

SOBRE TRES CASOS DE FISTULAS UROGENITALES OBSTETRICAS

Dres. A. E. Trabucco, F. J. Márquez y R. J. Borzone.

Presentamos tres casos de fístula véscicovaginal de causa obstétrica, de distinta modalidad clínica, dos de ellas tratadas iterativamente y una de ellas gigante y de localización poco común, resueltas felizmente todas ellas con tácticas quirúrgicas adaptadas a cada caso.

CASO 1.- H. C. 795/19. M. D., 40 años, argentina. Internada el 2-9-64. Interrogatorio difícil, pues de tratar de una india que sólo habla quichua. Concorre con pérdida de orina por vagina, que sufre desde aproximadamente dos años atrás, luego de un parto con fórceps. Dicha pérdida es continua con aumento en posición erecta. Las micciones son escasas y las orinas son turbias. No se tocan ni duelen riñones ni puntos ureterales. Uretra libre el 24. Vejiga no se palpa ni duele. Examen ginecológico: genitales externos normales ligeramente húmedos y macerados por la orina que sale por vagina. Colocado el espéculo se ve zona fistulosa en trígono vaginal a la izquierda de la línea media, umbilicada, de tamaño de 1 x 1 cm. Colocando argirol en la vejiga, sale de inmediato a vagina por esa pérdida de sustancia. Cistoscopia: (5-9-64). Se hace difícil el lleno vesical, pues el líquido se pierde por vagina. Se ven ambos meatos sanos y un orificio fistuloso en trígono, por dentro del meato izquierdo, que llega casi hasta el cuello. Resto de la vejiga normal. Examen somático: buen estado general, mujer muy delgada, sin alteraciones en aparatos ni sistemas. T. A.: 12-7 cm. L.

Laboratorio: Orina: amarill^o ambar, turbia, sedimento escaso con escasas células, leucocitos y uratos amorfos, ácida D.: 1026. Urea: 0.25%. Eritro: 12-30. Glóbulos rojos: 3.850.000; blancos: 6.500.

Radiología: Directa de abdomen: no se ven sombras calculosas. Urograma excretor: buena función y morfología bilateral, con discretas imágenes de pielonefritis crónica. Diagnóstico: fístula véscico-vaginal post parto. Se prepara a la paciente con antibióticos y vitaminas y se opera el 12-9-64. Cirujanos: Dres. Márquez, Borzone y Gadea. Anestesia peridural xilocaína-pentothal. Incisión mediana suprapúbica. Se abre peritoneo, se extraperitoniza la vejiga, se cierra el peritoneo sobre cuello uterino y se procede a separar vejiga de vagina a lo Cibert, abriendo la vejiga longitudinalmente en dos valvas laterales por su pared posterior, lo que facilita extraordinariamente la separación. Antes de llegar a la zona fistulosa, se reparan los ureteres, cateterizándolos hasta la pelvis. Ambas valvas vesicales se separan de la vagina contorneando la fístula, llegando por debajo hasta el cuello (Fig. 1). Se cierra con dos planos de catgut simple 1 la brecha vaginal en forma horizontal y luego con igual material, en forma vertical la pared posterior de vejiga, también en dos planos, desde el cuello a la cúpula. Se termina el cierre de la vejiga en forma habitual con sonda de Pezzer suprapúbica y Malecot uretral. Ambos catéteres ureterales se dejan saliendo junto al drenaje suprapúbico. Cierre parietal en un plano aponeurótico con catgut cromado con drenaje laminar del Retzius y piel con algodón. Transfusión operatoria de 500 cc. de sangre. Antibióticos. El postoperatorio es tranquilo: el 15-9-64, al tercer día, se quitan los

catéteres ureterales. Los drenajes vesicales trabajan bien. El 19-9-64, a la semana de operada se quita la sonda hipogástrica. El 30-9-64, 18 días después de operada, la vejiga está cerrada. Se quita la sonda uretral y orina bien, sin pérdidas de orina, con discreta polaquiuria. El 24-10-64 egresa curada. El 18-11-64 concurre a controlar en C. E. y se da de alta definitiva.

