UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"FISTULAS GENITALES"

(Revisión de 79 observaciones clínicas de las salas de Ginecología del Hospital General de Guatemala)

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de Guatemala.-

por

BIENVENIDO LOPEZ PEREZ

En el acto de su investidura
de

"MEDICO Y CIRUJANO"

Guatemala, Noviembre de 1966.-

"FISTULAS GENITALES"

PLAN DE TESIS:

CAPITULOS:

- I INTRODUCCION.
- II HISTORIA (Antecedentes)
- III OBJETIVOS.
- IV MATERIAL Y METODOS
- V ASPECTOS CLINICOS
- VI TIPOS DE FISTULAS
- VII TRATAMIENTO
- VIII REVISION DE LOS CASOS
- IX SUMARIO
- X CONCLUSIONES
- XI BIBLIOGRAFIA

HISTORIA

Las fístulas genitourinarias son lesiones que se conocen desde hace muchísimos años y se remontan hacia tiempos inmemorables. Derry (1935) encontró una extensa fístula en una momia del Cairo, - en el cuerpo de una mujer llamada Henhemit, que fué una de las seis damas que tuvieron relación con la corte de Mentuhotep, onceáva dinastía que reinó en Egipto 2,050 años antes de Cristo. (5)

La primera mención de ésta enfermedad se encuentra en el Al-Kanón, en el célebre trabajo de Avicena, cuyo milenio fué celebrado - en Teherán hace 7 años.-

El primer escrito acerca del aparecimiento de fístulas de la vejiga en reportes médicos en Hindú hace 800 años A. C. Hipócrates también mencionó el paso involuntario de orina a la vagina. (13)

En Europa la primera referencia fué hecha por Platter en 1597, pero no refirió nada respecto al tratamiento. En el siglo siguiente se indicó que las fístulas siguen a trabajo de partos difíciles. (5)

En 1663 aparece la primera esperanza con Van Ronhuyse de Amsterdam, quien propone cerrar las fístulas por debridamiento de los tejidos y suturándolos. (5)

Fatio en 1752 publicó el éxito de dos operaciones que ejecutó muchos años antes, e indica que colocó a las pacientes en posición de litotomía.

En 1834 Jobert de Lamballe planificó y puso en ejecución una operación para corregir las fístulas. Después fué seguido por debridamiento de los bordes y sutura con puntos separados.- (5)

En el Lancet Dec. 1936 M Baxter reportó que el cauterio actual

fué aplicado con éxito en un caso después de 60 operaciones. (5)

En 1841 Ryan de el Metropolitan Free Hospital en Londres se atribuyó éxito en pacientes que desarrollaron fístulas después de -- trabajo de parto prolongado.

En 1852 Marion Sims de Alabama ideó y publicó una técnica en la cual hace el debridamiento amplio de los bordes y sutura los bordes de la fístula con alambre de plata. El obtuvo con éste método 230 curaciones de 312 pacientes.--

En Gran Bretaña, Pozzi y Jayle, contemporáneos de Sims y Ba -- ker, Brow y Simpson, obtuvieron éxito en el tratamiento de las fístu las usando alambre de plata e idearon muchos otros instrumentos. (5)

En 1873, Sir Jonas Young Simpson, dijo en su libro "Lecturas - Clínicas sobre enfermedades de la mujer": "Una fístula urinaria es una enfermedad que está mas allá de cualquier esperanza". Fué ésta opinión de pesimismo lo que dió valor para buscar una vía de opera ción que no fuera la vaginal.

En 1889, Trendelenburg se apartó de todos los métodos y abre - la vejiga por vía suprapúbica extraperitoneas, liberando la fístula y suturándola con catgut.

En 1893, Von Dintel abrió la cavidad peritonea^l, separó la ve jiga del útero y cerró la fístula con catgut. Los Cirujanos genito urinarios lo encontraron adecuado para todas las formas de fístulas vesicovaginales. (5)

En 1894, se vió gran adelanto en la técnica operatoria de las fístulas cuando Mackenrodt publicó la técnica de seccionar los bor des. Todas las técnicas futuras son modificaciones de la de Macken

odt, adaptadas para los diferentes tipos de fístulas. (5)

El continuo progreso en la evaluación ha resultado en incre-
mento como el conocimiento de la antisepsia y antibióticos y la ---
comprensión de la fisiología normal y procesos patológicos anormales
(13)

Hasta recientemente el método usual para tratamiento de las --
fístulas post-operatorias consistía en esperar de tres a seis meses
para ejecutar un procedimiento quirúrgico. (2 -3)

En 1953, Collins y Jones, introducen en el preoperatorio de --
las pacientes el uso de cortisona para acortar el periodo preopera-
torio. (3)

En Guatemala, sobre el tema de las fístulas vesico vaginales,
encontramos del Dr. Francisco Bauer P. consideraciones sobre el ---
tratamiento de Fístulas Vesico Vaginales, trabajo presentado en el
congreso nacional de Medicina en 1954. Otro estudio es la tesis de
Dr. Guillermo A. Vásquez Blanco, titulada "Consideraciones sobre --
fístulas Vesico-vaginales", en el acto de graduación como Médico y
Cirujano, en 1957, basada en las experiencias del Dr. F. Bauer. La
tesis del Dr. Rigoberto Fong Castillo, titulada "Reconstrucción del
esfinter Vesical interno", "Sus aplicaciones prácticas". Año de --
1960, en el acto de graduación como Médico y Cirujano.

(6 - 23)

OBJETIVOS

El estudio de las fístulas Genitales de que trata este trabajo se hace con el fin de hacer énfasis sobre éste tema, que es sumamente importante no solo desde el punto de vista quirúrgico y patológico, sino también desde el punto de vista social, teniendo en cuenta que la persona que adolece de una fístula genital cambia totalmente su personalidad y tiende a alejarse de la sociedad en que vive.

Las fístulas genitales son una entidad patológica que merece conocerse más profundamente, y que constituye en nuestro medio, una afección que no debe pasar inadvertida para los médicos; y ofrecerles con el presente estudio una contribución al conocimiento de las mismas.

Además, nuestra finalidad es completar estudios efectuados con anterioridad, sobre fístulas Vesico-vaginales.

Tratamos de presentar algunos datos estadísticos para compararlos con los de otros países, en donde se ha efectuado adelantos al respecto, y a la vez informar que en Guatemala se reparan Fístulas Genitales con todo éxito.-

MATERIAL Y METODOS

Para llevar a cabo el estudio de las FISTULAS GENITALES, hubo necesidad de consultar literatura de otros países que nos ha servido como término de comparación con nuestras fístulas, de donde se ha analizado la conducta que se sigue con las pacientes que presentan dicha dolencia.

El presente trabajo se ha realizado con material que se ha analizado en nuestro medio, que comprende la revisión de los libros de operaciones de las salas de Ginecología A y B, de donde se tomaron setenta y nueve observaciones comprendidas entre junio de 1946 a junio de 1966.-

A partir de las referencias, se procedió a revisar los libros del archivo particular de las salas de Ginecología, de donde se obtuvieron algunos datos, luego se procedió a revisar las papeletas del archivo del Hospital General de Guatemala, de donde se recopilaron los datos personales, antecedentes, motivo de ingreso de las pacientes y todos los datos que tuvieron alguna relación importante con nuestro tema.

También indicamos, que para el presente trabajo, se revisó literatura Guatemalteca, consistente en algunos trabajos de tesis de graduación de algunos Médicos Guatemaltecos, de donde se obtuvieron algunos datos para completar dicho estudio.-

ASPECTOS CLINICOS

En el capítulo de Aspectos Clínicos vamos a analizar todos ---
os medios mediante los cuales se llega al diagnóstico correcto de
na fístula genitourinaria o intestino genital. El motivo princi--
al por el que consultan es la eliminación involuntaria de orina o
eces por la vagina, indicando que el síntoma apareció después de -
n parto difícil, de una operación abdominal, cesárea o vaginal, o
onsecutivo a radioterapia. (5)

La eliminación urinaria varía en intensidad; puede presentarse
continuo en cualquier posición, o manifestarse cuando se cambia de
posición, por ejemplo al pararse o cuando se ejecuta un esfuerzo. (23)

En otras ocasiones la salida de orina solo se manifiesta duran
de la micción.- (5)

Las zonas del cuerpo donde humedece la orina como la vagina, -
vulva, periné, cara interna de muslos, produce irritación que puede
llegar a la ulceración y formación de depósitos calcáreos que son -
muy dolorosos, y producen ardor y dolor como quemaduras. (23)

El olor de la orina que mantiene húmedas a las pacientes, que
e caracteriza por su fetidez y que ellas mismas indican no sopor--
ar, las aleja de sus relaciones sociales. (23)

Otras pacientes refieren expulsión de gases o materias fecales
travez de la vagina, o asociado a la eliminación urinaria; en es-
os casos se trata de una fístula intestino genital única, o asocia
o a una fístula urinaria.

Como en toda observación clínica, los antecedentes personales

de tipo Médico, quirúrgico, traumático, y de enfermedades específicas que puedan interferir y que hay que tratar previo al tratamiento quirúrgico de la fístula.-

Como antecedentes quirúrgicos son las relaciones con intervenciones previas de corrección de la fístula, datos importantes como el número de intervenciones, lugar donde se efectuó, cirujano, y fechas. Estos datos son importantes, porque cuanto mayor número de operaciones se haya efectuado, mayor cicatriz existe y con cada intervención el éxito de curación es menor. La mejor posibilidad de éxito es durante la primera intervención. (5)

A todas las pacientes se les efectuará un exámen físico completo, que constituye parte importante en la decisión final del caso.

Los estudios de laboratorio que se hacen son: Análisis de orina, Biometría Hemática y conteo diferencial de leucocitos, eritrosedimentación, grupo sanguíneo y Rh., test serológicos para investigar sífilis. Otros exámenes como cultivo de orina y sensibilidad a los antibióticos. Si se sospecha tuberculosis hay que confirmarlo o descartarla efectuando inoculación al cobayo. Si se sospecha lesión renal se efectuará "Urea Clearance" o determinación de creatinina en la sangre.- (5)

Otros estudios de laboratorio puede efectuarse de acuerdo con las necesidades del caso., Rx de tórax, electrocardiogramas, etc.-

EXAMEN GINECOLOGICO: El exámen ginecológico de rutina se efectuará con la paciente en posición ginecológica, usando una buena iluminación. Se procede como en todo exámen, inspeccionando los ge-

itales internos. A continuación se pasa a la palpación de las paredes vaginales y al uso del espéculo, si la fístula es grande puede palparse y visualizarse y a la vez determinar la dureza de los tejidos cicatriciales.- (5)

Si la fístula no puede visualizarse se seguirá la siguiente rutina:

- 1.- Colocación de la paciente en posición genupectoral con los miembros inferiores flexionados o posición de Kraske, y con la ayuda de la valva de Sims se expone la pared anterior de la vagina para localizar la fístula, áreas de granulación hacen sospechar el orificio fistuloso. (5 - 23)
- 2.- Se inyecta agua en la vejiga y se observa el drenaje de la misma por el orificio fistuloso. Puede inyectarse aire y a la vez observar la salida de burbujas.-
- 3.- Si los métodos arriba mencionados son insuficientes para el diagnóstico, se instalará solución acuosa débil de azul de metileno intravesical y se procede a observar como en el caso anterior. Si este método falla se empacará la vagina en gaza de algodón, se indica a la paciente que se levante y camine, con lo que se logra relajar ciertas estructuras anatómicas como los músculos elevadores del ano; después de cierto tiempo se retiran las gazas y se observan si están coloreadas, con lo que se obtienen los resultados: Si la parte inferior se colorea indica que hay fístula uretrovaginal o incontinencia de esfuerzo, - si se colorea la parte media y superior hay fístula urogenital. (5 - 15 -24)

- Si coexiste una fístula ureteral y uretral se encontrará la gaza húmeda y a la vez coloreada de azul, por drenaje de la orina coloreada de la uretra.

