

FISTULAS URINARIAS

Coordinador: Dr. Elvio O. Soldano. Relatores: Dr. Federico Wiks, Dr. León M. Metz, Dr. Hugo Signori, Dr. Edgardo Contreras, Dra. Dora Arroyo

Dr. Elvio Soldado: La Sociedad de Urología y Nefrología de la Provincia de Buenos Aires, invitada por la Sociedad Argentina de Urología al Congreso Argentino de Urología, ha elegido como tema de mesa redonda que le fuera encomendado: FISTULAS URINARIAS.

Este capítulo de la urología es tan eterno como nuestra especialidad, y así de añejo es de vigencia permanente porque es motivo de constantes evaluaciones, modificaciones de tratamientos y correcciones de actitudes que eviten su aparición.

El avance de la medicina moderna con la aparición de nuevas técnicas en diversas patologías, tales como las que se utilizan en el tratamiento oncológico y el advenimiento de la era radiante, que se han sumado a las causas etiológicas de las fístulas urinarias, ha hecho que el urólogo agudice su capacidad científica y técnica para llevar al paciente a una curación rápida y efectiva que altera, no solamente a su organismo, sino también su psiquismo, al sentirse socialmente disminuido por la pérdida constante de orina.

Este trabajo que presentamos a ustedes es un trabajo cooperativo, porque tal es nuestra norma. En él han participado los servicios de Urología de los hospitales Interzonal de Agudos "General San Martín de la Plata", Interzonal de Agudos "Mariano R. Castex" de San Martín, Policial "Bartolomé Churrucá", Institutos Médicos Antártida y estadísticas particulares de médicos urólogos de nuestra sociedad.

Hemos evaluado 112 casos de los cuales hemos podido rescatar 82. Para el desarrollo de la mesa hemos dividido el tema en:

Fístulas urocúteas y arteriovenosas: disertará el Dr. Federico Wiks.

Fístulas urointestinales: disertará el Dr. León María Metz.

Fístulas urogenitales: disertará el Dr. Hugo Signori.

Estadísticas y consideraciones generales: disertará el Dr. Edgardo Contreras.

Aspectos nefrourológicos: disertará la Dra. Dora Arroyo.

Debemos destacar que no hemos de referirnos a las fístulas uretrales por considerar su etiopatogenia como así también su resolución como un vasto capítulo, que sería motivo de un tema único para una mesa redonda.

Fístula: definición y concepto. Estadística

Dr. Edgardo Eliseo Contreras

Por fístula se entiende al proceso patogénicamente repre-

sentado por una comunicación entre una cavidad primitiva de cualquier naturaleza con el exterior, comunicación que se encuentra constituida por un conducto revestido por tejido de granulación. Por analogía recibe también la misma denominación cuando las cavidades son anatómicas y la comunicación se realiza entre las mismas, y por su intermedio con el exterior.

Cuando aceptamos el término "lesión", por una comunicación anómala y patológica, es totalmente correcto puesto que, para constituirse una fístula, se necesita: a) una lesión hística con metamorfosis regresiva de diversa naturaleza; b) una neoformación de los tejidos; c) trastornos circulatorios con exudación concomitante, o sea, que la lesión actúa en la primera parte del proceso fistuloso, desencadenándolo.

Durante mucho tiempo se sostuvo que uno de los factores importantes en la persistencia de la fístula era su epitelización y esto es inexacto, puesto que raramente sucede y en segmentos o la reversión de la mucosa por el conducto u orificio fistuloso, pero no el avance de la mucosa por el mismo. El nacimiento de tales errores estriba en confundir macroscópicamente el tejido de granulación de la comunicación, crónicamente inflamado y redundante por epitelio, en particular, en nuestro caso de fístulas vesico-vaginales y en las vesico-cutáneas.

Recibe la denominación de persistente cuando deja de tener comunicación con el exterior aparentando su definitiva solución, abriéndose posteriormente en distintas oportunidades, y las definitivas por su persistencia de no mediar un tratamiento.

