

FISTULAS VESICOVAGINALES. SU TRATAMIENTO POR VIA TRANSVESICAL

Por los Dres. ALBERTO E. GARCIA y JOSE CASAL

El tratamiento de las fístulas vésico-vaginales por vía transvesical (operación de Trendelenburg-Marion), ha merecido poca atención en nuestro medio y solamente hemos podido recoger de la literatura argentina de los últimos treinta y cinco años, once observaciones de fístulas vésico-vaginales intervenidas de esta manera; nueve de ellas corresponden a J. C. Ahumada y colaboradores, una a Boveri y Fort y la otra a H. D. Berri.

Nosotros hemos podido reunir siete casos de esta afección tratados con este método y con ellos suman dieciocho las fístulas vésico-vaginales operadas por vía transvesical y publicadas en nuestro país.

En la literatura extranjera, el número de intervenciones de este tipo no es muy frecuente y según la recopilación hecha por J. C. Ahumada y D. Calandra, alcanzan a doscientas cincuenta y dos las observaciones registradas. A este número debemos agregar tres enfermas de Buchert relatadas después del trabajo de Ahumada y Calandra.

Debido a la salida de orina por la vagina y a ser consecutiva a intervenciones sobre los genitales femeninos, a enfermedades de los mismos o seguir a un parto, esta afección que es del resorte del urólogo o del ginecólogo y que requiere la íntima colaboración de ambos, es considerada en general como un problema exclusivo del especialista ginecólogo y es a él a quien recurren las pacientes. El urólogo sólo es consultado si hay otras afecciones vesicales (litiasis, tumores, etc.) o si coexisten trastornos del árbol urinario superior (supuraciones pielorreñales, fístulas urétero-vaginales, etc.).

Sin embargo, el órgano que mantiene la pérdida de orina es la vejiga y es el que hay que reparar, de manera que el urólogo que está más comprometido del manejo quirúrgico de la vejiga, de la endoscopia urinaria y del examen urográfico, debe intervenir activamente en el diagnóstico y tratamiento de las fístulas de este tipo.

Por otra parte, el creciente desarrollo de la cirugía útero-anexial, con los grandes vaciamientos pelvianos, ha aumentado el número de las fístulas post-

histerectomía que siempre son altas y de difícil acceso por vía vaginal. En estas condiciones, la exposición de la vagina está dificultada por su fijación y aun las amplias perineotomías a la manera de Schuchardt, no permiten un buen campo operatorio.

En lo que al diagnóstico se refiere, nada se puede agregar a los conceptos que repiten todos los autores que se han ocupado del tema.

El antecedente obstétrico o ginecológico, la pérdida de orina por la vagina, la inyección en la vejiga de sustancias coloreadas que refluyen a la vagina, la endoscopia cuidadosa, el cateterismo del trayecto fistuloso durante la cistoscopia recogiendo la sonda ureteral por la vagina, constituyen un conjunto de elementos diagnósticos definitivo.

En nuestro concepto no se ha insistido lo suficiente en el examen radiológico del árbol urinario superior y ello no solamente con respecto a este tipo de afecciones, sino también en los tumores útero-anexiales, cuya relación con el uréter pelviano es íntima.

No hay tampoco que dejar de tener en cuenta la posible multiplicidad de los trayectos fistulosos vésico-vaginales múltiples; hay casos descritos de fístulas de gran tamaño acompañadas por otras menores y difícilmente visibles.

Igualmente al resolver la terapéutica quirúrgica, hay que hacer un cuidadoso examen de los tejidos vaginales. La vejiga debe ser examinada por un cistoscopista experimentado, que fijará la situación de la fístula, si es única o múltiple, sus dimensiones, su ubicación con respecto a los orificios ureterales y el contorno cervical, los caracteres de sus bordes, siendo aconsejable hacer una biopsia de dichos bordes si presentan aspecto proliferativo y la enferma ha sido intervenida por un tumor genital maligno.

Es conveniente asimismo comprobar con un cateterismo de los primeros diez o doce centímetros del uréter su permeabilidad, corroborando de esta manera los resultados obtenidos por la urografía de excreción. Es sabido que el proceso isquémico que lleva a la formación de algunas fístulas, puede provocar una retracción cicatrizal yuxtaureteral y producir un obstáculo al libre curso de la orina.