CASO 2.- H. C. 803/13. E. P. de S. Argentina, 34 años, domiciliada en Misiones. Ingresa el 26-11-64. La paciente ha tenido seis embarazos con partos aparentemente normales. El último el año pasado: un mes y medio después, comienza con pérdidas de orina por vagina, continuas, que no guardan relación con la posición ni con los esfuerzos. En mayo de 1963, primera operación en Posadas, por vía hipogástrica: histerectomía. Sigue con pérdida urinaria. En octubre de 1963, nueva operación por vía vaginal, también en Misiones. No se corrige el problema. En abril y agosto de 1964 dos nuevas operaciones por vía hipogástrica, sin resultado. Por tal motivo es enviada a nuestro servicio. El estado actual a su ingreso (26-11-64): muy buen estado general, sin alteraciones fuera de la esfera urogenital. T. Arterial: 12-8. Polaquiuria diurna y nocturna, con orinas piohematúricas. Además de las micciones, pérdida continua de orina por vagina, mojando 3 o 4 paños por día. Dolor en la zona lumbar izquierda, flanco y fosa ilíaca izquierdos. Uretra libre y vejiga de poca capacidad. Cistoscopia: (30-11-64): Difícil, por la poca capacidad vesical y los fenómenos de cistitis; empero se logra visualizar una imagen de cálculo en trigono, de tamaño de una avellana. Radiología: simple: imagen litiasica irregular en área vesical, tamaño avellana. Urograma: Muy buena función derecha, con ureterectasia hasta vejiga que es marcada a los 10 m. y va decreciendo hasta los 60, en que se evacúa muy bien el árbol urinario a vejiga. En el lado izquierdo hay gran retraso funcional, con caliectasia hidronefrótica y riñón chico, sin verse uréter en ninguna placa. La vejiga es de buen contorno, con una muesca en la parte derecha de su base. En la última placa se ve sustancia opaca en vagina. Laboratorio: análisis normales, salvo piohematuria.

Al parecer se trata, por la pérdida de orina por vagina, la endoscopia y la obstrucción ureteral izquierda, radiológica, de una fístula ureterovaginal izquierda, con litiasis vesical y cistitis. El 7-12-64 se inicia tratamiento con instilaciones vesicales de argiról y se comprueba que no pasa a vagina. La panendoscopia efectuada ese mismo día por el Profesor Trabucco, muestra un cálculo tamaño avellana en trigono, el uréter derecho es normal, y la zona correspondiente al meato izquierdo, está ulcerada y sangra fácilmente. El examen ginecológico efectuado a continuación revela, al tacto, zona infundibuliforme en el fondo de saco vaginal izquierdo, retraída, que el espéculo muestra ser una fístula, por donde mana orina babeante. Se realiza entonces una cistografía a replección, que demuestra la indemnidad de la pared vesical, la ausencia de todo trayecto fistuloso y la falta de pasaje de contraste a vagina.

Con todos los elementos de juicio antedichos se confirma el diagnóstico de litiasis vesical, posiblemente secundaria a plástica anterior de una fístula véscovaginal y fístula ureterovaginal.

Se decide operar para extraer el cálculo y controlar el estado vesical y ureteral. Operación: (10-12-64), Profesor Trabucco, Dres. Borzone y Vásquez. Anestesia general Dr. Mosovich. Se reseca la cicatriz mediana suprapúbica. Se libera la vejiga abriendo el peritoneo y extraperitonizando la cúpula. La exploración intraperitoneal muestra gran reacción inflamatoria crónica periureteral izquierda, a través del peritoneo parietal. Se cierra el peritoneo, se abre la vejiga: hay un cálculo vesical verde amarillento,

de superficie morulada, blando, friable, del tamaño de una avellana grande, libre, en zona trigonal. Se lo extrae. El ureter derecho eyacula bien. El izquierdo, muy congestivo, es impermeable al cateterismo en su porción intramural. No hay ninguna solución de continuidad en las paredes vesicales. Se cierra la vejiga en forma total, con dos planos de sutura dejando sonda de Foley por uretra. Aponeurosis con catgut cromado con drenaje laminar del Retzius y piel con algodón. Transfusión operatoria 500 cc. de sangre. Antibióticos.

El calculo se corta con una pequeña sierra y se encuentra en un núcleo, nudos de catgut. Se ha originado, ciertamente, en alguna de las operaciones plásticas realizadas anteriormente. Queda una fístula ureterovaginal izquierda, que se tratará con nefrectomía cuando se reponga de la cistotomía.

