

Artículo original

Original article

**FISTULA VESICO-VAGINAL. Tratamiento quirúrgico.
Nuestra experiencia.**VESICO-VAGINAL FISTULA. Surgical treatment.
Our experience.

Dres. Monmany, E.*; Almirón, C.; Otero, H.; Fernández, M.; Marchetta, H.; Dimuro, J.; García, S.

RESUMEN: *Se presenta nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la fístula véstico-vaginal en el período de 1978-1998, con 107 casos analizados retrospectivamente. Entre los factores etiológicos se destacan: 95 pacientes post-histerectomía abdominal, 12 pacientes post-cesárea. Hasta el momento de esta publicación se observa el 100% de corrección, un resultado altamente positivo empleando técnica quirúrgica de Cibert, por vía transvesical.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, N° 4, Pág. 196, 1999)

Palabras clave: Fístula; Tracto urinario; Tratamiento quirúrgico; Técnica transvesical.

SUMMARY: *According to our experience carried out during twenty years (1978-1998) concerning 107 cases of vesico-vaginal fistula surgical treatment. Among the etiological causes we can mention: 95 patients post abdominal hysterotomy, 12 patients post cesarean. We have observed a 100% correction, up to the moment this article was issued. A highly positive result using a Cibert surgical technique, through a transvesical procedure.*

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 64, N° 4, Pág. 196, 1999)

Key Words: Fistula; Urinary tract; Surgical treatment; Transvesical technique.

INTRODUCCION

El desarrollo de una fístula que se comunica con la vagina, es una de las complicaciones postoperatorias más graves, fundamentalmente por el impacto emocional, y el hecho de que rara vez se soluciona con medidas

conservadoras, y en la mayoría de los casos, necesita tratamiento quirúrgico (uno o varios procedimientos). La etiología más frecuente en los países desarrollados es la cirugía ginecológica, sobre todo la histerectomía, otras causas pueden ser intervenciones quirúrgicas urológicas, cirugía gastrointestinal, traumatismos y radioterapia de neoplasias pelvianas. En países en vía de desarrollo, son frecuentes las fístulas secundarias a traumatismo obstétrico. Diversas estadísticas concuerdan con lo descripto anteriormente: Godwin y Scardino (43 pacientes) 74% secundarias a intervenciones quirúrgicas ginecológicas, 14% a cirugía urológica, 5% en relación directa y 16%

* Jefe del Servicio de Urología. H.I.G.A. Luisa C. Gandulfo
Balcarce 350, Lomas de Zamora. Buenos Aires. Argentina.
Tel/Fax: 4243-3493 / 4244-1923

en relación indirecta con la radioterapia y raramente secundaria a trauma obstétrico. *Hadley* (16 pacientes) 81% secundaria a histerectomía, 13% a traumatismos.

En la mayoría de los casos, después de una operación pelviana reciente, las fístulas vésico-vaginales se manifiestan como pérdida permanente o intermitente de orina por vagina. Las fístulas relacionadas con la radioterapia pueden aparecer meses y hasta veinte años después del tratamiento; en este caso debe considerarse la posibilidad de una recurrencia de la neoplasia.

El momento adecuado para la intervención quirúrgica sigue siendo motivo de controversia, aunque comúnmente se acepta esperar dos a tres meses, conducta a la que adherimos. De esta manera se logra la consolidación de la fístula y se delimitan los tejidos sanos.

MATERIAL Y METODOS

Se presenta la experiencia de nuestro Servicio en el tratamiento quirúrgico de las fístulas vésico-vaginales en el período 1978-1998. La vía de abordaje fue transvesical. La etiología más frecuente en nuestro caso fue la complicación de la histerectomía por vía abdominal (95 casos), los restantes (12 casos) post-cesárea (ver gráfico). El grupo etario osciló entre 25 y 63 años de edad, siendo la media de 43 años.

