

Serv. de Urología del Hospital Rawson;
Jefe: Prof. BERNARDINO MARAINI

Por los Doctores

L. FIGUEROA ALCORTA
y A. MARTIN LOPEZ

FÍSTULA VESICO-SIGMOIDEA ADQUIRIDA

LA comunicación anormal y permanente, directa o indirecta, adquirida entre la vejiga y un segmento del intestino, se conoce con el nombre de fístula vésico-intestinal.

Es una afección relativamente rara, secundaria a un traumatismo o a afecciones inflamatorias o parasitarias.

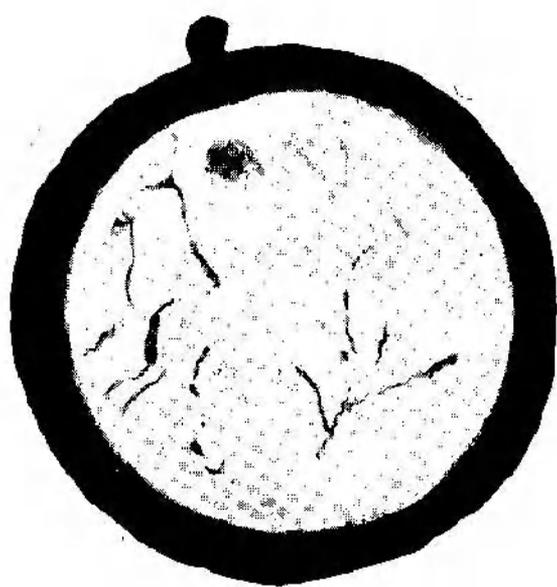
Las fístulas vésico-intestinales de origen traumático, pueden ser de dos órdenes: 1º, el traumatismo es externo y obedece a una herida de bala, puñalada o cuerpo extraño introducido por el recto, sea éste por accidente o por perversión sexual, y las consecutivas a intervenciones quirúrgicas por tumores pelvianos, tallas perineales o punciones vesicales a través del recto; 2º, el traumatismo es interno e imputable a un cuerpo extraño alojado en la vejiga o en el intestino, como ser: un cálculo, hueso o espina de pescado, estableciéndose por perforación una comunicación directa o indirecta por intermedio de un absceso entre los dos órganos mencionados.

En cuanto a las de origen inflamatorio, corresponde mencionar las lesiones vesicales (tuberculosis y cáncer de la vejiga) y las perivesicales, las peritonitis supuradas, sean éstas de origen apendicular o anexial, el cáncer, la sífilis y la actinomicosis del intestino, la disentería, la fiebre tifoidea, tuberculosis peritoneal y osteitis de la pelvis. Cabe agregar que al lado de esta numerosa lista de afecciones deben señalarse fístulas vésico-intestinales de causa indeterminada.

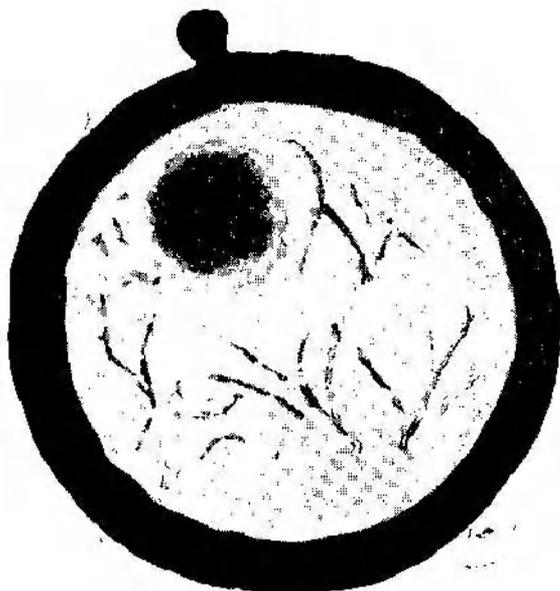
Según Pascal (tesis de París del año 1900), la localización de las fístulas vesicales en comunicación con los diferentes segmentos del intestino tienen preferencia por orden de frecuencia: a nivel del

recto, del ciego, del colon sigmoideo, del apéndice y del intestino delgado y cita un caso del divertículo de Meckel.

