

1ª Sesión Ordinaria - 22 de Abril de 1965

Presidente..... Dr. Oscar A. Fonio
Secretario..... Dr. Juan M. Guzman

Revista Argentina de Urología y Nefrología
Volúmen XXXIV - N°s 1-8 Pág. 489-494

La hemisección de vejiga y la interposición del epiplón en el tratamiento de ciertas fístulas vesico vaginales

Doctores: H. Pagliere - C. Scorticati - E. Soldano.

Policlínico de San Martín
Servicio de Urología.

Las dificultades en el tratamiento de las fístulas vesico-vaginales varían tanto como las condiciones mismas de esta complicación, de ahí que desde las que cierran espontáneamente con sólo un adecuado drenaje de la vejiga, hasta las que no curan jamás, se encuentran todos los grados intermedios. Pocos problemas de la patología urinaria, sin embargo, dependen tanto de una técnica correcta y adecuada a las particularidades del caso como los que surgen en el tratamiento de este tipo de fístulas. En la literatura figuran algunas enfermas sometidas a veinte y treinta operaciones, perseverancia que traduce el drama de las pacientes que buscan, como pocas veces se ve en otros padecimientos, la curación que ha de restituirles a la normalidad.

Creemos que la mayoría de las fístulas deben ser tratadas por vía vaginal, tal como lo han sostenido en esta Sociedad Luis Pagliere y Ercole, ante la preferencia que muchos urólogos le acuerdan al acceso suprapúbico, por menos familiarizados que los ginecólogos con el abordaje vaginal, aún cuando sin llegar al exceso que implica la afirmación según la cual "el cirujano que prefiere operar una fístula vesico-vaginal a través de la pared abdominal es el mismo que trataría de extirpar las amígdalas de un niño por disección a través del cuello". Por el contrario, tenemos la convicción de que cierto tipo de fístulas solo pueden ser tratadas con éxito por vía suprapúbica, a la que recientemente Cibert se refirió en esta Sociedad con una técnica que practica desde el

año 1950, y que difiere de la clásica de Trendelenburg y Von Dittel, en la sección sagital de la pared posterior de la vejiga hasta la fístula; técnica que fue recién publicada en 1959 por Lupu. En 1964 Cibert expone los resultados obtenidos en 44 pacientes en quienes la aplicó, con 34 curaciones, 3 mejorías y 7 fracasos. Lienhard, Gonzalez Pena y Luis Brea publican en 1964 los resultados obtenidos en su experiencia de seis pacientes tratadas con el procedimiento que atribuyen a Cibert. En 1960, Comte, Bottou y Ouradou refieren una técnica similar por vía intraperitoneal utilizada en 9 pacientes. En 1951 O'Connor y Sokol publican los resultados de un procedimiento con sección sagital de pared posterior de vejiga aplicado a once pacientes, con preferencia por vía extraperitoneal y cerrando o no la vagina. En 1935 Kirwin y Lowsley describen una técnica en que seccionan la pared vesical posterior hasta circunscribir la fístula y los tejidos vecinos que resecan, la pérdida de substancia la cubren con un colgajo vesical por rotación. En el mismo año -1935- Quinby relata en la *New England Society de Manchester*, la sección sagital de la vejiga, que describe detalladamente en el protocolo quirúrgico de la enferma en que la empleó. En mérito a la brevedad prescindimos de su transcripción, reproduciendo las conclusiones de su trabajo: "El objeto de la operación en la fístula vesicovaginal es obtener una vejiga hermética, la vejiga puede contener la orina, la vagina no. El cierre de la vejiga debe ser lo más perfecto posible, el cierre de la vagina es una consideración enteramente secundaria, si no es perfecto cerrará por granulación.

El más fácil y completo acceso a la vejiga se realiza por vía suprapúbica, y ésta debe ser empleada excepto en los casos más sencillos.

Suficiente movilización del piso de la vejiga de la vagina, es imperativo. Si es necesario se facilita grandemente por la sección de la vejiga en dos valvas en dirección sagital.

La apertura del peritoneo durante la operación no significa ningún riesgo si la reparación vesical es perfecta.

Luego de la operación la vejiga debe permanecer completamente en reposo por drenaje constante hasta su cicatrización".

En la discusión que sigue a su lectura y ante una pregunta de Homans, destaca que es indiferente conducir la operación por vía intra o extraperitoneal, aún cuando como norma debe intentarse en esta última forma.