La constitución de una fístula puede deberse a diversos factores, entre los de mayor importancia y frecuencia se mencionan:

- 1) Tamaño de la lesión.
- 2) Naturaleza de la misma.
- 3) Estado del tejido previo a la lesión.
- 4) Reagudizaciones en el tejido de granulación.
- 5) El permanente pasaje de líquidos o sólidos.

El tamaño de la lesión se encuentra en razón directa con las posibilidades de constitución de la fístula, en cuanto a la naturaleza actuante la noxa que provoque mayor defecto de irrigación provocará una mayor comunicación y su reparación será más dificultosa y con defectos, como ocurre con las rádicas. El estado del tejido previo a la lesión como causa concomitante de la misma en sí o por el difi-

cultoso manejo del mismo durante una maniobra quirúrgica. Las reagudizaciones inflamatorias de naturaleza bacteriana del trayecto impedirán el cierre espontáneo de las mismas. Por último, otro de los factores considerados como importante sería el trasvasamiento de líquidos o sólidos por la comunicación, actuando en forma mecánica por su presencia o reactivando la inflamación.

En cuanto a las denominadas fístulas congénitas, no son tales, puesto que escapan a la definición general de fístula por no poseer en su trayecto tejido de granulación y encontrarse epitelizadas, son entidades nosológicas por disemбриogénesis que reciben denominaciones particulares como heterotopía ureteral subesfinteriana, extrofia vesical o hipospadias, como tal las mencionamos pero no son motivo de nuestro trabajo cooperativo. Con respecto a las espontáneas no es muy feliz la acepción porque, en estos casos, la lesión existe, siendo interna la noxa causante, la divulgación de la acepción proviene de la mayor frecuencia por agresiones externas.

El criterio de denominación como estable de una fístula es eminentemente quirúrgico y no patogénico puesto que la misma es estable o estabilizada cuando está constituida y la denominación anterior es simplemente de lesión. El período de constitución de la misma variará entre las tres semanas por lesión inflamatoria y varios meses en las rádi-cas. La oportunidad quirúrgica dependerá de la naturaleza de la misma.

No particularizo ni menciono especiales o particulares etiologías o patogénesis puesto que cada uno de los que me siguen a continuación se referirán a ello.

Estadística general

Por primera vez nuestra sociedad no presentará una estadística discriminada general del trabajo cooperativo al no poder equiparar científicamente tan diversas fístulas, haciendo mención simplemente que el número de casos aportados fue mayor a cien y los presentados, por ser completos, ochenta y dos.

Fístulas A. V. y urocúteas	10
Fístulas urogenitales	56
Fístulas uroentéricas	17
TOTAL: 82	

FISTULAS ARTERIO VENOSAS Y UROCUTANEAS

Dr. E. Federico Wilks

El shunt arteriovenoso de causa congénita o adquirida a nivel renal ha sido incluido dentro de la temática a considerar. La comunicación establecida puede ser de naturaleza única o a través de múltiples soluciones de continuidad entre los territorios arterial y venoso; así mismo es dable observar la formación de cavidades pseudoaneurismáticas de variable tamaño y comunicaciones al sistema excretor (arterico calico venosas). La sintomatología estará en estrecha relación con la etiopatogenia y magnitud de la fístula, así podremos observar manifestaciones clínicas tales como: trastornos hemodinámicos e insuficiencia cardíaca, dolor y tumoración del flanco, hematuria, etc., son signología local de bulto lumbar, frémito y soplo.

Fístulas arteriovenosas

Etiología	Congénitas	Post traumáticas (accidentales) Post quirúrgicas
	Adquiridas	Accidentes de punción biopsia Tumorales

Fístulas arteriovenosas

Sintomatología	Signología
Trastornos hemodinámicos	Hematuria
Dolor	Tumor
Tumor	Soplo
Hematuria	Frémito

Ante la sospecha clínica de la presencia de una fístula arteriovenosa renal, es de fundamental importancia la valoración cardiológica y hemodinámica del paciente. En oportunidades son trastornos tales como hipertensión e insuficiencia cardíaca los que motivan la consulta.