Deben tratarse las lesiones cutáneas y vulvares con antibióticos y lavados, aconsejando a la enferma una cuidadosa higiene.

La administración de antibióticos está indicada antes de la intervención para impedir la presencia de procesos inflamatorios que pueden interferir en el éxito de la operación.

Cuando se plantea el problema del cierre de una fístula vésico-vaginal, hay que considerar, siguiendo la opinión de autores como Everett e Immergutt y Cottler, corroborada por nuestra experiencia, los dos factores fisio-patológicos siguientes y que a nuestro juicio son de suma importancia:

a) Las fístulas son el centro totalmente necrosado de una extensión tisular isquemiada mucho más extensa que la fístula propiamente dicha (Everett).

b) Immergutt y Cottler, demostraron en su serie que la formación y persistencia de las fístulas vesicales es debida fundamentalmente al epitelio vesical que no es tan diferenciado como el de la vagina, poseyendo por lo tanto un potencial de crecimiento mucho mayor. En apoyo de ello citan dichos autores, el ejemplo de las fístulas hipogástricas vesicales que son producidas por la eversión del epitelio vesical y su prolongación en el orificio de la cistostomía.

Este concepto lo hemos comprobado repetidas veces en el curso de nuestra experiencia en cirugía vesical.

Oportunidad de la intervención. — Basados en los conceptos emitidos por Everett, de que la fístula vésico-vaginal definitivamente establecida es el lugar central de una zona de traumatismo tisular más extendida, conceptuamos que muchos fracasos en la terapéutica quirúrgica de esta afección son sin duda debidos a intervenciones llevadas a cabo poco tiempo después de la instalación de la fístula.

Se interviene de esta manera sobre tejidos que aún no han recuperado su irrigación y de este modo el fracaso es inevitable.

Siguiendo siempre a Everett, cuyo punto de vista creemos muy lógico, no se debe efectuar una plástica antes de cinco o seis meses del traumatismo, ya sea éste obstétrico o quirúrgico. De este modo, la cicatrización es viable al efectuarse en tejidos sanos, perfectamente irrigados y que han recuperado su nutrición. En la segunda de nuestras observaciones se había intentado la curación de una fístula por vía vaginal a los dos meses y medio de la existencia de la fístula y aunque efectuada la intervención por un eximio ginecólogo, el resultado fué un fracaso absoluto.

Es de hacer notar que ninguno de los autores que hemos consultado, excepción hecha de Everett, insiste sobre este concepto, que a nuestro juicio es de suma importancia para el éxito de la reparación quirúrgica de las fístulas vésicovaginales.

Indicaciones de la vía alta. — Las indicaciones de la vía de abordaje varían según el punto de vista del cirujano que debe resolver el problema.

Pero indudablemente, el concepto, de Bengolea con su experiencia de 119 casos de fístulas vésico-vaginales que con las recidivas forman un total de 195 operaciones, de que la vía vaginal debe ser siempre utilizada con excepción de los casos con himen intacto, es exagerada. Una prueba de ello es el gran número de recidivas que ha tenido que intervenir.

Siguiendo a Ahumada y Calandra, las indicaciones de la vía transvesical son las siguientes:

a) Las fístulas ubicadas en la cúpula vaginal, de acceso difícil por el orificio de la vagina, que son consecutivas casi siempre a histerectomías totales y en las cuales la bóveda vaginal está fijada.

b) Fístulas con vagina muy estrecha, deformada, con intensa fibrosis cicatrizal.

c) Otra de las indicaciones es la proximidad de los orificios al trayecto fistuloso. En esta situación es posible durante el acto operatorio el control de los meatos, ya sea colocando un catéter o disecando el uréter y alejarlo de la zona operatoria para evitar su inclusión en un punto de sutura.

d) En caso de lesiones asociadas (litiasis, tumores, fístulas uréterovaginales, etc.).

a) Los fracasos repetidos de las operaciones por vía vaginal, que a su vez crean los factores señalados en los apartados a) y b).

Según Marion y Pérard, cualquiera de las dos vías, transvesical o vaginal, puede permitir el cierre de una fístula, pero son partidarios de las fístulas

altas por vía transvesical y del tratamiento de las fístulas de ubicación baja por la vagina.