- El uso del índigo carmin o fenosulfaleína inyectado intravenoso coloreará el empaque vaginal en caso de fístulas ureterovaginales. (5)

- Cistografía e histerografía en caso de tratarse de fístulas uterovesicales.- (Yousseph). (5)

En las pacientes que presentan fístulas rectovaginales se examinará la pared posterior vaginal o se demostrará la fístula por examen rectal.-

ESTUDIOS ESPECIALES: Tienen por objeto complementar la investigación de las fístulas, mencionaremos los estudios urológicos que deben ser completos: El exámen de orina completo investigando las bacterias, para ello se usa la coloración de Gram, que los divide en dos grupos: Gram positivos y Gram negativos y que puede servir de base para elegir el tipo de antibiótico o antiséptico que se debe utilizar.

La estimulación de la función renal que es un estudio importante. Si la orina eliminada en 24 horas es mayor de 1500 cc la función renal es normal. La densidad urinaria de 1.020 o más, ausencia de azúcar en la orina, Urea igual o menor de 40 mg. por ciento indican buena función renal. (5)

Pielograma Endovenoso, que es un estudio que informa de la normalidad o patología del árbol urinario superior, previo o consecutivo a la producción de la lesión fistulosa. (5 -24)

Cistoscopia que es efectuado por el Urólogo, se usan para e--
lo el cistoscopio de Brown Buerger, el de Brassch que es de visión
directa, ambos cistoscopios usan agua.-

El cistoscopio de Kelly que es de aire y que no requiere que -
la vejiga esté distendida para investigar la patología. (5)

La Cistoscopia nos informará sobre la localización, tamaño y -
dirección de la fístula y su relación con sus orificios ureterales,
el cuello vesical.-

Pielografía Retrógrada, que se efectuará por el urólogo y que
nos informará la normalidad, ausencia de la función de uno de los -
riñones, obstrucción o estenosis ureteral, cálculo vesical o incrus-
gaciones, hidronefrosis uni-bilateral.- (5)

Se recomienda el cateterismo ureteral bilateral inmediatamente
antes de la operación, para mayor seguridad de no lesionar el ureter
al corregir la fístula, en los casos en que el meato ureteral quede
muy cercano a la lesión.- (23)

Cuando se trata de fístulas enterogenitales, se hace necesario
efectuar estudios especiales como proctosigmoidoscopia, estudios de
enema de colom o la inyección de medios de contraste por la vagina
para visualizar el orificio fistuloso.-

DIAGNOSTICO: Cuando se tiene la impresión clínica de una físt-
tula es necesario individualizar cada caso, y se efectuará un estu-
dio completo a cada uno siguiendo la pauta indicada previamente, es
decir, tomando una observación clínica y efectuando un exámen gine-
cológico satisfactorio, e investigar, utilizando los métodos espe--
ciales necesarios para llegar a un diagnóstico correcto, antes de -
considerar la corrección o reparación quirúrgica de la Fístula.-

(5)

TIPOS DE FISTULAS

Una fístula puede definirse como una comunicación anormal entre una víscera hueca y el exterior, o bien de las vísceras entre sí. Según el lugar a donde drenan, se llaman: externas si al exterior e internas, si drenan al interior.- (23)

El Diagnóstico de cada tipo de fístula se hace siguiendo la pauta enunciada anteriormente e investigando la causa, el tiempo de evolución y síntomas inherentes, efectuando los estudios complementarios indicados con anterioridad para llegar al diagnóstico del tipo de fístula. A continuación, analizaremos cada uno de los tipos, dividiéndolas en fístulas urogenitales y fístulas intestino genitales.-

FISTULAS UROGENITALES

Una fístula urogenital es una comunicación anormal entre el aparato urinario y el aparato genital femenino a través del cual dre- na orina involuntariamente a la vagina.- (5)

La etiología de las fístulas es muy variable, a continuación presentamos una clasificación etiológica tomada del Gynecological - Urology:

CLASIFICACION ETIOLOGICA DE LAS FISTULAS GENITOURINARIAS

- 1.- Congénitas.
- 2.- Quirúrgicas:
 - Incisión de estructuras urinarias no reconocidas.
 - Necrosis por presión (de hemostasis, sutura, ligaduras).

Devascularización.

- Obstétricas:
 - Daño durante el curso del trabajo de parto.
 - Instrumentación durante el parto.
 - Sección Cesárea.
- .- Malignidad:
 - Resultante de la lesión primaria.
 - Secundario al tratamiento de la malignidad.
- .- Irradiación:
 - Primaria debido a Hot spots
 - Debido a necrosis secundaria e invasión de los tejidos por la malignidad.
- 6.- Infección:
 - Primaria.
 - Secundaria
- 7.- Traumáticas:
 - Intrínsecas.
 - Extrínsecas.
- 8.- Espontáneas o Idiopáticas.

En años recientes la causa principal es el traumatismo quirúrgico. En una serie de casos reportados por Counseller y Haigler de la Clínica Mayo indican el 80.2 por ciento debido a operaciones ginecológicas. Miller y George reportaron 42.5 por ciento. (5)

De 230 fístulas analizadas por J. C. Moir en 1961, 63 (27.4%) fueron de causa obstétrica y 167 (72.6%) consecutivos a cirugía. (4)

En las últimas 100 fístulas reparadas por H. C. Falk, solamente 7 fueron de causa obstétrica. (4)

Las operaciones ginecológicas, tal como la histerectomía abdominal, la operación de Wertheim, y otras operaciones ginecológicas, han incrementado las lesiones del aparato urinario que resultan en fístulas. Como causa principal se cita la Histerectomía abdominal, la operación cesárea, y muy raramente consecutivo a Histerectomía vaginal.- (13 -15 -21)

Las de causa obstétrica son resultantes de partos prolongados que producen isquemia y necrosis de los tejidos que comprime la cabeza fetal contra la pelvis ósea de la parturienta, que de acuerdo con el grado de dilatación del orificio cervical puede resultar en una fístula vesico-uterina, vesicocérvicovaginal, o vesicovaginal - que es la más frecuente. (21)

Pueden resultar por expulsión rápida cuando se usan oxitócicos, por maniobras bruscas cuando se trata de corregir presentaciones anormales o patológicas, la aplicación de forceps inadecuados, forzados, repetidos, o efectuando una técnica mala durante la rotación instrumental sin los cuidados y maniobras apropiadas. Durante la embriotomía.- (21)

Entre las que resultan de lesiones malignas tenemos el carcinoma del cérvix por la invasión a la vejiga y que produce fístula vesicovaginal.-

Los casos consecutivos a radioterapia son por necrosis, por irradiación, las consecutivas a infección como en la tuberculosis vesical, las traumáticas son debidas a cuerpos extraños, coito, heridas por arma de fuego, etc. (21)

Se ha aceptado que las causas principales de fístulas urinarias

on las lesiones consecutivas a traumatismo quirúrgico, lesiones --
obstétricas y la malignidad genital y el uso de Rx y Radium-terapia
en estas malignidades. (13)

Las fístulas consecutivas a accidentes quirúrgicos son más fre-
quentes en los países desarrollados y donde se ejecuta abundante Ci-
rugía, mientras que en los países en donde los servicios obstétri-
cos están pobremente desarrollados, esta causa es la principal.-
(15)

En el período de 1952 a 1960 inclusive, se efectuó un estudio
en el Hospital Sinaí en Baltimore, que fué conducido sobre 27,456 -
pacientes obstétricas a las cuales se les sometió a diversos trata-
mientos, de todas, una desarrolló fístula.-

De las 16,355 pacientes que ingresaron al servicio de ginecolo-
gía a 1,458 se les efectuó Histerectomía abdominal total de las ---
cuales 9 desarrollaron fístulas. De 484 que se les efectuó histe-
rectomía vaginal, 2 desarrollaron fístula más tarde.-

Las fístulas urogenitales se establecen de la vejiga a la vagi-
na, de la uretra a la vagina o del ureter a una región del aparato
genital femenino. Como su localización es variable existen muchas -
clasificaciones de las mismas, la siguiente es una clasificación a-
natómica:

CLASIFICACION ANATOMICA DE LAS FISTULAS GENITOURINARIAS MAS COMUNES

1.- Fístulas que incluyen primariamente el ureter:

Uretero-vaginal

Uretero-cervical

Ureterovesico-vaginal

Uretero-vesico-cérvico-vaginal

Uretero-uterinas

2.- Fístulas que incluyen primariamente a la vejiga:

Vesico-vaginal

Vesico-uterina

Vesico-utero-vaginal

Vesicocérvico-vaginal

Vesicouretero-vaginal.

3.- Fístulas que incluyen primariamente a la uretra:

Uretro-vaginal

Destrucción de uretra

Uretro-cérvico-vaginal

4.- Fístulas Mixtas.

(5)

De acuerdo con esta clasificación, pasaremos a estudiar estos tipos de fístulas:

FISTULAS VESICO VAGINALES

Una fístula Vesico vaginal es una comunicación anormal entre la vagina y la vejiga urinaria a través de la cual drena orina constantemente a la vagina. Esta comunicación puede establecerse directamente de la cavidad vesical a la vagina, o bien a través del útero.

(5)

Estas lesiones resultan como consecuencia de traumatismos, --- quirúrgicos que es el grupo mayor, siendo la causa más común la histerectomía abdominal total, y usualmente sucede durante la disección del cérvix sobre la vagina. Cuando existe distorsión de las estructuras pelvianas por enfermedades como endometriosis, fibromas,

La lesión es más factible. Los hematomas que puede infectarse y --
posteriormente se abren a la vejiga, hecho que nos indica que se e-
fectuará hemostasis satisfactoria en la pared vesical tanto en las
operaciones vaginales como abdominales.- (15)

La colporrafia es otra causa de fístulas vesico vaginales.-
(15)

Las lesiones obstétricas, principalmente las consecutivas a --
trabajo de parto difícil y maniobras que se aplican durante las mis-
mas, es una causa común en países donde la obstetricia es aún defi-
ciente. (11 - 15)

Las fístulas post-histerectomía abdominal y vaginal son más --
frecuentes que las post-cesárea; en una serie de 200 fístulas Vesí-
cales revisadas por Falk y Tancer, ocho siguieron a operación Cesá-
rea.- (12)

La extensión de enfermedades malignas como el carcinoma del --
cervix o a traumatismos de diversa naturaleza, o ser de causa congé-
nita o inflamatoria.- (21)

El síntoma primordial de estas lesiones es el drenaje involun-
tario de orina a través de la vagina, (11) que estará en relación -
con el tamaño del orificio fistuloso; si éste es menor de dos mm. -
puede manifestarse solamente durante un esfuerzo o ser postural, --
mientras que cuando es mayor su diámetro la incontinencia es cons-
tante.- (23)

El tiempo que transcurre entre la lesión y el aparecimiento --
del drenaje urinario es variable, si se debe a traumatismo directo
de la pared vesical aparece en el post-operatorio inmediato, mien-
tras que cuando se debe a necrosis por presión se desarrolla prime-

o una cistitis y luego la incontinencia que aparece entre 4 a 7 --
ías.- (5)

Las fístulas que incluyen primariamente la vejiga urinaria, --
n su trayecto hacia la vagina, se establecen directamente de la ve
iga a la vagina, o incluyen en su trayecto una porción del útero.
continuación vamos a describir algunas variedades:

FISTULA VESICO VAGINAL: El trayecto fistuloso va directamen--
te de la cavidad vesical a la vaginal. Cuando es consecutivo a tra
ma del parto la base vesical y uretra están comprometidos, mien---
tras que cuando sigue a operación cesárea el cuello vesical y la u-
retra son lesionados.- (5 -12)

FISTULA VESICO UTERINA: La fístula se extiende de la cavidad
vesical a la cavidad uterina. Cuando es consecutivo a operación ce
sárea generalmente se debe a una incisión en el segmento inferior -
que lesiona la vejiga, o a que en intervención anterior se ha eleva
do la vejiga y fijado arriba del nivel del orificio cervical inter-
no. (5 - 9 - 12)

FISTULA VESICO CERVICAL: Es una fístula muy similar a la ante
rior. Se extiende de la región vesical superior al triángulo al cue-
llo uterino. Ocurre durante la incisión del segmento inferior en -
la operación cesárea o debido a sutura de la pared vesical inadver-
tidamente. La sintomatología aparece cuando se absorbe el material
de sutura. El síntoma primordial es el drenaje urinario, pero cuan
do no aparece se presentan amenorrea y hematuria cíclica asociada -
con la menstruación. La misma sintomatología se aplica al caso an-
terior.- (5-9-12)

FISTULA VESICO CERVICO VAGINAL: Es una fístula que produce -- una laceración en el espesor del labio anterior del cervix sin pasar el orificio endo-cervical.-

FISTULA VESICO URETERO VAGINAL: Se observa cuando en la pared de la fístula vesico vaginal desemboca un ureter, se observa des---pués de reparación de fístulas vesico vaginales al ligar el ureter.

