

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas

CONSIDERACIONES SOBRE FISTULAS VESICO-VAGINALES

T E S I S

*Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de
Ciencias Médicas de la Universidad de
San Carlos de Guatemala, por*

GUILLERMO A. VASQUEZ BLANCO

Ex-Interno de la Consulta Externa del Hospital General de las Clínicas de Ginecología, Cirugía General, Enfermedades Tropicales y Pediatría. Ex-Interno de la Unión Médica. Ex-Interno de la Cuarta Medicina de Hombres del Hospital General. Ex-Interno del Centro Médico de Guatemala. Ex-Interno por oposición de la Tercera Medicina de Hombres y del Servicio de Ginecología "B" del Hospital General. Ex-Interno por oposición del Departamento de Maternidad del Hospital Roosevelt. Ex-Secretario de la Juventud Médica. Ex-Tesorero de la Asociación de Estudiantes de Medicina.

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre 1957.

PLAN DE TESIS:

Parte I.---

HISTORIA
DEFINICION
EMBRIOLOGIA
ANATOMIA

Parte II.---

ETIOLOGIA
CLASIFICACION
SINTOMAS
DIAGNOSTICO

Parte III.---

PRINCIPIOS GENERALES
METODO EMPLEADO
RESULTADOS
CONCLUSIONES
BIBLIOGRAFIA

PRIMERA PARTE

HISTORIA: Desde finales del siglo XVI se encuentran referencias a las fístulas vésico-vaginales y su tratamiento, en los anales médicos de 1665, von Roonhuysen, propuso que se trataran por medio de suturas; pasó mucho tiempo durante el cual las pacientes de esta molesta enfermedad, se consideraron incurables. Fué hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando los trabajos de Jobert, Simons y sobre todo los de Sims, impulsaron grandemente la técnica de este tratamiento, estableciendo principios básicos para esta clase de cirugía reparadora.

Sin embargo, la técnica propuesta por Sims no fué aceptada completamente, sino hasta 1894, cuando Mackenrodt descubrió que por medio de disección quirúrgica cuidadosa, podían ser separadas las paredes de la vejiga y la vagina. Desde entonces este principio ha sido aprovechado en las técnicas, que con pocas variaciones han empleado otros autores.

Algunos de los detalles particulares del procedimiento de Sims habían sido usados, pero separadamente por otros; Mettauser y Gosset, tuvieron éxito usando alambre de plata como suturas. Metler usó un espéculo parecido al ideado por Sims, y ponía a sus pacientes en posición genupectoral para el acto quirúrgico. En 1836 Hoyward, de Boston intentó separar las paredes vesical y vaginal, cerrando luego el orificio de la fístula con suturas de algodón.

Los fracasos de la mayoría de los intentos para reparar las fístulas, por medio de las operaciones mencionadas se debió a que la infección de los bordes suturados impedía una correcta cicatrización. Al principio, Sims, atribuyó su éxito al empleo de hilo de plata, diciendo que la mayor resistencia de

éste permitía mantener unidos los tejidos suturados durante más tiempo.

DEFINICION: Una fistula es una comunicación anormal, entre una vísera hueca y el exterior o bien de las víseras entre sí. En el primer caso se les llama directas o externas y en el segundo, indirectas o internas. Las fistulas de que nos ocuparemos o sea las vésico-vaginales, pertenecen al primero de los grupos, puesto que ponen en comunicación la vejiga urinaria con el exterior, a través de la vagina o el útero.

EMBRIOLOGIA Y ANATOMIA: Los elementos de los cuales debemos tener un concepto completo y claro, para comprender la clase de trastornos que nos interesan, pertenecen en parte al aparato genital (útero y vagina); y por otra al aparato urinario (vejiga y uretra). Estos órganos se forman en el embrión desde una época muy temprana, de manera que ya en la quinta o sexta semana pueden ser completamente identificados.

El aparato genital femenino se forma a partir de los conductos de Müller, que al unirse dan origen al útero y a los dos tercios superiores de la vagina. Inicialmente, los conductos de Müller uno al lado del otro, pero sin fusionarse, desembocan en la cloaca, que es una pequeña cavidad situada en el extremo caudal del embrión y en la parte ventral. Por intermedio de ella, se ponen en comunicación con el exterior los esbozos de intestino, órganos genitales y urinarios (fig. No. I). Más adelante, por la formación de un tabique en la parte dorsal de la cloaca, queda ésta separada en dos partes, una ventral, el seno urogenital; y la otra dorsal, el intestino primitivo, a este tabique se le llama urorectal. La vejiga urinaria, se origina por una parte de la zona antero-superior de la cloaca y por otra del resto de la parte inferior del conducto de Wolff. Después se separa la parte dorsal de la cloaca, quedando el recto completamente aislado (fig. No. II). La parte ventral, en su evolución da lugar a tres formaciones: 1) anterior, vésico-uretral, 2) intermedia, 3) posterior o Fállica, que está obturada por una membrana, estas dos últimas constituyen el llamado seno urogenital. Posteriormente, la zona intermedia al continuar su crecimiento en dirección caudal, divide en dos este seno, quedando así definitivamente separados los órganos genitales y los urinarios, este tabique de separación se llama urogenital. (fig. No. III).

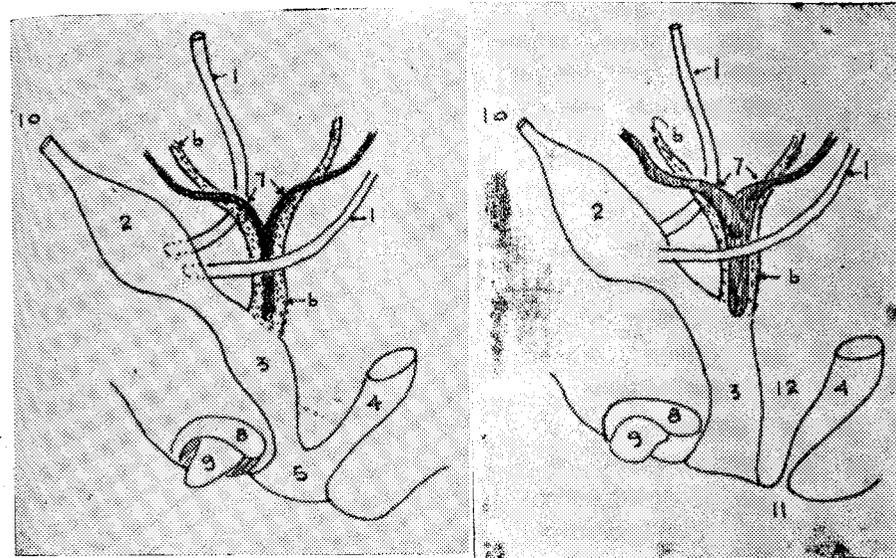


Fig. I

Fig. II

Figs. I y II. 1.—Uréteres. 2.—Vejiga. 3.—Seno Urogenital. 4.—Intestino Primitivo. 5.—Cloaca. 6.—Conductos de Wolff. 7.—Conductos de Müller. 8 y 9.—Esbozo de Genitales externos. 10.—Uraco. 11.—Ano. 12.—Tabique Urorectal.

En la mujer adulta, los órganos están ya completamente desarrollados, de manera que puede establecerse su forma y relaciones; estudiaremos de manera somera, en cada uno de ellos sus características generales y especiales, para luego tratar de las relaciones entre unos y otros, haciendo hincapié en las regiones afectadas por las fistulas. Estos órganos están situados en la excavación pelviana y todos pasan a través de las aponeurosis y músculos de la región perineal.

UTERO: Está situado en la parte media de la cavidad pelviana, es un órgano que tiene forma cónica, aplanado ligeramente en sentido anteroposterior, con la base hacia arriba y el vértice truncado hacia abajo, encajando en el extremo superior de la vagina; se consideran en él: cuerpo, istmo y cuello; el primero es la porción supravaginal y para su estudio

presenta una cara anterior, otra posterior, dos bordes laterales y el fondo. El cuello es la porción intravaginal, tiene forma casi cilíndrica. El istmo une a las dos anteriores.