Anteriormente hemos dicho, a propósito de las fístulas vésico-intestinales de origen traumático, que pueden establecerse por comunicación directa o indirecta y que en esta última eventualidad ella se hace a expensas de un absceso, dando origen a un trayecto más o menos largo y de diámetro variable, pudiendo hallarse en su



3 de Julio de 1935
23 días después de operada



30 de Abril de 1935

interior materias fecales, orinas, dectritus alimenticios, semillas, fragmentos de hueso, espinas, alfileres, etc. En estos casos las adherencias suelen ser numerosas y resistentes constituyendo un serio obstáculo para la percepción del trayecto y aún imposibilitando su descubrimiento.

En la enferma por nosotros observada, se trataba de una fístula vésico-sigmoidea establecida por adosamiento de los dos órganos sin interposición de absceso y fundamos este aserto en el hecho de no existir trayecto de más de medio centímetro de longitud por medio centímetro de diámetro y en el que al seccionarlo en su parte media se hallaba tapizado su interior por una mucosa.

El orificio fistuloso vesical tiene localización variable según el segmento de intestino con que comunica.

Es necesario precisar en la sintomatología de la afección los prodromos de la aparición de la fístula y que son tributarios de la enfermedad o traumatismo que la originó, y los síntomas propios a la fístula constituida.

Entre los primeros mencionaremos los dolores localizados en el hipogastrio y fosas ilíacas con irradiaciones hacia el ano y uretra.



Figura 1

tenesmo rectal y vesical, fiebre, piuria abundante de aparición brusca que caracteriza la apertura de un absceso y hematuria.

Después de un tiempo aparecen los síntomas de la fístula constituida manifestándose indistintamente por la vejiga o por el recto: la emisión de orinas turbias y fétidas por la uretra debidas a la presencia de materias de procedencia intestinal, caracteres que pueden ser intermitentes o permanentes y que fundan, por sí solos, el diagnóstico de fístula vesíco-intestinal. Las materias fecales pueden quedar retenidas en la vejiga o en la uretra, eventualidad poco

frecuente, pero cuando acontece, produce dolores uretro-vesicales y favorece la infección vesical. La cantidad de materia fecal que pasa a la vejiga es variable, dependiendo de la consistencia de la misma y el tamaño de la fistula.