El 21-1-65 operación: Dres. Borzone, Rebaudi y Gago. Anestesia general. Dr. Mosovich. Lumbotomía izquierda con resección de XII costilla. Nefrectomía izquierda típica, extrayéndose riñón chico, abollonado, cavitario hidronefrótico, con lesiones de pielonefritis. El uréter con regular dilatación. El postoperatorio es tranquilo, y al levantarse al 4º día observa una pérdida de orina por vagina, que persiste y es mayor, en el día, que antes de la nefrectomía: se constata, instilando argirol en la vejiga, que en realidad hay ahora una fístula véscicovaginal: de inmediato pasa el mismo mojando una gasa vaginal. Una cistoscopia efectuada por el Dr. Márquez el 10-2-65 constata la existencia de una pequeña fístula retrotrigonal mediana y decide electrocoagularla dejando sonda permanente, como un intento para cerrarla por granulación. Se mantiene un mes con sonda permanente, prácticamente sin pérdida urinaria; pero al quitar la sonda el 10-3-65 pierde nuevamente orina por vagina y en forma muy abundante: 5 o 6 paños diarios, es decir, más que al principio. El 20-3-65 una nueva cistoscopia, Dr. Borzone evidencia una fístula retrotrigonal, redondeada de 1 x 1 cm. que permite el pasaje de un catéter ureteral grueso, el cual sale a vagina.

Se prepara la paciente para una nueva intervención: ésta se realiza el 30-3-65. Cirujano: Profesor Trabucco. Ayudantes: Dr. Borzone y Dr. Alonso. Anestesia general: Dr. De la Vega. Se reseca la cicatriz suprapúbica mediana y se abre peritoneo. La vejiga está muy adherida al muñón vaginal. Se desperitoniza la cara posterior de la vejiga hasta la zona de adherencia. Se abre la vejiga y se visualiza la fístula retrotrigonal. Se repara con un catéter el uréter derecho que eyacula bien. Se repara la fístula con una sonda de Nelaton introducida hasta la vagina, donde se le ata una torunda de gasa, que permite así traccionar y levantar la pared vaginal. Con este artificio se procede a liberar vejiga de bagina, abriendo en dos valvas la pared posterior de la vejiga, según el procedimiento de Cibert y llegando así hasta casi la zona cervical, sana. Terminada la liberación quedan ampliamente separados: la vejiga hacia adelante, hendida longitudinalmente hasta el trigono y la vagina atrás, con el orificio fistuloso resecaado y todavía reparada por la sonda con la torunda. Se quitan éstas y se procede a la sutura como en el primer caso: vagina horizontalmente con dos planos de catgut y vejiga longitudinalmente con dos planos de catgut no perforantes. Se coloca Foley 20 por uretra y se completa el cierre total de la vejiga. Cierre de peritoneo con drenaje tubular por contrabertura, pues queda rezumando sangre la zona desperitonizada. Aponeurosis con catgut cromado. Piel con algodón. Rubber en Retzius. Transfusión operatoria 1000. Postoperatorio inmediato sin inconvenientes.

El 20-4-65, veinte días después de la operación se quita la sonda y orina con cierta frecuencia, sin pérdidas. Sigue en observación hasta el 5-5-65: micción normal, orinas claras y seca, por primera vez en dos años y luego de sufrir 4 operaciones en Misiones

y 3 en nuestro servicio. En esa fecha egresa.

Este caso fue complejo por tratarse de una paciente ya operada cuatro veces cuando llegó a nuestro servicio, posiblemente operada por fístula vésicovaginal con éxito relativo, ya que si bien cerró su comunicación vesicovaginal de origen obstétrico, se formó un cálculo por el cuerpo estreño del material de sutura y seguramente se produjo la fístula ureterovaginal izquierda después de la histerectomía (primera operación). Lo que cuesta explicar, es cómo antes y durante nuestra primera operación no se demostró fístula vésico-vaginal y ella se hizo evidente después de la nefrectomía que suprimió la fístula ureterovaginal izquierda. Creemos que en la zona de formación del cálculo -que por otra parte no estaba adherido a pared- de donde se desprendieron los puntos de sutura que formaron su matriz, quedó un "locus minoris resistentiae" y allí el decúbito de la sonda permanente reabrió la fístula por la que fuera operada en Misiones. Ello sucedió después de la primera operación y posiblemente pasó inadvertido durante la segunda, revelándose al levantarse después de la nefrectomía. El intento de electrocoagulación endoscópica fue infructuoso y aún amplió la brecha. Felizmente la última plástica logró, a pesar de lo alterado del terreno, lo que las anteriores no lograron: solucionar definitivamente el problema de la paciente.

