

FISTULA VESICO-VAGINAL. METODOLOGIA EN SU ESTUDIO (16 casos)

Dr. CESAR E. AZA ARCHETTI

Dentro de las distintas variedades de fistulas urogenitales en la mujer, las más frecuentes de observar son aquellas de las que nos ocupamos en esta comunicación. El Dr. González Martín en un trabajo para la adscripción presentado en la Facultad de Medicina en el año 1969, realizó una prolija revisión de la etiología, dividiendo su factor causal en:

Tocoginecológicas: "Precoces" por uso de fórceps, basiotribo, o por esquiras óseas de cabeza fetal. "Tardías" por partos prolongados.

Quirúrgicas: Ya sea por herida directa o por desvitalizar tejidos en disecciones minuciosas.

Inflamatorias: Específicas o inespecíficas.

Por cuerpos extraños: Uso prolongado de pesarios o por elementos colocados con fines eróticos.

Traumáticas: Fractura de pelvis, herida de bala, coito, etc.

Actínicas: Dos al siete por ciento de irradiadas, dependiendo de la dosis, la tolerancia individual y la habilidad del radioterapeuta.

Neoplásicas: En la atipia del cuello uterino.

Congénitas: Están descriptos casos que se acompañan con otras anomalías.

De acuerdo al factor causal, el trayecto puede originarse en forma inmediata, por herida o traumatismo directo que pone en comunicación los dos órganos o en forma tardía como ocurre en los partos prolongados en los que el descenso de la cabeza fetal se hace simultáneo con el ascenso de la vejiga, ya sea empujada o traccionada, dando lugar a un "rodamiento" del tabique véstico-vaginal entre la pelvis materna y la cabeza fetal. Todo este mecanismo trae aparejada la isquemia que lleva a la necrosis de los tejidos con la posterior caída de la escara que pone en comunicación los dos órganos.

Situación similar es la que ocurre cuando se desvitaliza un tejido en forma quirúrgica o por radiaciones. Por último el trayecto se puede originar por invasión neoplásica.

Las fistulas véstico-vaginales pueden ser simples o combinadas. Además se pueden dividir en altas, tercio superior de la vagina (habitualmente quirúrgicas) y bajas, tercio medio de la vagina (obstétricas). Desde el punto de vista funcional, en orificiales o no orificiales. Es menester remarcar que no sólo interesa el trayecto fistuloso en sí, sino también la extensión periférica de lesiones distróficas yuxtafistulosas, que pueden estar desvitalizadas por poca vascularización, y los tejidos encontrarse esclerosados por agentes físicos (endoarteritis actínica). El desconocimiento de este concepto llevará al fracaso de cualquier intervención quirúrgica por buen afrontamiento y drenaje que se realice en el mismo.

La pérdida de orina por vagina, que puede ser continua o intermitente, modificarse con los decúbitos, o si el trayecto fistuloso es muy grande no tener la paciente micción espontánea, es el signo capital y el motivo habitual de la consulta. La paciente nos puede orientar en el interrogatorio, en qué posición moja menos por vía vaginal y de acuerdo a ello presumimos la altura de la lesión. El antecedente de cistitis previa (en las neoplásicas o radio-

actínicas) del parto o de la intervención tocoginecológica, asociada a la pérdida de orina inmediata o diferida manifestada por la enferma, nos induce al diagnóstico de fistula urogenital. Debemos, a continuación, reconocer su localización y dimensiones, para ello sugerimos la siguiente metodología en toda paciente con pérdida de orina por genitales:

1. Valoración del estado de las vías urinarias altas con el urograma por excreción con cistograma a los 60' en ambas oblicuas, perfil y uno en posición de pie.

2' Examen ginecológico: Tacto vaginal buscando orificio fistuloso y para ver el estado del cuello uterino, los parametrios y el resto del trofismo de las paredes vaginales. Especuloscopia para la visualización (o no) directa del trayecto. Si esto no ocurriera, la inyección intravesical de sustancias coloreadas por sonda en vejiga, de no existir el pasaje de la misma a vagina, inyectar por vía intravenosa Indigo carmín, previo taponamiento vaginal con una gasa.