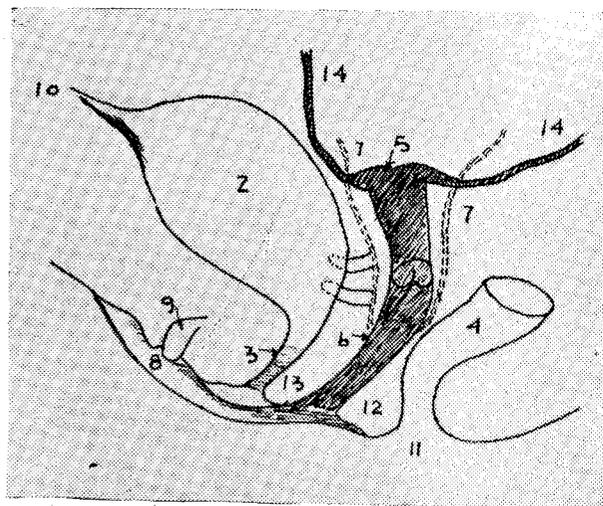


Fig. III

Fig. III. 1.—Ureteres. 2.—Vejiga. 3.—Uretra. 4.—Recto. 5.—Útero. 6.—Vagina. 7.—Restos de Conductos de Wolff. 8.—Labio Mayor. 9.—Clítoris. 10.—Uraco. 11.—Ano. 12.—Tabique rectovaginal. 13.—Tabique genitourinario. 14.—Trompas de Falopio.

CONSTITUCION: Está formado por tres capas, que de fuera a dentro son: 1) Serosa o peritoneo, 2) Muscular, que a su vez tiene tres planos de fibras lisas; a) externa con fibras de dirección longitudinal y transversal, b) Media, es la más gruesa de las tres y representa ella sola, casi la mitad del grueso total de la capa muscular, sus fibras se distribuyen en fascículos de longitud y anchura variables, que se dirigen en todas direcciones entrecruzándose unas con otras, es por esto que se le ha dado el nombre de capa plexiforme, c) interna, es similar a la externa teniendo como ella fibras longitudinales y circulares. 3) Mucosa, es la más interna se llama endo-

metrio y es la que sufre todos los cambios de los períodos menstruales. *Vasos sanguíneos:* su irrigación procede de diferentes orígenes: a) arteria uterina que es rama de la hipogástrica, b) arteria uteroovárica rama de la ovárica, c) arteria del ligamento redondo. Las venas se originan en las tres capas del útero, de donde se dirigen a la capa muscular, formando en ella anchos conductos llamados senos uterinos, y una tupida red de anastomosis, de aquí siguen hacia los lados para formar dos gruesos vasos que corren por los bordes laterales hasta desembocar en: a) venas del ligamento redondo, que terminan en la epigástrica, b) venas uteroováricas, que forman junto con las tubáricas, ováricas y del ligamento ancho, el plexo uteroovárico o pampiniforme, el cual se encuentra en el extremo superoexterno del ligamento ancho, luego desembocan, la del lado derecho en la vena cava inferior y la del lado izquierdo en la vena renal de ese lado, c) venas uterinas forman dos planos pre y retroureterales, se anastomosan por delante con los vesicales, por abajo con los plexos vaginales, terminan siguiendo a las arterias uterinas para finalmente llegar a las venas hipogástricas. *Linfáticos:* forman redes en cada una de las capas, se anastomosan entre sí y se vierten en diversos grupos de ganglios en la forma siguiente: los del cuerpo van a los yuxtaaórticos, inguinales superficiales y cadena iliaca externa; los del cuello tienen su terminación en los medios y superiores de la cadena hipogástrica, presacros y ganglios del promontorio. *Nervios:* provienen del ganglio hipogástrico y además algunos filetes del nervio vaginouterino.

VAGINA: Tiene la forma de un cilindro aplanado de delante atrás; para estudiarla vamos a considerar en ella cara anterior, cara posterior, dos bordes laterales y dos extremos; uno superior en el que se encuentra haciendo prominencia el cuello uterino, dando lugar a la formación de los fondos de saco vaginales anterior y posterior; el otro es inferior y se abre en la vulva. La vagina es un órgano de longitud muy variable y de gran elasticidad. Está constituido por una capa de tejido conjuntivo en la parte más externa, el cual se confunde con el tejido celular de los órganos vecinos, una capa muscular de fibras lisas distribuidas transversal y longitudinalmente; por último, la capa mucosa bastante gruesa y con múltiples pliegues de dirección transversal. *Vasos sanguíneos:* Llegan procedentes de; a) arterias uterinas por los ramos vé-

sico-vaginales y cérvicovaginales, b) arteria vaginal larga nace de la uterina o bien en la mayor parte de los casos de la hemorroidal media, llega a la vagina a dos centímetros por debajo de la cúpula y sus ramificaciones se extienden por los dos tercios inferiores de la vagina, se anastomosa con la del lado opuesto, formando una gruesa rama que corre longitudinalmente tanto en la cara anterior como en la posterior, c) hemorroidal media, irriga la parte inferior de la cara posterior. Las venas se encuentran en gran número, la mayoría son muy voluminosas, ocupan sobre todo los bordes laterales, tienen pocas anastomosis y desembocan en las venas uterinas a nivel del cuello; existen anastomosis con las hemorroidales medias, que a su vez lo hacen con las superiores, siendo ésta una vía de desagüe colateral muy importante. *Linfáticos*: se originan en redes tupidas que se encuentran en las paredes vaginales, de aquí van formando conductos eferentes los cuales se juntan formando tres grupos principales: superiores, medios, e inferiores de donde se dirigen a los ganglios ilíacos externos, hipogástricos y presacros. *Nervios*: Emergen del ganglio hipogástrico, la pared anterior tiene una inervación menor que la posterior, esta última recibe además filetes del pudendo interno.

VEJIGA: Es un órgano musculoso, hueco, destinado a contener la orina eliminada a través de los uréteres, para luego expulsarla al exterior, tiene una forma ovoide presentando por consiguiente: a) base, b) cúpula, c) cuerpo, este último tiene cuatro caras, anterior, posterior y laterales. La base se considera formada por dos segmentos: uno anteroinferior o cuello de la vejiga y otro posterosuperior; en el límite de estos dos, separados por un espacio de tres centímetros aproximadamente, desembocan los uréteres formando el lado superior de un triángulo, cuyo vértice es inferior y se continúa con la uretra. La pared vesical posee varias capas, que de fuera adentro son: a) Serosa o peritoneal, b) Muscular, compuesta por fibras lisas, dispuestas en varios planos y diferentes direcciones, las más externas son longitudinales, luego circulares en el plano medio y otras longitudinales, inmediatamente por debajo de la siguiente capa, c) Mucosa, que revistiendo toda la superficie interna se continúa con la de los uréteres y la uretra. *Arterias*: proceden en su mayor parte de la hipogástrica, pero recibe además las vesicales superiores e inferiores y la véscico-vaginal, éstas tienen múltiples anastomosis que forman la red prevesical, dando ramas que atraviesan la capa muscular y al

anastomosarse nuevamente originan la red submucosa, a su vez ésta da ramificaciones pequeñas que formarán la red mucosa. Las venas, como las arterias, están distribuidas formando capas con múltiples entrecruzamientos, y finalmente forman parte del plexo de Santorini que se vierte en la hipogástrica.

Linfáticos: igual que las arterias y venas, están distribuidos en varias capas, que dan lugar a troncos eferentes reunidos en grupos anteriores, posteriores y laterales, para ir a terminar en los siguientes grupos ganglionares: 1) ilíacos externos, 2) hipogástricos, 3) del promontorio. *Nervios*: son ramas del plexo hipogástrico por un lado y de los pares III y IV sacros por otro.

URETRA: Tiene forma casi cilíndrica, siendo de una longitud bastante corta, generalmente mide entre 3.5 y 4 cm., se estudia por sus caras anterior, posterior y laterales, los extremos son dos, el superior se une al cuello vesical y el inferior desemboca en el vestibulo vulvar. Está formada por dos capas, externa o muscular de fibras lisas, de dirección circular las externas y longitudinal las internas, estas últimas se continúan con las de la vejiga; la otra capa es la mucosa. La túnica muscular es la más importante, cerca de su continuación con las fibras de la musculatura vesical, se forma un engrosamiento marcado a expensas de las fibras circulares, este anillo se llama esfínter liso de la vejiga o interno. Además del músculo liso, la uretra posee en su parte más externa fibras estriadas que la rodean completamente en toda su longitud constituyendo el esfínter externo. *Vasos*: tienen su origen en las vaginales y las pudendas, éstas últimas por sus ramas uretrales. Las venas se anastomosan con las vesicales y vaginales.