Taylor sostiene conceptos semejantes y en general la revisión bibliográfica permite la lectura de conceptos parecidos emitidos por los diversos autores.

Desde nuestro punto de vista, creemos que cualquier fístula véscicovaginal puede ser operada y curada por vía transvesical; en uno de nuestros casos la fístula era yuxtacervical, sobre todo teniendo en cuenta que el órgano que hay que cerrar es la vejiga y su manejo quirúrgico es más fácil por vía alta que por la vagina.

TECNICA QUIRURGICA

La técnica empleada en los siete casos aquí presentados, no difiere en gran parte de la empleada por G. Marion.

Después de la limpieza y asepsia del campo operatorio, se practica un taponamiento vaginal con gasa vaselinada y sulfamidada, que al rellenar la vagina, ofrece un apoyo sólido al piso de la vejiga, facilitando la separación de ambos órganos.

Fagerström ha ideado un balón vaginal con el mismo objeto que no conceptuamos necesario, así como los instrumentos iluminados ideados por otros autores para facilitar la visualización del campo operatorio.

Laparotomía media infraumbilical que permite una amplia exposición de la cara anteroinferior de la vejiga, se incinde el órgano, con dos separadores laterales colocados en su interior y una valva que deprima la cúpula vesical se consigue siempre una total exposición del interior de la cavidad, de la región trigonal y del orificio cervical.

Localizada la fístula, se resecan sus bordes con un bisturí de Mayo, incindiendo todos los planos incluyendo la vagina, extirpándolos en una extensión aproximada de medio centímetro. No creemos como aconseja Marion, ser económico en el avivamiento de los bordes, pues se obtiene una mejor cicatrización.

Efectuada esta maniobra se procede con una espátula de Finochietto a la separación de la vejiga de la vagina, en una extensión suficiente que permita la colocación de los puntos de sutura.

A continuación se repara la vagina con puntos separados de catgut crómico N° 0.

La reparación vesical la efectuamos en dos planos que corresponde el primero a la capa muscular de la vejiga y el segundo a la mucosa, ambos con catgut simple 0, todas estas suturas se efectúan con aguja atraumática.

Durante el acto operatorio se tienen bajo constante control visual los orificios ureterales y si la proximidad de alguno de ellos o de ambos al trayecto fistuloso, lo exige, se colocan sondas ureterales, que se retiran una vez finalizada la intervención. No creemos necesario mantenerlas en el post-operatorio ni sistematizar el cateterismo ureteral durante la operación tal como aconsejan algunos autores, sugiriendo que los tejidos cicatrizan en mejores condiciones si no están en contacto con la orina.

La cicatrización se hará en buenas condiciones cumpliendo los tres postulados que en nuestro concepto tienen mucha importancia:

- a) Buena nutrición de los tejidos.
- b) Ausencia de infección.
- c) Impedir la distensión vesical en los días que siguen a la intervención.

Se cierra la brecha de la cistostomía en tres planos, el primero que comprende la túnica mucosa, el segundo la capa muscular y el tercero el tejido celular perivesical, al que siempre reparamos cuidadosamente por conceptuar que cumple una función de plano de deslizamiento de la vejiga en sus distintos grados de repleción.

Se coloca una sonda de Pezzer en el extremo superior de la cistostomía y se repara la pared abdominal en la forma corriente, dejando un drenaje en el espacio de Retzius.

Seguidamente se coloca en la uretra una sonda Malecot de cuatro ramas, asegurando de esta manera la perfecta vacuidad de la vejiga en el post-operatorio.

Cuidados post-operatorios. — El taponamiento vaginal se cambia cada cuarenta y ocho horas y se retira definitivamente alrededor del décimo día.

Se vigilan cuidadosamente ambas sondas de manera que su permeabilidad esté bien asegurada.

En nuestra práctica retiramos la sonda hipogástrica alrededor de las dos semanas, y la sonda ureteral se extrae una vez cerrada la fístula de la cistostomía.

Se administran generosamente antibióticos durante todo el post-operatorio y se continúa con esta medicación una vez retirada la sonda ureteral.

CASUISTICA

Observación N° 1. — S. A. de C., 28 años, casada. Parto prolongado que termina con una aplicación de forceps. A los pocos días empieza a perder orina por la vagina y le colocan sonda uretral permanente.