3. Cistocopia: No siempre es posible, todo depende del tamaño y variedad del trayecto, pero cuando se puede realizarla es el estudio que nos informa: la ubicación de la fístula, estado de los meatos ureterales, si éstos eyaculan o no (en caso de duda, cromocistoscopia).

4. Cistografía: Frente, ambas oblicuas y perfil.

5. Colpografía: Se la realiza colocando una sonda de Foley en vagina e inflando su balón en el introito de la misma para que no refluya la sustancia de contraste que se inyecta.

Con todos estos métodos se llega al diagnóstico sin que por ello quiera significar que todos son indispensables, ya que algunos son de utilidad en determinados casos nada más.

El factor etiológico es en definitiva el que rige el tiempo que debe transcurrir desde la instalación de la fistula a la intervención quirúrgica. En efecto, cuando ésta es provocada en un acto quirúrgico por lesión directa de los órganos, es decir la paciente pierde orina por vía genital dentro de las primeras cuarenta y ocho horas, se puede reintervenir sin dilaciones. La única causa que contraindica esta conducta es si estamos en presencia de una puérpera ya que en este caso debemos aguardar que el edema que infiltra sus tejidos se reabsorba y vuelvan sus genitales a la normalidad lo que demandará un plazo no menor de noventa días.

Cuando la fistula es mediata con necrosis o deterioro de los bordes, se debe esperar el tiempo necesario para combatir la infección y para que se delimiten bien los tejidos desvitalizados vecinos a la zona operada.

En el preoperatorio se debe tener sondada a la paciente.

Cuando la fistula es grande es aconsejable realizar el cateterismo por vía vaginal (talla vaginal) evitándose de esta forma el traumatismo y la infección de la uretra.

Antes de llegar al tratamiento quirúrgico se debe en determinados casos, intentar el cierre espontáneo de la fistula, mediante el drenaje vesical por sonda uretral. Se relatan curaciones con este método, aunque excepcionales.

Los Dres. Pagliere y Barroetaveña en una comunicación leída en el seno de esta sociedad en el año 1965, nos habla del éxito obtenido en dos casos con la electrocoagulación endoscópica, haciendo hincapié en las condiciones y forma de efectuarla. Siguiendo la sugerencia de los mencionados colegas recordamos que:

La "electrocoagulación" está indicada en las fístulas pequeñas de menos de tres o cuatro milímetros, rodeada de tejido sano y situadas fuera del trigono. Debe limitarse a la mucosa del trayecto fistuloso y del ostium vesical del mismo, dejandoavenada la vejiga por vía uretral.

Agotados los recursos en cuestión, del cierre espontáneo o el de la electrocoagulación, llegamos al tratamiento quirúrgico con todas sus variantes y combinaciones. Las vías de abordaje pueden ser:

- Vaginal*
- I. *Vía baja* *Perineovaginal* (Picot-Couvelaire)
 Trasvesical (Trendelenburg)
- I. *Vía alta* *Transperitoneal* (Dittel)
 Transperitoneo vesical (Cibert)
- III. *Combinación de ambas vías* (Abdomino-vaginal)

Dejando de lado el concepto de que los urólogos prefieren la vía alta y los ginecólogos la baja, los parámetros a tenerse en cuenta en la elección son los siguientes:

a. Etiología; b. Tamaño de la fístula; c. Ubicación de la fístula; d. Si se trata de una fístula simple o combinada; e. Estrechez o amplitud de la vagina y f. Si es una fístula recidivada o no.

Así tenemos que la vía de abordaje baja, que es la más cómoda y de mejor tolerancia, encontrará inconvenientes y no debe usarse: en casos de fístulas neoplásicas; si ésta es combinada y es menester una plástica (urétero-vésico-vaginal); si el tabique vésico-vaginal está destuido y debe realizarse una derivación urinaria definitiva; si la paciente presenta una hipoplasia, o esclerosis vaginal, o en recidivas reiteradas. En estos casos debemos abordar por vía alta y entre sus técnicas dentro de nuestra modesta experiencia aconsejamos la transperitoneo-vesical.