Linfáticos: son muy abundantes, terminan en los ganglios hipogástricos e inguinales. *Nervios*: le llegan de la rama perineal del pudendo, tiene filetes sensitivos y motores.

RELACIONES: Para el objeto de este trabajo, las relaciones importantes son las existentes entre las caras anteriores del útero y la vagina, y las posteriores de la vejiga y uretra. Las demás partes de estos órganos no entraremos a considerarlas por la razón antes dicha. No expondremos las relaciones de cada uno por separado sino de todo el conjunto, ya hemos estudiado la forma de cada uno y su situación; an-

tes de seguir adelante, es necesario saber que todos estos órganos están mantenidos unos contra otros, por medio de tejido celular que en algunos sitios es bastante laxo, siendo por el contrario muy firme en otros. Yendo de arriba abajo, encontramos en la pelvis la cúpula vesical y el fondo uterino recubiertos por sus respectivas capas de peritoneo, el cual penetra profundamente entre ambos órganos, separándolos por un espacio virtual que cambia de forma y situación, según que estén vacíos o llenos el útero y la vejiga; en el límite inferior, el peritoneo se refleja formando lo que se llama fondo de saco vé-sico-uterino o anterior, éste se encuentra exactamente por delante del istmo del útero, por debajo de él la cara anterior del cuello uterino y la parte superior del fondo vesical se encuentran adosadas una a la otra, en un espacio aproximado y variable según las personas de 20mm; en él existe tejido laxo que permite separar ambas paredes; más hacia abajo, nos encontramos con el fondo de saco vaginal anterior, inmediatamente por atrás de la parte más inferior del fondo vesical o sea el segmento posterosuperior de la base de la vejiga, en seguida la región anteroinferior o cuello, que queda a tres centímetros por abajo del fondo de saco anterior, su proyección sobre la pared anterior de la vagina forma un triángulo que se llama de Pawlik; estas formaciones están separadas únicamente por una capa de tejido celular laxo, que mide aproximadamente tres centímetros de anchura y altura, por 8 a 10 mm. de espesor, constituyendo una especie de tabique vé-sico-vaginal; por fuera de los bordes externos de esa región, separados entre sí por una distancia de 4 cm, se encuentran los uréteres rodeados por sus vainas, esta distancia disminuye conforme se van acercando a su desembocadura en la vejiga punto en que se ponen directamente en contacto con la pared anterior de la vagina, el fondo de saco vaginal anterior queda a dos cm. más arriba y atrás. La uretra en sus dos tercios superiores, está separada de la pared vaginal por tejido celular que es continuación del encontrado más arriba, disminuye hasta desaparecer completamente en el tercio inferior, en donde la unión de ambas es íntima e inseparable.

SEGUNDA PARTE

ETIOLOGIA: Las fistulas vé-sicovaginales según la causa que las origina se pueden comprender dentro de uno de los siguientes grupos: 1) Resultantes de lesiones obstétricas, 2) Consecutivas a accidentes operatorios, 3) Por extensión de lesiones malignas, 4) Causadas por agentes traumatizantes de diversa naturaleza, 5) Congénitas, 6) Inflammatorias. La causa más frecuente ha sido durante mucho tiempo el traumatismo del parto, sobre todo aquellos en que ha habido distocia de cualquier naturaleza; esta causa ha disminuido mucho en frecuencia, debido a los adelantos de la técnica obstétrica. Los casos en los que posteriormente se ven lesiones del conducto genital son: a) partos prolongados, en que la cabeza fetal queda enclavada en la pelvis durante mucho tiempo, ocasionando disminución del riego sanguíneo de los tejidos, por compresión de éstos contra las partes óseas, debilitando de esta manera su resistencia. Generalmente estas fistulas son vesicovaginales, pero si el cuello uterino no está aún bien dilatado, la cabeza fetal hace presión sobre él, pudiendo entonces resultar una comunicación vé-sicocervicovaginal o vé-sicouterina, b) rasgaduras debidas a expulsión muy rápida, como cuando se usan oxitócicos, c) maniobras bruscas al tratar de corregir una presentación patológica, d) aplicaciones de forceps altas, forzadas o repetidas y cuando no se sigue la técnica debida, e) rotación instrumental sin los cuidados y normas apropiados, f) embriotomías. En el segundo grupo están las causadas como su nombre lo indica, durante una intervención quirúrgica, su frecuencia es mayor en las panhisterectomías abdominales, pero se presentan también después de histerectomías vaginales, reparaciones de cistocele, extirpación de tumores vaginales y en general todas las operaciones que requieren mayor o menor disección, para separar la pared de la vejiga, muchas veces estas heridas vesicales cierran espontáneamente, con sólo su-

turarlas y poner en descanso la vejiga por medio de una sonda uretral mantenida por unos días.

Las del tercer grupo se deben algunas veces a la extensión del tumor maligno, que al invadir las paredes vesicales produce necrosis, dando lugar a la formación de la fistula, otras veces es debida al tratamiento de la lesión por medio de radiaciones o de radium; cuando son de estos orígenes, el tratamiento es muy difícil y aún imposible, por la poca vascularización y la formación excesiva de tejido cicatrizal.

Dentro del cuarto grupo encontramos otras, que si bien tienen de común con las anteriores la disminución del riego sanguíneo o la destrucción de tejidos, son causadas por otros agentes, su frecuencia es relativamente baja en relación con las demás; éstas son las producidas por ejemplo: a causa de ulceraciones granulomatosas venéreas, quemaduras por álcalis o ácidos, ulceraciones por pesarios mal colocados o mantenidos durante mucho tiempo, cálculos o cuerpos extraños en la vejiga.

Actualmente el número de lesiones postoperatorias ha aumentado, llegando a ocupar el primer lugar entre las causas etiológicas, esto se explica por la mayor frecuencia con que se hacen operaciones ginecológicas radicales; el segundo lugar lo ocupan las causas obstétricas, luego las relacionadas con tumores malignos y por último las comprendidas en el cuarto grupo antes mencionado. En nuestro medio las fistulas de origen obstétrico predominan con mucho sobre las demás. No nos es posible dar datos estadísticos en lo que a incidencia, tratamiento, etc., se refiere, a causa que son muchas las pacientes que por temor o vergüenza no consultan al médico o bien rehusan el tratamiento. La falta de control de muchas de las enfermas después de intervenciones quirúrgicas u obstétricas, hace que muchos casos queden completamente ignorados.

SINTOMAS Y DIAGNOSTICO: Del exacto diagnóstico de la clase de fistula de que se trata, depende en gran parte el éxito que puede tener el tratamiento, de ahí la importancia que debe dársele y el empeño que debe ponerse para lograr realizarlo correctamente.

El principal síntoma y al mismo tiempo el más molesto por sus consecuencias, es la incontinencia de orina, la cual escapa continuamente a través de la vagina, produciendo al principio una irritación fuerte y luego ulceración y formación algunas veces de incrustaciones calcáreas de las sales de la

orina; la localización de estas lesiones es la que corresponde al camino seguido por la orina y las partes que se ponen en contacto con ella es decir, vagina, vulva, pliegues genitocrurales, surco interglúteo, y parte superior de la cara interna de los muslos; son muy dolorosas sobre todo cuando se han formado depósitos de sales, producen una constante molestia, prurito, ardor y sensación de quemadura, que con el tiempo aumentan de intensidad; el olor característico y fétido debido a la salida constante de orina, mojando las ropas de la paciente, es inconveniente que no sólo es molesto para ella misma, sino para las personas con quienes se relaciona; el temor de molestar a los demás hace que se mantengan apartadas y se sientan aisladas de la sociedad en que han vivido.

Según el tamaño de la abertura existente, la salida de orina varía, pues cuando ésta es de menos de 2mm. de diámetro la descarga puede ser únicamente postural o de esfuerzo, prestándose en este caso a confusión con la verdadera incontinencia de esfuerzo sin lesión de las estructuras. La época de apareamiento del derrame de orina es difícil de precisar, pero por lo general es más temprano 3-4 días después, si es de origen quirúrgico, en tanto que es de 6-8 en las obstétricas; para las otras clases de fistulas es imposible, por razones obvias, determinar este intervalo.