Del lado rectal aparecen deposiciones diarreicas producidas por

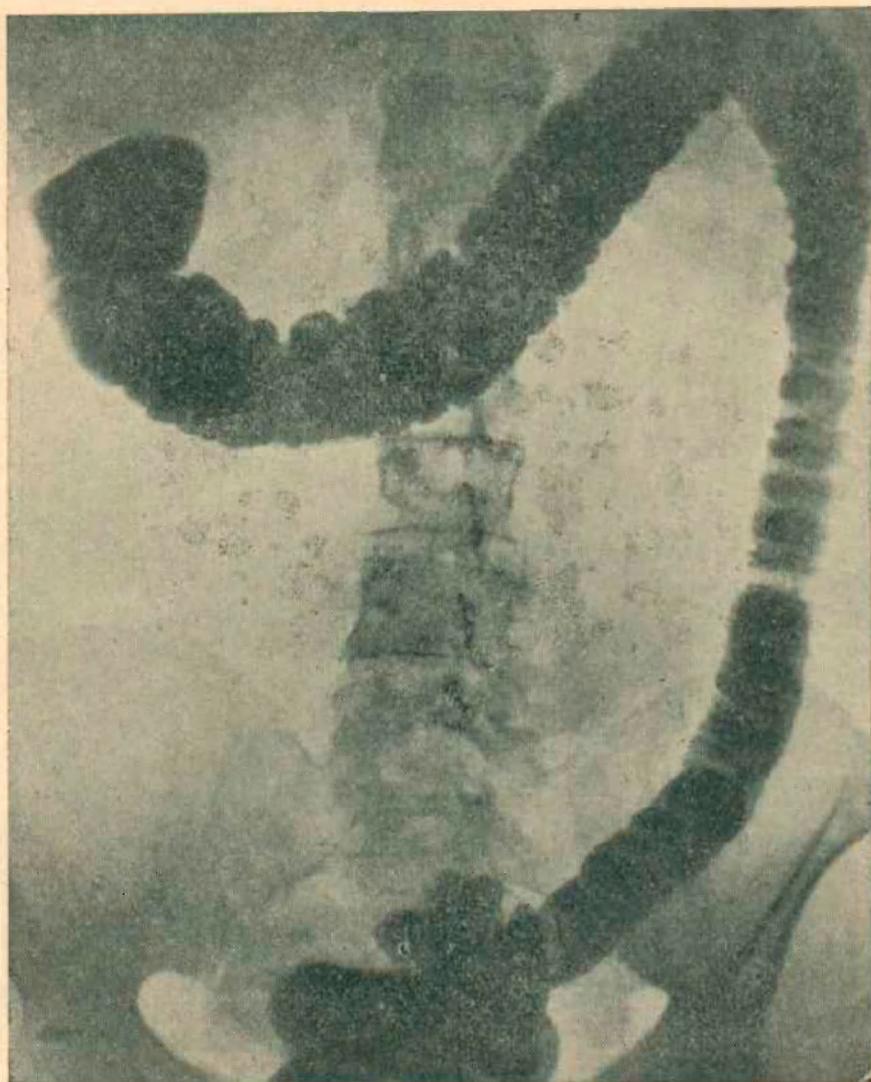


Figura 2

dilución de la materia fecal con la orina que pasa por la vía de comunicación anormal, trayendo como consecuencia muy frecuente, una rectitis con expulsión de glaras y abundantes deposiciones con pus y sangre.

Otro síntoma importante y que preocupa al enfermo, es la expulsión de gas por la uretra, explicándose que dicha salida de

gas se haga al final de las micciones por razón de la diferente densidad, otras veces el gas por la uretra se expulsa involuntariamente durante la defecación, siendo por lo general indoloro; cuando el gas es retenido en exceso en la vejiga, produce un relieve en el hipogastrio dando el aspecto de un tumor redondeado con sonoridad timpánica. Siguiendo la evolución sintomática de la fístula vésico-

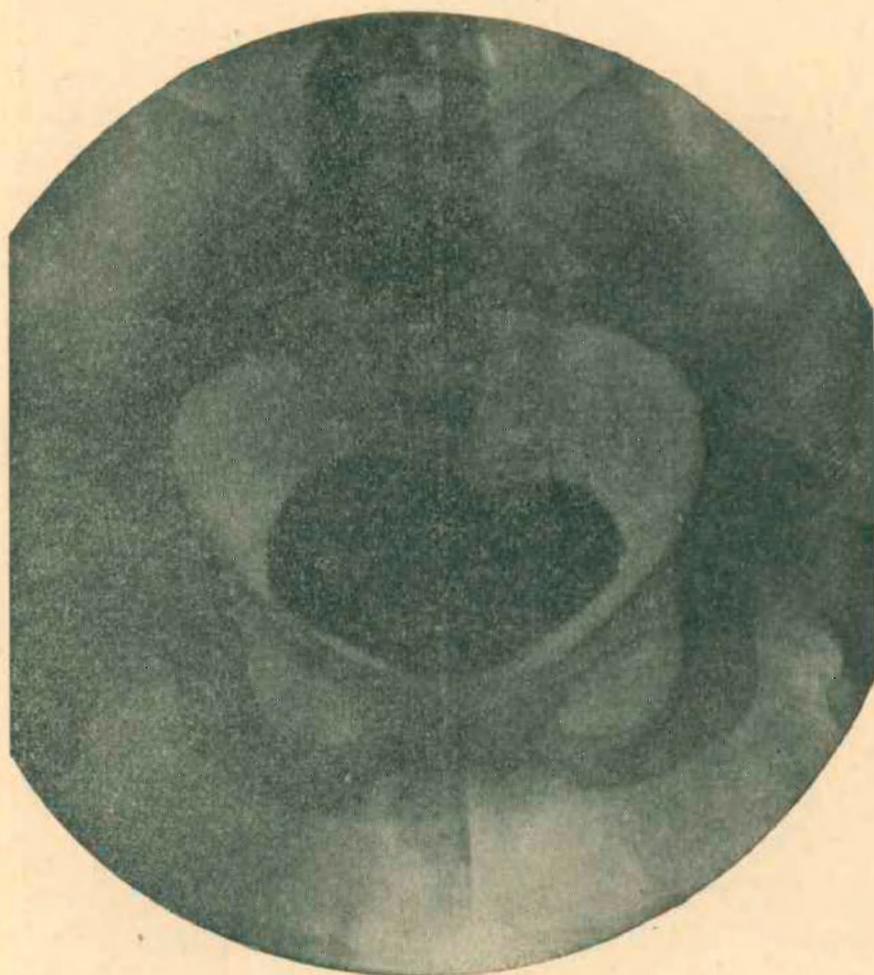


Figura 3

intestinal observamos en general la instalación tardía de la cistitis, siendo rara la infección urétero-pielo-renal, salvo el caso de enfermos debilitados o portadores de lesiones que los hagan retencionistas.

