

## UTILIZACION DEL EPIPLON EN EL ABORDAJE SUPRAPUBICO DE FISTULAS VESICOVAGINALES

Dr. Santucho, Néstor - Dr. Garao, Aníbal - Dr. Rosenfeld, Claudio - Dr. Troncoso, Carlos

### Resumen

Se expone la experiencia obtenida en el tratamiento de la fístula vesicovaginal poscirugía ginecológica, utilizando la combinación de la hemisección vesical con abordaje transperitoneovesical hasta el orificio fistuloso y la interposición vaginovesical del epiplón descendido a manera de tabique, según lo descrito por Waltman Walters en 1937.

### Introducción

En algunas situaciones que se nos han presentado para la solución de ciertas fístulas vesicovaginales, optamos por el abordaje suprapúbico. Estas condiciones son, para nosotros, la situación alta de la fístula y su tamaño y la concomitancia seguramente comprobada o a veces sólo supuesta, de fístulas vesicovaginales asociadas a lesiones ureterales (estenosis y/o fístulas).

Así nos ha ocurrido ante 5 casos de fístula vesicovaginal (FVV) alta, en tres de los cuales había asociada patología ureteral que fue necesario solucionar con un reimplante ureteral en el mismo acto operatorio.

Estos elementos, que nos obligan a otra vía que no es la vaginal, revive la controversia que se produce cada vez que es necesario encarar la solución de estas odiosas complicaciones ginecológicas.

Casi todos los autores, salvo Cibert, sostienen que la vía vaginal es de elección. Así, entre nosotros, Ercole y Hereñu se confiesan firmes convencidos de dicha vía. También Pagliere y Ercole han insistido en esta Sociedad de que la mayoría de las fístulas son solucionables por vía vaginal. Según Hereñu, la controversia comenzó cuando Trendelenburg publicó su técnica de abordaje de la fístula por vía transvesical en 1888. Esta vía, suprapúbica, se ha destacado como preferida por los urólogos, que la dominaban mejor que la vía vaginal. Esta afirmación parece cierta, ya que en nuestros primeros pasos en la Urología en el Hospital Argerich les veíamos utilizar la vía transvesical de Trendelenburg y Von Dittel, a Surra Canard y a Nolasco.

### Técnica

La técnica con la cual operamos a estas enfermas consiste básicamente en:

- 1º) Sección sagital de la vejiga intra y extraperitoneal hasta el orificio fistuloso. Es la vía transperitoneovesical de Dittel-Forgue-Legueu, pero añadiendo la sección de la cara posterior de la vejiga hasta el orificio fistuloso y aun superándolo y, a diferencia de lo descrito por Cibert, esta hemisección la hacemos sin extraperitonizar la vejiga. Evidentemente no hay ningún inconveniente en obviar este paso de extraperitonizarla, lo cual frecuentemente es difícil.
- 2º) Exposición y resección del orificio fistuloso y separación del mismo del plano vaginal con los uréteres cateterizados para mejor control.
- 3º) Cierre de la vejiga Vicryl o Dexon en un plano a puntos separados y muy juntos. Drenaje uretral y talla vesical. En este punto recordamos el concepto de Quimby, citado por Pagliere, quien dice: "El objeto en la FVV es obtener una vejiga hermética; la vejiga puede contener la orina, la vagina, no". O sea que el cierre vesical debe ser perfecto, el cierre vaginal es secundario. Hemos pensado que esta aseveración se puede comparar al del cierre vesical en la cistostomía, ya que la piel no contendrá la orina, pero la vejiga, sí.

Con este concepto, Bastiaanse en 1958 desciende el epiplón y lo exterioriza a través del orificio vaginal, obteniendo con ello el taponamiento de dicho orificio y brindando un excelente plano plástico sobre el cual asentará la vejiga reparada.

- 4º) Nosotros, en estos momentos y una vez cerrada la vejiga y la vagina, al no poder hacer varios planos, dada la profundidad de la sutura, movilizamos el epiplón y simplemente lo suturamos sobre el muñón vaginal.

Repasando la literatura hallamos que Waltman Walters, en 1935, había utilizado este método en 2 casos, pero sin hemisección vesical. En realidad, Walters utilizará el epiplón basándose en el éxito obtenido para obturar úlceras gastroduodenales perforadas. No hemos hallado dificultad en movilizar el epiplón hasta la base vesical, pero suponiendo que el mismo fuese corto, se lo puede descender desprendiéndolo de una de sus arcadas.

- 5º) Finalmente y completado el cierre vesical dejamos sonda uretral de Pezzer y talla vesical extraperitonizada, la cual mantenemos por diez (10) días. Si es necesario el reimplante ureterovesical simultáneo, éste lo efectuamos transperitonealmente y dejando catéter uretral saliendo por la talla.