Una primera cistoscopia practicada al mes y medio del parto, permite ver un orificio fistuloso amplio, alargado, de unos tres centímetros de diámetro, situado inmediatamente por detrás del trigono, ligeramente lateralizado hacia la izquierda. Rodea al trayecto fistuloso una zona edematosa y la comisura posterior del orificio presenta una equimosis. Se identifican perfectamente ambos orificios ureterales, el izquierdo comprendido en la zona edematizada.

La urografía por excreción muestra una imagen normal en ambos lados con ligera ectasia del uréter terminal izquierdo. Se aconseja esperar y la enferma es tratada con sonda uretral permanente, antibióticos y cuidados higiénicos.

Una nueva cistoscopia practicada a los seis meses del accidente, permite observar que el orificio de la fístula se ha reducido notablemente, es redondeado y tiene tendencia a umbilicarse hacia la vagina, ha desaparecido el edema periorificial.

Por tacto vaginal, se palpa en la pared anterior de la vagina una superficie rugosa, acartonada y circunscripta a la zona de localización de la fístula.

Se interviene el 11 de mayo de 1950. Durante la operación se cateterizó el uréter izquierdo dejando la sonda durante la operación. Post-operatorio sin incidentes. A los 18 días se retira el drenaje hipogástrico; a la semana está cerrada la brecha hipogástrica y se retira la sonda uretral. Desde ese momento las micciones son normales.

Un control cistoscópico a los tres meses de la operación, comprueba una pequeña zona blanquecina a nivel de la línea de sutura de la vejiga.

Observación N° 2. — J. N. de R., 32 años, casada. A raíz de un parto con forceps se produce una fístula véscico-vaginal. A los tres meses es operada por vía vaginal, sin éxito.

Examinada a los seis meses de establecida la fístula y tres meses después de ser intervenida por vía baja, se observa en un examen cistoscópico, un orificio fistuloso umbilicado, ubicado inmediatamente por detrás del labio inferior del cuello vesical, casi en la vertiente vesical del mismo, con escasa reacción inflamatoria. Por el citado orificio pasa fácilmente una sonda ureteral que se recoge por la vagina.

La urografía por excreción no muestra ninguna anomalía. Se aconseja en esta oportunidad, dejar una sonda uretral a permanencia.

Observada la enferma diez meses después del parto, y siete meses después de la intervención por vía vaginal, se decide operarla con la técnica de Trendelenburg. Se visualiza perfectamente bien el orificio fistuloso subcervical, se lo reseca y se reparan la vejiga y la vagina por separado, dejando un drenaje uretral y un drenaje hipogástrico.

A las tres semanas se retira el drenaje hipogástrico y nueve días después se hace lo mismo con el uretral. La enferma continúa perfectamente bien después de dos años de operada.

Observación N° 3. — T. V. de C., 42 años, casada. A raíz de un parto distócico tiene una fístula véstico-vaginal. Desde hace un año y medio no ha sido sometida a ningún tratamiento excepción hecha de largos periodos de sonda permanente.

Ingresa al Hospital y se comprueba con una cistoscopia la existencia de un orificio fistuloso retrotrigonal, lateralizado hacia la izquierda. El resto de la vejiga no presenta ninguna anomalía.

En la intervención practicada con raquianestesia, se cierra el orificio fistuloso con la técnica empleada en los casos anteriores, sólo que se cierra totalmente la vejiga, colocando una sonda Malécot uretral.

Se retira la sonda uretral a las tres semanas y desde entonces la enferma orina normalmente.

Observación N° 4. — P. G. de B., 27 años, casada. Cuatro meses antes del ingreso al Hospital Español, tuvo un parto con forceps y desde el tercer día del parto pierde orina en forma continuada por la vagina, sobre todo en la estación de pie, en decúbito dorsal la continencia es algo mayor.

La cistoscopia muestra por detrás del orificio ureteral derecho, una zona semilunar en la que se puede introducir un catéter ureteral que se recoge por la vagina.

El examen urográfico por excreción no revela ninguna anomalía.

Intervenida por vía transvesical, con la técnica descrita, se le deja el drenaje hipogástrico durante tres semanas y se le retira la sonda uretral seis días después.