De lo que antecede se desprende que, ordinariamente, el diagnóstico de fístula vésico-intestinal no ofrece dificultades cuando existen los síntomas descriptos.

Feltz y Roussel agregan a los mencionados síntomas la qui-

luria, pero a nuestro juicio ese síntoma no puede ser patognomónico de fístula vésico-intestinal, pues lo observa también casi invariablemente en las fístulas pielo-intestinales y urétero-intestinales de los países tropicales.

La neumatúria es indudablemente un síntoma importante en el diagnóstico de fístula, aunque suele observarse en otras afecciones, tales como abscesos gaseosos que se abren en la vejiga, en las orinas de los diabéticos con porcentaje elevado de glucosa (por transformación fermentativa de la orina en alcohol y anhídrido carbónico), en las orinas intensamente amoníacales y en los neurópatas (neumatúria sin causa).

El diagnóstico diferencial se obtendrá por el examen repetido de las orinas, el examen cistoscópico y rectoscópico, la inyección de líquidos coloreados o leche por el recto, la cistoradiografía, las radiografías del intestino y el cateterismo de la fístula por una sonda ureteral.

El pronóstico está íntimamente ligado a la etiología de la afección originaria. Es lógico pensar que las imputables a tuberculosis o cáncer, son de un pronóstico sombrío a breve plazo, no así aquellas secundarias a traumatismos, salvo que evolucionen en un terreno debilitado con retenciones urinarias e infecciones ascendentes del aparato urinario.

El tratamiento. lo mismo que el pronóstico, está supeditado a la etiología y de acuerdo a este enunciado, será preventivo, paliativo o curativo.

El tratamiento preventivo tiende a evitar la formación de la fístula por medio de tratamientos médicos, sutura de heridas, intervenciones quirúrgicas con objeto de evacuar abscesos de diferentes orígenes, etc.

El tratamiento paliativo que se emplea ya constituída la fístula puede ser *médico*, consistiendo éste en lavajes frecuentes de la vejiga, regímenes alimenticios apropiados para mantener la regularidad de las deposiciones, y evitar la ingestión de alimentos que contengan semillas y que pasando a la vejiga puedan agravar la situación por la posible formación de cálculos vesicales secundarios; en los casos de fístulas sífilíticas, el tratamiento específico puede dar resultados altamente satisfactorios. Los *quirúrgicos* paliativos, consis-

ten en practicar la talla hipogástrica, la uretrotomía interna o la dilatación uretral progresiva en caso de estrechez uretral y el ano artificial en los casos de fístulas múltiples o muy extendidas.

Por último, el *tratamiento curativo* de las fístulas vésico-intestinales de origen traumático pertenece puramente a la cirugía, cuyo principio finca en la supresión de la comunicación accidental de vejiga e intestino. Las vías de acceso varían según la localización del trayecto: las muy bajas pueden ser abordadas por vía perineal, Billroth y Rotter, preconizaban para estas fístulas la vía rectal previa sección del esfínter anal. La vía transvesical preconizada por Le Dantu, Trendelenburg y Pousson ha dado muy buenos resultados. Legueu la desecha pero Marion le reconoce gran valor, especialmente en los casos de fístulas vésico-vaginales.

En las fístulas vésico-intestinales a localización en la pared posterior y superior de la vejiga, la vía transperitoneal por incisión mediana infraumbilical es la de elección por ser la más racional y es la que hemos practicado en el caso que se relata a continuación.

HISTORIA CLINICA:

Servicio del profesor Maraini. Hospital Rawson. Pabellón 5º Sala 1ª.

G. J. de P. serie CXII, año 1935. Ingresa al servicio el 29 de abril de 1935. Alta 5 de julio de 1935. Española. casada. edad 56 años.

Antecedentes hereditarios. — Padre fallecido: tuvo ocho hermanos, tres fallecidos de afecciones pulmonares.

Antecedentes personales. — Enfermedades propias de la infancia. A los 40 años pleuresia: fué punzada, curó bien.