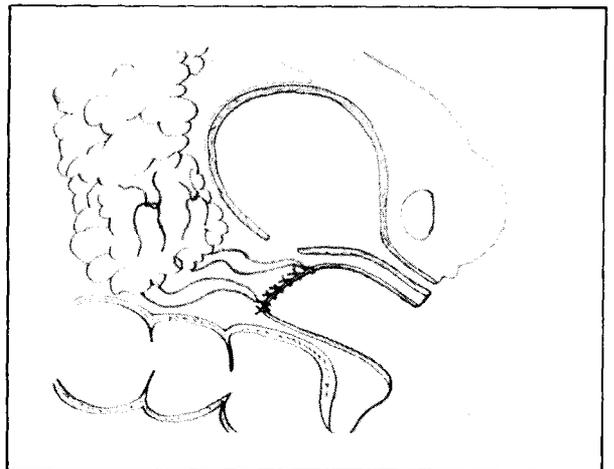


Figura 1. Epiplón descendido y puntos pasando a través del mismo, provenientes de la sutura vaginal.

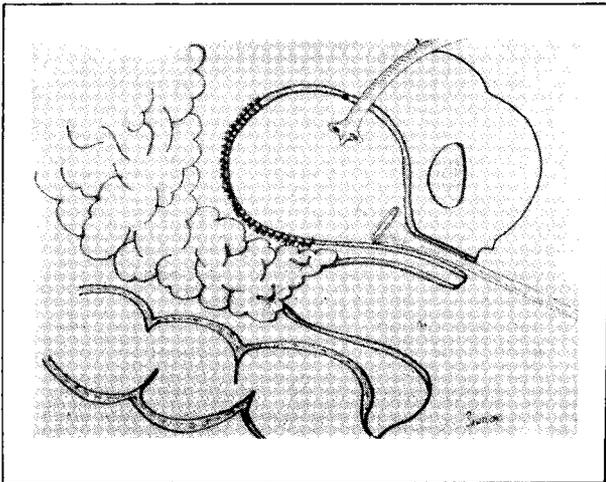


Figura 2. Epiplón suturado al muñón vaginal y tapizando la sutura vesical.

### Bibliografía

1. Ercole, R., y Hereñu, R.: "A propósito del tratamiento de las fistulas vesicovaginales". Rev. Arg. Urol., vol. 24:664, 1955.
2. Cibert, J., y Cibert, J.: "Fistulas vesicovaginales. Una técnica de curación por vía alta". Rev. Arg. Urol., vol. 33 n° 789, pp. 310-316.
3. Cibert, J.; Bilesio, A., y Salaheddine, N.: "Résultats obtenus dans le traitement de certaines fistules vésico-vaginales avec l'utilisation d'une technique personnelle". Lyon Chir., 60:511-516, 1964.
4. Almos, A.; Lamela, L.; Márquez, J.: "Fistulas vesicovaginales. Diagnóstico y tratamiento". Rev. Arg. Urol., vol. 49 n° 1, p. 41, 1983.
5. Bialek Tizeira, J.; Fernández, A. L.: "Fistulas vesicogenitales". Relato II Congreso de la Confederación Argentina de Urología. Córdoba, Argentina, pp. 55-73, 1968.
6. Pasi, L. P.; Senra, A. P.; Lamagna, J. C.; Sáenz, C. A.: "Fístula vesicovaginal poshisterectomía total". Rev. Arg. Urol., vol. 33 nos. 4, 5 y 6, pp. 147-149, 1963.
7. Pagliere, H.; Scorticatti, C.; Soldano, E.: "La hemisección de vejiga y la interposición del epiplón en el tratamiento de ciertas fistulas vesicovaginales". Rev. Arg. Urol., vol. 34 nos. 1-8, pp. 489-494, 1965.
8. Waltman Walters: "An omental flap in transperitoneal repair of recurring vesicovaginal fistulas". Surg. Gynec. Obstet., 64:74-75, 1937.
9. Zinman, L.; Libertino, J. A.: "Cirugía Urológica Reconstructiva", pp. 99-119.

### Conclusión

Hemos utilizado la vía vaginal para el cierre de FVV bajas, yuxtacervicales de pequeño tamaño, y tuvimos afortunadamente éxito; pero confesamos que estamos más habituados y cómodos utilizando la vía suprapúbica.

Utilizando la vía y técnica descrita pudimos resolver la FVV sin recidiva.

En un solo caso, de los cinco que operamos, se produjo pérdida de orina por vagina a los ocho días, por obstrucción de la sonda, situación que se resolvió cambiando la misma, y cerrando la vejiga espontáneamente.