La enferma es dada de alta y examinada al año y medio de la intervención, orina normalmente.

Observación N° 5. — T. de R., 48 años, casada, educadora. Es intervenida por un mioma uterino, practicándosele una histerectomía total; a la semana de operada, pierde orina por la vagina, pérdida que se reduce en mucho colocándole sonda permanente. A las tres semanas de la histerectomía total, presenta dolor derecho en la zona lumbar, de tipo cólico renal, fiebre elevada, orinas turbias y mal estado general.

Tratada con antibióticos cede en parte el cuadro séptico y una urografía excretora evidencia una estenosis de la porción pelviana del uréter derecho, acentuada uroectasia del mismo lado y la conservación de la glándula renal izquierda con integridad de su vía excretora.

Se practica una nefrectomía derecha por pielonefritis supurada (comprobación histopatológica). Desaparece así el cuadro doloroso de fosa lumbar derecha y el estado infeccioso, entrando la enferma en franca convalecencia.

Por cistoscopia, practicada a las seis semanas de la nefrectomía, se comprueba un orificio fistuloso retrotrigonal, lateralizado a la derecha, que se cateteriza fácilmente, recogiendo el catéter por la vagina. Se continúa el tratamiento con antibióticos y una nueva cistoscopia cuatro semanas más tarde, muestra el orificio fistuloso reducido y umbilicado.

Es intervenida por vía transvesical a los seis meses de la histerectomía con la técnica de los casos anteriores, retirándose la sonda uretral a los 26 días.

La enferma lleva dos años de operada y continúa en perfectas condiciones.

Observación N° 6. — C. de S., 32 años, casada. Seis días después de un parto con forceps, comienza a perder orina por la vagina y se le coloca sonda uretral permanente, lo que hace disminuir en gran parte el escurrimiento de orina por la vagina.

Al ser dada de alta de su puerperio, se le dice que tiene una incontinencia de orina, practicándoseles diversos tratamientos para la incontinencia del esfínter uretral. No se le efectuó ningún examen endoscópico.

Es examinada a los dos meses y medio del parto y por cistoscopia se comprueba un orificio fistuloso retrotrigonal, de bordes irregulares, rodeado de una zona de edema e incrustado con sales urinarias. Se trata con antibióticos y después de un mes y medio se efectúa una nueva cistoscopia. El orificio fistuloso ha disminuído de tamaño, se ha regularizado y las incrustaciones de sales han desaparecido.

La urografía por excreción muestra la normalidad de los riñones y de ambas vías excretoras.

A los cinco meses del accidente obstétrico es intervenida con la técnica de Trendelenburg, obteniéndose el cierre de la fístula por primera vez.

La enferma lleva nueve meses de operada y ha recuperado su micción en forma absolutamente normal.

Observación n° 7. — J. M. de B., 53 años, casada. En el mes de Octubre de 1951, es intervenida por una salpingitis aguda que había provocado un síndrome peritoneal. El 17 de diciembre de 1953, se le practica una histerectomía total por mioma uterino. Se levanta al tercer día notando pérdida de orina, que se hace progresivamente más intensa. Dos semanas después se vuelve a internar para colocarle sonda permanente y le practican una electrocoagulación endoscópica. No se obtiene con ello ningún resultado, continuando la pérdida de orina, que se acentúa en la estación de pie.

Se interna en el Servicio de Urología del Hospital Español, el 20 de Abril de 1954, es decir, cinco meses después de instalada la fístula véscicovaginal.

El examen de la enferma evidencia el estado congestivo de los genitales extrnos de la paciente. Vagina atrófica. El examen con el espéculo comprueba la salida de orina por la vagina, sin poderse poner en evidencia el orificio fistuloso.

Cistoscopia: En la zona retrorrigonal, aproximadamente entre ambos orificios ureterales, orificio fistuloso de alrededor de un centímetro de diámetro sin lesiones agregadas, se cateteriza con una sonda ureteral y se extrae la sonda por la vagina. Examen urográfico por excreción sin ninguna particularidad.

Se interviene por vía transvesical el 28 de Abril de 1954 con la técnica descrita, a las dos semanas se extrae el drenaje suprapúbico y una semana después la sonda uretral. Desde entonces la enferma orina espontáneamente sin dificultad y sin pérdida vaginal.

