

Hosp. Ramos Mejia. Serv. de Vías
Urinarias del Dr. G. ELIZALDE

Por los Doctores
F. E. GRIMALDI y
ROBERTO A. RUBI

FISTULA VESICO-VAGINAL CURADA POR EL PROCEDIMIENTO DE DESDOBLAMIENTO A LO MARION

LA cirugía de las fístulas vésico-vaginales, se caracteriza por lo incierto de sus resultados, cualquiera que sea el procedimiento realizado. Estas enfermas, a menudo sufren repetidas operaciones aún en las manos de los más hábiles cirujanos.

En nuestro caso hemos empleado la vía vaginal, realizando el desdoblamiento del tabique intervésico vaginal, con la técnica típica descrita por Marion.

A las dificultades habituales en estas cirugías, se agregó en nuestra observación la que representaba la ausencia del cuello uterino, amputado en una intervención anterior, ya que es por todos conocido el valor que adquiere ese segmento del útero para servir de elemento de tracción, facilitando la exposición del campo quirúrgico.

Trátase de una enferma, V. M. de R., múltipara, de 47 años de edad, que ingresa a la cama 67 del Servicio, el 15 de Junio de 1938.

Antecedentes personales. — Siempre sana. Ha tenido tres hijos; en cada parto le efectuaron sendas sinfisiotomías, y nota después de la última, una sensación de peso perineal con dolores y molestias en hipogastrio, sin repercusión miccional y que la paciente sobrellevaba sin mayor trastorno.

Enfermedad actual. — Cuatro meses antes de ingresar a la Sala presenta un cuadro doloroso abdominal agudo, que el ginecólogo imputa a la ptosis del

útero, aconsejándole la intervención. Le efectúan una histeropexia y una resección del cuello uterino. El post-operatorio es excelente, pero al sexto día empieza a mojar sus curaciones con orina. De inmediato le colocan una sonda Pezzer en permanencia, a pesar de lo cual, cuando reinicia la marcha, se moja

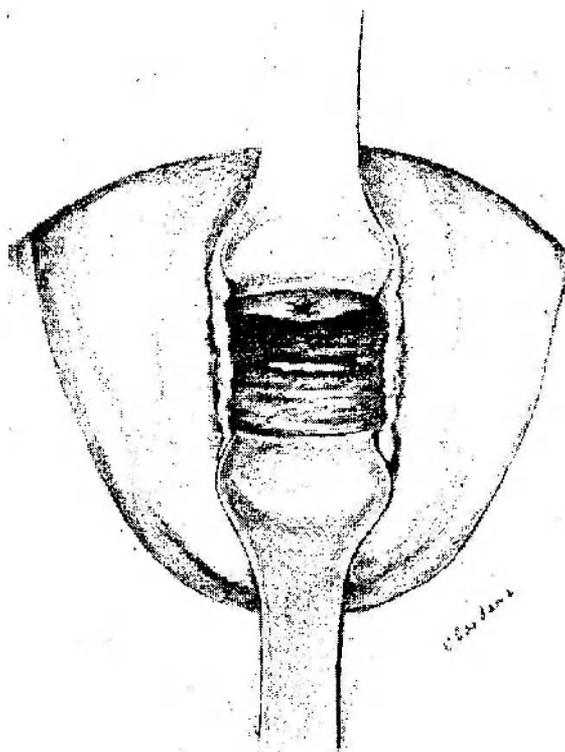


Figura N° 1.

Se ve en la parte superior el orificio fistuloso, de contorno estrellado, permeable a un estilete. En la parte inferior se aprecia una cicatriz transversal, consecutiva a la resección quirúrgica del cuello uterino.

en la bipedestación. Dos meses después dada la persistencia de la pérdida de la orina, nos envían la enferma.