FISTULA VESICO URETRO VAGINAL: Es una fístula que se extiende de la vejiga urinaria a la vagina e incluye en su trayecto parte de la uretra. Es más frecuente después de partos difíciles.- (5)

FISTULAS URETERO VAGINALES

Son comunicaciones anormales entre el ureter y la vagina, por la cual drena orina constantemente. (5)

Entre los accidentes consecutivos a los cuales aparecen dichas fístulas se cita el deslizamiento de la pared anterior vaginal y el trigono vesical durante un trabajo de parto difícil, generalmente se asocia a una fístula vesico vaginal grande (5). Las lesiones del ureter durante las operaciones como la histerectomía abdominal o Radical, en este caso el drenaje urinario se observará en la cicatriz de la cúpula vaginal, si es consecutivo a operación cesárea -- el drenaje urinario seguirá la vía del canal cervical, la sección - inadvertida de un ureter doble durante una intervención quirúrgica, lesión de un ureter que se encuentra en la pared de una fístula vesico vaginal al repararla, o por anomalías congénitas cuando un ureter se abre a la vagina.- (5)

La sintomatología de la lesión de un ureter, si es unilateral puede pasar inadvertida o manifestarse tardíamente por síntomas de

delonefritis, hidronefrosis, pasar asintomáticos y obtención de --
n riñón excluido, drenaje urinario post-operatorio que aparece de
a 21 días.- (1-7-21)

Las fístulas ureterales generalmente se manifiestan por drena-
e urinario constante por vagina, a la vez que las pacientes refie-
en micción controlada. (21)

Los tipos de lesión ureteral es la ligadura inadvertida, angus-
tación del ureter durante una sutura o ligadura, principalmente a -
nivel del nacimiento de la arteria uterina, aplastamiento parcial -
o completo del ureter, compromiso de la irrigación, puntura del ure-
ter con aguja, sección parcial o completa del ureter, disminución -
de la función como resultado de lesión de la cubierta ureteral.-
(1)

Los lugares más frecuentes de la lesión de los ureteres es el
cruzamiento de vasos ilíacos, por debajo del ligamento infundíbulo
pélvico, parte más baja de la hoja posterior del ligamento ancho, -
parte lateral de los vasos uterinos, región de los pilares de la ve-
jiga, a nivel de la rama cervical de la arteria uterina. (1)

Las fístulas uretero vaginales según su localización se clasi-
fican como a continuación detallamos:

FISTULAS URETERO VAGINALES: En este tipo de fístulas el ureter
se abre en la cúpula vaginal, es el tipo de fístula que sigue a la
Histerectomía abdominal y a la Histerectomía radical. Generalmente
cuando hay desvitalización de los tejidos por radioterapia previa.
(5)

FISTULA URETERO CERVICAL: Es la fístula que sigue a la opera-
ción cesárea y el drenaje urinario se hace a nivel del cuello uteri-
no.-

FISTULA URETERO VESICO VAGINAL: Se encuentra cuando en los bor
s de una fístula vesico vaginal extensa se abre un ureter. Además
nencionamos las fístulas uretero-vésico-cervico-vaginal, la urétero-
erina.- (5)

FISTULAS URETRO VAGINALES

Son comunicaciones anormales entre la uretra y la vagina por -
a cual drena orina durante la micción, cuando hay destrucción com-
eta de la uretra la incontinencia es constante. (5)

Como causa de ausencia parcial o completa pueden citarse mu---
nas como las malformaciones congénitas (ausencia congénita de ure-
ra, hipospadias, fisura vesical, ectopía vesical), debida a infec-
iones por sífilis, difteria, abscesos suburetrales asociados con -
onorrea, linfogranuloma venéreo y granuloma inguinal, causas trau-
máticas no quirúrgicas como durante los partos, coito, masturbación
mutilación, perforación espontánea por concreciones uretrales, --
causas quirúrgicas durante las operaciones obstetricas, operaciones
ginecológicas vaginales, corrección de divertículo y extracción de
cálculos vesicales y uretrales, cateterización incorrecta consecuti
o a radioterapia, casos intencionales al extirpar quirúrgicamente
por carcinoma de la vejiga o uretra.- (5)

Estas fístulas se manifiestan por la incontinencia urinaria du
rante la micción y cuando existe compromiso del cuello vesical hay
incontinencia constante. Estas fístulas se pueden clasificar como
uretrovaginal si la comunicación va de la uretra a la vagina pérdi-
da de uretra, en estas no se observa uretra, y fístulas uretro cér-

co vaginales cuando existe compromiso del cuello vesical.-

Seguidamente pasamos a tratar lo relacionado con la correc-----
ón quirúrgica de estas fístulas y que llamaremos Tratamiento.-

TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS GENITOURINARIAS

TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS VESICO VAGINALES:

El tratamiento de las fístulas vesico vaginales es la correc--
ón quirúrgica. Para llevarlo a cabo, hay que cumplir con algunos
principios que son fundamentales entre los cuales mencionaremos los
siguientes:

- 1.- Diagnóstico correcto de la lesión: que se efectuará recurrien-
do a todos los métodos enunciados anteriormente y así diferen--
ciar las de las fístulas uretero-vaginales.-
- 2.- El tiempo de evolución de las fístulas: generalmente no debe o
perarse una fístula si no ha transcurrido un tiempo mínimo de -
tres a seis meses de producida la lesión, tiempo que es necesá-
rio para que los tejidos involucionen a la normalidad y es cuan-
do la fístula presenta su extensión verdadera, las fístulas pe-
queñas pueden cerrar espontáneamente. (2-13-21-23)
- 3.- La vía operatoria: La mayoría de los Ginecólogos prefieren la
vía vaginal que es la más adecuada, ofrece mejor exposición y -
cuando las fístulas son muy altas pueden efectuarse incisiones
de Schuchardt para obtener mejor exposición. Por esta vía el -
procedimiento es más sencillo y ofrece menor morbilidad. La --
vía supra púbica ocasionalmente está indicada. (14-21-23)
- 4.- La exposición del trayecto fistuloso así como la disección am-
plia de la vejiga urinaria para efectuar cierre hermético de to-
das las capas y suturas sin tensión.- (13-23)

- Estudio urológico completo para localizar exactamente la fístula durante el acto operatorio a veces se hace necesario cateterizar los uréteres para no incluirlos en la sutura. La orina se tratará de aceptizar con antibióticos y quimiotépicos y con PH ácido. (12-13-23)

- Durante el post-operatorio se dejará un cateter de drenaje trans uretral para evitar la tensión en las líneas de sutura. Cuando la fístula es a nivel del cuello vesical o uretral, se prefiere una Cistostomía vaginal.

- Durante el post-operatorio es necesario mantener la orina aséptica hasta donde sea posible con antibióticos y quimioterápicos. Cuando se han cumplido estos requisitos se puede obtener éxito en las reparaciones vesicovaginales.- (12)

METODOS DE REPARACION DE LAS FISTULAS VESICO VAGINALES

Las lesiones vesicales que ocurren secundariamente a traumatismos obstétricos pueden suturarse inmediatamente, dejándose un cateter de drenaje durante 14 días. Cuando el traumatismo es pequeño, - por ejemplo 2 mm. cicatrizan espontáneamente.- (21)

Cuando el traumatismo es directo e interesa todas las capas vesicales, el cierre inmediato ofrece éxito. La reparación se realiza en tres capas con sutura invaginante, el material usado es material absorbible como el cat-gut crómico atraumático 000. (21)

Cuando la lesión se descubre por el apareamiento de orina por la vagina, que ocurre de los 9 a 14 días de post-operatorio, es preferible postponer la intervención y esperar un mínimo de 3 a 6 me--

s para efectuar la reparación.-

(21)

Collins desde Febrero de 1953, tiene como rutina usar Cortisona en el manejo pre-operatorio de las pacientes con fístula vesicovaginales, con el objeto de acortar el tiempo para efectuar la coacción de la fístula. El método consiste en administrar 100 mgs. de cortisona tres veces al día durante 10 a 12 días y al terminar el tiempo se retira el catéter. En muchas de las pacientes se obtuvo cierre entre el 10. y 14 días que fué espontáneo con solo el drenaje. Este autor indica que de los 24 casos tratados con este método se obtuvo reparación exitosa en la mayoría de los casos agudos. Los casos asociados con radiación previa y extensa operación para carcinoma del cervix, los resultados no son buenos.

(3)

Los métodos de reparación de las fístulas vesicovaginales son los siguientes:

- 1.- Electrocauterización.
- 2.- Procedimiento vaginal.
- 3.- Via suprapúbica transabdominal transvesical.
- 4.- Trasplante de uréteres al intestino o a una bolsa cecal.

ELECTROCOAGULACION:

Dupuytren en 1829 informó el uso del cauterio y de sustancias cáusticas. Frank, Kellmuth y O'conor reportaron éxito con éste método. En 1957 Falk y Orkin presentaron una serie de 10 casos con un 60 por ciento de éxito por el método de coagulación cistoscópica. Este método se usa generalmente para aquellas fístulas pequeñas que no han cerrado después de intentar el cierre por drenaje vesical.