El diagnóstico se debe establecer siguiendo un orden definido, con objeto de no dejar sin comprobación ningún punto y tener un concepto real del estado de la paciente, tanto general como localmente.

En presencia de una paciente, en la que después de un minucioso interrogatorio, se piense en la existencia de una fistula, hay que realizar o cumplir las siguientes fases o etapas de diagnóstico:

1.—Examen ginecológico. Algunas veces es posible por palpación percibir el orificio fistuloso cuando es de mediano o gran tamaño, otras veces se siente sólo el endurecimiento de los tejidos cicatrizales que lo rodean, además en este momento se comprueba la existencia de lesiones causadas por irritación y de las que ya hicimos mención anteriormente.

2.—Visualización del orificio. La paciente debe ser colocada en una posición que permita ver completamente la pared anterior de la vagina, esto se logra con las conocidas posiciones de Sims, genupectoral o de litotomía, con la cabeza de la enferma baja y las nalgas altas.

3.—Llenamiento de la vejiga con una solución débil de azul de metileno o leche; ambas deben ser esterilizadas previamente.

te para no provocar infecciones, en caso de existir comunicación el líquido se ve salir por el orificio en la pared anterior de la vagina, si esto no puede comprobarse fácilmente, se coloca una torunda de algodón limpia en la vagina y se indica a la paciente que se levante y dé algunos pasos, enseguida se saca la torunda para examinarla y ver si está coloreada.

4.—Estudio urológico completo, Pielograma endovenoso, Cistoscopia, Cultivos, etc.

5.—Cistoscopia. Debe ser practicada cuidadosamente por el Urólogo, por medio de ella se establecerán las relaciones que existen entre los orificios ureterales, el esfínter interno y la fistula, así como el tamaño, y localización exacta y dirección de la misma. En ocasiones es difícil el empleo del cistoscopio de agua, porque ésta se escapa muy rápidamente a través de la brecha de la pared, sobre todo si ésta es amplia; en este caso el cistoscopio de aire de Kelly, es de suma utilidad porque no requiere que la vejiga sea distendida.

6.—Cateterismo ureteral bilateral, es útil para cerciorarse del perfecto estado de permeabilidad de los uréteres, es una gran ayuda para el cirujano el que los uréteres sean cateterizados inmediatamente antes de la operación, pues de esta manera está seguro de su localización mediante la simple palpación.

La diferenciación que debe hacerse con la incontinencia de esfuerzo, no representa ningún problema, puesto que en este caso pueden verse gotas de orina salir por el meato, cuando la paciente hace esfuerzo o tose, además el resto de las exploraciones da resultados normales.

Los casos de fistulas post operatorias plantean la situación de manera diferente, pues se deberá establecer la diferencia entre una comunicación véscovaginal o una uréterovaginal; si es con el uréter encontraremos lo siguiente: la orina que sale por la vagina no está coloreada cuando se ha puesto azul de metileno en la vejiga, al hacer la cistoscopia no se ve salir orina por el orificio ureteral correspondiente, al tratar de pasar una sonda ureteral se encuentra con una obstrucción que corresponde al lugar en que éste se vierte en la vagina, y la paciente tiene micciones espontáneas además de la incontinencia.

CLASIFICACION: Esta se hace atendiendo a la localización y dirección del trayecto de la fistula; el tamaño que éstas pueden tener es muy variable, desde dos milímetros o menos, que cierran espontáneamente algunas veces, hasta otras

que son resultado de profundos desgarros que destruyen todas las estructuras vesicales y vaginales.

Hemos dicho anteriormente que es de gran importancia establecer a qué grupo pertenecen, pues de esto depende la terapéutica a seguir. En orden de frecuencia las diferentes clases de fistulas véscico genitales pueden clasificarse así:

1.—Fístula véscovaginal simple. Fig. IV.

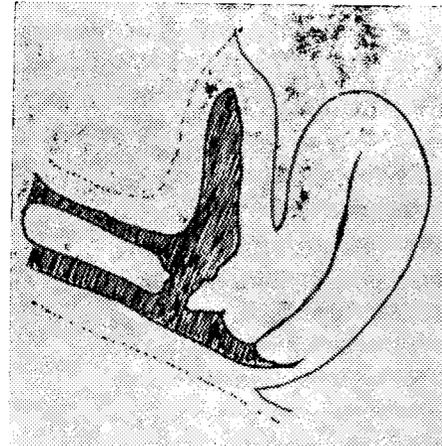


Fig. IV

2.—Fístula véscovaginal en un muñón vaginal post histerectomía. Fig. V.

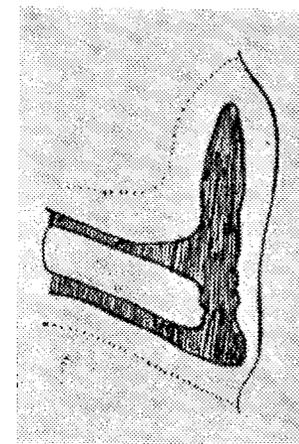


Fig. V

3.—Fístula véscicovaginal con destrucción del labio anterior del cuello uterino. Fig. VI.

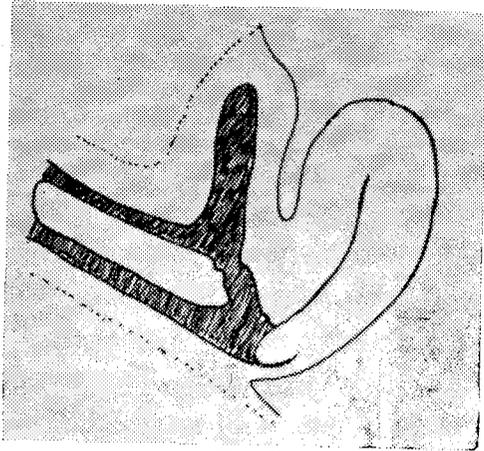


Fig. VI

4.—Fístula véscicocervicovaginal. Fig. VII.

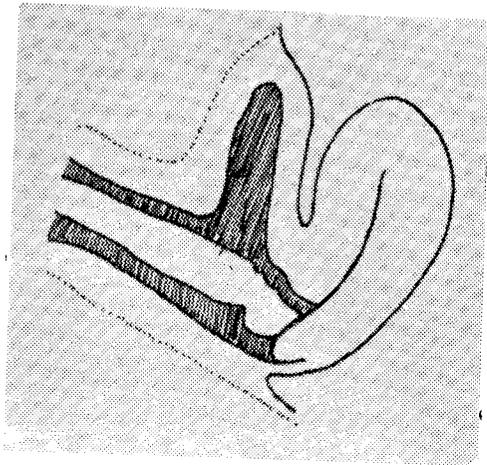


Fig. VII

5.—Fístula urétrovaginal baja simple. Fig. VIII.

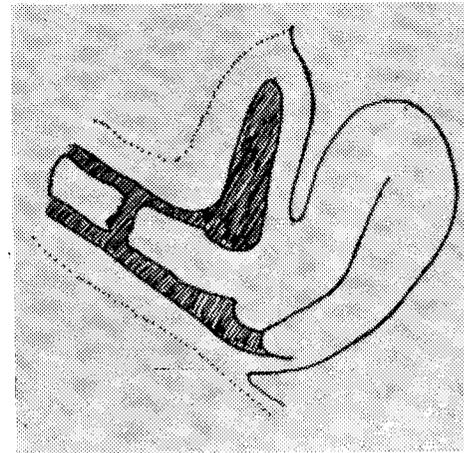


Fig. VIII

6.—Fístula urétrovaginal con defecto del esfínter de la uretra. Fig. IX.

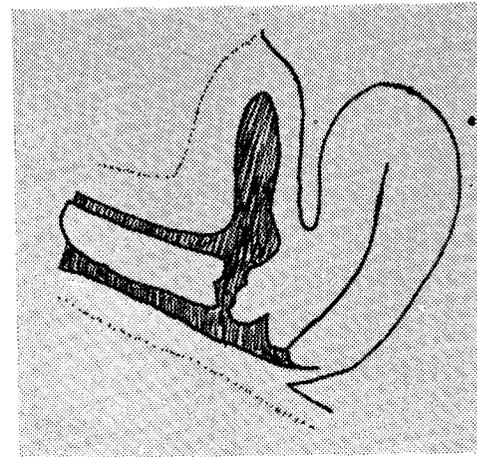


Fig. IX

7.—Fístulas vésicoureterovaginales con destrucción del esfínter uretral. Fig. X.

