

## REVISTA DE REVISTAS

*Nuevamente aparece el capítulo de Revista de Revistas, que había dejado de publicarse desde septiembre 1959, hace justamente diez años. En él se realizará un pequeño resumen de trabajos de la especialidad obtenidos de publicaciones nacionales y extranjeras.*

*La Dirección.*

### *VALVULAS DE LA URETRA POSTERIOR. Cendron J., Deburge J. P., Karlaftis (Paris). (J. d'Urol. 75: 15-38, 1969.)*

Los autores refieren su experiencia de cincuenta casos de válvulas uretrales observadas durante un periodo de 13 años en el Hospital Saint-Vicent-de-Paul.

La edad de los pacientes osciló entre 5 días y 15 años. Después de hacer una breve referencia histórica, anatómica y embriológica de esta afección detallan las consecuencias de la obstrucción creada por las válvulas. La uretra posterior se encuentra dilatada y a veces elongada. El cuello de la vejiga se halla en general retraído lo que induce a veces al diagnóstico erróneo de la enfermedad del cuello. Se trata según los autores del espesamiento de las fibras cervicales que reconoce el mismo origen que las del detrusor. Coinciden en esto con I. Williams y E. Burrows.

La dilatación de las vías excretoras superiores es frecuente (38 casos), en tanto hallan reflujo en casi 1/3 de los casos. Piensan que la hipertrofia del detrusor puede contribuir al mejor cierre ureteral, aunque ello dista de ser constante.

Las lesiones renales halladas en 14 observaciones se resumen en 3 tipos: la quistosis cortical, la nefritis intersticial y la displasia renal.

Los problemas clínicos son muy distintos según se trate de niños menores de 18 meses o mayores. En el primer grupo las alteraciones renales son más severas con gran repercusión sobre el estado general, uremia y deshidratación. Los del segundo grupo consultan habitualmente por infección urinaria y/o trastornos de la micción.

De los estudios realizados para efectuar el diagnóstico el mejor es la cistouretrografía miccional, sea posterior al urograma o por relleno a través de una punción hipogástrica.

El tratamiento comprende las intervenciones de drenaje y las de la válvula.

En los pacientes del primer grupo se está obligado generalmente a derivar la orina y el drenaje variará según se trate de uréteres con buena motilidad o ectasia. Siempre se hará éste por encima del obstáculo, constituido a veces por un uréter dilatado y/o flexuoso.

La excisión de la válvula puede hacerse por vía endoscópica o quirúrgicamente. La dificultad de estos métodos los ha llevado a tratar 27 niños con sonda permanente para producir la laminación de la válvula. La sonda se dejó entre 1 y 18 meses.

Han observado 11 buenos resultados, todos ellos pertenecientes al grupo mayor de 18 meses.

C. SÁENZ

## FISTULA VESICUTERINA POSTCESAREA

Dres. C. I. MACKINTOSH \*, C. E. AZA ARCHETI y G. E. RUIZ

Dentro de las variadas causas etiológicas de las fistulas génitourinarias, las quirúrgicas ocupan un lugar importante. Avala dicha afirmación el hecho de que en los últimos años las mismas aumentaron en frecuencia coincidiendo con el incremento de las histerectomías totales y cesáreas segmentarias.

El caso que nos ocupa en esta oportunidad es una de las variedades de fistulas gérito-uritarias más raras, en grado tal, que muchos autores la consideran excepcional. En esta Sociedad Argentina de Urología presentó un caso similar el Dr. Llanos de Colombia en el año 1965. Los Dres. Sáenz, Salinas e Irazu publicaron otro caso en las IV Jornadas Rioplatenses en el año 1967.

Las fistulas uretro-genitales pueden ser (Fot 1): uretro-vaginales, vésico-vaginales, uretero-vaginales, uretero-uterinas y vésico-uterinas. Estas variedades de fistulas si bien obedecen a múltiples causas, generalmente, de acuerdo a su altura tienen una etiología más definida, así tenemos, que las uretro-vaginales y vésico-vaginales están vinculadas a partos o a instrumentos usados en ellos (forceps, etc.); las ureteros-vaginales se ven en postoperatorios de histerectomías totales; vésico-cervicales se observan en neo de cuello uterino y las vésico-uterinas en cesáreas segmentarias.

La mención de las causas quirúrgicas y las variedades de fistulas sirven como dato de orientación en el interrogatorio. En este, debemos preguntar si la pérdida es continua o intermitente, en este último caso, en que posición aumenta o decrece. Otro elemento importante a indagar es si hay emisión espontánea de orina, pues de no ser así estaremos en presencia de una fistula vésico-vaginal amplia o de una uretero-vaginal bilateral.