En el protocolo sistemático de estudio urológico figuran: simple de A.U. - U.E. y angiografía. Otros exámenes eventuales pueden ser la endoscopia y estudios morfológicos tales como ecotomografía, T.C., etc.

Tratamiento

Hemos considerado el tratamiento general dirigido a la descompensación cardiovascular y el tratamiento causal en relación a la etiología uni o bilateralidad de la lesión.

Fístulas arteriovenosas

General	Nefrectomía
Causal	Nefrectomía parcial y segmentaria Embolización

Fístulas arterio-venosas

Post punción biopsia	2	N. parcial
Post traumática	1	Nefrectomía
Tumoral	1	Nefrectomía

Fístulas nefrocúteas

Las de menor frecuencia corresponden a las nefrocúteas, en función de su etiología se consideran:

Fístulas nefrocúteas

Etiología	Espontáneas
	Accidentales

Espontáneas

- Litiasis con o sin obstrucción
- Infección urinaria sin litiasis
- Tuberculosis

- Neoplasia
- Atinomicosis
- Bilarciosis

Accidentales

- Post-traumáticas
- Post-quirúrgicas
 - Hidatosis
 - Quistosis
 - Nefrectomías parciales
 - Nefrotomías

Síntomas

Si se trata de procesos que se abren al exterior en forma espontánea, es imprescindible la existencia de un flemón progresivo con tendencia a la necrosis del espacio perineal que tendrá su expresión en un cuadro infeccioso con repercusión general. La flogosis local con tumefacción y rubicundez preceden al esfacelo cutáneo y consecuente fistulización.

En general, antes de que ocurra la apertura espontánea, se verifica la intervención del cirujano, quien realiza el drenaje con o sin tratamiento causal.

Tratamiento

La bilateralidad de la lesión, la existencia de un solo riñón o la presencia de insuficiencia renal, configuran el primer enfoque terapéutico.

Tratamiento

General

Causal

Nefrostomía
Cirugía reparadora
Nefrectomía

El tratamiento general no va más allá de poner en condiciones al enfermo de realizar cirugía, y debe apuntar a la corrección de desequilibrios hidroelectrolíticos y el uso de antibioticoterapia y quimioterapia antibacteriana.

El drenaje amplio de una fístula con desbridamiento de cavidades flemososas precede a veces al tratamiento causal.

En oportunidades, la nefrostomía se utiliza como única solución.

Fístulas uretero y piel cutáneas

Etiología

Se han considerado a las

Espontáneas

Adquiridas

Post quirúrgicas

Accidentales no quirúrgicas

El cuadro expuesto menciona a las fístulas espontáneas de la vía urinaria superior a la piel. Se ha nombrado a infecciones inespecíficas, ureteritis T.B.C. y ureteritis litiasica como procesos causales aunque de muy escasa frecuencia.

Fístulas uretero y piel cutáneas - Post quirúrgicas

- Cirugía urológica
- Cirugía ginecológica
- Cirugía vascular
- Cirugía colónica
- Cirugía retroperitoneal
- Cirugía del trasplante renal

La cirugía urológica potencialmente productora de fístulas, es la siguiente: Nefrectomía, Ureterolitotomía, Ureterostomía, Cirugía reparadora.

En la ureterolitotomía los factores condicionantes se pueden resumir en no haber constatado la permeabilidad peroperatoria, decúbitos de cayeteres, necrosis distal, error técnico y edema post-operatorio. La ureterostomía puede condicionar una fístula cuando se necrosa el sector distal llevado a la piel. Cuando hablamos de cirugía reparadora nos estamos refiriendo a los fracasos de ureteropieloplastias, ureteroplastias, ureterocalioplastias y anastomosis uretero digestivas.

En cirugía ginecológica, la histerectomía total, histerectomía ampliada y cesárea pueden ser causas condicionantes; en cirugía vascular, el aneurisma de aorta y más raramente la sipaticectomía. En cirugía retroperitoneal mencionaremos a la oncológica, endometriosis, etc. La cirugía colónica puede lesionar el ureter ocasionalmente siendo la oncológica la de mayor riesgo; en el trasplante renal se pueden verificar fístulas cutáneas tanto en anastomosis piel péllicas, piel ureterales como ureterocistoneostomía.