CONCLUSIONES

1. La operación de Trendelenburg-Marion es una intervención sencilla y de fácil manualidad.

2. Permite durante el mismo acto operatorio la visualización y control de los orificios ureterales y del cuello vesical.

3. Facilita asimismo el tratamiento simultáneo de otras afecciones vecisales y ureterales coexistentes.

4. A nuestro juicio, cualquier fístula véscicovaginal puede ser solucionada por esta vía.

5. No debe ser intervenida ninguna fístula véscicovaginal hasta que haya una recuperación de la nutrición de los tejidos.

6. Dadas las características del epitelio vesical, es a él a quien deben dirigirse las técnicas para su mejor reparación, asegurando de esta manera el cierre de las fístulas.

BIBLIOGRAFIA ARGENTINA

1. - Ahumada, J. C.: Bolet. y Trab. Soc. Ciruj. Bs. As. XV:690, 1931.
2. - Ahumada, J. C.: Bolet. Soc. Obst. y Ginec. Bs. As. XV:557, 1936.
3. - Ahumada, J. C.: Obst. y Ginec. Lat. Americ. XI:123, 1953.
4. - Bengolea, A. J.: La Presse Médical. II:933, 1928.
5. - Bengolea, A. J.: Rev. Méd. Quir. Pat. Fem. XVII:141, 1941.
6. - Bengolea, A. J.: Revista A. M. A., Bs. As. LVI:451, 1942.
7. - Ahumada, J. C.: Rev. Arg. Obst. y Ginec., pág. 137, 1918.
8. - Berci, H. D.: Sem. Médica. I:1091, 1940.
9. - Ahumada, J. C. y Ahumada, J. L.: Libro de oro del Prof. A. Ceballos, pág. 149, 1942.
10. - Boveri y Fort: Bol. Soc. Obst. y Ginec. Bs. As. XXVI:498, 1947.

BIBLIOGRAFIA EXTRANJERA

1. - *Bramhall, T. C. y Marshall, D. F.*: Amer. J. Obst. and Gynec. LX:834. 1950.
2. - *Everett, H. S.*: Gynecological and Obstetrical Urology Ed. W. and Wilkins, Baltimore, 1947.
3. - *Ramos Calvo, R. y Ramos Fuentes, I.*: Medicina, XVI:283, 1948.
4. - *Marion, G. y Pérard, J.*: Technique des opérations plastiques sur la vessie et sur l'urètre. Masson y Cie., Paris, 1942.
5. - *O'Connor, V. J. y Sokol, J. K.*: J. Urol. LXVI:579. 1951.
6. - *Buchert, W. I.*: J. Urol. LXIX:665. 1953.
7. - *Immetaut, S. y Cottler, Z. R.*: J. Urol. LXIII:865. 1950.
8. - *Taylor, W. N.*: J. Urol. LX:488, 1948.
9. - *Bloom, B.*: J. Urol. LXIX:528. 1953.

DISCUSION

Dr. Sandro. — El procedimiento de abordaje por la vía transvesical de las fistulas véscicovaginales, a que hacen referencia los comunicantes, es el que seguimos en el Instituto de Urología. Tenemos más de diez casos de éstos.

Existe un método, que no sé si está descripto. Ante una fistula pequeña hice una electrocoagulación por vía endoscópica y la fistula cerró. En este caso, electrocoaguulé profundamente el orificio de la vejiga. Seguramente se produjo una zona de termorregulación y la enferma curó de su fistula, que databa desde varios años atrás. Ese procedimiento no lo vi descripto.

El método a que aluden los comunicantes, que es el que seguimos nosotros, nos ha dado bastante buen resultado.

Dr. Trabucco. — En las fistulas véscicovaginales hace bastante tiempo que se ha dejado de lado la vía vaginal. La vía de elección siempre debe ser la transvesical. Toda fistula que está por encima del cuello de la vejiga debe ser abordada por esa vía. Seguimos esa vía desde hace más de 8 años y en todos los casos, ha cerrado por primera intención.