(10)

PROCEDIMIENTOS VAGINALES:

Corrección de una fístula vesico vaginal pequeña. Cuando la fístula es pequeña, se procede a disecar la pared vaginal de la vesical, luego se sutura la pared vesical con una sutura en bolsa de abaco con cat-gut crómico 000, luego se efectúa una segunda sutura idéntica a la primera. Cuando existe porción redundante de la pared vaginal se corrige por sección y luego se sutura en la corrección de cistocele.- (8)

Corrección de una fístula vesico vaginal pequeña; Se procede como en el caso anterior, separando la pared vaginal de la vesical, se avivan los bordes de la fístula, luego se procede a suturar con puntos invaginantes con crómico atraumático 000, luego una segunda sutura idéntica a la primera. Ambas se ejecutan en sentido transversal. La pared vaginal se sutura en sentido vertical. Se deja una sonda de Foley para drenaje urinario, o bien se realiza una cistostomía suprapúbica o vaginal.- (8- 14)

Técnica de Latzko: Se utiliza para corrección de fístulas vesicovaginales consecutivas a histerectomía abdominal; generalmente son fístulas que se encuentran altas. Para tener acceso a las mismas se efectúa una incisión de Schuchardt que amplía más el campo operatorio. La técnica en sí, consiste en disecar una zona circular alrededor de la fístula y que comprende la pared vaginal anterior y posterior, en una distancia de más o menos uno y medio cm. No debe dejarse pared vaginal entre el borde del orificio fistuloso y la incisión. Después se colocan puntos separados con cat-gut crómico 000 para que coaptan la superficie cruenta a cada lado de la abertura fistulosa. Una segunda sutura a nivel submucoso. La pared vagi

se cierra en sentido transversal con cat-gut crómico 000, (8-21)

VIA SUPRAPUBLICA TRANSABDOMINAL TRANSVESICAL:

Esta vía es excepcional y se utiliza cuando se encuentra una fístula asociada a procesos patológicos como tumores uterinos o hay necesidad de extipar el útero. La corrección de la fístula puede efectuarse por tres procedimientos: Vía suprapúbica extraperitoneal, Vía suprapúbica transperitoneal, y vía suprapúbica transvesical.- (5-14-20)

USO DE PEDICULOS Y BORDES DE MUSCULO, LABIOS, UTERO y CERVIX

En estos casos se usa el músculo bulbocavernoso, el recto abdominal, el músculo gracilis. Sutura del labio anterior del cérvix sobre la fístula.- (14)

TRASPLANTE DE URETERES AL INTESTINO O A UNA BOLSA CECAL:

Este procedimiento se realiza en aquellas pacientes que presentan fístulas consecutivas a extensión de enfermedades malignas como el carcinoma del cervix que ha invadido la vejiga y donde los procedimientos anteriores no son curativos, se ofrece un tratamiento paliativo, que es la implantación de los uréteres al sigmoide. Una conducta combinada es la aplicación de radioterapia, luego corrección de la fístula, si ésta no puede efectuarse se hará implante de uréteres al sigmoide.- (16-21)

MÉTODOS DE TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS URETEROVAGINALES:

Después de diagnosticar correctamente una fístula ureterovaginal, se procede a corregirla. Los métodos que se utilizan son los siguientes:

RECONSTRUCCION POR VIA VAGINAL:

Esta vía se utiliza cuando el orificio ureteral se asocia a una fístula vesico vaginal extensa, la técnica operatoria se inicia cateterizando el ureter en una porción de 8 a 10 cm., el cateter se pasa a través de la uretra. Luego se procede a corregir la fístula vesico vaginal tratando de que la desembocadura del ureter pase a través de la pared vesical con cierta inclinación, se deja el cateter durante 4 a 5 días.- (5)

IMPLANTACION DE URETERES POR VIA VAGINAL:

Esta operación se llama de Kelly-Burnhan y solo se efectúa por cirujanos con considerable experiencia, y siempre que la vagina ofrezca suficiente espacio para la operación.-

IMPLANTACION DE URETERES POR VIA ABDOMINAL:

Este es el método de elección, que consiste en la implantación de ureter a la vejiga urinaria. Para ello existen tres métodos: El primer método consiste en disecar el extremo distal ureteral a nivel de la fístula, se abre la vejiga urinaria mediante una incisión de 2 a 3 cm., el extremo distal del ureter se secciona y se abre en boca de pescado y se sutura los bordes dentro de la vejiga. Algunos recomiendan dejar un cateter dentro del ureter que se extiende desde la pelvis renal y se pasa por la uretra, se retira al 60. día de post-operatorio. Se obtienen con ésta técnica buenos resultados.- (21 -24)

Si la fístula se encuentra muy alta en donde no puede efectuarse una implantación, se hará una anastomosis término-terminal dejando un cateter intraureteral que se retira a los 6 días de post-ope-

torio. Cuando no puede efectuarse la anastomosis, se hace un tubo a expensas de la pared vesical y en cuyo extremo o fondo se implanta el ureter.- (7-14-19-24)

Como tercer método tenemos la implantación de ureter al sigmoides que es la técnica de Coffey y Warton. (8-14-21)

Otro método es hacer un receptáculo de una porción de ileon -- que se anastomosa a la vejiga y en los extremos de esta bolsa los ureteres; este procedimiento se llama URETERO-ILEOCISTOSTOMIA, estos métodos tienen el inconveniente de producir pielonefritis recurrente, DHE y daño renal progresivo.- (14 -19)

TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS URETRO VAGINALES

Los defectos uretrales que requieren tratamiento son solamente aquellos en donde el síntoma de incontinencia urinaria existe. Estos casos son, el de las fístulas que se encuentran cerca del cuello vesical y que envuelven parte de éste, o bien la lesión asienta una porción uretral cerca del cuello vesical. Las fístulas uretrales cistales o restos fistulosos asintomáticos es mejor no tratarlos, salvo aquellos en que la salida de orina produce inflamación de la vagina o la vulva. (5)

Si se lesiona la uretra durante el acto operatorio y si la fístula uretral es pequeña, puede cerrar espontáneamente, para tener buen éxito en el cierre es necesario dejar un cateter uretral durante 6 días para drenaje de la orina.-

Cuando la lesión uretral es mayor debe suturarse con puntos separados con cat-gut crómico atraumático 000. Si la lesión pasa de-

apercibida, la fístula uretro-vaginal puede ocurrir. Las fístu--
as uretrales a nivel del cuello vesical darán incontinencia urina--
ria completa.- (5)

En las fístulas uretro vaginales que se descubren tardíamente
requieren de una preparación pre-operatoria, que consiste en mejo--
rar el estado general del paciente, hacer el diagnóstico correcto -
de que se trata de una fístula uretral y localizarla, además tener
en mente que los tejidos vecinos a la fístula deben estar bien irri--
gados, elegir previamente la técnica que se efectuará, teniendo en
mente estos datos se conseguirá una cicatrización satisfactoria. -
El tratamiento quirúrgico no se debe efectuar antes de 3 a 6 meses.
(5)

TECNICAS OPERATORIAS:

1.- Reconstrucción de uretra reduciendo su lúmen y aumentando
su longitud.

a.- Formación de un tubo:

De acuerdo con Von Ott y Santi, la formación de un tubo único
es mejor efectuado por movilización de los restos de la pared ante--
rior de la uretra y mucosa vestibular en una extensión suficiente -
para formar un tubo cuyos labios al suturarlos queden en la línea -
media. Esta sutura se efectuará sobre un tubo o cateter de hule. -
Para efectuarlo son necesarios los requisitos siguientes: 1) la su--
tura debe invaginar los labios de los bordes de la pared uretral --
que se formará de tal manera que dichos bordes protruyan dentro del
lúmen uretral, y que juntos con el clítoris puedan servir como una
válvula de cierre. 2) el nuevo tubo formado debe ser tan largo co--
mo posible, y deberá guiarse a través de la superficie anterior de

a sínfisis púbica y describir una curva marcada, para que el flu--
o de la orina emerja en una dirección vertical. (5 -22)

.- Reconstrucción del Esfinter:

La reconstrucción del tubo arriba mencionado es a veces insu--
ficiente por lo que debe ser considerado siempre la reconstrucción
del aparato de esfinter, que es una parte esencial de estas opera--
ciones. De importancia a éste respecto es la reparación plástica -
directa del músculo (Stoeckel's), reparación plástica de la pared -
(Martius), la plegadura de Kelly.-

Los procedimientos arriba mencionados son suplementados por o--
tras operaciones plásticas que también son utilizadas en el trata--
miento quirúrgico de la "Incontinencia del Esfinter". (5 -22)

TECNICA DE MARTIUS:

Es un tipo ideal de reconstrucción de uretra destruída asocia--
do con fístula vesico-vaginal. Consiste en efectuar una incisión -
en forma de herradura alrededor de la uretra y de la fístula vagi--
nal, se disecciona los bordes y se sutura sin tensión sobre un cateter.

En caso de incontinencia de esfuerzo se recurre a la técnica -
de Massembach, que consiste en hacer una incisión en el labio mayor
izquierdo de la vulva y diseccionar una porción de la grasa que contie--
ne el músculo bulbocavernoso, se pasa por debajo de la uretra y se
sutura en la rama descendente del púbis del lado opuesto. Luego --
se cierra dicha incisión.- (5)

Otros métodos son también el de Everett-Telinde, y el método de --
Ward.

El post-operatorio de estas pacientes, a quienes se les repara

una fístula uretro-vaginal, se les efectuará una cistostomía suprapúbica o por vía vaginal que sirva para el drenaje urinario, ya que el cateter colocado a nivel de la uretra debe manejarse cuidadosamente y se recomienda dejarlo durante 11 días.-

Otros puntos relacionados con la conducta post-operatoria son similares a los enunciados en el capítulo de las fístulas vesicovaginales.-

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA:

Las pacientes a quienes se les ha practicado una reparación de fístula uretro-cervico-vaginal o una uretroplastía, pueden manifestar después de la operación incontinencia involuntaria por defectos de los mecanismos del aparato de esfínter del cuello vesical, que para corregirlos es necesario someter a las pacientes a operaciones complementarias, entre las cuales merecen citarse:

- 1.- Esfinteroplastía.
- 2.- Operación de Kennedy.
- 3.- Operación Marshall Marchetti
- 4.- Operación de Massembach.
- 5.- Operación de Aldridge.

FISTULAS INTESTINO GENITALES

Una fístula intestino genital es una comunicación anormal entre el intestino delgado o grueso y el aparato genital femenino, a través de la cual pasa al exterior gases o materias fecales. (21)

Las fístulas intestino genitales se establecen de cualquiera de las porciones inferiores del intestino delgado, de la ampolla ileocecal, del colon sigmoide y del recto. El accidente consecutivo al cual aparecen es muy variable, así como también sucede en las enfermedades neoplásticas e inflamatorias crónicas. Las fístulas del intestino delgado, del colon, del sigmoide, son menos frecuentes, y la causa son las operaciones realizadas a nivel del intestino delgado, de los órganos pelvianos o debido a procesos malignos. (17-18)

Las fístulas Sigmoido Vaginales son poco comunes; en una revisión de literatura se encontraron solamente 20 casos, de los cuales 10 fueron consecutivos a Diverticulitis, y los otros 10 fueron de etiología como carcinoma del cervix, histerectomía, apendicectomía, tuberculosis pélvica, perforación por hueso de pollo y a perforación por un diente de un quiste dermoide, un caso de aparición espontánea. En nuestro medio, tenemos 2 casos.- (25)

Rowe y Sullivan reportaron 28 casos de fístulas sigmoidales.- De las cuales 14 eran debidas a diverticulitis. Fístulas sigmoidouterinas son complicaciones de diverticulitis y han sido reportados por Johnston y Stubbs, y por Tansom. Recientemente Smalley reportó 76 casos de fístulas sigmoidouterinas.- (25)

La fístula rectovaginal es la forma más común de fístulas intestino vaginales (17-18), es por eso que a éste tipo le daremos más importancia. La etiología de éstas fístulas es muy variable y se puede resumir como sigue:

- 1.- Consecutivo a traumatismo obstétrico.
- 2.- Complicaciones de episiotomías.

- 3.- Consecutivo a corrección de rectocele y perineorrafia.
- 4.- Consecutivo a radioterapia.
- 5.- Consecutivo a cáncer uterino.
- 6.- Punción de absceso pelviano.
- 7.- Hemorroidectomías.

La sintomatología de las fístulas rectovaginales, cuando es pequeña permite el escape de gases o bien de materias fecales cuando éstas son líquidas, mientras que cuando son de mayor tamaño se encuentra heces en la vagina. (21-26). Si la fístula rectovaginales se asocia a una vesico vaginal, se encontrarán heces mezcladas con orina.