Fístulas uretero y piel cutáneas - Accidentales no quirúrgicas

Arma de fuego

Arma blanca

Contusión con disyunción ureteropielica

Cuando se trata de lesiones accidentales (traumatismos abiertos), es dable observar que la salida de orina al exterior se cumple luego de un período de tiempo en el que se acumula en el espacio retroperitoneal dando lugar a una colección abscedada.

Es común que, por tratarse de traumatismos abdominales penetrantes, sean explorados quirúrgicamente en forma inmediata, pudiendo pasar desapercibida la lesión de vía excretora; esta condición da lugar a la manifestación fistulosa con salida de orina a través de la herida quirúrgica o la puerta de entrada del proyectil, como sucedió en uno de nuestros casos.

Fístulas uretero y piel cutáneas

Sintomatología

Lo más ostensible es la salida de orina al exterior. A través de una solución de continuidad de la piel. El cuadro clínico que responde al extravasado flemoso retroperitoneal en general precede al hecho mencionado con elementos como síndrome febril, distensión abdominal-ileo, dolor, defensa, y contractura.

La mayoría de las veces acompaña a la fístula, alteración urodinámica de grado variable que en oportunidades es causa determinante de la salida de orina hacia la piel (obstrucción por debajo del orificio fistuloso), o es el proceso plástico que sigue al extravasado urinario retroperitoneal el responsable de los cambios dinámico estructurales y funcionales del sistema correspondiente.

Metodología de estudio

A. Diagnóstico radiológico

- Simple de abdomen (íleo) con placa de pie
- Urograma excretor
- Estudios retrógrados
- Fistulografía

B. Exámenes complementarios diagnósticos

- Endoscopía y cromocistoscopia
- Cromoscopías en general dando relevancia al decúbito elegido
- Dosaje de urea y otros solutos en el humor fistuloso
- Otros elementos están destinados a valorar la funcionalidad del riñón afecto; mencionaremos a la gamagrafía y radiorenograma isotópico.

Tratamiento

Confirmada la fístula, valorado el estado del parenquima y morfología del sistema afectado, estamos en condiciones de elaborar el plan terapéutico. Los aspectos a tener en cuenta son: la uni o bilateralidad de la lesión, la etiología del proceso, el estado funcional del sistema afectado, la magnitud y extensión de la lesión y la situación o posibilidades del aparato urinario inferior. La existencia de insuficiencia renal o estado séptico serán factores de consideración primordial. En nuestra serie se han registrado solamente de un total de 82 casos de fístulas urinarias, 3 pielocutáneas y 4 uretero cutáneas, discriminadas de la forma siguiente:

Fístulas pielocutáneas

Post pielolitotomía	2	Nefrectomía
Post herida de bala	1	Nefrectomía

Fístulas uretero cutáneas

Uretero neo cistostomía	2	Reparación Nefrostomía
Traumáticas	2	Marsupialización

Los esquemas siguientes sintetizan la conducta terapéutica.

Fístulas uretero y pielocutáneas - Tratamiento

- Cierre espontáneo
- Cateterismo ureteral (retrogrado anterogrado)
- Derivación transitoria*
- Reparación**
- Derivación definitiva
- Nefrectomía

* Nefrostomía - Pielostomía - Ureterostomía

** Reparación

Directa	Pieloplastias Ureterorrafia Uretero ureterostomía Ureterocistoneostomía: —con ureterocistoplastia
---------	--

- con descenso de vena renal
- con autotransplante

Indirecta Ureteroenteroplastias

FISTULAS URO-INTESTINALES

Dr. León María Metz

Generalidades

Las fístulas urointestinales son más frecuentes en el hombre que en la mujer; su porcentaje relativo es de 75% según Pascal, y de 65% según Higgins. Cunningham invirtió estas cifras dando el 75% a las mujeres.

Dado que la fístula urointestinal más común es la sigmoideovesical, se justifican estos porcentajes en cuanto la comunicación entre el intestino y la vejiga es más difícil en la mujer por la presencia del útero y vagina entre ambos, y que la diverticulosis colónica, además, es más frecuente entre los hombres.