Diferimos en mucho con la técnica de los comunicantes. Preferimos cerrar la vejiga, no dejar cistostomía. Creemos que el contacto de la orina con la fistula es peligroso. Evitando la distensión, cateterizando los uréteres y dejando los catéteres 7 a 8 días, se aísla totalmente la vejiga y la cicatrización de la fistula se hace en forma inmediata. Una vez hemos tenido necesidad de sacar la sonda al cuarto día, y encontramos la fistula cerrada.

En cuanto a la disección de la fistula, considero que el secreto está en hacer tres planos y nada más. No hay que ser parco en la disección, pero el secreto radica en hacer tres planos. Uno, la mucosa vaginal; el segundo, el muscular y el tercero, la mucosa vesical. Todo esto debe hacerse sin tironear.

En algunos casos empleamos nylon, que causa poco granuloma, no produciendo reacciones.

Preferimos colocar la enferma en decúbito dorsal, pero con los muslos separados, porque muchas veces, es necesario completar por vía vaginal el que debía ser el primer tiempo, es decir, la sutura de la mucosa de la vagina, que en ciertas circunstancias, cuando la fistula está cerca del cuello, no puede hacerse satisfactoriamente. Es un detalle que no debe ser despreciado.

Cuando se hace difícil, hacemos dos planos superiores, es decir, el muscular y el mucovesical y luego, rebatimos las piernas de la enferma y por vía vaginal completamos el tercer plano sin haber puesto nada en la vagina. Creemos que todo lo que se coloque en la vagina es un cuerpo extraño que favorece la infección, la inflamación y la necrosis de la pared. Hacemos una buena limpieza y mantenemos la toilette con inyecciones vaginales o no, con productos sulfamidados.

Todos nuestros casos han cicatrizado con clausura de la vejiga de entrada y en 6 ó 7 días las enfermas caminan perfectamente continentemente y sin mojarse para nada.

Mi concepto es que la vía de elección es la transvesical. Por eso nos llama un poco la atención la primicia que nos trae la comunicación leída.

Dr. Pagliere. — No estoy de acuerdo con respecto a la vía seguida.

Es mi opinión que debe tentarse siempre, mientras no existan obstáculos de orden mecánico, la vía vaginal por razones obvias. Se evita así una cicatriz, que por lo general, en las mujeres debe tenerse en cuenta.

Yo, que tengo una experiencia que data de largos años, jamás he fracasado en el cierre de una fistula véscicovaginal.

Dr. Irazu. — Deseo señalar, a propósito de lo que dice el doctor Pagliere, el distinto criterio de los ginecólogos y los urólogos. Los ginecólogos generalmente, abordan la

fístula por vía vaginal. Es posible que tengan muchos fracasos, pero hemos podido comprobar, colaborando en esa cirugía en la cual no tenemos gran experiencia, la facilidad con que puede abordarse una fístula véscicovaginal por la vía vaginal.

En cambio, los urólogos preferimos la vía transvesical, a la cual estamos más acostumbrados.

Dr. Brea. — La elección de la vía de abordaje depende un poco del cirujano y en eso va implícito que se trate de un ginecólogo o de un urólogo.

Existe además, otro factor a tener en cuenta y que ha sido muy bien descrito. En 1938 se publicó un trabajo muy completo en el cual se detallaban las condiciones requeridas para ser abordada una fístula, ya sea por vía vaginal o vesical.

Algunas fístulas véscicovaginales pueden ser bien abordadas por vía vaginal; otras, por vía vesical. Eso depende de la relación de la fístula con respecto a los uréteres, el estado del esfínter vesical, si es continente o no, y sobre todo, la aptitud quirúrgica del cirujano.

Con el doctor César Brea he participado en el cierre de fístulas véscicovaginales por vía vaginal, con todo éxito y en un solo tiempo.

Talinde señala que no debe intervenir una fístula antes de los seis meses. Toda fístula que se intervenga antes está condenada al fracaso.

En una reunión conjunta de esta Sociedad con la de Ginecología y Obstetricia, uno de los parteros señaló que había podido intervenir con éxito dos fístulas inmediatamente y que había tenido la suerte de que cerraran. Eso lo debemos tomar con reservas porque, como muy bien lo señalan los comunicantes, los tejidos no están en condiciones de cicatrizar.