Se utilizó la siguiente metodología diagnóstica:

- examen físico e interrogatorio;
- prueba del azul de metileno;
- cistoscopia;
- urograma excretor;
- cistografía (sólo en caso de fístulas pequeñas, 13 casos)

Utilizamos técnica de *Cibert*, poniendo énfasis especial en los siguientes puntos:

- no efectuar resección de la fístula, antes de lograr una correcta separación de los planos de la vejiga y vagina;
- una meticulosa y prolija separación de los planos vesical y vaginal;
- la sutura de ambos planos se efectúa en forma cruzada de manera tal que contacten en un solo punto;
- inmovilidad de la paciente con un adecuado drenaje vesical (sonda tipo *Foley*) por dos semanas;
- utilización de material reabsorbible (tipo vycril 4:0).

El seguimiento de las pacientes se llevó a cabo cada tres meses el primer año y cada seis meses el segundo y tercer año, con examen físico y cistoscopia.

Queremos destacar el caso de dos pacientes que por las características consideramos casos especiales.

La primera se trató de una paciente transplantada renal, que presentó post-histerectomía una fístula vésico-vaginal, que se logró corregir, a pesar de lo dificultoso

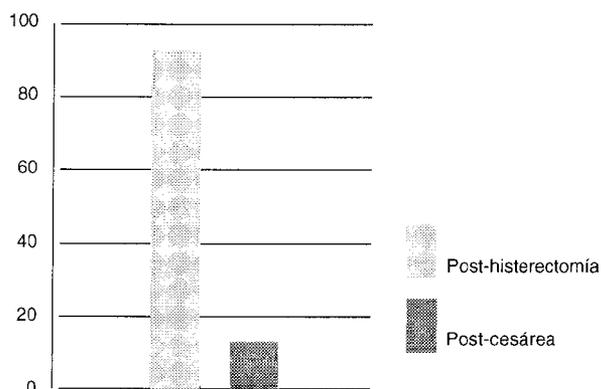
que resulta por sus antecedentes el manejo post-operatorio.

En la segunda, paciente obesa con siete cirugías previas por fístula vésico-vaginal (tres por vía vaginal y cuatro transvesical) se consiguió la resolución quirúrgica, superando los inconvenientes lógicos que plantearon los antecedentes previos.

Deseamos destacar también que en ningún caso fue necesario la interposición de epiplón a manera de tabique, según lo descripto por *Waltman Walters* en 1937.

RESULTADOS

Con la utilización de esta técnica, hemos logrado corregir las fístulas vésico-vaginales en el 100% de nuestras pacientes, incluyendo aquellas con terreno desfavorable. No hemos obtenido recidivas ni reoperaciones en el seguimiento efectuado durante el período 1978-1998, hecho que consideramos destacable comparando con estadísticas tanto nacionales como internacionales, que hacen referencia al tema.



BIBLIOGRAFIA

- Raz, S.; Little, N. y Juma, S.: «Urología femenina». Campbell Urología. VI Ed. 1994
- Leite, R. y col.: «Abordagem da fistula vesico-vaginal. Análise de 24 casos. *J. Bras. Urol.*, 24(3):157-160.1998.
- Signori, H. y col.: «Fístulas y lesiones de la vía urinaria». Curso Anual de Urología. S. A. U. 1998.
- Ercole, R. y Hereñu, R.: «A propósito del tratamiento de las fístulas vésico-vaginales». *Rev. Arg. Urol.*, 24:664, 1995.
- Cibert, J.; Bilesio, A. y Salaheddine, N.: «Resultats obtenus dans le traitement de certaines fistules vesico-vaginales; avec L'utilisation d'une technique personnelle». *Lyon Chir.* 60: 511-516, 1964.
- Paglieri, H.; Scorticatti, C.; Soldano, E.: «La hemisección

de vejiga y la interposición de epiplón en el tratamiento de ciertas fístulas vésico-vaginales». *Rev. Arg. Urol.*, Vol. 34 N° 1-8; pp 484-494, 1965.

