

La electrocoagulación endoscópica en el tratamiento de ciertas fístulas vesico - vaginales

Dres. H. Pagliere y J. Barroetaveña

Hospital Sirio-Libanés
Avda. Mosconi 3346.

El hecho de que las fístulas véscico-vaginales se presenten con características muy dispares, en relación ordinaria con su etiología, ha determinado que la elección del procedimiento operatorio se preste a frecuentes controversias, que creemos obedecen más bien a una posición generalizadora o dogmática prevalente sobre un criticismo que permite adecuar el tratamiento a la particular modalidad de la fístula en cuestión.

Según Falk, Pietro De Marchetis aconsejaba el uso del cauterio a fines del siglo XVII. en lo que fue seguido posteriormente por Monteggia, Dupuytren y Baxter que en 1836 publica en el *Lancet* 59 curaciones sobre 60 fístulas en que empleó el galvanocauterio. En fecha más reciente O'Conor, en 1940, refiere cuatro casos tratados con éxito. Dodson dice que las fístulas de menos de $\frac{1}{2}$ cm., rodeadas de tejido sano, cierran a menudo con la fulguración del trayecto y la sonda en permanencia. Falk trató 8 casos, cerrando seis después de la primera coagulación y otro después de la segunda, y afirma que la electrocoagulación es de gran valor en las fístulas pequeñas de difícil acceso que persisten luego del tratamiento quirúrgico de otras más amplias. Chassar Moir refiere que su experiencia con la electrocoagulación no ha sido satisfactoria, opinión en que coinciden Valk y Foret.

Entre nosotros en 1954 Sandro refiere en la discusión de un trabajo de Casal un caso tratado con éxito, procedimiento que éste último no aprueba. Erbslöh emplea con éxito en dos fístulas véscicovaginales y una urétero-vaginal la inyección de Dondren, compuesto de granugenol disuelto en parafina líquida.

Hemos tenido oportunidad de tratar tres enfermas con fistulas vésico-vaginales por la electrocoagulación endoscópica, logrando el cierre de la fistula en dos. La historia resumida de estas pacientes es la siguiente:

OBSERVACION 1: Historia clínica 3373 del Hospital Sirio-Libanés. M. de B. 62 años, casada. Es intervenida el 2-9-56 por cáncer de recto que invade pared vaginal posterior. Se efectúa resección abdomino-perineal extirpándose pared vaginal posterior. Siete días después se comprueba que la curación perineal se moja con orina, se mantiene la sonda en permanencia y quince días después se efectúa cistoscopia comprobándose orificio fistuloso de 4 x 2 mm. a dos cm. por arriba y a la izquierda del meato ureteral izquierdo, rodeado de mucosa vesical normal. Una semana más tarde se efectúa electrocoagulación de los bordes fistulosos, doce días después se quita sonda en permanencia. La enferma permanece curada de su fistula y de su neoplasia hasta la fecha.

OBSERVACION 2: M. de K. viuda, 66 años. Historia Clínica N° 9658, del Hospital Sirio-Libanés. Es operada el 1-6-63 efectuándose histerectomía total. Para evitar el prolapso de la bóveda vaginal se fija ésta al borde posterior del pubis. Al terminar la intervención se observa orina teñida de sangre, por lo que se supone haber lesionado la vejiga al pasar uno de los puntos. Ocho días después aparece pérdida de orina por vagina, a los 22 días de la intervención se efectúa cistoscopia comprobándose fistula en cara ántero-lateral de vejiga, la que se coagula. Un mes después se quita sonda uretral, la enferma permanece curada.

OBSERVACION 3: E. F., 21 años. Historia Clínica N° 5252, Policlínico de San Martín. Ingresa el 8-8-63 por fistula vésico-vaginal post parto de varios meses de evolución, al exámen cistoscópico se observa orificio de unos 5 mm. de diámetro a nivel del trígono, inmediatamente por detrás del cuello vesical, se intenta la electrocoagulación endoscópica no pudiendo llegar con el catéter hasta el orificio fistuloso, por lo que se introduce un estilete a través de la vagina y se efectúa la coagulación del trayecto. Se deja sonda en permanencia y aspiración continua. La enferma continúa perdiendo orina por lo que se efectúa el cierre quirúrgico por vía vaginal obteniendo la curación.

