbone y de la cortisona; más tarde fue retirada la sonda, porque era mal soportada; las aplicaciones vaginales de placenta fresca, hechas dos veces por semana, han terminado la curación.

Pero una preparación de este tipo no siempre es posible. La sensibilidad de la vagina no todas las veces permite las maniobras de desinfección local, ni las aplicaciones de placenta fresca; y las inyecciones intramusculares de extractos placentarios, así como las implantaciones de placenta conservada, no tienen la misma eficacia.

Es en estos casos cuando es necesario pensar en la *derivación urinaria* preconizada por mi amigo Roger Couvelaire, bajo la forma de *ureterostomía cutánea bilateral*. Esta derivación precisará, una vez cerrada la fístula, una *uretero-ileo-cistoplastia* para restablecer el curso de la orina. Roger Couvelaire me ha relatado varios casos en los cuales esta técnica le había dado el éxito y

también otros en los que tan sólo la derivación de la orina había permitido la cicatrización espontánea de la fístula.

Pero hay casos en los que cualquier preparación es inútil; son algunas de las enfermas que han sufrido ya una histerectomía con linfadenectomía después de irradiación, y que guardan los tejidos definitivamente esclerados. Son tributarias de *la implantación de los ureteres en el sigma*, a no ser que tengan también una fístula recto-vaginal.

Según esta técnica han sido operadas 45 enfermas; pero una de las observaciones no es utilizable, por no ser conocido el resultado:

#### CUADRO I

##### *Fistulas tras histerectomía en enfermas no radiadas*

- 8 — por fibroma
- 2 — por cáncer del cuerpo
- 2 — ampliadas (Wertheim) por cáncer del cuello
- 2 — por una enfermedad no precisada
- 1 — por salpingitis
- 1 — por metrorragia

16 casos: 16 curaciones: 100 %.

En lo que respecta a este primer grupo de enfermas he de señalar que algunas tenían *dos o tres fistulas contiguas*; las he cerrado reuniéndolas en una sola, otras veces por separado.

Por otra parte, una enferma tenía también una *fistula uretero-vaginal* de la que no me di cuenta más que después de haber cerrado la fístula vesico-vaginal. Había hecho hacer, como para todas las fístulas vesico-vaginales, una urografía, pero no supe reconocer que uno de los uréteres estaba fistulizado en la vagina; su dilatación hubiera debido, sin embargo, permitir suponerlo.

Otra tenía una estenosis del uréter izquierdo en una extensión de siete centímetros: Reimplantación.

#### CUADRO II

##### *Fistula tras el tratamiento de un cáncer del cuello*

- obs. 5 Histerectomía. Recidiva vaginal. Fístula provocada por una biopsia. *Fracaso.*
- obs. 6 Rayos X y Radium. Colpo-histerectomía. Ano ilíaco por fístula recto-vaginal. *Fracaso.*
- obs. 14 Radium. Colpo-histerectomía. Linfadenectomía. *Mejoría* satisfactoria.
- obs. 15 Radium. Colpo-histerectomía. *Fracaso.* 2ª operación.  
Recidiva de la fístula 6 años. 3ª operación: curación de 2 años
- obs. 30 Histerectomía. Cobalto. Radium. *Fracaso.*
- obs. 31 Radium. Histerectomía. *Curación.*
- obs. 35 Radium. Histerectomía. Curación progresiva en 6 meses.
- obs. 39 Radium. Colpo-histerectomía. Linfadenectomía. Ano ilíaco por fístula recto-vaginal. *Mejoría* muy importante. Deceso 1 año después (oclusión intestinal).

obs. 44 Radium. Colpo-histerectomía. Caquexia. *Fracaso.*

obs. 45 Radium en 1937. Fístula recto-vaginal en 1956 (ano ilíaco). Fístula vesico-vaginal en 1964. Curación.

Son pues 10 observaciones, 4 curaciones: 40 %  
2 mejorías: 20 %  
4 fracasos: 40 %.

En dos de las enfermas de esta serie ha tenido que ser reimplantado un uréter (implantación directa y Boari).

### CUADRO III

#### *Fistulas obstétricas*

4 tras parto sin intervención

8 tras forceps

1 tras basioptrosis

13 obs. (una inutilizable): 12 obs. con 10 curaciones (83,3 %), 2 fracasos.

### CUADRO IV

#### *Dos operaciones por cistocele*

1 curación

1 gran mejoría.

1 fístula sufrida desde 12 años después de la incisión por el recto de un absceso apendicular. *Curación.*

1 fístula en el curso de una fractura de pelvis. Operada 13 años después (enferma ya operada 7 veces). *Fracaso.*

1 fístula por empalamiento. 4 operaciones anteriores (niña de 13 años). *Curación.*

1 fístula consecutiva a una resección del cuello (niña de 9 años). *Curación*

### CUADRO V

#### *En total: en 44 casos*

Curación .....	34: 77,5 %
Mejoría .....	3: 6,8 %
Fracaso .....	7: 16 %

No cito las operaciones que algunas de mis enfermas han sufrido antes de serme confiadas, y las dificultades que se han derivado de ello.

Se me ha objetado que la hemisección vesical posterior y la disección de las dos mitades del suelo vesical para poner de relieve la vagina puedan tener efectos desfavorables sobre la vejiga y su funcionamiento. Puedo responder que no.

Creo que este procedimiento representa el tratamiento de elección de las *fistulas del suelo vesical* para los que como yo no saben curarlas fácilmente por la vía transvesical o por la vía vagino-perineal.

Para las *fistulas bajas* que ocupan el cuello o la parte superior de la uretra, es evidente que la vagina es en principio la vía preferible; el curso operatorio

de una operación vaginal es generalmente más simple, y más rápido, que el de una operación abdominal. Pero es necesario, para cerrar con seguridad una fístula, si no está situada en tejidos patológicos, tener la máxima facilidad en el abordaje.

Incluso para las fístulas bajas, existen numerosos casos en los que el acceso por vía vaginal no es fácil: la estrechez de la vagina, su rigidez, hacen imposible la exteriorización a la vulva del tabique vesico-vaginal. Y es imprescindible esta exteriorización, bien hecha, para que la cura por vía vaginal pueda ser llevada a cabo; se consigue realizar esta exteriorización, bien por una tracción sobre el cuello uterino si existe, o bien, sobre todo, introduciendo en la vejiga por la uretra la espátula intravesical de Pasteau, o tijeras romas o incluso una sonda de Malécot montada sobre un mandril; basculando hacia lo alto el mango del mandril se da a la sonda una dirección vertical; rechazando así el tabique vesico-vaginal hacia la vulva.

Cuando no se puede obtener esta exteriorización necesaria, renuncio a la operación vaginal; será difícil; será probablemente poco eficaz. Prefiero entonces la hemisección vesical por vía alta. En mi estadística hay 9 fístulas cervicales, 1 fístula vesical yuxta-cervical y 3 fístulas subcervicales que no se pudieron ver tras la abertura de la vejiga. En estas 13 fístulas bajas, 10 han sido curadas por vía alta; y para varias de estas enfermas, habían fracasado una o varias tentativas de cierre por vía baja.