Estado actua. — Orina ámbar. Fosas lumbares: libres e indoloras; no se palpa el riñón. Al tacto vaginal se aprecia el cuerpo uterino y la ausencia del

cuello. Introducido el especulum obsérvase un fondo de saco infundibuliforme, resto de la cicatriz operatoria horizontal; por delante de ella se observa un mamelón frambuesiforme del que mana orina continuamente gota a gota.

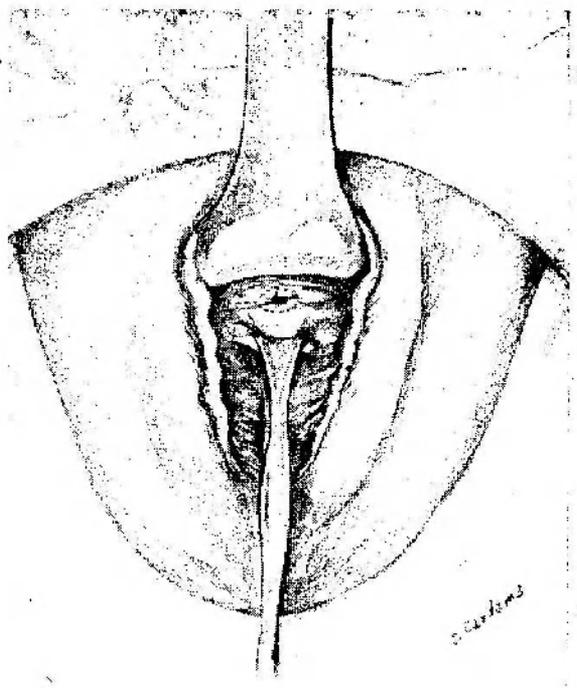


Figura N° 2.

Se aprecia la forma en que se ha tomado el tejido cicatricial con la pinza de Museux de 4 dientes, para traccionar y exhibir mejor la región; en la parte superior se ve el trazado de la incisión.

Cistoscopia: A pesar de la pérdida del líquido de relleno vesical, se consigue efectuar el examen en buenas condiciones. Mucosa de coloración normal; meatos bien implantados: entre ambos se observa una hendidura transversal de bordes edematizados y rojos, que termina en la vecindad del meato izquierdo en una depresión infundibuliforme y edematosa, de la que no se aprecia el fondo.

Cromocistoscopia: El colorante aparece a la derecha a los cuatro minutos y a la izquierda a los tres.

Urea en suero 0.30 g. por mil.

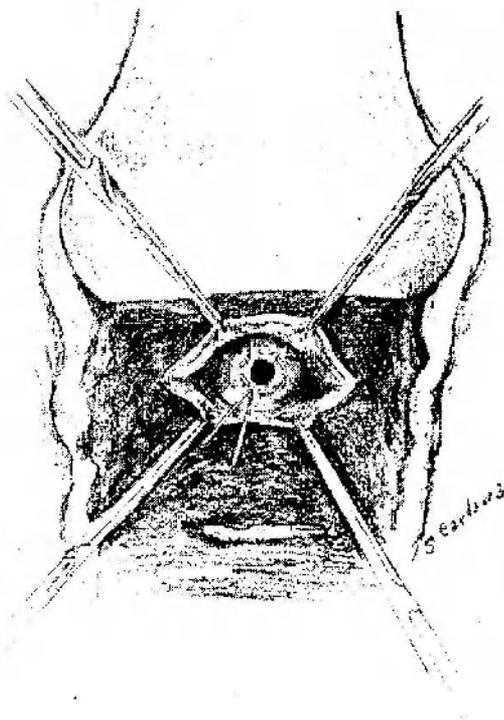


Figura N° 3.

Confeccionados los dos amplios colgajos vaginales, se circunscribe el orificio fistuloso con una jareta de catgut N° 1, a puntos no perforantes.

F. S. F. 6'. 55 % en la hora.

Previamente a la intervención la enferma fué sometida a los cuidados antisépticos habituales de vagina y vejiga.

Operación. — Cirujano: Profesor Grimaldi. Ayudantes: Doctores Rubi y Mathis. Anestesia: Raquídea con novocaina 0.10 g.