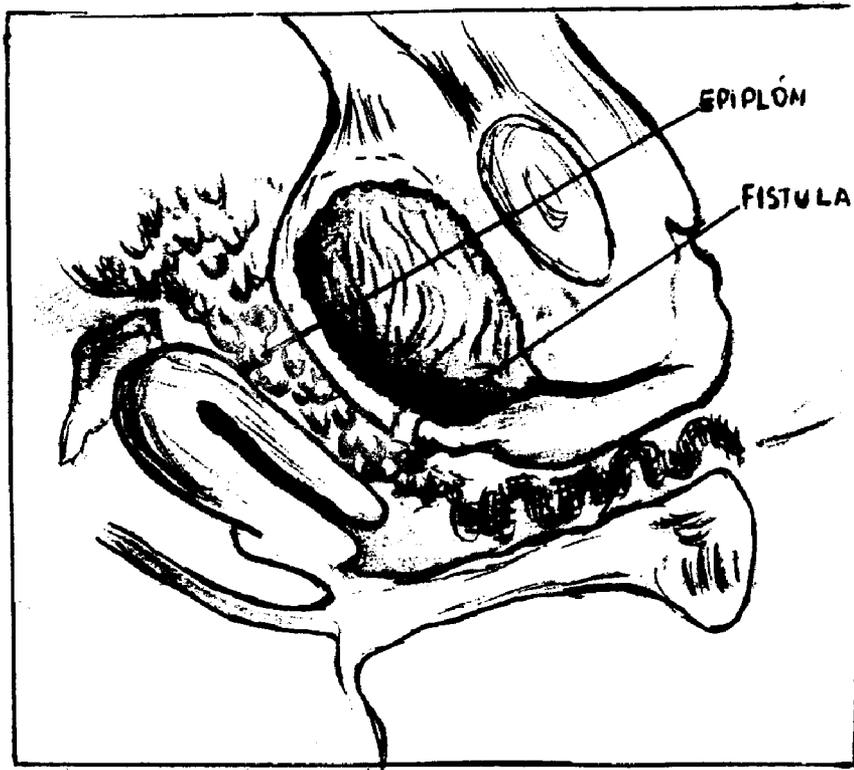
Waltman Walters en 1937 interpone el epiplón entre la vejiga y la vagina basado en el éxito obtenido en su aplicación para obturar las úlceras gastroduodenales perforadas. Poco después Danforth utiliza un injerto libre de epiplón al no conseguir descenderlo hasta la vejiga. Bastiaanse en 1958 exterioriza el epiplón por la vagina en el tratamiento de las fístulas véscovaginal y rectovaginal. La combinación de ambos recursos la sección sagital de la vejiga para facilitar el tratamiento del trayecto fistuloso, y la aplicación del epiplón a la cara posterior de la línea de sutura para protegerla, aplicada con éxito en dos pacientes con fístulas de caracteres poco frecuentes nos lleva a su presentación:

OBSERVACION N° 1: M. L. de B. 36 años; argentina, casada. En 1959 se le efectúa histerectomía post-parto, apareciendo fístula véscico-vaginal. Fue operada al año siguiente por vía alta sin éxito. Un año después se reinterviene por vía vaginal, obteniéndose el cierre durante varios meses, luego de los cuales reaparece la fístula. En 1963 la intervenimos por vía suprapúbica intraperitoneal, seccionando sagitalmente la vejiga, la fístula ocupa el triángulo, hallándose dos cálculos, uno libre en la vejiga y

otro enclavado en el trayecto fistuloso. Los tejidos próximos son de consistencia cartilaginosa dificultando notablemente la sección a tijeras: se cateterizan los ureteres y se extirpa la fístula con la mayor parte de tejidos alterados, comprobándose pérdida de substancia parcial en uréter izquierdo, por lo que se efectúa su sección y reimplantación; resulta difícil desprender los bordes de la vagina por el proceso de esclerosis que los invade. Se cierra la vejiga con puntos separados de catgut crómico N° 1 que toman ampliamente los bordes vesicales a un centímetro de ellos y en toda la extensión del corte, excepto la bóveda en que se deja sonda de Pezzer. El epiplón se exterioriza por vagina cubriendo la sutura de vejiga y fijándolo a la pared vaginal con un punto de sutura. Los ureteres se dejan cateterizados colocándose drenaje paravesical izquierdo. Se efectúa aspiración permanente a través de sonda de citostomía.

El 4.2.63 se extraen sondas ureterales. El 19.2.63 urografía de control que muestra buena funcionalidad bilateral. El 23.2.63 alta con vejiga cerrada.

Es vista ocho meses después comprobándose recidiva de litiasis vesical, la fístula permanece cerrada.