Enfermedad actual. — Relata la enferma que hace 7 años, al comer pescado, ingirió una espina que creyó se le había clavado en la fauces por el dolor que en esa región experimentó; ingirió migas de pan y consultó un facultativo de inmediato; manifiesta que el médico no la vió y le dijo que con la ingestión de pan la habría deglutido. Al mes de este episodio comienza a sentir molestias en el bajo vientre que van en aumento, observando a los pocos días frecuencia imperiosa de micción (cada 5 minutos tanto de día como de noche) y teñidas de sangre al final; consulta un médico, quien la somete a un tratamiento, cuyo detalle no especifica, y consigue modificar la polaquiuria y hematuria, pero al mes reaparecen los mismos síntomas con el agregado de que la orina es turbia, fétida y contiene materias fecales, además expulsaba gases al final de la micción, por la uretra. En este estado, después de haber transcurrido siete años con pequeñas alternativas, decide ingresar al Servicio, donde se constata lo relatado por la enferma; obsérvase además disuria cuando hay abundante material fecal en la orina.

Estado actual. — Buen estado general, obesa, abdomen voluminoso, corazón normal, pulso 80, tensión arterial Vaquez-Lauby Máx. 16 Mín. 9. pulmones: normales, ligeros frotos en base izquierda. Organos abdominales: no se observa nada de particular.

Orinas turbias, a veces con materias fecales y restos de alimentos: fétidas.

La vejiga es sensible a la distensión, produciendo dolor a los 100 c. c.; no hay retención.

Cistoscopia. — 30 de abril de 1935. Capacidad 100 c. c., mucosa vesical ligeramente congestionada, cuello liso, orificios ureterales ligeramente entreabiertos. Introduciendo el cistoscopio y a la derecha de la burbuja, más o menos a la una del cuadrante, se observa un orificio de aspecto tomentoso y que cateterizado permite el paso de una sonda ureteral número 10, en cuyo momento se aprecia la salida de burbujas de gas entre la sonda y el trayecto.

Se practica una cistorradiografía con yoduro de sodio al 12 %, la que muestra una imagen vesical deformada con un pico en su brote superior, lado izquierdo, que corresponde exactamente, según se constató en el acto quirúrgico, al trayecto fistuloso.

Al día siguiente se obtiene una radiografía de intestino con enema de bismuto; ésta muestra un ansa sigmoidea apelotonada y deformada.

De acuerdo a los datos que anteceden y a las comprobaciones cistoscópicas y radiográficas, se establece el diagnóstico de fístula vésico-intestinal de origen traumático, producida, muy posiblemente, por perforación como consecuencia de la deglución de la espina de pescado.

Aceptada la intervención, ésta se practica el 11 de junio de 1935. Anestesia raquídea, novocaína 10 centigramos, segundo espacio lumbar. Laparatomía infraumbilical mediana, panículo adiposo voluminoso; abierto el peritoneo se pone a la enferma en posición de Trendelenburg, se coloca la valva de Doyen y se rechaza hacia la parte superior del abdomen la masa intestinal; aparece el ansa sigmoidea con adherencias que se consiguen desprender, permitiendo llegar al punto de íntima adherencia del ansa con la parte superior de la cara posterior izquierda de la vejiga; se consigue desprender y seccionar las bridas peritoneales que rodean el trayecto, aislándolo en todo su perímetro.

La longitud y diámetro del trayecto es de $\frac{1}{2}$ centímetro; en las bases de este trayecto se colocan dos pinzas de Kocher, se secciona en medio de ellas tocando la superficie cruenta con tintura de iodo, se ligan en su base los pedículos y se practica, tanto en el intestino como en la vejiga, una sutura en jareta sobre la serosa para invaginar los muñones.

Al seccionar el trayecto se pudo constatar su revestimiento interno mucoso.

Se coloca un tubo de drenaje que llega hasta el fondo del saco útero-rectal y se cierra por planos la incisión abdominal; se coloca una sonda de Pezzer por la uretra y un tubo rectal.

Post-operatorio. — Ideal. Al 4º día purgante; deposición al 5º.

Se retira al 6º día el drenaje abdominal y al 10º la sonda vesical.

Desde ese momento la enferma orina cada 3 o 4 horas, orinas limpias y claras; en la noche una micción.

A los 23 días de operada se practica una cistoscopia; se constata aumento de la capacidad vesical a 200 c. c.; la sensibilidad es normal, mucosa pálida con ligeras arborizaciones vasculares; en la parte superior y posterior, aproximadamente a la una del cuadrante, se observa una cicatriz pequeña y de coloración pálida donde antes existía el trayecto fistuloso.