La enferma se coloca en posición de la talla perineal: dos valvas de Simms abren ampliamente la vagina; se toma la cicatriz correspondiente al muñón con una pinza de Museux de cuatro dientes y la tracción de ésta permite exhibir

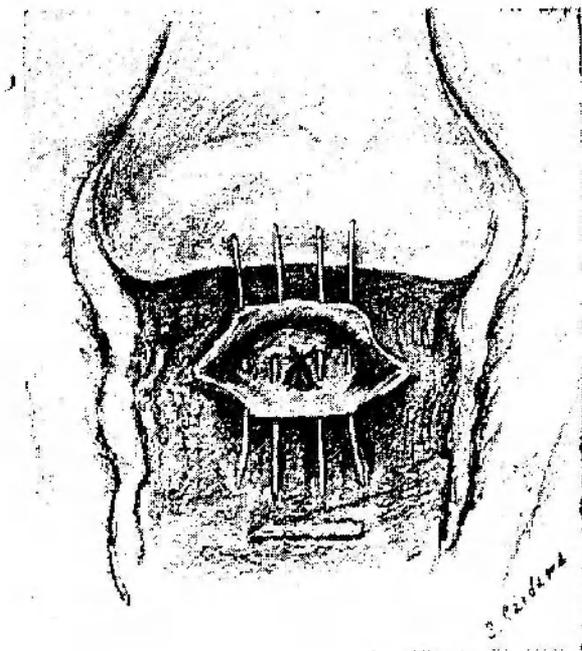


Figura N° 4.

La jareta realizada en la figura anterior ha sido reforzada con una segunda de hilos de lino que aparece aquí ya anudada. Cubriéndola atraviesan el campo los puntos de crin que adosarán las amplias superficies cruentas de los colgajos vaginales.

bien la zona donde asienta la fístula. Se circunscribe a ésta con una incisión circular, a la que se agregan dos trazados laterales. A continuación se disecan ambos labios de la herida a expensas de un fácil plano de clivaje, que permite la confección de dos amplias colgajos vaginales.

Una jareta con cat-gut N° 1, de puntos no perforantes limita el orificio fistuloso y lo ocluye, rechazando sus labios hacia el interior de la cavidad vesical.

La superficie cruenta de los colgajos vaginales, es luego afrontada por el pasaje de cuatro puntos de crin.

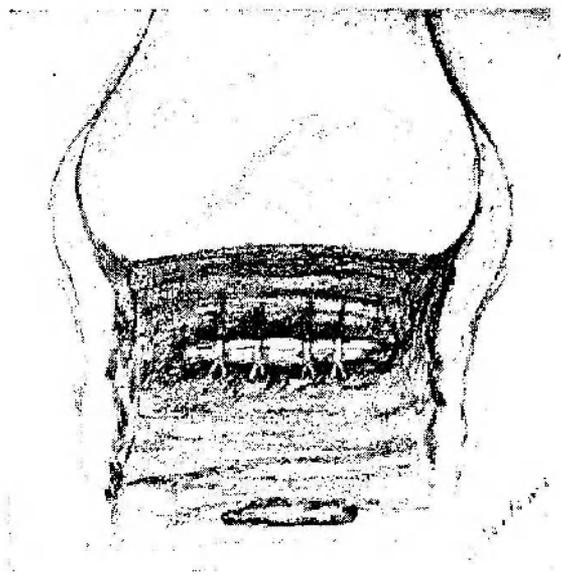


Figura N° 5.

La operación ha sido terminada y se observa el plano de la sutura vaginal.

Constipada por un período de seis días, durante los cuales, según los consejos de Marion, no se tocó ni la vagina ni la vejiga. Se le indica un enema al 7° día y al siguiente se retira el taponamiento vaginal y recién a los 14 días se retira la sonda de Pezzer.

La enferma orina espontáneamente, con un continencia perfecta. Vista a los tres meses continúa en excelente estado.