El diagnóstico de una fístula rectovaginal es fácil de efectuar, se puede resumir con los hallazgos siguientes: Presencia de heces en el conducto vaginal, reconocimiento de la fístula por tacto rectal, exámen de la pared vaginal posterior, exámen proctosigmoidoscópico, enema de colon que sirve para hacer el diagnóstico diferencial entre las fístulas sigmoide y enterovaginales. (21)

Cuando no se encuentra comunicación rectal puede asumirse que la fístula es del intestino delgado o del sigmoide.- (25). Otro estudio en las descargas vaginales crónicas es la ingestión de 15 gramos de rojo carmín que puede localizar el sitio de la fístula. La vaginografía utilizando sulfato de Bario puede localizar la fístula si es del intestino delgado o grueso. (25)

TRATAMIENTO:

El tratamiento pre-operatorio consiste en hacer una evaluación del paciente como en el caso de las fístulas vesico-vagina

es, teniendo en cuenta el estado general de la paciente, llevar a un estado satisfactorio de normalidad de los tejidos en el área de la fístula, efectuar un diagnóstico correcto de la misma. También las fístulas rectovaginales no deben repararse antes de que transcurra un término de 2 a 3 meses de producida la lesión, existen dos razones para ello: La fístula puede cerrar espontáneamente durante este período, en segundo término los tejidos del paciente está en mejores condiciones después de transcurrido el tiempo indicado.-

De acuerdo con el tamaño y localización de las fístulas, son datos importantes para determinar el método necesario para realizar el tratamiento indicado:

1.- Las fístulas localizadas en el tercio medio del septum recto-vaginal, si no son muy grandes, es necesario efectuar previamente una colostomía temporal. Cuando la fístula es reciente y asociado a infección severa también se hace necesario la colostomía temporal, y luego irrigaciones para limpiar la porción intestinal comprometida. (21)

2.- Las fístulas localizadas en tercio superior vagina, si es secundario a radioterapia, está indicado efectuar una colostomía temporal y un mes después contemplar la reparación. (21) Puede efectuarse la excisión del segmento del recto a nivel del orificio fistuloso y después anastomosis de los extremos seccionados. Se debe efectuar una colostomía para las primeras ocho semanas. (21)

3.- Si la fístula está localizada en el tercio inferior del septum se tratan mejor efectuando una incisión que se aproxima a una rasgadura perineal III y luego corregirla. (21)

En el pre- operatorio no hay que olvidar otros datos importantes que se relacionan con la preparación del intestino. La dieta debe ser de escasos residuos ocho días antes de la operación. La esterilización del intestino bajo, que se realiza administrando sul (adiazina) o un antibiótico como la neomicina 3 o 4 días antes. gema evacuador repetidos con el objeto de limpiar el recto y por-- ión inferior intestinal. (21)

El tratamiento que se efectuará es la corrección quirúrgica de la fístula recto-vaginal por vía vaginal, si es colon sigmoide o in testino delgado por vía abdominal.

Cuando durante un acto operatorio se produce una fístula recto vaginal éste se reparará inmediatamente, efectuando suturas con pun tos invaginantes en dos planos con cat-gut crómico 000 en sentido - transversal. (21)

Si la fístula se descubre tardíamente, se esperará un término de dos a tres meses para considerar la corrección quirúrgica, como ejemplo citamos la siguiente técnica quirúrgica:

- 1.- Excisión del tracto fistuloso y disección de la pared vagi
- nal de la rectal.
- 2.- Cierre de la mucosa rectal con cat-gut cró--
- mico atraumático 000.
- 3.- Muscularis mucosa con cat-gut crómico a-
- traumático 000 puntos separados.
- 4.- Fascia paravaginal con puntos
- separados con cat-gut crómico 00.
- 5.- Pared vaginal con cat-gut --
- crómico atraumático 00. (21)

En otros tipos de fístulas no puede efectuarse el cierre indi- cado y entonces se hace necesario efectuar una anastomosis término- terminal.-

El tratamiento post-operatorio se reduce a dar una dieta baja en re

duo, al sexto día, el paciente puede recibir dieta libre.-

En las fístulas del colon generalmente se hace una resección anastomosis término terminal cuando son debido a diverticulitis.
(26)

Las fístulas del intestino delgado se reparan por cierre del orificio fistuloso o por anastomosis término-terminal por vía abdominal.
(17-18-21)

REVISION DE LOS CASOS

Los datos que a continuación se enumerarán reflejan el estudio que se someten las pacientes, cuya dolencia principal se circunscribe al aparato genital femenino y que consiste en la eliminación involuntaria a través del conducto vaginal, de orina, de heces o ambas, como consecuencia de traumatismos de diversa naturaleza, y que comprometen las estructuras anatómicas que tienen relación en el conducto genital.-

Toda paciente que ingresa al servicio de Ginecología es interrogada, solicitándole numerosos datos que son importantes para definir y evaluar un tratamiento adecuado para su dolencia. Estos son los que a continuación desarrollaremos, incluyendo al mismo tiempo en su descripción algunos datos estadísticos encontrados en el estudio realizado. Entre los datos analizados encontramos el NOMBRE DE LA PERSONA, de las cuales 27 refirieron nombre de casada, mientras que 52 nombre de soltera, dato que nos indica que el matrimonio en nuestro medio no es frecuente, sino que la unión por conve

encia es más alta su incidencia, el lugar de origen así como la procedencia de las pacientes fué de los distintos departamentos de la República, encontrándose dos casos de pacientes originarias de la República de Honduras y una de El Salvador. La edad fué un dato muy variable, encontrándose un caso de una paciente de 11 años, que constituyó un extremo, mientras que el otro lo representa una paciente de 80 años. Para una mejor comprensión y análisis de la frecuencia por edad de las fístulas genitales, insertamos el siguiente cuadro:

EDAD EN AÑOS	No. de CASOS	%
de 11	1 =	1.26
de 14 a 19	15 =	18.97
de 20 a 29	29 =	36.68
de 30 a 39	14 =	17.71
de 40 a 49	12 =	15.18
de 50 a 59	6 =	7.59
de 60	1 =	1.26
de 80	1 =	1.26

Como se puede observar, la edad más afectada es la comprendida entre 20 a 29 años, que es la edad fértil, y desde este punto podemos deducir que la causa principal en los casos revisados, será el traumatismo consecutivo al parto.-

Continuando con el tema, iniciamos el análisis de los datos -- que se relacionan con la queja principal del paciente, que siempre fué la incontinencia urinaria involuntaria, mientras que otras indicaron a la vez eliminación de heces por la vagina únicamente, éste

ué la minoría, siendo más frecuente la eliminación urinaria cons--
 ante. El tiempo que transcurrió desde el momento de la lesión has
 a el momento de la consulta con el médico fué muy variable, ya que
 mas pacientes consultaron a los tres días de producida la lesión ,
 mientras que otras soportaron su enfermedad durante largos años, --
 tal es el caso de las pacientes que consultaron a los 13,15 y 22 a--
 ños.-

El accidente consecutivo al cual apareció el síntoma de la in--
 continencia también es importante solicitarlo, de los casos revisa--
 dos encontramos que el accidente fué como se detalla a continuacións

ACCIDENTE	CASOS	=	%
Parto.....	45	=	56.96
Cirugía ginecológica abdo-- minal.....	14	=	17.72
Operación Cesárea.....	10	=	12.65
Cirugía Vaginal.....	8	=	10.12
Otras causas.....	2	=	2.53

A cuarenta y cinco suman los casos que son consecutivos a trau--
 matismos del parto y qué nos indica que la atención del parto en el
 medio rural es deficiente, analizando éste aspecto, encontramos que
 37 de las pacientes con fístulas su parto fué atendido en casa por
 persona empírica, mientras que solo 8 fueron atendidos por faculta--
 tivo.-

Las características de la incontinencia urinaria que refirie--
 ron las pacientes puede resumirse como incontinencia permanente y --
 constante con cualquier posición, que aumenta temporalmente con la
 bipedestación, que existía alivio temporal con la posición de decú--

ito dorsal, que se manifiesta con la micción, que era mínima pero constante. Un grupo reducido de pacientes refirieron a la vez eliminación de materias fecales por existir al mismo tiempo una fístula rectovaginal. Y solo un caso de una paciente que eliminaba heces durante la micción. La frecuencia de la irritación perineal por la humedad que produce la orina fué baja, o quizá porque no se investigó, en los casos revisados dos indicaron dicha irritación. Algunas pacientes, que también fué la minoría, refirieron fiebre durante los primeros días consecutivos al accidente, que era de tipo intermitente, en otras se comprobó por las gráficas de temperatura en las papeletas y que alcanzaba hasta 39 y 40 grados C. y que se debía a infección urinaria severa.-

Como antecedentes personales, son importantes las relacionadas con enfermedades infecciosas crónicas, que afectan en gran parte la salud de las pacientes y que hay que tratar previamente, antes de intentar cualquier tratamiento. Los antecedentes obstétricos y la paridad también son importantes y motivo de preocupación para las pacientes, debido a que la producción de una fístula afecta no solo los genitales externos sino que también los internos en cierto grado, cuándo esto sucede existe en un porcentaje la posibilidad de no tener más niños. Revisando la paridad de las pacientes con fístulas, encontramos las siguientes cifras:

PARIDAD	No. de CASOS
1	27
2	8
3	4
4	1

5	1
6	1
7	1
11	1

Las primíparas son las más afectadas y no solo sufren las consecuencias del trabajo de parto difícil, las consecuencias físicas y psíquicas de ser portadoras de una fístula genito-urinaria, sino que también pierden al que con tanto amor esperaban.... un hijo.-

Los datos referidos por las pacientes, así como sus antecedentes, asociados a los hallazgos del exámen físico complementan una parte más del estudio, es así como podemos decir, que en los casos revisados el estado general no es afectado en la mayoría de las pacientes, salvo algunas en que se hace necesario un tratamiento inmediato y la necesidad de hospitalización, tal es el caso de las fístulas vésicovaginales y rectovaginales simultaneas post-partum - que producen infección urinaria y de las areas necróticas severas, estos casos si necesitan tratamiento médico inmediato, el estado general de las pacientes analizadas dió el resultado siguiente:

ESTADO GENERAL	PACIENTES	%
Bueno	65 =	82.27
Regular	8 =	10.12
Malo	6 =	7.59

El exámen físico que se realiza en la Sala de Ginecología es un exámen que comprende los principios básicos de los exámenes médicos, revisando en forma consciente los sistemas importantes.-

A continuación se procede a efectuar los exámenes hematológi-

os que comprende biometría hemáticas, tiempo de coagulación y san-
ría, grupo sanguíneo y Rh, química sanguínea y glicemia prepran --
ial. Cuando puede obtenerse orina se realiza exámen completo de -
a misma, el exámen de heces no se menosprecia ya que en nuestro --
edio el parasitismo intestinal es abundante y que necesita trata--
miento. La radiografía de tórax y principalmente la visualización
de los campos pulmonares, en los cuales hay que descartar cualquier
patología, constituye un estudio de rutina en el servicio de Gineco-
logía.-

Cuando se completa los datos indicados anteriormente, la pa---
ciente pasa a la clínica en donde se le efectúa el exámen ginecoló-
gico, que también se realiza con la paciente en posición de litoto-
mía o en la posición genupectoral con los miembros inferiores fle--
xionados, se efectúa la palpación y luego la visualización de la pa-
red anterior o posterior vaginal para localizar la fístula que se -
investiga, cuando el exámen es muy doloroso o hay bridas intravagi-
nales, se planeará el exámen en Sala de Operaciones bajo anestesia
y al mismo tiempo la posibilidad de efectuar el tratamiento quirúr-
gico. También nosotros usamos la Solución de Violeta de Genciana -
para determinar el orificio fistuloso y para hacer el diagnóstico -
diferencial de las fístulas uretero-vaginales de las vésico-vagina-
les.-

Un estudio urológico completo se efectúa en las pacientes con
fístulas urogenitales, dicho estudio se inicia practicando en cada
paciente un pielograma endovenoso, que servirá para determinar la -
normalidad del árbol urinario superior, la presencia de cálculos, -
principalmente en la vejiga urinaria. De los pielogramas efectua--

El radiólogo pudo visualizar en 5 pacientes el paso del medio -
 contraste a la vagina y en otras informó deformidad de la vejiga
 urinaria. De la región del árbol urinario superior se obtuvieron -
 los datos siguientes:

PIELOGRAMAS	No. de CASOS	%
Normales	63 =	81.81
Con Hidronefrosis	10 =	12.98
Con un ureter no visible	3 =	3.89
Riñón derecho aumentado de tamaño y cálculo en porción inferior de ureter...	1 =	1.29

En dos de las pacientes no se efectuó pielograma endovenoso, -
 porque se tratan de fístulas recto-vaginales únicas.-

El estudio urológico se continúa solicitando la ayuda del Uró-
 logo para la cistoscopia, que en éste aspecto han dado toda la ayu-
 da que se les ha solicitado y que han determinado el tamaño, direc-
 ción, localización de las fístulas así como el estado de los orifi-
 cios ureterales, como se presentará en la parte que trata de las --
 fístulas vésico-vaginales. Cuando se trata de hacer el diagnóstico
 de una fístula uretero-genital, se hace necesario practicar la cate-
 terización de los uréteres y así establecer el sitio de la fístula.