La cistorradiografía practicada a continuación de la cistoscopia, muestra una vejiga con su contorno perfectamente regular.

Es dada de alta el 6 de julio de 1935 con orinas claras, sin polaquiuria, con su incisión abdominal totalmente cicatrizada y su afección completamente curada.

BIBLIOGRAFIA

GUYON: T. 1, P. 608-617.

BLANQUIGUE: Tesis de París, 1870.

CHAVANNAZ: Anales Génito Urinarios. 1897-1898.

CHEVASSU: Journal D'Urologie. 1917-1918.

ESCAT: Journal D'Urologie, 1917-1918.

DUPLAY RECLUS: Tratado de Cirugía.

HERDOCA: Tesis de París, 1910.

LEGUEU: Tratado de Cirugía, 1910.

LEGUEU et PAPIN: Precis D'Urologie.

MARION: Traité D'Urologie, 1921.

ORAISON: Enciclopedia D'Urologie.

PASCAL: Tesis, París, 1900.

PERION: Tesis, París, 1906.

PRISTAVESCO: Journal D'Urologie, 1912.

DISCUSIÓN.

Dr. Salleras. — Como colaboración a la muy interesante comunicación de los Dres. Figueroa Alcorta y López, deseo agregar dos observaciones de fístulas vésico-intestinales. *La primera*, de origen neoplásica, figura con el número de historia 1145 de nuestro Servicio, y presentaba una sintomatología típica de esta afección (eliminación de materias fecales y gases). La cistoscopia, muestra una mucosa pálida en toda su extensión y por detrás del uréter izquierdo una parte edematosa y ulcerada, seguramente correspon-

diente a la abertura de la fístula al intestino. Trígono edematoso y uréteres normales.

La cistoradiografía, comprueba la presencia, de la fístula sospechada por la sintomatología, tal como lo demuestran las radiografías, 1º, en posición decúbito dorsal, cuya nitidez dispensa de

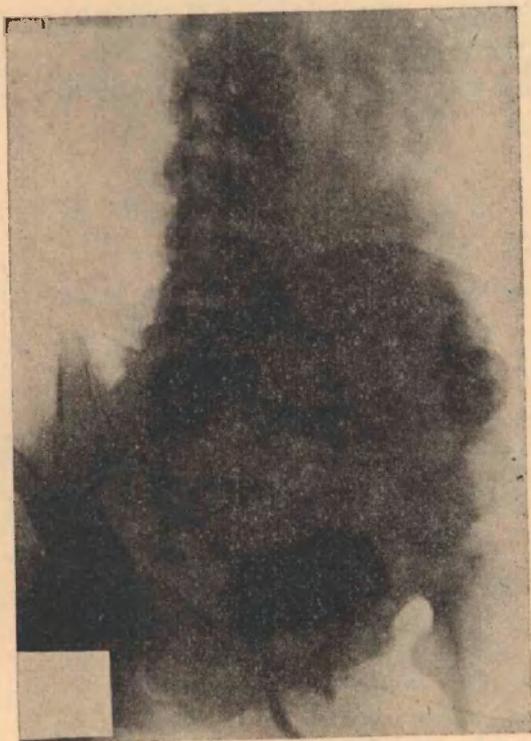


Figura 1

Hist. 1145.—Fístula vesico-intestinal (posición decúbito dorsal).



Figura 2

Hist. 1145.—Fístula vesico-intestinal de origen neoplásico (decúbito lateral).

cualquier descripción, la 2ª, en posición lateral derecha, y la 3ª, en posición lateral izquierda.

El profesor Dr. José M. Jorge, comprobó que se trataba de una "fístula vésico-intestinal" secundaria a un tumor ulcerado maligno del intestino.

La segunda, de origen sífilítico, era secundaria a un goma abierto al mismo tiempo a la vejiga y al intestino, que mejoró mucho con el tratamiento específico, pero que no llegó a curar del

todo. Se trataba de una enferma de clientela civil y que los antecedentes eran claros (pérdida de gases y a veces cuando había diarrea, materia fecal por la orina), síntomas que casi habían desaparecido cuando yo hice la primera cistoscopia, quedándole sólo, la pérdida de gases en ciertos días de diarrea. Encontré dos fístulas puntiformes, en bajo fondo, una de las cuales curó, con pocas sesiones de electrocoagulación endoscópica, pero no así la otra que se mantuvo indefinidamente y que como las molestias, son mínimas, la enferma las acepta antes de someterse a una intervención cruenta.