Etiología

Además de las comunicaciones congénitas, que son muy raras, y que se ven casi siempre acompañadas por imperforación anal, siendo la más frecuente la recto-uretral y luego la recto-vesical, existen varias causas que pueden originar una fístula urointestinal.

Dichas causas pueden dividirse en traumáticas: accidentales (fracturas, armas de fuego y arma blanca) y operatorias, flogísticas, neoplásicas, rádicas e indeterminadas.

Las causas originadas pueden radicar en el aparato urinario, digestivo o fuera de ambos.

Meses o años después de aplicar radiaciones a un cáncer de útero, han aparecido fístulas vesicorectales por la ulceración de una escara debida a una endoarteritis rádica.

Las fístulas post operatorias pueden acaecer de entrada o algunas semanas o meses después. Su origen puede deberse a puntos de transfijión demasiado profundos, desvitalización de los tejidos por disecciones exageradas, electrocoagulaciones extensas, abertura de un absceso, eliminación de un cuerpo extraño o evolución de un proceso patológico no curado (neoplasia o T.B.C.).

ANATOMIA PATOLOGICA

Anatomía patológica

La comunicación entre los dos aparatos no siempre es directa, inmediata; puede ser rectilínea o tortuosa o relacionada con otros órganos de la zona.

La abertura urinaria puede ser más o menos amplia, pero en general es pequeña y única, a menudo irregular, circundada de edema. Del lado intestinal, las aberturas pueden ser múltiples.

Alrededor de la fístula, los órganos pueden estar adheridos entre sí, formando un block cuyos componentes son difíciles de limitar y separar; frecuentemente el epiplón mayor puede estar comprometido taponando la zona.

El sentido de la fístula va normalmente del intestino hacia el aparato urinario.

Las lesiones supurativas pueden desarrollar una simple fístula rodeada de una reacción inflamatoria, un absceso

intermedio entre ambos órganos o una pelviperitonitis aguda.

Sintomatología

Las fístulas pueden tener un origen agudo (traumático) o estar precedidas por síntomas flogísticos (apendicitis, diverticulitis, T.B.C., actinomicosis) o neoplásicos (sigmoides, recto, útero).

Dichos síntomas pueden corresponder al aparato digestivo (constipación, diarrea, suboclusión intestinal, dolor abdominal) o al aparato urinario (polaquiuria, disuria, piuria, cuadro febril, etc.).

Los síntomas pueden preceder a la aparición de la fístula siendo de corta duración en las neoplasias y de larga data en las diverticulitis.

Los síntomas patognomónicos son: neumatúria, fecaluria y pérdida de orina por el ano.

La neumatúria es prácticamente constante, puede encontrarse también en el diabético (por descomposición de la glucosa en la orina) o por restos de aire post-endoscopia o cateterismo ureteral; normalmente se manifiesta al fin de la micción.

La fecaluria es menos frecuente que la neumatúria y en orden decreciente, siendo más bien una rareza, se localizará la pérdida de orina por el ano.

Diagnóstico

Varios son los métodos auxiliares de diagnóstico que pueden ser utilizados:

Parendoscopia: A veces se reconoce la existencia de la fístula; en otras, el edema circundante dificulta la interpretación del examen. En otras oportunidades se visualiza una zona circular, roja, edematosa, que simula una neoplasia infiltrativa vesical.

Uretrocistografía: No siempre es diagnóstica: de serlo, demostrará la localización, dirección y extensión de la fístula.

Urograma excretor: Pondrá en evidencia las compresiones vesicales, desplazamientos ureterales y exclusiones renales.

Ureteropielografía ascendente: Util para aclarar las fístulas altas en el aparato urinario (uretero-intestinales y pielo-intestinales).

Colonoscopia: Podrá poner en evidencia las causas intestinales (neoplásicas, diverticulitis, etc.).

Colon por enema: Demostrará las diverticulosis colónicas y lesiones neoplásicas, lográndose a veces el paso del bario al aparato urinario.