Observaciones personales y realizadas en la Sala XIII del Hospital Rawson sobre 16 casos de fístulas vésicovaginales.

VARIEDAD	ETIOLOGIA
SIMPLES (11)	Post-histerectomía (9)
	Post-cesárea (1)
	Post-fórceps (1)
COMBINADAS (5)	Uretro-vésico- vaginal (2)
	Post-histerectomía (2)
	Uretro-vésico- vaginal (1)

TRATAMIENTO QUIRURGICO. VIAS DE ABORDAJE

Vaginal	(2)
Transvesical	(5)
Transperitoneo-vesical	(6)
Derivación definitiva (operación de Coffey)	(1)
Plástica uretral con colgajo vesical (operación de Boari) ...	(2)

CONCLUSIONES

La fistula vésico-vaginal, es una entidad patológica, en la que, si bien su diagnóstico es relativamente sencillo, no ocurre lo mismo con su tratamiento.

En efecto, sus distintas vías de abordaje, como sus recidivas, así lo indican.

En esta comunicación enumeramos los parámetros que deben guiar al urólogo en la elección de la vía.

BIBLIOGRAFIA

- 1 *Alsina, F. G.; Fellner, R.; Fagalde, J.*: "Fistula amplia vésicovaginal". Rev. Arg. Urol. 24:68, 1955.
- 2 *Brea, L.*: "Fistulas vésicovaginales, su tratamiento por vía transvesical". Discusión del trabajo de García, A. y Casal, J. Rev. Arg. Urol. 23:225, 1954.
- 3 *Cammissa, M. y col.*: *La "vaginografía" nello studio della fistole uro-genitali*: Nunt. Radiol. 31:348, 1965.
- 4 *Casal, J.*: "Fistulas vésico-vaginales. Tratamiento por vía transvesical: operación de Trendelenburg-Marion". II trabajo de adscripción. Bs. As. 1954.
- 5 *Cibert, J. y Cibert, J.*: "Fistulas vésico-vaginales. Una técnica de curación por vía alta. Resultados obtenidos con esta técnica". Rev. Arg. Urol. 33:310, 1964.
- 6 *García, A. y Casal, J.*: "Fistulas vésico-vaginales: Su tratamiento por vía transvesical". Rev. Arg. Urol. 23:217, 1954.
- 7 *González Martín, Gabino*: "Las fistulas vésico-vaginales". II trabajo de adscripción. Buenos Aires, 1969.
- 8 *Grimaldi, F. E. y Rubí, R. A.*: "Fistula vésico-vaginal curada por el procedimiento de desdoblamiento a lo Marion". Rev. Arg. Urol. 8:19, 1939.
- 9 *Pagliere, H. y col.*: "Hemisección de la vejiga con interposición del epiplón en el tratamiento de ciertas fistulasvesico-vaginales". Rev. Arg. Urol. 34:489, 1965.
- 10 *Pagliere, H. y col.*: "La electrocoagulación endoscópica en el tratamiento de ciertas fistulas vésico-vaginales". Rev. Arg. Urol. 34:658, 1965.
- 11 *Rubí, R. y Grimaldi, A.*: "Incontinencia completa de orina por fistula vésico-vaginal postpartum". Rev. Arg. Urol. 18:179, 1949.
- 12 *Sandro, R. E.*: "Comentarios al trabajo de García, A. E. y Casal, J. (Fistulas vésico-vaginales. Su tratamiento por vía transvesical)". Rev. Arg. Urol. 25:225, 1954.
- 13 *Swinney, J.*: "A case of congenital vésico-vaginal fistula". Brit. J. Urol. 23:64, 1951.
- 14 *Trabucco, A.*: "A propósito de Fistulas vésico-vaginales. Su tratamiento por vía transvesical". Rev. Arg. Urol. 23:224, 1954.
- 15 *Trabucco, A., Márquez, F. y Borzone, R.*: "Sobre tres casos de fistulas urogenitales obstétricas". Rev. Arg. Urol. 35:43, 1966.