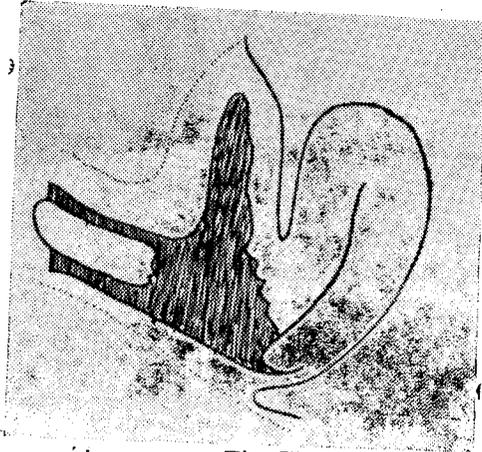


Fig. X

8.—Fístula vésicovaginal con defecto completo de la uretra. Fig. XI.

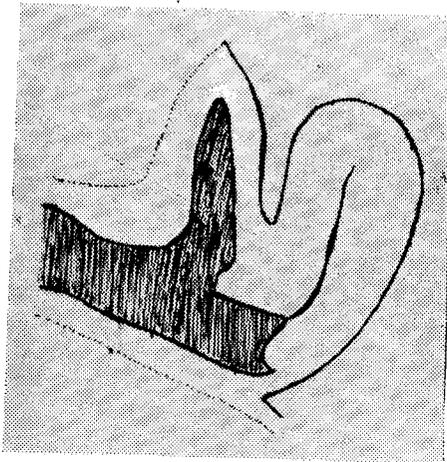


Fig. XI

TERCERA PARTE

PRINCIPIOS GENERALES PARA EL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS VESICOVAGINALES

a) De suma importancia es el estado en que se encuentren los tejidos adyacentes a la fístula, pues de esto depende en gran parte la buena cicatrización y la resistencia que tendrán los planos de refuerzo con que ella es cerrada, de ahí el empeño que se pone para que éstos estén en las mejores condiciones, con la menor cantidad de tejido fibroso o lacerado y sin incrustaciones formadas por las sales de la orina. Este objetivo se consigue mediante la aplicación local de calor, baños calientes de asiento 2 a 3 veces al día, limpieza diaria con movilización de los depósitos calcáreos y colocación de un cateter vesical para evitar la continua irritación, cuando sea posible.

b) El tiempo de evolución debe ser tomado muy en cuenta, porque nunca deberá intentarse el tratamiento quirúrgico en un lapso comprendido dentro de los seis meses siguientes a su aparición, puesto que hasta entonces los tejidos van adquiriendo la consistencia necesaria para resistir la manipulación de que serán objeto, además en ese tiempo la infiltración inflamatoria que se ha formado en los tejidos traumatizados ha desaparecido completamente y las fístulas pequeñas pueden que cierren espontáneamente.

c) Estudio urológico completo, pielograma endovenoso, y cistoscopia con el fin de localizar exactamente la fístula en la vejiga y establecer la relación entre ella y los meatos ureterales, para que cuando éstos estén muy cerca, el urólogo los cateterice dejando sondas que servirán al Ginecólogo para evitar incluirlos en la sutura. Procurar aseptizar la orina hasta donde sea posible con antibióticos, quimioterapia y pH ácido.

d) Buena exposición del campo operatorio; para ello si la fístula está alta o cerca de la cúpula vaginal, la posición de

Kraske es muy recomendable. Cuando el introito vaginal es estrecho puede ser ampliado por medio de incisiones tipo Schuchardt. Es excepcional recurrir a la vía abdominal o transvesical, hasta la fecha nosotros hemos empleado exclusivamente la vía vaginal y consideramos que es la de elección.

e) Disección y movilización amplia de la vejiga separándola de la mucosa vaginal, Fig. No. XII; para lograr una sutura en tres planos de la pared vesical dejándolos "sin tensión".

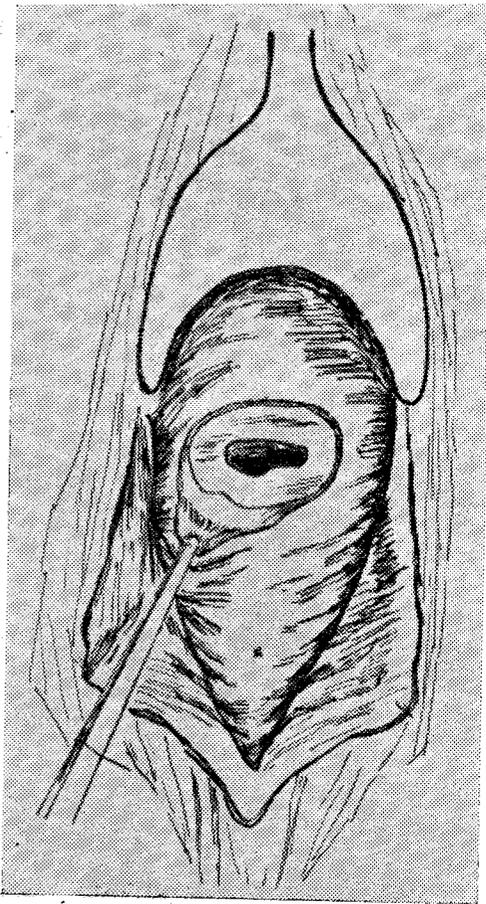


Fig. XII

f) Excisión de los bordes cicatrizales de la fistula; para avivar las superficies que serán suturadas, Fig. No. XIII.

g) La sutura de la vejiga se practicará empleando materiales inabsorbibles, como el hilo de plata, de acero o el catgut cromizado, nosotros como Counseller preferimos este último y practicamos el cierre de la fistula en tres planos, teniendo cuidado de no llegar a la mucosa vesical e invaginando cada plano

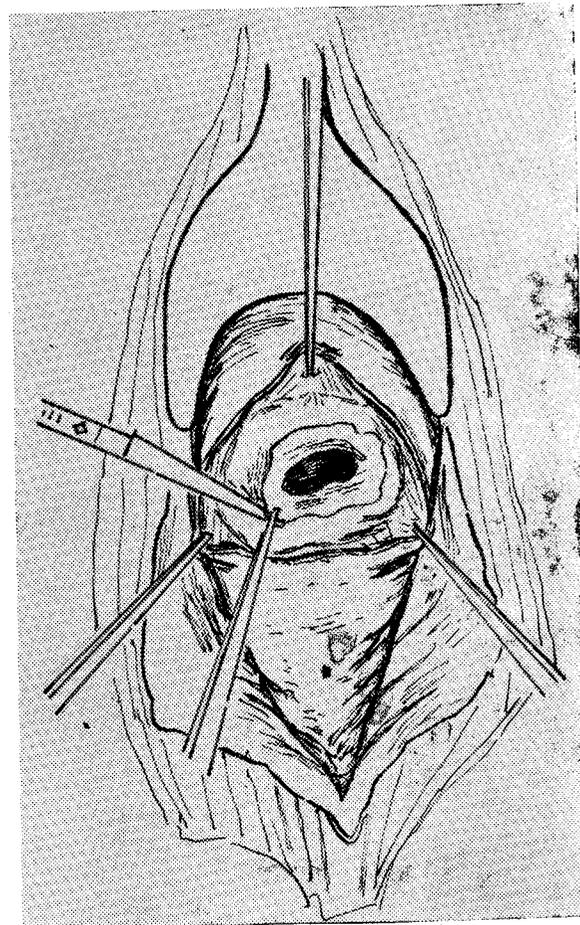


Fig. XIII

con la sutura siguiente, Fig. No. XIV. Algunos emplean la técnica de puntos separados, nosotros preferimos usar una sutura continua tipo Connell hecha con catgut cromizado, No. 000, 00, y C sucesivamente, con agujas atraumáticas.