Tránsito intestinal: Estudio de valor en las ileitis (enfermedad de Crohn).

Pronóstico

Las fístulas uro-intestinales configuran una afección importante; su evolución depende de las causas originarias, siendo las sigmoideovesicales de origen diverticular las de mejor pronóstico.

Tratamiento

Si la fístula es una complicación de una gran tumoración no localizada en un solo órgano o de una T.B.C. diseminada del tracto intestinal, las pretensiones de curación quedarán postergadas, quedando a veces solamente la derivación intestinal como medida terapéutica.

En otros casos, la separación de los órganos involucrados, extirpación del trayecto fistuloso y sutura por separado de los orificios con o sin derivación intestinal suprayacente solucionará el problema.

En otras oportunidades será necesaria la extirpación de un tracto intestinal para curar la fístula y prevenir las recidivas.

También está descripta la curación a través de una sonda a permanencia o cistostomía.

Las causadas por diverticulitis podrán cerrar con derivación intestinal exclusivamente, pero recidivarán con frecuencia al cerrar la colostomía.

En resumen

De las fístulas altas reno-intestinales y uretero-intestinales, podemos decir que dependen excepcionalmente de una causa intestinal; normalmente, su origen es urológico (perinefritis, periureteritis, pionefrosis y litiasis).

Su localización será en colon, estómago y duodeno preferentemente. La neumatúria y fecaluria son excepcionales por estar normalmente el riñón excluido. La sintomatología será dolorosa o tumoral. La terapéutica es quirúrgica y termina luego de una operación laboriosa en una nefrectomía o nefroureterectomía con cierre de la brecha intestinal sin derivación.

De las fístulas vesico-intestinales, podemos resumir que son de lejos las más frecuentes (80% del total) dependen normalmente de una causa intestinal, siendo al revés de las altas excepcionales las de causas urológicas. Las de origen tumoral representan solamente el 25% de los casos, siendo el resto de causa inflamatoria. Entre las fístulas no traumáticas el 90% son de origen colónico y el 75% de ellas son por diverticulitis sigmoidea.

Entre el 2 y el 10% de las sigmoiditis diverticulares que se fistulizan, la proporción hombre-mujer es de 4 a 1.

En el cáncer de colon, entre el 0,3 y el 0,6% se fistulizan, el 90% de origen izquierdo y el 10% en el ciego.

La ileitis regional es rara, representa el 5% de todas las fístulas, siendo su edad promedio los 40 años al revés del cáncer y las diverticulitis que se presentan más frecuentemente en la 6ª y 7ª década.

Los tumores genitales femeninos se fistulizan raramente, siendo los de cuello uterino, vagina y ovario los más frecuentes.

De las fístulas prostaticorrectales podemos decir que la enorme mayoría corresponde a las traumáticas (95%) y, dentro de ellas, a las post-quirúrgicas. En una estadística, sobre 15.000 adenomectomías, se encontraron 58 fístulas rectales, la mayoría de ellas provocada por adenomectomías perineales.

También han sido descriptas fístulas por resección endoscópica de próstata, uretroplastias y cateterismo uretral.

La vía de abordaje más adecuada nos parece la transcoxígea que permitirá una adecuada liberación de ambos órganos, logrando una sutura muy satisfactoria.

FISTULAS UROGENITALES FEMENINAS

Dr. Hugo A. Signori

Trabajo cooperativo realizado por la Sociedad de Urología y Nefrología de la Provincia de Buenos Aires.

El encarar el relato de un trabajo cooperativo resultó fundamentalmente diferente al hecho habitual de transmitir una experiencia exclusivamente personal.

Parecía difícil compatibilizar ideas, criterios y técnicas provenientes de distintos profesionales, de diferentes escuelas y centros asistenciales.

Sin embargo, al ordenar, clasificar y analizar las cifras obtenidas, surgió el hecho alentador de descubrir que nuestra problemática, nuestras dificultades, nuestras dudas, nuestros éxitos y también nuestros fracasos, eran similares a los de los demás.

Por eso me dedicaré a analizar fundamentalmente la causalidad de nuestro trabajo y tratar de transmitir lo que puedan ser sus conclusiones de valor.