Después de haber realizado todos los estudios enumerados ante-
 riormente se llega al Diagnóstico de la fístula en cada paciente, -
 pasamos a revisar las fístulas encontradas por nosotros y que las a
 grupamos en la siguiente forma:

A.- Fístulas Uro-genitales:

- a- Fístulas vésico-vaginales.
- b- Fístulas uretro-vaginales.

c- Fístulas uretero-vaginales y uretero-uterinas.

B.- Fístulas Intestino-genitales.

C.- Otras fístulas.

FISTULAS VESICO-VAGINALES

El estudio de las fístulas vésico-vaginales en nuestro medio se realiza sobre sesenta y uno pacientes que presentaban dicha lesión, los hallazgos obtenidos los detallamos seguidamente:

La Etiología fué muy variable y para expresar una idea clara insertamos la siguiente clasificación:

ETIOLOGIA	No. de CASOS	%
1- Traumatismos del parto..	40 =	65.60
2- Operación cesárea.....	5 =	8.20
3- Ruptura uterina e histerectomía abdominal.....	2 =	3.28
4- Histerectomía abdominal.	7 =	11.48
5- Histerectomía vaginal...	2 =	3.28
6- Espontáneo durante embarazo	1 =	1.64
7- Coito.....	1 =	1.64
8- Cuerpo extraño.....	1 =	1.64
9- Causa no determinada....	2 =	3.28

La causa principal de las fístulas vésico-vaginales en nuestro medio son las consecutivas a traumatismos durante el parto. Esto nos indica que la atención del parto en nuestro medio rural es deficiente. En segundo término, son las operaciones ginecológicas abdominales y en tercer lugar las consecutivas a operación cesárea.

De acuerdo con la clasificación anotada anteriormente (Gynecological Urology), la frecuencia de las fístulas encontradas en los

casos revisados es la siguiente:

TIPO DE FISTULA	No. de CASOS	%
1- Vésico-vaginal.....	46 =	75.40
2- Vésico-uretro-vaginal.	10 =	16.39
3- Vésico-utero-vaginal..	4 =	6.55
4- Vésico-cérvico-vaginal.	1 =	1.63

Puede observarse, que la frecuencia de las fístulas vésico-vaginales es elevada, constituyendo 46 casos, en segundo lugar son las que comprometen una porción de uretra o sea las vésico-~~URETRO~~-vaginales. Las que comprometen las estructuras uterinas bajas son -- menos frecuentes.-

Las fístulas vésico-vaginales pueden establecerse en cualquiera de las paredes vesicales, siendo más frecuentes en unas que en otras. La localización encontrada en los casos revisados es la siguiente:

LOCALIZACION	No. de CASOS	%
Base vesical.....	37 =	60.31
Base vesical y compromiso de uretra.....	10 =	16.30
Zona retro-trigonal.....	4 =	6.72
Zona interuretérica.....	3 =	4.99
Zona del triángulo.....	2 =	3.36
Pared posterior.....	3 =	4.99
Pared lateral derecha.....	1 =	1.63
Pared lateral izquierda...	1 =	1.63

De los datos enumerados anteriormente se deduce, que la base vesical es la más accesible al traumatismo, que es la que forma par

de la pared anterior del conducto del parto, como también es ---
ta la etiología obstétrica de las fístulas en cuestión.-

El tamaño de las fístulas fué muy variable, encontrándose desde un diámetro de tres milímetros, fueron más frecuentes las de tamaño de 1,2, y 3 cm., las de mayor diámetro suturadas fueron de 6 - 8 cm.

Si analizamos la etiología de las mismas, encontramos que las consecutivas a traumatismo del parto son las más frecuentes en nuestro medio. Entonces, hacia ese punto debemos dirigir nuestros cuidados, incrementando en las futuras madres una educación respecto a la necesidad de los cuidados y servicios que ofrece la consulta prenatal, para así percatarnos de los problemas que puede presentarse durante el parto, para elegir una conducta adecuada y así ofrecer a las futuras madres un post-partum feliz.-

Que la educación son respecto a la consulta prenatal no solo se circunscriba al medio capitalino, sino que se extienda al medio rural, que es el lugar en donde se observan calamidades de toda índole.-

La atención y cuidados durante el parto son importantes para prevenir estas lesiones, y no está demás recordar que hay que mantener la vejiga vacía, evitar los partos rápidos, resolver felizmente las presentaciones anormales, evitar las maniobras inadecuadas o bruscas, tener seguridad en que las técnicas que se aplica es buena, y así evitar y resolver los problemas obstétricos que puedan surgir.

Como segunda causa, son las intervenciones quirúrgicas, principalmente las operaciones abdominales ginecológicas y las consecutivas a lesiones vesicales durante la operación cesárea, que han au--

ntado en cierto grado el número de fístulas del aparato genital -
emenino.-

El tratamiento de las fístulas vésico-vaginales, se efectuó --
lenando los requisitos enumerados en capítulos anteriores, como es
a preparación de la paciente llevándola a las mejores condiciones
generales como locales, realizando los estudios de hematología y co
rrigiendo la anemia mediante transfusiones de sangre completa cuan-
do existe, realizando el diagnóstico correcto con la ayuda del exá-
men ginecológico y completando con los estudios urológicos especia-
les e individualizando cada caso, esperando un término de tres a --
seis meses de producida la lesión para efectuar la operación de co-
rrección, para obtener los mejores resultados.-

Algunos datos son de interés, y que vienen a corroborar otras
estadísticas y que creo necesario enumerarlos; como es la anestesia,
la posición durante el acto operatorio y la vía de acceso quirúr-
gico.-

TIPO DE ANESTESIA	No. de Anestias	%
1- Intrarraquídea (X1- locaína pesada)	53 =	91.37
2- Anestesia general (etermas oxígeno)	5 =	8.63

Para este tipo de cirugía, la anestesia más utilizada fué la -
intrarraquídea, ésta porque es de más fácil administración, la admi-
nistra el mismo cirujano cuando se carece de anestesista y porque -
ofrece una anestesia satisfactoria en el campo donde se opera. Se
omite en los casos en la cual su aplicación está contraindicada, en
estos casos se utiliza la anestesia general.-

POSICION EN EL ACTO OPERATORIO	NUMERO	%
1- Ginecológica.....	35 =	60.34

2- Posición de Kraske...	21	=	36.20
3- Decúbito dorsal.....	2	=	3.44

De acuerdo con lo anotado arriba, la posición ginecológica y la posición de Kraske son las más utilizadas, debido a que ofrecen mejor aproximación y campo operatorio para que realice las maniobras el cirujano.-

VIA OPERATORIA	NUMERO		%
1- Reparación por vía vaginal.	56	=	96.32
2- Reparación por vía abdominal	2	=	3.45

La vía vaginal es la electiva, por ser la más anatómica, sencilla, y ofrece una reparación más lógica, sin interesar la mucosa vesical en la sutura. La morbilidad es mucho menor y lo peor que puede suceder es una recidiva sin afectar el estado general de la paciente.-

Las técnicas operatorias utilizadas y que se encontraron en los record operatorios para la corrección de dichas fístulas se reduce a cierre en bolsa de tabaco para las fístulas pequeñas, predominó el cierre transversal con sutura invaginante en tres planos. Un caso de aplicación de la técnica utilizando músculo bulbocavernoso.- El material de sutura utilizado fué siempre cat-gut crómico atraumático 000 para los primeros dos planos, y cat-gut crómico atraumático 00 para el tercer plano de sutura. La pared vaginal se suturó con cat-gut crómico atraumático 0.-

Para el drenaje vesical se utilizó una sonda de Foley, que es colocada en el post-operatorio inmediato y que sirve para comprobar la integridad del cierre fistuloso, dicho drenaje se fija con un punto de algodón a la piel de uno de los muslos con el fin de no

roducir traumatismos a nivel del area operatoria.-

La paciente es trasladada a la sala donde hará su post-opera--
orio con los cuidados necesarios que requiere el caso, y es coloca
a en la posición de decúbito ventral con colchón hendido por don--
e se pasa la sonda que se conectará al frasco colector de la orina.
En los últimos dos años hemos prescindido de ésta posición y colo--
amos a las pacientes en decúbito dorsal. Durante las primeras 24
horas consecutivas a la operación se omite todo por vía oral, a las
48 horas la dieta será de escasos residuos.-

El día de la operación se indica Dextrosa al 5 % 1000 cc. y --
solución Mixta al 5% para las 24 horas, lo mismo el primero y terce
ro días para asegurar la hidratación, y por consiguiente la elimi--
nación urinaria satisfactoria.-

Los antibióticos utilizados es la Penicilina, Procaína a la dó--
sis de 800,000 U. cada 24 horas y Estreptomycin 1/2 gramo cada 24
horas. Estos medicamentos se prescriben durante 10 a 14 días, con
el objeto de evitar la infección del area suturada y así obtener u--
na cicatrización satisfactoria. También se utilizan las sulfamidas
de acción prolongada, la más utilizada por nosotros es la Sulfame--
toxipiridazina, que se administra a la dosis de 500 mg. diarios, --
así mismo se utiliza el Gantrisin (Roche) a la dosis de 500 mg. ca--
da 6 horas, el tiempo de administración es de 10 a 14 días.-

El Cloruro de amonio también es utilizado a la dosis de 1 gra--
mo tres veces al día.-

Los cuidados del drenaje vesical son importantísimos, ya que -
ello depende en gran parte el cierre fistuloso. La conducta en el
día de la operación es vigilancia estricta de la permeabilidad de -

sonda de Foley, si la orina se presenta clara se irrigará cada -
horas, si hay presencia de hemorragia o coágulos sanguineos se --
ará cada dos a tres horas, si la sonda vesical se obstruye la veji
a se llenará y se someterá a tensión el area de sutura con la con-
iguiente escape de orina y menor posibilidad del cierre fistuloso.
Para la irrigación se utiliza solución salina normal.-

Para la irrigación se utiliza un aparato especial que está ---
provisto de un tubo en "Y", que permite la entrada de la solución -
a la vejiga y la evacuación de la misma, con solo efectuar cambios
en la posición de una pinza que tiene por objeto contener la co---
lumna líquida que circula.-

Los siguientes días de post-operatorio, la irrigación se re--
gula de acuerdo con la cantidad de sedimento que presenta la ori--
na, si la sonda de drenaje se obstruye se cambiará inmediatamente.
El tiempo que se deja el drenaje es de 14 días. Al retirarse el dre
naje se controlará si la paciente puede orinar espontáneamente, se
medirá la cantidad de orina eliminada y después la cantidad de ori-
na residual, si ésta tiene a aumentar después de dos o tres miccio-
nes, se colocará nuevamente el drenaje. Si la paciente definitiva-
mente no puede orinar a las 3 o 4 horas es preferible colocar el --
drenaje por unos días más. Otras veces se observa ligera inconti--
nencia que se corrige a los pocos días.-

Durante el período post-operatorio se efectúan frecuentes con-
troles de biometría hemática, con el objeto de detectar cualquier -
alteración en los valores normales que podría indicarnos anemia, --
leucopenia o pancitopenia consecutivos a la quimioterapia que reci-
be la paciente, cuando esto ocurre se suspenderán dichos medicamen-

os y se tratará como corresponde.-

Los resultados obtenidos en el tratamiento de las pacientes --
fue el siguiente:

a- pacientes curadas con la primera intervención	39 = 63.98%
pacientes curadas con la segunda intervención	3 = 4.93
pacientes curadas con la tercera intervención	1 = 1.64
b- Trasplante de ureteres al sigmoide	2 = 3.28
trasplante de ureteres al sigmoide con inter- vención previa	3 = 4.93
c- Mejoradas con la primera intervención	6 = 9.84
mejoradas con la segunda intervención	2 = 3.28
d- No curadas después de la primera intervención	2 = 3.28
no curadas después de la segunda intervención	2 = 3.28
no curadas después de la tercera intervención	1 = 1.64
e- Pacientes no operadas fueron tres, una por tener embarazo, y otras dos por diversas causas.	