OBSERVACION N° 2: 51 años, casada, española. En 1955 es operada de un prolapso vaginal apareciendo fístula vésico-vaginal de la que se la interviene en cuatro ocasiones por diferentes cirujanos sin éxito. El 21.1.64 ingresa al Servicio de Urología del Policlínico de San Martín, comprobándose al examen cistoscópico fístula supratrigonal y vejiga de muy escasa capacidad. Se interviene el 7.2.64 por vía suprapúbica intrape-

ritoneal. Se secciona la pared posterior de vejiga sobrepasando la fistula cuyos bordes se resecan; se cateterizan los ureteres y se desprende el muñón del cérvix de la bóveda vaginal, se efectúa cierre de la sección vesical con puntos separados de catgut crómico que toman ampliamente el músculo vesical, completando con sutura de la mucosa con surget de catgut 00. Se antepone el epiplón a la cara anterior del cérvix y se tracciona de ambos previamente fijados a una gasa que sale por vagina y sobre la que se efectúa tracción elástica permanente; drenaje de vejiga por sonda de Pezzer suprapúbica que se conecta a aspiración continua. El 9.3.64 se le da el alta con fistula vesico-vaginal cerrada, persiste perdida por hipogástrico. Un año después se mantiene la curación.

CONSIDERACIONES: La sección sagital hasta el trayecto fistuloso y aún más allá facilita considerablemente la separación vesico-vaginal en los casos difíciles. Creemos en cambio que la extraperitonización de la vejiga complica innecesariamente la intervención, aún cuando no merezca el reparo de Comte y col, sobre el compromiso que acarrearía a la vascularización vesical. Las críticas que pueden hacerse sobre el riesgo de la contaminación peritoneal tienen menguado valor en las circunstancias actuales; aún cuando más objetable es la posibilidad de adherencias post-operatorias trascendentes. Como Cibert, los autores citados le dan importancia al cierre vaginal e inclusive en ocasiones con material no reabsorbible, que a nuestro criterio es francamente desaconsejable en una intervención de este tipo. Le damos importancia al cierre vesical con puntos de catgut crómico que toman generosamente el músculo, si es posible submucosos pero que buscan de afrontar ampliamente los tejidos alterados, con el mismo criterio con que se usan los puntos en masa en las reintervenciones próximas en la cirugía de las paredes abdominales, completando con una sutura continua de catgut simple en la mucosa vesical. El recurso de la utilización del epiplón sobre la línea de sutura lo creemos de extraordinario valor por las condiciones plásticas protectoras de este elemento por todos conocidas. Si lo exteriorizamos por una brecha vaginal es porque simplifica su aplicación, no se trata por lo tanto exactamente de una interposición entre ambos órganos, término que hemos usado para facilitar la comprensión, por otra parte tenemos el convencimiento de que no es necesario el cierre vaginal, por el contrario, el aproximar la pared de ambos órganos es crear las condiciones para que la fistula recidive. Por último juzgamos imprescindible, contra la opinión de los que se limitan al drenaje a través de la uretra, la creación de una cistostomía suprapúbica. Dejar librado el éxito de una operación de esta trascendencia a la permeabilidad de una sonda uretral, permeabilidad inconstante después de ocho o diez días, no tiene sentido, cuando se puede crear una válvula de seguridad que actuará si se ocluye la sonda uretral, o se utilizará para una irrigación continua si se creyera conveniente, ya que tampoco creemos que la fistula recidive por no mantener la vejiga completamente vacía, condición que dudosamente cumple ningún recurso como no sea la aspiración continua, superior al método de tortura de mantener a la enferma en decúbito ventral durante quince días. La salida de la sonda de la cistostomía por una pequeña incisión paramediana, a través del recto anterior, abrevia y asegura notablemente el cierre vesical al retirarla entre doce y quince días después de la intervención. Si hemos hecho hincapié en los predecesores del método, es porque nos ha llamado la atención que un recurso tan efectivo del que dice Chassar Moir "Un método optativo, aparentemente drástico, pero en realidad sorprendentemente simple" haya sido recreado por diversos autores sin lograr la difusión que merece.

RESUMEN: Con motivo de haber operado dos pacientes con fistulas vésico-vaginales de características poco frecuentes, y valiéndose de la sección sagital de la vejiga y de la interposición del epiplón, se revisa la bibliografía y se destaca la importancia que para los autores tienen ciertos detalles técnicos.