DISCUSION:

Es llamativo que la electrocoagulación endoscópica, tratamiento urológico por excelencia de las fistulas vésico-vaginales no sea aparentemente un recurso empleado por quienes practican la especialidad. Creemos que la elección de los casos es de importancia básica para lograr el éxito, las fistulas pequeñas de menos de tres o cuatro mm. rodeadas de tejido sano, y situadas fuera del trígono son las que más se prestan a este tratamiento. La coagulación debe limitarse a la mucosa del trayecto fistuloso y del ostium vesical del mismo, sin profundizar ni extenderse a su alrededor; con ésto se evita que la necrosis subsiguiente a una coagulación excesiva amplíe la fistula o transforme sus vecindades en tejido cicatricial escasamente vascularizado. Como en cualquier otra fistula el avenamiento vesical adecuado, que sólo se consigue, y no siempre, con sonda de grueso calibre, es factor fundamental en el éxito.

Si tenemos en cuenta que la mayoría de los autores aconsejan una espera de 3 a 6 meses antes de emprender el tratamiento quirúrgico de una fistula, lapso en que la enfer-

ma debe padecer necesariamente sus inconvenientes, y a esta consideración agregamos la simplicidad del procedimiento, que inclusive puede realizarse ambulatoriamente, no podemos dejar de destacar la conveniencia de ensayarlo en las fístulas vésico-vaginales que reúnen las condiciones ya señaladas.

BIBLIOGRAFIA

BAXTER: Cit. por Borgno et al.

BORGNO, M.; GIBBA, A e QUAINI, P.: Lesione urologiche conseguenti ad interventi ginecologici. Relazione al XXXVII Congresso della societa Italiana di Urologa, 1964.

CHASSAR MOIR, J.: The vesico-vaginal fistula. Bailliere Tindall and Cox, London 1961.

DODSON, A. I.: Cirugía Urológica. Editorial Beta, Buenos Aires, 1957.

ERBSLOH, J.: Die operationlose Beseitigung von Harnfisteln mit Hilfe von Dondreen. Z Urol. 52, 40-43, 1959.

FALK, H.: The gynecological management of urologic injuries. F. A. Davis Co. Philadelphia, 1957.

JUDD, E. S.: The operative treatment of vesico-vaginal fistulae. Surg. Gynec. Obstet. 30, 447-453, 1920.

O'CONOR, V. J.: Non surgical closure of vesicovaginal fistula. Surg. Gynec. Obstet. 70, 826, 1940.

SANDRO; Revista Argentina de Urología. 23, 225, 1954.

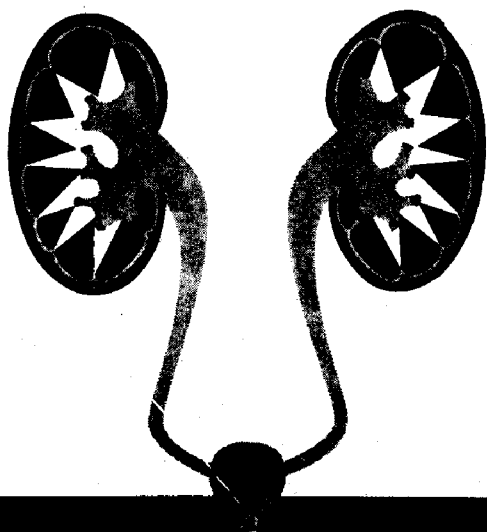
VALK, W. and FORET, J.: El problema de las fístulas vesicovaginales y ureterovaginales. Clínicas Médicas de N. Amer. 1959.

UROMANDELIN

MANDELATO DE HEXAMETILENTETRAMINA

grageas

**polimicrobicida
urinario
con actividad
acidificante
directa**



L
LAZAR