Con el término mejorada indicamos que el cierre de la fístula se consiguió totalmente y que a su egreso la paciente continúa con incontinencia de esfuerzo.-

Cuando las pacientes egresan se les indica, en los casos de pa-
cientes que salen curadas control a las seis semanas, si la pacien-
te egresa mejorada cita a tres meses para ingreso y efectuar una se-
gunda operación. Las relaciones sexuales se evitarán durante un --
término de dos meses, si resultaran embarazadas el caso se resolve-
rá por operación cesárea. Es conveniente no practicar exámenes va-
ginales en el post-operatorio.-

CASOS DE PACIENTES RE-OPERADOS.

En este grupo de pacientes se incluye aquellas a quienes se -- les efectuó uno o más procedimientos para su curación:

PRIMER GRUPO. Comprende aquellos pacientes en quienes la primera intervención cerró la fístula; pero, continuaron incon--- tinentes por defecto del cuello vesical o por defecto uretral, para lo cual, fué necesario practicar otras técnicas quirúrgi- cas:

a- Caso de fístula vésico-uretrovaginal, cicatriza con la pri- mera intervención. Paciente continúa incontinente, se efectúa ~~es~~sfinteroplastia y egresa incontinente. Ya no reingresó.-

b- Caso de fístula vésico-uretrovaginal, cicatriza con la pri- mera intervención, pero persiste incontinencia. Se le efectúa dos operaciones de Marchall-Marchetti. Egresa con incontinen- cia de esfuerzo.-

c- Caso de fístula vésico-uretrovaginal, cicatriza con la pri- mera intervención. Se efectúa uretroplastía. Egresa inconti- nente.

SEGUNDO GRUPO: Comprende aquellos casos en que cicatrizaron - con más de una intervención:

a- Tres casos de pacientes con fístula vésico vaginal que cica- trizan con la segunda intervención.-

b- Caso de fístula vésico-vaginal que cerró con la tercera in- tervención quirúrgica.-

c- Caso de fístula vésico-uretrovaginal con destrucción de ure- tra. Primer intervención se efectúa en Marzo de 1961: Correc- ción fístula vésico-vaginal y uretroplastía, luego corrección de fístula Vésicouretrovaginal y uretroplastía, ésta vez se re

construye uretra y persiste fístula en cuello vesical de medio cm. Nueva intervención fué una corrección de fístula vésico y retrovaginal que mejora la continencia. Después corrección de fístula vésico-vaginal localizada a pared lateral izquierda. En Octubre de 1962 no se encontró fístula. Paciente continuó incontinente, para corregirla se efectuaron tres operaciones - de Marshall-Marchetti, otras fueron cistostomía para extracción de cálculos vesicales. En 1966 paciente egresa con continencia de dos horas de duración.

TERCER GRUPO: Fueron casos en los cuales se efectuó trasplante de uréteres al colon sigmoide:

a- Caso de fístula vésico-uretrovaginal, se le efectuó corrección de fístula y uretroplastía. Continuó incontinente. Se le efectuó trasplante de uréteres al sigmoide. El pielograma pre-operatorio fué normal, el pielograma post-operatorio mostró dilatación de pelvis y cálices renal bilateral.-

b- Caso de fístula vésico-vaginal, se le efectuó trasplante de uréteres al sigmoide. Reingresa por incontinencia urinaria por recto cuatro años más tarde. Dos años después retención nitrogenada marcada. Al año siguiente ingresó por edema generalizado y retención nitrogenada muy aumentada. Paciente se egresó.

c- Caso de fístula vésico-uretrovaginal, se le efectuó corrección de fístula y cicatriza satisfactoriamente, continuó incontinente. Se le efectuó uretroplastía y continuó con incontinencia. Se hace trasplante de uréteres al sigmoide. El pielograma post-operatorio mostró pelvis y cálices renal izquierdos poco dilatados. Paciente no regresó a control.-

FISTULAS URETRO-VAGINALES

La presentación de éste estudio se circunscribe a la revisión de seis casos de pacientes, en las cuales se encontró una lesión -- que incluía la uretra como resultado de traumatismo a la misma. En este capítulo indicamos que se siguió el mismo procedimiento y los mismos pasos para llegar a un diagnóstico y en el curso de la revisión se encontraron datos importantes que merecen citarse:

La etiología que produjo las fístulas uretrovaginales puede resumirse en la siguiente clasificación:

ETIOLOGIA	No. de CASOS	%
Traumatismo del parto	3	= 50.00
Operación cesárea	1	= 16.66
Histerectomía vaginal	1	= 16.66
Causa no determinada	1	= 16.66

Aquí observamos que la causa más frecuente fué el traumatismo del parto, como fué frecuente en la etiología de las fístulas vési-co-vaginales, en segundo lugar las consecutivas a lesiones producidas por procedimientos quirúrgicos, el caso de causa no determinada se trataba de una paciente de 80 años que no pudo referirla.-

El lugar en donde se localizaba la lesión también la referimos, de acuerdo con la clasificación tomada del Gynecological Urology, - la frecuencia fué la siguiente:

TIPO DE FISTULA	No. de CASOS	%
Uretro-cérvico-vaginal	1	= 16.66
Pérdida de uretra	5	= 83.30

Las lesiones con compromiso total de la uretra fueron mayores y las que hubo que repararlas, corrigiendo la fístula o efectuando

construcciones uretrales que son las llamadas plastías.-

En el tratamiento de estas fístulas se encontró también un término mínimo de tres meses de producida la lesión hasta el momento - que se planeó el tratamiento quirúrgico, y anotamos que las operaciones efectuadas se reducen a dos tipos que son las que a continuación se indica:

OPERACION	No. de CASOS	%
Uretroplastías	5	= 83.30
Corrección de Fístula uretro-cérvico vaginal	1	= 16.66

En la corrección realizada para estas fístulas indicamos que la técnica utilizada fué la de Martius' para las uretroplastías, -- mientras que en la fístula uretro-cérvicovaginal se procedió a corregir la fístula sobre un cateter. Los resultados obtenidos en éstas operaciones es muy satisfactorio como se demuestra por el siguiente cuadro estadístico:

RESULTADOS	CASOS	%
Curaciones	3	= 60%
Mejoradas	1	= 20%
Fallecidas	1	= 20%

Como en el caso de las fístulas vésico-vaginales, se efectuaron otras operaciones con el fin de ofrecerles alivio a las pacientes, éstas intervenciones consistieron en Implantes de Uréteres al sigmoide:

- 1- En esta paciente se efectuó dicha operación porque existía ausencia de cuello vesical y de uretra.
- 2- La segunda paciente se le había efectuado corrección de ---

fístula uretro-vaginal, pero continuó incontinente, por lo que se consideró el implante de ureteres al sigmoide. Esta paciente falleció a los 26 días de post-operatorio por cuadro de DHE y convulsiones.

FISTULAS URETERO-GENITALES

Del estudio realizado sobre el tema de Fístulas genitales, se encontraron un número de fístulas uretero-genitales, que fueron consecutivos a diversos procedimientos quirúrgicos. El número de pacientes con dicha lesión suman ocho, cuyas edades oscilaron entre 18 años y 40 años. El accidente consecutivo al cual se presentaron se anota a continuación:

ETIOLOGIA	No. de CASOS	%
Parto	1	= 12.50
Operación cesárea e histerec- tomía abdominal	2	= 25.00
Operación cesárea	2	= 25.00
Histerectomía abdominal	1	= 12.50
Histerectomía vaginal	2	= 25.00

La causa más común en este tipo de fístulas analizadas fué la cirugía abdominal y la cirugía vaginal en segundo término, y por último un caso consecutivo a parto, que es una causa poco frecuente.

La localización de éstas fístulas incluyó tanto al ureter derecho como al izquierdo, las encontradas fueron así:

TIPO DE FISTULA	No. de CASOS	%
Uretero-vaginal izquierda	2	= 25.00
Uretero-vaginal derecha	4	= 50.00

Uretero-uterina derecha	1	=	12.50
Uretero-uterina izquierda	1	=	12.50

En los casos revisados, podemos observar que las fístulas urete-
 ro vaginales fueron más frecuentes, mientras que las ureterouteri-
 nas en menor número. En los casos revisados se encontró en una de
 las pacientes una fístula uretero-uterina que se asociaba con una -
 fístula uretero-peritoneal, esta se diagnosticó durante el acto ope-
 ratorio al encontrarse una cantidad de más o menos 500 cc. de orina
 en la cavidad peritoneal.-

Puntualizamos, que previo al tratamiento se efectuaron estudios
 semejantes a los efectuados en el caso de las fístulas vésico-vagina-
 les, que consisten en la preparación del paciente, así como los es-
 tudios generales como los especiales indicados anteriormente.-

En los pielogramas realizados la patología ureteral como cali-
 cial fue mucho más marcada, que fue informada como uréteres no visi-
 bles, riñón aumentado, hidronefrosis.-

Los estudios cistoscópicos fueron realizados y con los cuales
 se efectuó el diagnóstico correcto. Y cuando las pacientes estuvi-
 ron en condiciones satisfactorias se procedió a efectuar el trata-
 miento quirúrgico, que consiste en la re-implantación de los uréte-
 res a la vejiga urinaria. De los casos revisados se encontró los -
 implantes siguientes:

1- Implante de uréter izquierdo a vejiga	3	=	37.50
2- Implante de uréter derecho a la vejiga	5	=	62.50

Los implantes efectuados se realizaron con la técnica indica-
 das para la corrección de las fístulas en cuestión, obteniéndose re-
 sultados satisfactorios en todos los casos tratados.-

Los pielogramas de control realizados fueron informados cinco normales, en uno se observó estrechez filiforme a nivel de la unión vesical y en dos ligera dilatación de uréter y pelvis renales.

FISTULAS INTESTINO-GENITALES

El análisis de las fístulas intestino genitales comprende doce casos que se presentaron como entidad única o bien asociada a fístulas vésico-vaginales. El síntoma más importante y que llama la atención fué la expulsión de materias fecales por vagina. En los casos estudiados se encontraron diez casos de fístulas rectovaginales y dos casos de fístulas del intestino delgado a vagina.-

a- FISTULAS RECTO-VAGINALES.