Dr. HECTOR DIEGO BERRI

El 3 de enero de 1972 falleció el Dr. Héctor Diego Berri en nuestra ciudad, luego de una larga y profunda labor en el campo de la Urología a la que se incorporó después de realizar tareas en la Sanidad Naval, junto a eminentes y precursores urólogos en sus servicios de los hospitales Alvear y Argerich. Desempeñó la jefatura del Servicio del Hospital Penna hasta su retiro.

Asimismo la Facultad de Medicina lo contó entre sus Docentes Autorizados y nuestra sociedad entre sus miembros titulares, colaborando en diversos Congresos nacionales y extranjeros con encomiable labor de amigo, docente y colega.

Dr. MARCOS BUDICH

Con el fallecimiento del Dr. Marcos Budich, ocurrido el 3 de marzo de 1972, desaparece una joven y promisoría figura dentro de la Urología, contándose entre los profesionales del Servicio de Urología del Hospital Fiorito, donde desarrolló una humanitaria y proficua labor en diferentes tareas y cargos, ya asistenciales, ya docentes, hasta que en 1971 es nombrado Director Adjunto del mismo Hospital donde puso a prueba su vocación y dotes de caballerosidad y abnegación hasta su penosa desaparición.

Nuestra sociedad lo contó entre sus miembros adherentes habiendo colaborado en numerosos trabajos, jornadas y congresos con meritoria labor.

Profesor Dr. OSCAR ARMANDO FONIO

Ha fallecido en la ciudad de Tucumán el destacado urólogo Dr. Oscar Armando Fonio quien había desarrollado intensa actividad profesional, docente, cultural y como Ministro de Salud Pública y Asistencia Social de su provincia.

Persona de innegables dotes de caballero, supo granjearse un sin fin de amigos y colaboradores desde sus Servicios en el Hospital Padilla, Ferroviario y Militar y en la Cátedra de Urología de la Universidad Nacional de Tucumán.

Autor de una serie de importantes trabajos científicos algunos de ellos premiados, se lo contó en numerosos congresos y jornadas de la especialidad, tanto nacionales como internacionales. En nuestra Sociedad fue miembro titular y Presidente de su Comisión Directiva en 1965.

SOCIEDAD DE UROLOGIA Y NEFROLOGIA DEL CENTRO (UR. NE. CE.)

Primeras Jornadas Internacionales de Urología y Nefrología

Direc. Postal: CASILLA DE CORREO Nº 148 - RIO CUARTO - Teléf. 24639, 22547 y 21275

Pcia. de CORDOBA - República Argentina

15 - 16 - 17 y 18 de Agosto

de 1973

Colegio Médico de Río IV

T E M A S :

Hipertensión nefrovascular y suprarrenal.

Tumor de Wilms (Escuela uruguaya).

Urología y Nefrología infantil.

La Sociedad Argentina de Urología lo invita a concurrir.



**cualquiera sea su origen...
las molestias de la cistitis
terminan antes con**

Urobiotic*250



**acción analgésica local
efectiva antisepsia urinaria
acción sistémica**

Presentación: Frasco conteniendo 24 tabletas.

* Marca de Fábrica



Correo Central Argentino	INTERES GENERAL
	TARIFA REDUCIDA Concesión Nº 1707

Registro Nacional de Propiedad
Intelectual Nº 1.137.011

Ceflorin

Cefaloridina Glaxo

*Cuando se requiere
rapidez de acción
en las más diversas
infecciones*

Presentación

Frascos ampolla con
250 mg, 500 mg y 1 g
de cefaloridina.

Cada presentación viene
acompañada de una
ampolla de diluyente.



Glaxo