A continuación del interrogatorio se debe inspeccionar vagina con espéculo buscando la visión directa de algún trayecto fistuloso, en caso negativo se procederá al lleno vesical con una solución de azul de metileno; si aún así no se obtiene resultado positivo se inyectará por vía intravenosa indigo carmín, tratando con este último proceder de pesquisar las fistulas uretero-vaginales o uretero-uterinas.

Como complemento de rutina se debe considerar al urograma excretor y cistoscopías; quedando aún en caso de dudas la cistografía e histerografía.

El tratamiento es quirúrgico aconsejándose hacerlo después de un lapso de espera no menor a los tres meses. Las vías de abordaje utilizadas son: la baja, vaginal y la alta abdominal, pudiendo ser esta última transperitoneal o transvesical, existiendo modificaciones o combinaciones de ambas. La complicación pre y postoperatoria más frecuente es la infección urinaria; se mencionan también vulvitis preoperatorias.

Nuestra enferma, R. D. C., 25 años.

Llega a nuestro Servicio procedente de otro establecimiento hospitalario, manifestando que un mes atrás fue sometida a una cesárea y al sexto día de operación comenzó a mojar con orina sus paños genitales. Por este motivo se le colocó sonda uretral a permanencia por el término de veinte días. Como la

pérdida no cediera, una vez retiradas las sondas, le indicaron consultar a un Servicio de Urología.

Al momento de su examen la enferma manifestaba polaquiuria diurna y nocturna con pérdida de orina por vagina debiendo cambiar paños genitales reiteradas veces durante el día, llamándole la atención que el decúbito dorsal acentuaba la misma. Se solicitó uricultivo, recuento de colonias y eventual antibiograma, que demostró la presencia de una infección urinaria con más de 100.000 colonias por mililitro correspondientes a bacilos coliformes, sensibles a la Gentamicina. Así también se efectuó urograma excretor en el que visualizamos: buena función de excreción y eliminación bilateral con pérdida de la arquitectura pielocalicial izquierda; en el techo del cistograma observamos una imagen superpuesta al mismo que semejaba una histerografía.

Con los datos aportados por el estudio urográfico se decide inspeccionar vagina con espéculo y al no visualizarse trayecto fistuloso en sus paredes se coloca sonda uretral procediéndose al lleno vesical con solución de azul de metileno, observándose después de un lapso breve como se comienza a teñir de azul el moco cervical.

Una vez combatida la infección urinaria se realizó cistoscopías que mostró por detrás de la barra interuretérica una hendidura que podía corresponder a trayecto fistuloso.

La cistografía mostraba el pasaje de substancia de contraste a útero. Con estos estudios se decide intervenir quirúrgicamente, con el diagnóstico de fistula vésico-uterina.

Parte quirúrgico: Incisión mediana infraumbilical resecaando la cicatriz anterior de cesárea, se abre pared por planos hasta peritoneo, se coloca a la paciente en posición de Trendelenburg, rechazando ansas intestinales con compresas húmedas en dirección cefálica, visualizándose útero que se tracciona con histerolabo en igual dirección; se secciona peritoneo en fondo de saco vésico-uterino disecándose hasta el trayecto fistuloso, se incide vejiga entre dos pinzas de Allis resecaando pared de la misma perifistulosa y fistula. Cierre de vejiga en dos planos, posteriormente cierre de útero con catgut crónico 00, se reconstruye brecha peritoneal con puntos separados y se cierra pared por planos dejando drenaje en fondo de saco vésico-uterino. Se coloca sonda Foley por uretra a permanencia.

En el postoperatorio inmediato la paciente menstrua por primera vez después de su embarazo, sin complicaciones. Se retira drenaje a las 48 horas y sonda al sexto día.

Informe anatomopatológico: Trayecto fistuloso, granuloma inflamatorio a cada lado de la pared del trayecto. Pequeño granuloma gigantocelular por cuerpo extraño.

## COMENTARIO

Fistula de observación excepcional cuya etiología más frecuente es quirúrgica. Dentro de sus síntomas está la menuria, término creado por Joussef para las hematurias cíclicas coincidente con periodo menstrual. Si bien para Couvelaire, Falk y Musset la pérdida de orina por genitales es rara y sugieren que no se observan en las fistulas vésico-uterinas sino en las vésico-cervicales en nuestro caso no se halló menuria presentando sí, pérdida de orina.

## RESUMEN

Se presenta un caso de fistula vésico-uterina. Se esboza una clasificación de fistulas urogenitales en la mujer relatando el procedimiento a seguir con las mismas. Se hacen algunas consideraciones diagnósticas y terapéuticas.