En el estudio de diez casos, la etiología fué la siguiente:

ETIOLOGIA	No. de CASOS	%
Consecutivo a traumatismo - obstétrico.....	8	= 75%
Consecutivo a corrección de rectocele.....	2	= 25%

En éstas fístulas, la causa más frecuente es la consecutivo a traumatismo que ocurren durante el parto, punto importante que ya se trató en las fístulas vésico-vaginales. Como segunda causa, corresponde a las operaciones realizadas a nivel de la pared posterior vaginal.-

LOCALIZACION:

La localización encontrada en los casos revisados fué la siguiente:

		%
1- Pared posterior	9 =	90.00
2- Cúpula vaginal	1 =	10.00

TAMAÑO:

El tamaño de las fístulas recto-vaginales fué muy variable, la más pequeña midió medio cm., predominaron aquellas que midieron 1 - cm., y las de mayor diámetro reparadas en el servicio fué de 6.5 -- cm.-

NUMERO DE FISTULAS:

El número de fístulas en cada paciente puede ser único o presentarse dobles:

Fístulas únicas	8	=	80%
Dos fístulas en pared posterior	2	=	20

COLOSTOMIAS PREVIAS AL TRATAMIENTO:

El número de pacientes tratados, que necesitó una colostomía - previa, fue en número de tres. Estos nos indica que no siempre es necesario efectuarla en todos los casos y que la sutura puede protegerse administrando una dieta de escasos residuos.-

PREPARACION PRE-OPERATORIA:

En el tratamiento de estos casos se cumplieron los requisitos enumerados en el capítulo que trata de dicha preparación pre-operatoria, así como las técnicas utilizadas fueron las mismas.-

La vía utilizada para la corrección se explica a continuación:

- 1- Acceso quirúrgico por vía vaginal 9 casos = 90%
- 2- Acceso quirúrgico por vía abdominal 1 caso = 10%

El caso tratado por vía abdominal, se trató de un caso en que había sección total del recto, separación de los extremos libres y extrema fibrosis, lo que hizo necesario efectuar una anastomosis -- término-terminal.-

RESULTADOS OBTENIDOS:

De todos los casos tratados, que suman diez, el resultado fue satisfactorio en todos, obteniéndose el cierre y curación de la --- fístula. En comparación con las fístulas vésico-vaginales, las rectovaginales son mucho más benignas.-

b- FISTULAS DE INTESTINO DELGADO A VAGINA:

Se trata de dos casos de pacientes a quienes se les efectuó -- histerectomía vaginal, después de dicha intervención manifestaron - eliminación de materias fecales por vagina, así como flujo vaginal persistente fétido. Estos casos se resolvieron por vía abdominal - realizando el cierre de la fístula. Los resultados fueron satisfac^{torios} con curación de la paciente.-

OTRAS FISTULAS

Bajo éste nombre se describirán dos casos de pacientes que pre^{sentaron} fístulas distintas de las enumeradas anteriormente.-

El primer caso, se trata de una paciente con fístula recto-vaginal post-partum. Se le efectuó una colostomía en uno de los Hospitales departamentales; previo a corrección de dicha fístula, que no cicatrizó después de un intento. Después del cierre de la fístula rectovaginal se procede a cerrar colostomía, que se fistuliza posteriormente, la paciente refirió después eliminación de heces -- fétidas, por cistoscopia se diagnostica fístula ENTEROVESICAL que - se trata quirúrgicamente. Después de esta operación presenta elimi^{nación} de orina a través de cicatriz de pared abdominal diagnosti^{cándose} fístula VESICO-CUTANEA, que se trata quirúrgicamente o^{bte}--

niéndose resultado satisfactorio a su egreso.-

El segundo caso se trata de una paciente de 40 años, con historia de eliminación de orina fétida, a veces con heces, eliminación de orina por recto de tres años de evolución. Con antecedentes de operación previa para esterilidad e intento de localización de fístula, encontrando durante el acto operatorio tuberculosis peritoneal. Este caso se trataba de una fístula SIGMOIDO VESICAL, que fue tratada quirúrgicamente por vía abdominal con resultado satisfactorio.-

S U M A R I O

Las fístulas genitales ~~son~~ una entidad patológica muy comple--
ja en su localización y que afecta al aparato genital femenino. --
En éste trabajo de tesis se analiza la sintomatología predominante
de las fístulas, así como los medios y métodos que se utilizan para
llegar a un diagnóstico correcto de las fístulas genitales. Des---
pués pasamos a revisar las características principales de los diver
sos tipos de fístulas, enumerando seguidamente los principios bási-
cos pre-operatorios para obtener éxito y el tratamiento, describien
do algunas técnicas quirúrgicas que se utilizan.-

La segunda parte trata del análisis de setenta y nueve casos -
presentados en el servicio de ginecología, se analiza la edad que -
fue más frecuente entre la edad de 20 a 29 años, la causa principal
es la consecutiva a traumatismos obstétricos que en nuestro medio -
es deficiente; en segundo lugar, las consecutivas a cirugía gineco-
lógica. De los casos analizados las fístulas vésico vaginales su -
incidencia fue alta, ocuparon segundo lugar, las recto-vaginales. -
Los métodos utilizados en el diagnóstico y tratamiento de éstas fístu-
las son semejantes a los utilizados en otras clínicas.

El tratamiento con los adelantos actuales en éste campo ofrece
éxito. De los casos estudiados, se obtuvo éxito en 73.83% de las -
fístulas vésico-vaginales, el 60% en las uretro-vaginales, el 100%
en las uretero-vaginales y el 100% en las fístulas fecales.

El pronóstico de éstas pacientes es muy satisfactorio y es mí-
nimo el porcentaje que no curan.-

CONCLUSIONES

del Tema:

- 1- Las fístulas uro-genitales pueden ser vésico-vaginales, uretro - vaginales, uretero vaginales, uretero-vésico vaginales y uretero uterinas.-
- 2- La causa principal de las fístulas genitales en los países de--- sarrollados son las consecutivas a accidentes quirúrgicos. En -tre nosotros la más frecuente son las obstétricas.-
- 3- El síntoma principal en las fístulas uro-genitales es la incon-- tinencia urinaria involuntaria, mientras que en las fístulas in-- testino genitales, es la eliminación de heces o gases por la va-- gina.-
- 4- El diagnóstico de las fístulas uro-genitales es fácil cuando son grandes. En algunos casos se dificulta por ser muy pequeñas.-
- 5- Las fístulas intestino genitales son más fáciles de diagnosti--- car.-
- 6- Los estudios tales como los métodos que se utilizan para el diag-- nóstico así como el tratamiento general y local en el pre-opera-- torio son importantísimos para obtener éxito en la cicatrización de las lesiones fístulosas.-
- 7- Las fístulas genitales que se descubren tardíamente nunca deben operarse antes de un lapso de tiempo de 3 a 6 meses. Collins -- ha reducido éste tiempo usando Cortisona en el pre-operatorio.-
- 8- La anestesia más utilizada es la intrarrquídea por su simplici-- dad.
- 9- La vía de elección para el acceso operatorio es la vaginal; ex--

cepcionalmente se utiliza la abdominal.

10 El cuidado del drenaje vesical en el post-operatorio es muy importante para tener éxito en el cierre de la fístula.-

11- Se recomienda administrar en el post-operatorio antibióticos -- y quimioterápicos para evitar la infección a nivel del área de -- reparación de la fístula.-

De los casos:

12- La incidencia de las fístulas genitales fué más frecuente en -- las edades comprendidas de 20 a 29 años.-

13- La causa principal de los casos revisados fué consecutiva a lesiones del parto que constituyó el 56.94%, mientras que las consecutivas a accidentes quirúrgicos ocupó un segundo lugar constituyendo el 37.97%.

14- Las fístulas genitales de causa obstétrica fueron más frecuentes en las primíparas.-

15- En los casos revisados se presentaron 61 casos de fístulas vési-co-vaginales, 6 casos de fístulas uretro-vaginales, 8 casos de fístulas uretero genitales y 12 casos de fístulas entero-genitales.-

16- En las fístulas véstico-vaginales se obtuvo curación en 74.79%

17- En las fístulas véstico-vaginales la base vesical es la más afectada.-

18- En las reparaciones de las fístulas véstico-vaginales se encontraron 91.37% anestésias intrarraqúideas. Las posiciones utilizadas fueron la ginecológica y la posición de Kraske. La vía vaginal para efectuar las reparaciones se utilizó en el 91.80 de pacientes.-

- 19- En las fístulas uretro vaginales se obtuvo 60% de curaciones.
- 20- En las fístulas uretero genitales reportadas se obtuvo resultados satisfactorios en todas.
- 21- En las 12 fístulas intestino genitales reparadas se obtuvo resultados satisfactorios en todas.-
- 22- De todos los casos analizados hubo un fallecimiento.
- 23- Los casos presentados fueron tratados por el Dr. Francisco Bauer, en los servicios de Ginecología del Hospital General de --- Guatemala.-

B I B L I O G R A F I A

- 1- Bunkin, Irving A. Prevention of ureteral injury in gynecologic surgery. C. Obstet. Ginec. 8 (2): 383-389, June 1965.
- 2- Burrus, Swan, Jr. Keeping the patient with bladder fistula dry. Am. J. Obstet Ginec. 8 (1): 124-131, July 1961.
- 3- Collings, G. Conrad and others. Results of early repair of Vesico-vaginal fistula with preliminary cortisone treatment. Am. J. Obstet Ginec. 80 (5): 1005-1012, November 1960.-
- 4- Falk, Henry C. and Howard Berk. Prevention of vesico-vaginal fistula in total abdominal hysterectomy for benign disease C. Obstet. Ginec. 8 (2): 376-382, June 1965.-
- 5- Fattah Youssef, Abdel. Gynecological Urology. Chicago Illinois U.S.A. Charles C. Thomas, 1960, pp. 135-297.
- 6- Fong Castillo, Rigoberto. Reconstrucción del esfínter vesical interno. Sus aplicaciones prácticas. Tesis Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1960 32 p.
- 7- González Chávez, Francisco Eduardo, Lesiones del ureter en Cirugía Ginecológica. Tesis Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1963, 43 p.
- 8- Greenhil, J.P. Cirugía Ginecológica; incluyendo importantes operaciones obstétricas. México. Editorial Interamericana. 1953, pp.
- 9- Hache, Lorenzo. Vesíco uterine fistula. Mayo Clinic proceedings. 41 (3): 150-158, Marzo 1966.-
- 10- Hyman, Richard M. Coagulation therapy for small vesicovaginal fistulas. C. Obstet. Ginec. 8 (2): 465-471, June 1965.
- 11- Ingram Dodson, Austin. Urological Surgery. 3d ed. St. Louis - Mo., C. V. Mosby Company, 1956. pp. 474-484.-
- 12- Leon Tancer, M. The postcesarean fistula. C. Obstet. Ginec. 8 (2): 472-482, June 1965.-
- 13- Melvin Radman, H. Vesicovaginal fistula. Am. J. Obstet. Ginec. 82 (6): 1238-1242, December 1961.-
- 14- Michalowsky E. and W. Modelsky. The Surgical treatment of urinary fistulas. S.G.O. 115 (4): 484-489, October 1962.-

- 5- Moir, John Chassar. Injuries of the bladder. Am. J. Obstet. Gynec. 82 (1): 124-131, July 1961.-
- 16- Murphy, John J. and John N. Mikuta. Urinary diversions in ---- pelvic exenteration. S. G.O. 112 (6): 743-747, June -- 1961.-
- 17- Novak, Edmund R. and others. Novak's textbook of Gynecology -- 7th, ed. Baltimore Md. The Williams & Wilkins company. 1965, pp 262-267.-
- 18- Novak, Emil and Edmund R. Novak. Tratado de Ginecología. 5a. - ed. México. M. W. Fresneda, 1958, pp 314-318.-
- 19- Paquin, Albert J. Jr. Considerations for the management of some complex problems for ureterovesical anastomosis. S.G.O. 118 (1): 75-92, January 1964.-
- 20- Strean, George J. Transvesical approach to vesicovaginal fistula C. Obstet. Gynec. 8 (2): 483-494, June 1965.-
- 21- Taylor, E. Stewart. Essentials of gynecology. Philadelphia. Pa. Lea y Fabiger, 1958. pp 377-378.-
- 22- Telinde, Richard W. Reconstructions of urethra. C. Obstet. --- Gynec. 8 (2): 454-464, June 1965.-
- 23- Vasquez Blanco, Guillermo A. Consideraciones sobre fístulas -- Vesicovaginales. Tesis. Universidad de San Carlos. - Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1957, 44p.-
- 24- Winberg, R. Sidney and others. The management and repair of -- lesions of the ureter with fistula. S.O.G. 110 (5): --- 575-584, May 1960.-
- 25- Zeigerman, Joseph H. and others. Sigmoidovaginal fistulas.- --- Am. J. Obstet. Gynec. 89 (8): 103-108, August 1964.-