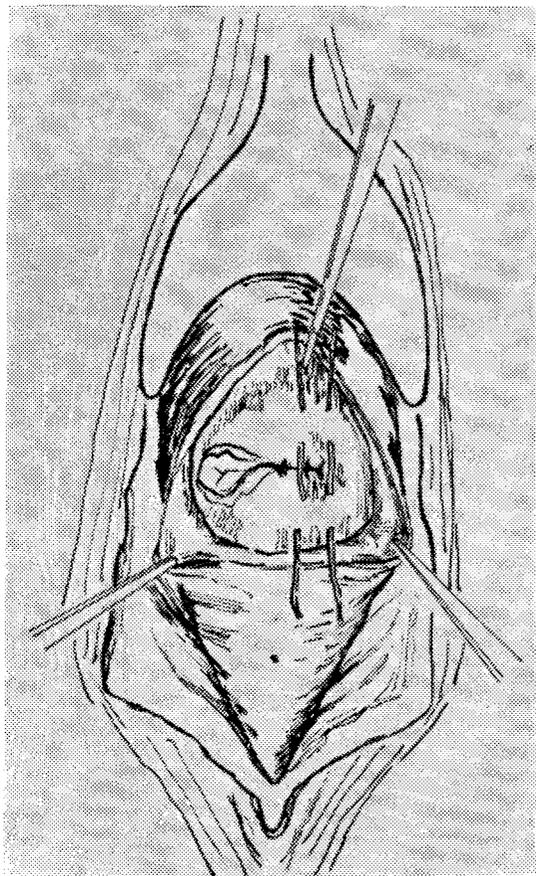


Fig. XIV

h) La mucosa vaginal se sutura con puntos separados, Fig. No. XV, procurando, siempre que sea factible hacerlo en dirección opuesta a las anteriores, con objeto de suprimir la tensión en los extremos del cierre vesical. Debe darse importancia espe-

cial a la hemostasis y para evitar el espacio muerto conviene empacar la vagina al terminar la operación, impidiendo así la formación de hematomas; este empaque se retira el tercer día post operatorio.

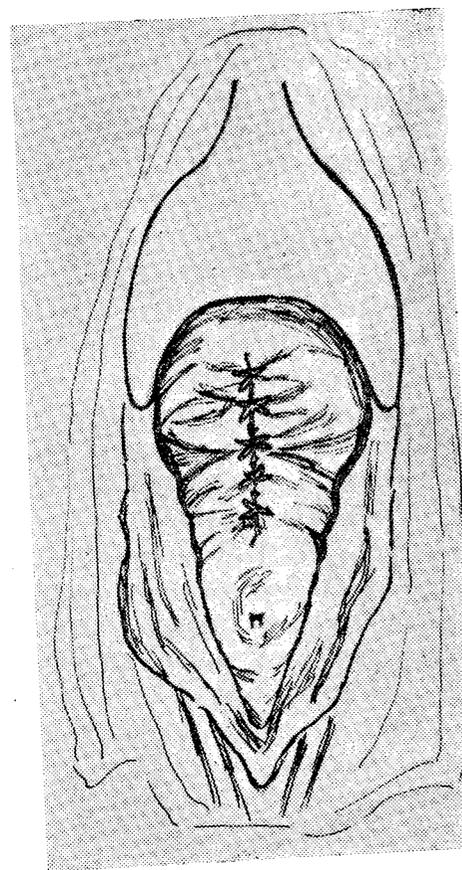


Fig. XV

i) Un cateter se deja en la vejiga a través de la uretra, para el efecto la sonda de Foley o la diseñada por Counsellor, son las aconsejables, otras veces se hace cistostomía supra púbica o bien a través de la pared vaginal anterior.

CUIDADOS POST OPERATORIOS:

Es de capital importancia el drenaje continuo e ininterrumpido de la orina. La sonda debe ser vigilada constantemente por personal entrenado e irrigada con agua o solución salina acidificada con ácido acético. En nuestra rutina postoperatoria aplicamos un sistema de irrigación a la sonda como se ve en la Fig. No. XVI.

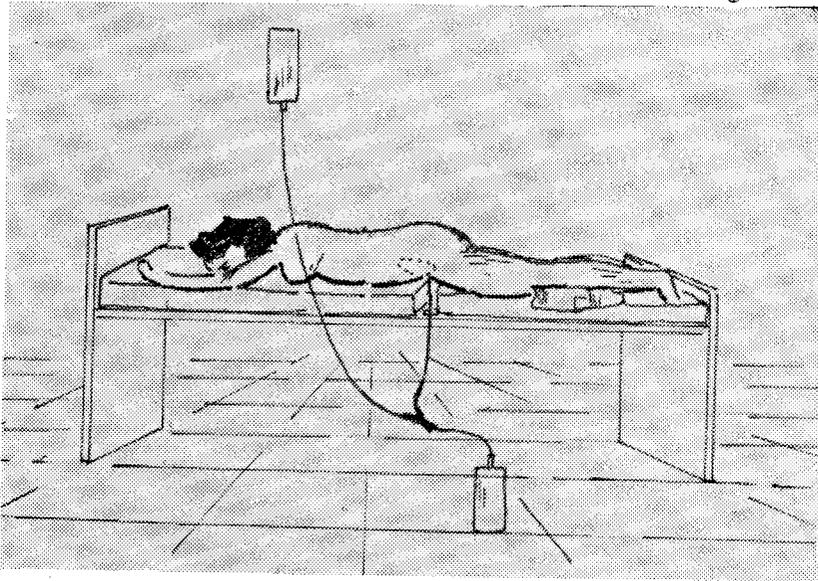


Fig. XVI

El día de la operación si la orina es muy sanguinolenta, el lavado de la sonda se repetirá cada hora, (con 20 a 30cc. de la solución), hasta que sea clara, posteriormente bastará con hacerlo cada dos a tres horas.

Si la sonda se obstruye debe ser cambiada inmediatamente, pues no debe olvidarse que muchos fracasos se deben a la distensión vesical por drenaje interrumpido.

El pH de la orina se controlará cada día, tratando de conservarlo alrededor de pH 5, administrando cloruro de amonio

3 gr. diarios vía oral); conviene también administrar profilácticamente sulfas combinadas y antibióticos durante un periodo de diez días.

La enferma estará durante dos semanas en posición de decúbito ventral, con objeto de que la orina no se ponga en contacto con la línea de sutura, colocada sobre un colchón que tenga un agujero por donde pueda pasar la sonda y que permita mantener una observación constante y directa acerca de la salida de orina por el cateter.

Se prescribirá también una dieta sin residuo, ya que es conveniente evitar la defecación, es excepcional que haya necesidad de recurrir a preparados opiáceos para lograr este fin.

Bajo ningún concepto se practicarán exámenes o tactos vaginales antes de la tercera semana después de la operación y en caso que sea necesario, hacerlo con sumo cuidado.

El cateter se retira el 14o. día, teniendo el cuidado de hacer orinar a la paciente cada hora, e ir aumentando los intervalos, hasta que la capacidad vesical adquiera sus características normales.

No está de más recordar a las pacientes que deben abstenerse de relaciones sexuales durante 6 a 8 semanas después de haber retirado el cateter.

Una mujer que ha sido operada por una fistula vésico vaginal debe evitar todo traumatismo de las paredes vaginales de cualquier naturaleza que sea. Los embarazos subsiguientes serán controlados frecuentemente y al llegar a término efectuarse cesárea, la cual se llevará a cabo con todo cuidado, sobre todo en el momento en que la vejiga se separa hacia abajo para dejar descubierto el segmento uterino; el trabajo de parto debe ser dirigido de tal manera que no sea violento y no se prolongue más de lo necesario para que el segmento esté bien diferenciado. Esta intervención debe hacerse en todos estos casos ya que es una indicación absoluta de ella.

En algunas pacientes, a pesar de haberse tenido todos los cuidados indicados y realizado una técnica precisa, no se logra un éxito completo y la comunicación vésicovaginal persiste; en estos casos deben hacerse nuevos intentos. Esta falta de cierre es más frecuente en aquellas pacientes que han sufrido traumas muy fuertes, en quienes las relaciones anatómicas están sumamente alteradas y la pérdida de sustancia es muy extensa.