CASO 3.- H. C. 813/4. M. A. F. de R. Argentina, casada, 45 años. Domiciliada en Río Gallegos. Se interna en el Servicio el 11-4-65. La enfermedad actual es una secuencia ininterrumpida con sus antecedentes personales. A los 26 años, en 1947 su primer parto, a término, resulta distócico y se la practica una sinfisiotomía pubiana. Luego del parto comienza con pérdida continua de orina no modificada por los cambios de posición y en ese año 1947 es operada tres veces con diagnóstico de fístula uretrovaginal. Después de esos tratamientos, la pérdida se ponía de manifiesto sólo en la posición erecta, lo cual era aceptado por la paciente, pues no era muy abundante. En 1954 es operada de prolapso uterino por vía abdominal. En 1959 es operada de colpocistocele por vía vaginal. En 1962 tiene un nuevo embarazo y se le practica una cesárea al octavo mes. Dos meses antes, teniendo siempre pérdidas de orina en posición de pie y con fenómenos de cistitis, elimina por vagina un cálculo del tamaño de un huevo de gallina, y desde ese momento y luego de la cesárea, las pérdidas de orina son mayores y permanentes, aún endecúbito, notando de pie y con los esfuerzos la salida de un bulto doloroso que se asoma en la vulva. Estado actual a su ingreso, 4-11-65: Pérdida continua de orina que macera la vulva y el periné. Micciones escasas y con ardor, más frecuentes de pie, orinas turbias. Riñones y puntos ureterales no se palpan ni duelen. Al examen vulvar se observa (Fig. 2 y 3) por delante del orificio vaginal y detrás del pubis un bulto rojo vinoso, esférico, del tamaño de 4 x 4 cm., húmedo y con restos de fibrina, cubierto de tegumento mucoso de tipo vesical, blando, depresible y doloroso, que se reduce con dificultad y que es la pared posterosuperior de la vejiga evertida al exterior. Colocando a la paciente en posición de Trendelengurg se logra reducirlo y queda un gran orificio circular de 3 x 3 cm. de donde mana orina turbia. Por debajo y a la izquierda hay un orificio sobre un colgajo, que es la uretra. Introduciendo por él una sonda acanalada se la ve atravesar la luz del orificio y entrar a la vejiga. Se trata de una gran fístula vésicovestibular, por donde seguramente eliminó el cálculo antes de la operación cesárea, por el decúbito de la compresión uterina (sexto mes), en la zona lesionada y reparada parcialmente de la antigua sinfisiotomía. El esquema de la situación en corte sagital lo muestran las figuras 4 y 5. El tacto vaginal, realizado por el Dr. Dillon informa: vagina caracterizada por acor-

tamiento de su pared anterior a expensas de su tercio distal. Tiene una longitud de 6 cm. y se continúa en forma insensible con un hocico de tenca, pues ha desaparecido el fondo de saco vaginal anterior.

Examen clínico general: buen estado general, sin alteraciones de sus aparatos y sistemas. T. Art.: 17-9. Radiología: Rx simple de aparato urinario: se observa la gran diastasis pubiana secuela de la sinfisiotomía. No se ven cálculos. Urograma excretor: Excelente función bilateral, discreta ptosis renal D. Vejiga en forma de triángulo de vértice inferior, por la eversión de la cúpula. Laboratorio: Orinas piúricas ácidas. Urea 0,35 g %. G. R.: 4.800.000 mm³. G. B. 9.000. N: 76; E: 1; B: 0; M: 5; L: 18%.