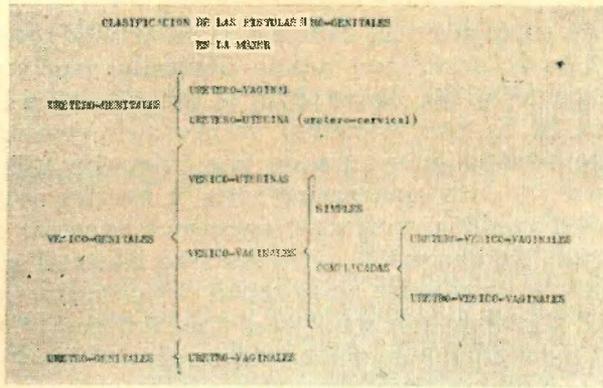
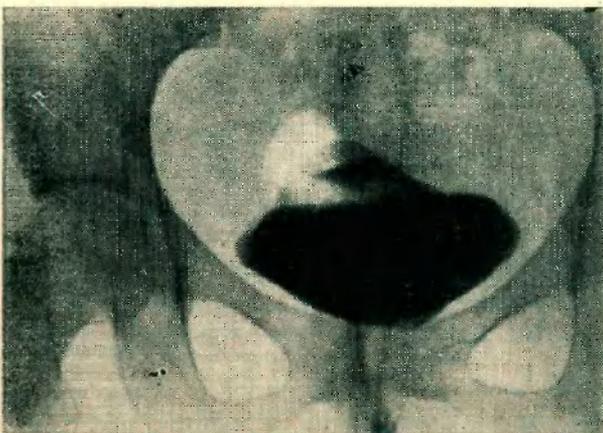
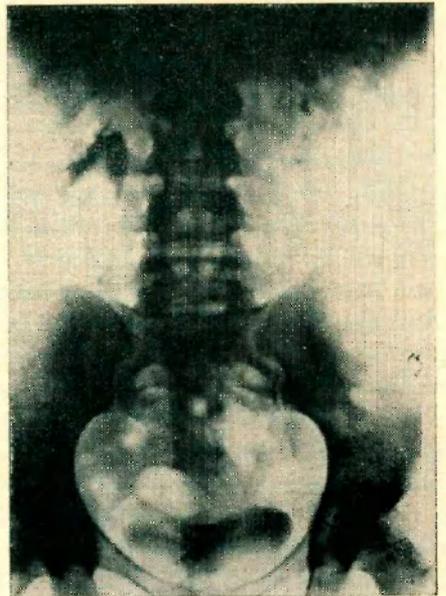


Foto 1



## BIBLIOGRAFIA

- Llano, G.: Rev. Arg. Urol., 1965, XXXIV: 666.  
Saenz, Salinas, Irazu: IV Jorn. Rioplatenses Urol. 1967.  
Couvelaire, R.: Ency. Med. Chir. 1958.  
Joussef, A.: Gynecological Urol. 1960.  
Musset, R. y Mazinzorbe: Presse Medicale, 1° de Juillet 1950.  
Claret, S., Mackintosh, C. y Fisch, E.: Rev. Arg. Urol. 1964. Vol. XXXIII: 431.  
Bond, W.: Am. J. Obst. and Gynec. 1952, 63: 215.

## DISCUSION

*Dr. González Martín.* — Quería felicitar a los autores por la interesante comunicación y al mismo tiempo sugerir en esos casos de fistulas vésicouterinas la utilización como método diagnóstico de la colpocistografía, muy utilizado por la Escuela Italiana, de no mucha utilidad en las fistulas vésicovaginales, pero muy interesante en las tomas de perfil en las vésicouterinas. El método se puede realizar con facilidad usando una sonda de Foley. Nosotros hemos empleado ese método con utilidad, inyectando a través de la vía libre de la sonda de Foley la sustancia de contraste, lo que nos permitió una buena colpocistografía. De esa manera se podía haber graficado mucho mejor que utilizando el mecanismo del cistograma, que pone en comunicación la fistula cistouterina.

*Dr. Aza Archetti.* — Agradezco el aporte del colega. Nosotros no hicimos la arteriosalpingografía, porque el diagnóstico estaba hecho por la cistografía y el pasaje. Por otra parte, este tipo de fistulas no tiene pérdida de orina; en cambio, si la pérdida de orina se tiene en las fistulas bajas, las vésicocervicales y no vésicouterinas. Al ser así, directamente teníamos que haber hecho la arteriografía y no la cistografía.

*Dr. González Martín.* — Es simplemente el hecho de la graficación de la lesión. Es el único sentido que tiene la colpocistografía, que se efectúa por el mecanismo inverso del cistograma. Por otra parte, el caso está perfectamente diagnosticado y tratado; no hay nada que objetar en ese sentido. Si no que se trata de un aporte diagnóstico más.