7. Waltman, W.: An omental flap in transperitoneal repair of recurring vesico-vaginal fistulas. *Surg. Gynec. Obstet.*, 64: 74-75, 1937.
8. Elkins, T.: «Surgery for the obstetric vesico-vaginal fistula a review of 100 operations in 82 patients». *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 170:1108-1120, 1994.
9. O'Connor, C.Jr.: Review of experience with vesico-vaginal fistula repair *J. Urol.*, 123: 367, 1980.
10. Klimet, J.; Berats, T.: Urovaginal Fistulas: Experience with the management of 41 cases. *Int. J. Urol. Nephrol.*, 24: 119-124, 1992.

COMENTARIO EDITORIAL

El desarrollo de un fístula vésico-vaginal con la consecuente pérdida de orina permanente por vagina provoca, efectivamente, un impacto emocional y social en la paciente que la padece. El hecho de tener que comentar este trabajo, nos ha inducido a hacer algunas reflexiones.

Lo más importante es la prevención de la fístula. Para ello es necesario que el cirujano actuante en la cirugía programada: ginecológica u obstétrica tenga la adecuada preparación y práctica para efectuar una correcta disección de los tejidos, reconociendo los elementos anatómicos, actuando con absoluta prudencia para evitar complicaciones.

Si se produjo el accidente, lo mejor es un rápido reconocimiento de la lesión para corregirla de inmediato, por lo cual se deben conocer las elementales técnicas adecuadas.

Toda vez que el urólogo debe actuar sobre la fístula vésico-vaginal ya existente, se debe efectuar un exhaustivo diagnóstico. Teniendo en cuenta además de la semiología descrita en este trabajo que comentamos; el tamaño, la ubicación, la relación con los meatos uretrales, la antigüedad de la misma.

En algunas circunstancias pueden estar indicadas medidas terapéuticas conservadoras que podrían tener

resultados positivos en determinadas fístulas pequeñas; aunque lo frecuente es el fracaso.

El tiempo de espera para corregir quirúrgicamente la fístula no debe ser inferior a los noventa días; aunque *Raz* asegura que con la corrección por vía vaginal el tiempo de espera puede ser inferior (no más allá de dos o tres semanas). La administración de antibióticos y estrógenos previos debe ser la regla, pues los primeros corrigen la infección, siempre presente y los segundos permiten un acondicionamiento de los tejidos a reparar.

Las técnicas quirúrgicas descritas para la corrección de esta patología van a estar indicadas de acuerdo con la paciente, el tamaño de la fístula, la topografía, si se trata del primer intento o ya es una recidiva o hubo varias. También hay una relación directa con la preferencia del urólogo; como ocurre en este trabajo que comentamos.

Sí, debo poner énfasis, como dice *Raz*, en el buen drenaje de la orina en el postoperatorio con un catéter uretral tipo *Foley* y un catéter suprapúbico durante un tiempo no menor a dos semanas; el primero se puede remover antes.

Nos parece que es mejor dejar las cirugías de corrección por vía transvesical, técnica de *Cibert*, para aquellas fístulas complejas o recidivadas. Sugerimos efectuar la técnica por vía vaginal, tipo *Slomo Raz*, que según nuestra experiencia es de relativa fácil ejecución, no se reseca el trayecto, y sigue los lineamientos citados en este trabajo que estamos comentando, y que deben ser la regla. Además, el tiempo de internación y convalecencia es menor.

Por último, quiero felicitar a los autores por los resultados obtenidos en este estudio retrospectivo de veinte años.

Prof. Dr. Roberto L. Molina

Docente Autorizado de la Cátedra de Urología de la Facultad de Medicina de la UNT

San Juan 35 - Tel.: 381-421-2781

(4000) San Miguel de Tucumán. Argentina.

Fax: 381-422-3550 - e-mail: molina@etnet.com.ar