En presencia de una lesión que haya destruido total o parcialmente la uretra, ésta debe ser reparada en el último tiempo de la operación haciendo una incisión en forma de herradura con la abertura hacia adelante, el orificio de comunicación con la vejiga quedará cerca de la parte curva por dentro de ella; se pone una sonda de Nelaton o una bujía de Hegar delgada sustentándose la mucosa sobre ella.

Es preferible no dejar una sonda dentro de la nueva uretra pues esto interfiere con un buen funcionamiento ulterior del esfínter, la cistostomía por cualquiera de las vías indicadas dá resultados satisfactorios. Sucede que en ocasiones el defecto en el tabique de separación entre los órganos urinarios y genitales queda completamente reconstruido; pero la paciente aún tiene derrame de orina, continuamente o sólo al hacer esfuerzos; en tal caso la conducta a seguir es hacer una de las operaciones que existen con objeto de corregir este trastorno, (Esfinteroplastia, Op. de Kelly, Marchall-Marcheti, etc.).

Puede ser que después de varios intentos de cerrar la Fístula, ésto no se logre, se pensará entonces en realizar operaciones de otra naturaleza, como ser empleo de vejigas artificiales, implantación de uréteres al sigmoide, cistectomía, etc., pero esta decisión deberá tomarse únicamente después de estar seguro de que no se puede hacer nada menos radical; estos casos son aquéllos en los que el tejido cicatrizal está tan firme que no permite en absoluto la movilización de los planos.

Un problema especial plantean las enfermas en que, además de vésico vaginal existe una fistula recto-vaginal, puesto que el paso de materias fecales a la vagina y su contacto con la vejiga a través de la fistula, hace que las infecciones urinarias sean muy frecuentes.

La reparación de estos defectos puede hacerse al mismo tiempo o en tiempos separados, pero siempre antes la recto-vaginal; en ocasiones es necesario hacer previamente una desviación de la corriente fecal por medio de una colostomía temporal, la cual se cerrará una vez que la fistula haya cicatrizado, es obvio insistir en las ventajas que este proceder proporciona, tanto por la limpieza que permite tener, como por la eliminación de una fuente constante de contaminación.

METODO EMPLEADO: Para llevar a cabo este trabajo se revisaron las historias clínicas de 20 pacientes, tratadas por el Dr. Francisco Bauer, en la sala de Ginecología del Hospital General y en el Centro Médico, en quienes se hizo un tratamiento similar en lo que se refiere, no a técnica operatoria, sino a la conducta general del tratamiento, que como sabemos es tan importante y decisiva como aquélla.

En todas estas pacientes la vía por la que se intervino fué la vaginal, la clase de anestesia usada la raquídea, materiales de sutura del mismo tipo y la conducta durante el pre y post operatorio igual; el diagnóstico se hizo en la forma indicada y el momento de la intervención decidido cuando se encontró a la paciente en las mejores condiciones generales.

Las enfermas se colocaron en la mesa de operaciones según la posición recomendada por Kraske, que a nuestra manera de ver reúne muchas ventajas dando comodidad y visibilidad al Cirujano. Con la enferma en decúbito ventral se dobla la mesa de manera que el ángulo quede a nivel de las caderas, quedando así los miembros inferiores de un lado y el resto del cuerpo en el otro, formando un ángulo de aproximadamente 45 grados, Fig. No. XVII; las piernas se separan lo necesario para permitir

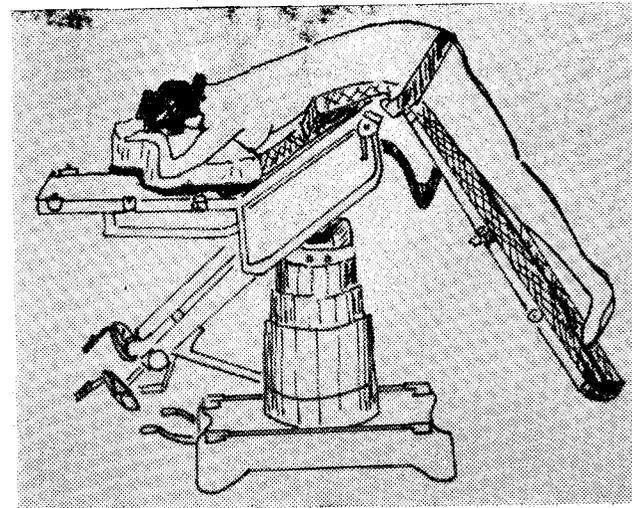


Fig. XVII

el fácil acceso a la vagina, Fig. No. XVIII. Los glúteos son separados hacia afuera por medio de tiras de tela adhesiva colocadas de dentro afuera y que se fijan a la mesa.

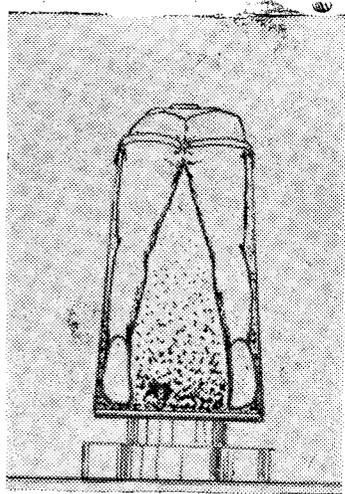


Fig. XVIII

Una vez hecho esto se hará cuidadosa asepsia y se ponen ropas estériles; el Cirujano se coloca de pie en el lado izquierdo de la paciente, un ayudante quedará a su lado y otro enfrente, se procede enseguida a visualizar el orificio vaginal de la fístula.

Aproximadamente un centímetro por fuera del orificio se colocan puntos de algodón que serán utilizados como tractores, puestos de preferencia en sitios diametralmente opuestos, a uno y otro lado, arriba y abajo, se dejan sin anudar y más tarde se retiran; esta maniobra permite llevar la pared vaginal anterior casi a nivel del introito, luego se disecciona el trayecto de la fístula después de haber hecho una incisión circular alrededor de su desembocadura, una vez conseguido ésto y separado la pared vaginal adyacente en dirección divergente, se corta el tejido cicatrizal y se avivan los bordes de la fístula. En este tiempo se hace la sutura invaginante y la fascia pubo-vesical se pliega sobre ellos para reforzarlos, el siguiente paso es poner una sonda

de Foley y llenar la vejiga para comprobar la efectividad del cierre, el líquido usado se hace salir y la sonda es dejada en la uretra; la vagina se tapona con empaques de gasa sin que ejerzan mucha presión.

La enferma es luego llevada a su cama y colocada en decúbito ventral, el colchón debe tener en un lugar apropiado una abertura circular a través de la cual se hace pasar la sonda vesical, esta se conecta a un tubo en "Y" de cuyos otros dos extremos, uno va a un frasco que sirve de depósito para la orina y el otro a un recipiente que contiene solución salina normal estéril, con la que se harán las irrigaciones. Fig. XVI.

Dos o tres días antes de la operación las pacientes fueron sometidas a una dieta baja en residuos y se les dió cloruro de amonio como acidificante de la orina, en tabletas de cubierta entérica, dosis de 1.5 a 3 gr. diarios.

Estas indicaciones se mantuvieron en el post op. añadiendo Sulfisoxazol (Gantrisin), 3 gr. al día PO y Penicilina 400.000 u. y Estreptomina 0.5 gr. IM cada 12 horas. Diariamente se controló el pH de la orina para mantenerla ácida, aumentando si era necesario la cantidad de cloruro de amonio; nuevos urocultivos fueron hechos con intervalos de 2 ó 3 días. La administración de antibióticos se suspendió al 10o. día; las gasas que se dejaron en la vagina se retiraron al 3er. día.

El resto del tratamiento continuó sin modificación por 14 días, al cabo de los cuales se puso a prueba el cierre de la fístula interrumpiendo el drenaje constante de la vejiga, cerrando la sonda progresivamente 1, 2, y 3 horas, la cantidad de orina recolectada en estos intervalos medida exactamente, al mismo tiempo debe investigarse si hay salida de orina por la vagina, al siguiente día la sonda permaneció cerrada pero abriéndola cada cuatro horas; se retiró definitivamente al décimosexto día, teniéndose entonces sumo cuidado con la enferma en lo que se refiere a la cantidad y frecuencia de las micciones, el residuo fué medido cada seis horas hasta que fué de 60cc. o menos, los cateterismos efectuados con este objeto se hicieron de la manera más cuidadosa siguiendo las reglas de la asepsia.