BIBLIOGRAFIA:

- BOUWDIJK BASTIAANSE, M. A. van: The surgical treatment of vesico-vaginal fistulas. *J. Inter. Coll. Surg.* 29 591 - 598 1958.
- CIBERT, J., BILESIO, A. et SALAHEDDINE, N.: Résultats obtenus dans le traitement de certaines fistules vésico-vaginales avec l'utilisation d'une technique personnelle. *Lyon Chir.* 60 511 - 516 1964.
- COMTE, H., BOTTOU, M. et OURADOU, J.: Cure de certaines fistules vésico-vaginales par hémisection subtotale de la vessie par voie par voie intrapéritonéale. *Mem. Acad. Chir.* 86 Nº 24-25 700-702 1960.
- CHASSAR MOIR, J.: The vesico-vaginal fistula. Bailliere Tindall and Cox - London 1961.
- DORSEY, J.: The repair of vesico-vaginal fistula by the transperitoneal transvesical approach. *J. Urol.* 83 404-408 1960.
- DANFORTH, W. C.: Transperitoneal approach in the management of inaccessible vesico-vaginal fistulas. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 39 690-693 1940.
- FALK, H. C. et KURMAN, M.: Repair of vesico-vaginal fistula. Report of 140 cases. *J. Urol.* 89 226 1963.
- GEREZ MAZA, L.: Tratamiento de las fistulas vesico-vaginales por vía transperitoneal, transvesical. *Rev. Ur. Mex.* 23 127-134 1964.
- KIRWIN, Th. and LOWSLEY, O.S.: Radical relief of vesico-vaginal fistula. Report of an unusual case of eversion of the bladder through the fistulous opening and a review of sixty cases seen at New York Hospital during the past ninety years. *J. Urol.* 33 51-63 1935.
- LEGUEU, F.: The transperitoneal closure of vesico-vaginal fistula. *Surg. Gynec. Obst.* 48 796-798 1929.
- LIEÑHARD, C. GONZALEZ PENA, J. y BREA, L.: La técnica de Cibert para el tratamiento de las fistulas vesico-vaginales. *Prensa Med. Argen.* 51 207-210 1964.
- LUPU, A.: Traitement des fistules vésico-vaginales par voie hypogastrique et décollement vésico-vaginal après extraperitonisation de la vessie. *Urol. Int.* 8 38-44 1959.
- MICHALOWSKI, E. and MODELSKI, W.: The surgical treatment of urinary fistulas. *Surg. Gynec. Obstet.* 115 484-489 1962.
- O'CONOR, V. and KENNETH SOKOL, J.: Vesico-vaginal fistula from the standpoint of the urologist. *J. Urol.* 66 579-585 1951.
- QUINBY, W.: Urologic aspects of vesico-vaginal fistula. *New England M. J.* 214 415-417 1935.

SARGENT, J.: Vesico-vaginal fistula: an effective technique of repair.

J. Urol 73 520-524 1955.

WALTERS, W.: An omental flap in the transperitoneal repair of recurring vesico-vaginal fistulas.

Surg. Gynec. Obstet. 64 74-75 1937.

DISCUSION: Intervienen Dr. Bernardi, Dr. Pagliere.

SR. PRESIDENTE (Fonio).- Está en consideración el trabajo presentado.

SR. BERNARDI.- Quiero felicitar al Dr. Pagliere por el éxito obtenido.

Pero los que tenemos experiencias en este tipo de fístulas, consideramos que el éxito estriba en hacer una intersección muy amplia de la misma, olvidándose de circunscribirla como han pretendido una cantidad de autores.

Se hace una intersección amplia, reseca los bordes esclerosos y practicando sutura medial. Hemos operado muchos pacientes y los resultados han sido siempre exitosos. La interposición del epiplón me parece un poco peligrosa. Me gustaría hacerla alguna vez, aunque lo haría con mucho temor porque estimo que quedaría el peritoneo abierto y expondríamos esa parte a una probable infección. Creo que con la técnica que preconizó el doctor Pagliere, ha sido suficiente. Todo lo demás, es sumamente riesgoso. Nunca he fracasado, haciendo una resección amplísima. La vagina es un elemento secundario; lo importante es resecar bien los bordes.

SR. PAGLIERE: Nos satisface la coincidencia del Doctor Bernardi, que con su gran experiencia avala esto. En lo único que disiento es en cuanto a la posibilidad de que la interposición del epiplón traiga consecuencias infecciosas o inflamatorias. Creemos difícil eso, porque el epiplón queda prácticamente ocluyendo completamente el orificio inferior de la bóveda de la vagina y es poco probable que se creen condiciones favorables para una infección.