La vía vaginal ofrece muchas perspectivas, es muy fácil y cuando se está habituado a trabajar en ella, el cierre es perfecto. Se pueden hacer dos o tres planos en la vejiga y cerrar la pared vaginal. Haciendo un sólido cierre de la fístula, sobre todo en la pared vesical, no hay muchas posibilidades de recidiva.

Para la mejor visualización de la fístula, hemos utilizado como medio de contraste la leche. Permite ver bien la fístula y no ensucia el campo operatorio.

Por último, hemos tratado de asegurar un correcto drenaje vesical estableciendo una doble corriente, poniendo dos pequeñas sondas. A veces, una sonda Pezzer con una sonda de Nélaton vecina, que hace una irrigación permanente como la realizamos siempre siguiendo el consejo del Dr. Figueroa Alcorta, con citrato de sodio para evitar la coagulación. De ese modo, en los casos intervenidos —que son cuatro— no hemos tenido inconvenientes en cuanto al avenamiento vesical.

Dr. Pujol. — Por nuestra parte, el doctor Surra Canard y yo insistimos en que deben conocerse y dominarse las dos técnicas: la vaginal y la transvesical. Nosotros hemos tenido dos enfermas.

La primera, perteneciente a mi clientela privada, tenía una fístula véscicovaginal de trígono, en la parte más elevada del fondo de saco vaginal, como consecuencia de una intervención quirúrgica del anexo derecho y de la matriz. Los intentos de reparación por vía vaginal habían fracasado. Elegimos la vía transvesical primero, por la estrechez bulbar, segundo, por la retracción alta del riñón y tercero, por la fijeza del fondo de saco vaginal. Se hizo por vía transvesical según la técnica de Trendelenburg y se obtuvo un éxito magnífico.

La segunda enferma fué operada por el doctor Surra Canard de una fístula más o menos parecida. Se abordó por vía transvesical y se obtuvo éxito.

Con respecto a lo que expresó el doctor Brea, tengo entendido que el doctor Nöling se refirió a la reparación inmediata en ciertos casos. El es un partero y los desgarros que se producen en el momento del parto, los repara inmediatamente. Es claro, que existe el peligro de que quede una parte de tejido y se establezca una escara.

Dr. Casal. — Al doctor Sandro le diré que la electrocoagulación de las fístulas véscicovaginales ha sido descripta hace muchos años, pero hoy está abandonada. Ha tenido fortuna de que cerrara esa vieja fístula con una coagulación.

Me llama la atención, por otra parte, que una casuística tan abundante esté oculta. En la literatura no hay sino once casos publicados.

El doctor Trabucco expresa que las vejigas quedan cerradas al sexto o séptimo día. Perdóneme, doctor Trabucco, pero creo que ha tenido mucha suerte. Todos los días cerramos vejigas, casi siempre de prostatectomizados, y se vuelven a abrir.

Dr. Trabucco. — Son vejigas distintas; no hay que confundir.

Dr. Casal. — Yo realmente no dejaría una vejiga sin drenaje al sexto o séptimo día de operada una fístula.

Dr. Trabucco. — Esta mañana, los que estuvieron en la sesión quirúrgica efectuada en mi Servicio, pudieron ver una enferma que se operó el martes pasado de una fístula

existente a la altura del cuello de la vejiga. Anteayer le retiraron la sonda: orina perfectamente y es continente.

Dr. Casal. — No lo pongo en duda, pero es un criterio.

Con respecto a la derivación de orina por cateterismo ureteral en el postoperatorio inmediato, las opiniones están divididas. La literatura de los últimos años, que es bastante abundante en materia de fístulas véscicovaginales, demuestra que hay autores que preconizan la derivación de orina en el postoperatorio. Nosotros no la hemos hecho nunca y no hemos tenido inconvenientes.

El doctor Pagliere expresa que la vía vaginal debe ser la preferente. Eso depende de la habilidad del cirujano. Creemos como urólogos, que manejamos a diario la vejiga, que ese es el órgano que debemos cerrar.

Nuestra comunicación no excluye la vía vaginal, pero queremos llamar la atención sobre una vía que parecía hasta esta noche que no tenía adeptos.

Los conceptos de los Dres. Irazu y Brea son coincidentes con nuestro trabajo.

Agradezco al doctor Pujol su contribución.

Dr. Alberto E. García. — Paraguay 1352. Buenos Aires.