Desde el punto de vista del tipo de pacientes, podemos decir que gran parte de ellas vivían en medios rurales sin ninguna clase de atención médica, de raza indígena la mayoría, muchas

de ellas son como sabemos de estatura corta y de pelvis estrechas o límites; no habiendo tenido ningún control prenatal, estas pacientes llegan al momento del parto en malas condiciones de salud, a esto viene a sumarse la frecuencia con que se presentan en ellas posiciones fetales patológicas, resultando trabajos de parto demasiado prolongados y descensos de presentación interrumpidos; no raras veces todo culmina con la muerte del feto y maniobras obstétricas fuera de tiempo.

Es fácil darse cuenta de la serie de factores reunidos en estos casos, que explican por qué en estos casos se encuentran los desgarros más grandes y extensas pérdidas de sustancia de las paredes de los órganos que reciben la acción traumatizante. Las pacientes obstétricas atendidas en centros hospitalarios y sometidas a cierta clase de intervenciones, pueden tener como secuela una lesión de esta naturaleza, ya vimos al tratar de la etiología cuáles son las causas de ellas.

En el cuadro adjunto puede verse que la edad de las enfermas es muy variable, oscilando entre los 16 y los 54 años. Los casos que se revisaron y los resultados que se obtuvieron dan una idea general acerca de varios puntos sobresalientes. Estas pacientes fueron vistas y tratadas durante un período de diez años por el mismo Cirujano, varias habían sido intervenidas con anterioridad una o más veces por vía abdominal, vaginal o ambas.

Los datos de porcentajes que damos a continuación deben servir como guía únicamente, ya que el número de casos es relativamente pequeño y han sido tratados por un Cirujano. Sin embargo son de gran importancia y servirán de base para que en el futuro se recopilen nuevos casos y puedan establecerse comparaciones.

Según la causa de origen, encontramos que cuatro fueron post quirúrgicas (20%), tres después de Histerectomía abdominal total y una después de cesárea segmentárea. Las de causa obstétrica fueron dieciséis (80%): una consecutiva a embriotomía, dos después de aplicación de forceps y el resto por trabajos prolongados.

No.	Nombre	Raza	Edad	Etiología	Tipo de Fístula	Tiempo de Evolución	Operaciones Anteriores	Ops. con el método Descripto	N° de Observaciones
1	R. S.	Indígena	22	Obstétrica	Vésico Vaginal	1 año		1	17762
2	L. F. R.	Ladina	22	Obstétrica	Vésico Vaginal	1 año		1	17955
3	E. M.	Ladina	33	Quirúrgica	Vésico Vaginal	2 años	3	1	19223
4	M. C.	Indígena	27	Quirúrgica	Vésico Cérvico Vnal.	6 meses		1	19246
5	C. D.	Indígena	28	Obstétrica	Vésico Vaginal	2 años	3	1	19643
6	E. A.	Indígena	48	Quirúrgica	Uretro Vésico Vaginal	1 año	3	2	10020
7	C. B.	Ladina	54	Quirúrgica	Vésico Vaginal	10 años		1	2558
8	M. L. C.	Ladina	36	Obstétrica	Uretro Vésico Vaginal	2 años	1	2	10043
9	B. P.	Indígena	37	Obstétrica	Vésico Vaginal	7 meses		1	9843
10	R. S.	Ladina	32	Obstétrica	Uretro Vésico Vaginal	7 meses		1	17315
11	A. S.	Indígena	16	Obstétrica	Vésico Vaginal	7 meses		1	17579
12	L. C.	Ladina	18	Obstétrica	Vésico Vaginal	1 año		1	17587
13	J. P.	Indígena	41	Obstétrica	Uretro Vésico Vaginal	12 años		4	17640
14	J. J.	Indígena	18	Obstétrica	Uretro Vésico Vaginal	2 años		5	18075
15	C. Z.	Ladina	23	Obstétrica	Uretro Vésico Vaginal	1 año		2	9616
16	M. S.	Indígena	48	Obstétrica	Recto Vaginal Vésico Vaginal	2 años		4	18776
17	M. O.	Indígena	20	Obstétrica	Recto Vaginal Vésico Vaginal	6 meses		4	18511
18	D. P.	Ladina	30	Obstétrica	Uretro Vésico Vaginal	13 años	18	2	9427
19	L. R.	Indígena	18	Obstétrica	Uretro Vésico Vaginal	6 meses		1	9421
20	E. L.	Indígena	19	Obstétrica	Recto Vaginal Vésico Vaginal	8 meses		6	9163

Tipo de lesiones encontrado:

1	Vésico-cérvico-vaginal	(5%)
8	Uretro-vésico-vaginal	(40%)
8	Vésico-vaginal	(40%)
3	Recto-vaginal y Vésico-vaginal	(15%)

Los resultados post operatorios han sido muy alentadores, once cerraron después de la primera intervención (55%), nueve necesitaron más de una (45%), de los cuales, tres sólo una más (15%) y los otros seis, cuatro operaciones o más (30%); en un caso (No. 18) se hicieron 20, lográndose restablecer la continuidad de las paredes, pero quedando incontinencia por defecto del esfínter vesical, la paciente rehusó someterse a otra intervención. En otro (No. 19), cuatro meses después de haber sido operada satisfactoriamente, presentó hematuria, polaquiuria y disuria, se diagnosticó litiasis vesical, encontrándose al hacer una cistostomía un cálculo único de 2cm. de diámetro. No hubo ninguna complicación durante o después de las operaciones y la mortalidad fué de 0%.

CONCLUSIONES

- 1.—Las fistulas véscovaginales en nuestro medio son de origen obstétrico en su mayoría.
- 2.—Las más frecuentemente observadas fueron las véscovaginales y las urétrovesicovaginales.
- 3.—El tratamiento de las fistulas debe ser quirúrgico.
- 4.—El éxito que se obtenga depende del estudio minucioso del caso, así como de la observancia de una técnica quirúrgica correcta y de los cuidados postoperatorios.
- 5.—La vía vaginal es la más recomendable la mayoría de las veces.
- 6.—El mejor tratamiento de las fistulas es prevenirlas, pero cuando se presentan debe procurarse que el primer intento tenga éxito, porque la cicatrización en intentos posteriores es más dudosa.

Guillermo A. Vásquez Blanco.

Vo. Bo.

Dr. Francisco Bauer Páiz.

Imprimase

Dr. José Fajardo,
Decano.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—R. Te Linde, *Ginecología Operatoria*, 178, 1956.
- 2.—L. Wharton, *Ginecología y Urología Femeninas*, 323, 1950.
- 3.—Testut y Latarjet, *Anatomía Humana*, 834, 902, 1107, 1176, 1934.
- 4.—H. Gray, *Anatomy of the Human Body*, 1225, 1954.
- 5.—A. H. Curtis, *Textbook of Gynecology*, 556, 1953.
- 6.—Meigs and Sturgis, *Progress in Gynecology*, vol. II, 702, 1950.
- 7.—Martius', *Gynecological Operations*, 314, 1956.
- 8.—J. DeLee, *Principles and Practice of Obstetrics*, 727, 1951.
- 9.—J. L. Sáenz, *Incontinencia de Esfuerzo en la Mujer*, Tesis de Graduación, 22, 1957.
- 10.—W. Walters, *George Gray, Practice of Surgery Lewis'*, vol. X, cap. IV, 1945.
- 11.—A. H. C. Walker, *The Manegement of Urinary Fistulas in Primitive Population*, *Surgery G. & O.* 99, 301, 1954.
- 12.—C. L. Callander, *Surgical Anatomy*, 488, 1948.
- 13.—Rubin and Novak, *Integrated Gynecology, Principles and Practice*, vol. III, 586, 1956.
- 14.—R. Netter, *The Ciba Colections of Medical Illustrations*, vol. III, *Reproductive System*, 145, 1954.
- 15.—E. Rock and J. Patterson, *British Surgical Practice, Surgical Progress*, 38, 1954.
- 16.—F. Bauer, *Consideraciones Sobre el Tratamiento de Fistulas Vésico Vaginales*, Trabajo Presentado en el Congreso Nacional de Medicina en 1954.