Con diagnóstico de fístula véscivestibular gigante, se prepara para la intervención quirúrgica, que se realiza el 13-5-65. Cirujano: Dr. Dillon. Ayudantes: Dres. Borzone y Speranza. Anestesia peridural Dr. De la Vega. En posición ginecológica. Se contornea el borde de la fístula con bisturí delicado y se libera vejiga del subpubis y del vestíbulo en forma amplia. Se fabrica, luego de avivar los bordes, tres planos: mucoso vesical, muscular y vestibular, que se suturan sucesivamente, en forma transversal con catgut 1 simple sin tensión. Se coloca una sonda Foley por uretra. Apósito fenestrado. Transfusión operatoria 500 cm³. Terramicina intramuscular. A los 5 días de operada (18-5-65), se obstruyó la sonda con secreciones durante varias horas de la noche, orinando al parecer entre la sonda y la uretra. Se cambió la sonda por la mañana y en lugar de la Foley se colocó una Malecot, N° 21. La instilación de drometil por la sonda no sale al parecer por la herida operatoria, que tiene buen aspecto. Esa complicación, sin embargo, produjo una pequeña dehiscencia de la plástica, que dio salida, tres días después (21-5-65) a orina y a los líquidos instilados por la sonda. Lentamente fue granulando, tratada con Madecassol i. m. día por medio y Pergalén local.

El 20-7-65, dos meses después de la operación se quitó definitivamente la sonda, quedando un pequeño trayecto filiforme en vestíbulo, por el cual mojaba un sólo paño en 24 horas. Regresa en esas condiciones a su residencia habitual e informes ulteriores por carta, hacen saber que la paciente está muy satisfecha con el resultado obtenido, pues tiene micciones normales, y sólo ocasionalmente pierde algunas gotas por la zona de la plástica.

COMENTARIOS

Aparte de la secuencia diagnóstico terapéutica, que creemos interesante, debemos destacar en los casos 1 y 2 la real eficacia de la técnica difundida por Cibert que con tanto entusiasmo presentara a esta Sociedad en ocasión de su último viaje. Dicha técnica, variante sustancial del viejo procedimiento intraperitoneal de Diteel, permite una separación correcta y amplia, base del buen éxito, de la vejiga y la vagina, aun cuando haya profundas modificaciones locales por reiteradas operaciones anteriores, como en el caso 2.

El caso 3, fístula véscivestibular de gran tamaño, que permitió la eliminación de un cálculo fosfático del tamaño de un huevo de gallina, se resolvió sin dificultad por la vía vestíbulo-vaginal con muy buen afrontamiento de 3 planos sin tracción. Es de manifestar que en este caso resultó más eficaz para un correcto drenaje vesical la sonda de Malécot (fabricada con una Pezzer), que la costosa sonda Foley, que por su menor luz a igualdad de calibre, se obstruye más fácilmente, con los detritus que se acumulan por detrás del balón. La bostrucción de la sonda al 5^o día de la operación hizo peligrar

el éxito de la plástica y prolongo mucho el período de curación. En el caso 1 se usó directamente para drenaje vesical la sonda de Malécot. En el caso 2 en cambio se usó Foley sin inconveniente.

RESUMEN

Se presentan tres casos de fistulas urogenitales femeninas de origen obstétrico. El primero véscivaginal, el segundo con fistula ureterovaginal con litiasis vesical y fistula véscivaginal secundaria y el tercer caso véscico vestibular. Los casos se han resuelto favorablemente y se describen las etapas diagnósticas y las tácticas quirúrgicas empleadas.

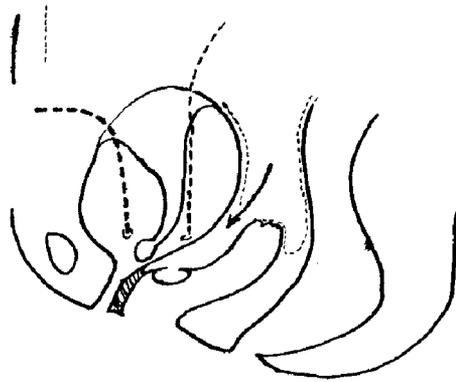


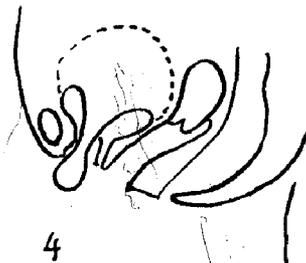
fig 1



2



3



4



5