CUADRO 1
FISTULAS URINARIAS

80 pacientes
Fístulas Genitales Femeninas
56 pacientes (70%) 57 fístulas 5 lesiones asociadas no fistulosas

De un total de 80 pacientes, las fístulas genitales femeninas constituyeron el grupo más numeroso, con 56 pacientes (70%), 57 fístulas y 5 lesiones asociadas no fistulosas.

Las fístulas ureterovaginales, véscicovaginales y véscicouterinas, constituyen un grupo de lesiones firmemente unidos por su etiología tocoginecológica y por un síntoma común: la pérdida de orina por vagina.

CUADRO 2

Lesiones	Pacientes	%
Unicas	50	89,28
Fist.	1	6
	5	
Total	56	

Dichas lesiones asociadas fueron parciales o totales, uni o bilaterales, con repercusión en el árbol urinario superior sintomática o no (riñón mudo).

Por lo tanto, nunca debemos confiar en diagnósticos sencillos y procederemos a descartar sistemáticamente lesiones complejas.

El interrogatorio de la paciente nos lleva casi siempre a la existencia más o menos cercana de un antecedente de parto, cirugía obstétrica o ginecológica o enfermedad cencerosa que requirió tratamiento.

CUADRO 3
LESIONES ASOCIADAS NO FISTULOSAS
LIGADURAS Y SECCIONES URETERALES

Unilaterales	Izq.	2	4
	Der.	2	
Bilaterales			1
Total			5

Teniendo en cuenta que la lesión es casi siempre consecuencia del tratamiento y no de aparición espontánea, que es molesta, antisocial y cuyo estudio y tratamiento va a ser largo y de resultado tal vez incierto, el primer problema a encarar es el manejo de la paciente. La misma tiene poco interés en disquisiciones técnicas o científicas. En las palabras de Couvelaire, sólo sabe que está mojada, molesta en sociedad, humillada y obsesa.

A la paciente debe trazársele un plan de estudio de itinerario conocido, que cubra la mayor parte de las posibilidades y no la sorprenda con reiteraciones o variantes imprevistas. Deberá saber que una espera a veces prolongada mejorará sus posibilidades de curación. Y, lo más difícil, será hacer que recupere la confianza perdida.

CUADRO 4

Edad	Prom. 31		Patología en orden de frecuencia	
	Mn 23	Mx 76		
	Casos	%		
20-29	5	8,92	Cesárea	Fórceps
30-39	15	26,78	Cesárea	Fórceps mioma
40-49	17	30,35	Mioma	Cáncer
50-59	15	26,78	Cáncer	Mioma
60-69	1	1,78	Cáncer	
70-79	3	5,35	Cáncer	Mioma

De acuerdo a la edad y a la patología correspondiente, la mayor parte de las lesiones se agruparon de la 3ª a la 5ª década, con predominio de procesos de etiología benigna de la 2ª a la 4ª y maligna de la 5ª a la 7ª.

De acuerdo a la causa, podemos clasificar a las fístulas en:

1) **Tocogénicas:** Se producen por parto distócico prolongado o precipitado, por necrosis por compresión de la cabeza fetal impactada contra la sínfisis del pubis, o por parto forcpal, como ocurrió en todos nuestros casos. Se localizan en la pared vaginal anterior e involucran vejiga o uretra.

2) **Quirúrgicas:** a) **Obstétricas:** se producen durante la operación cesárea abdominal por lesión directa o sutura.

Etiología			Pac.		Uretero Vaginales	Vesico Vaginales	Vesico Uterino Vaginal	Vesico Uterino
Tocogenia (7,14 %)		(Forceps)		4		4		
Quirúrgica (82,14 %)	Obstetricia	(Cesárea)	7			2	2	3
	Ginecológica	Wertheim	5		3	2		
		Histerec.	29		5	25		
		Conización	1			1		
		Prolapso	1			1		
Urológica	Ca. Vesical	1			1			
Proctológica		1		1				
Actínica (10,71 %)		No registra	46					
Cáncer				6		6		
				0				
Total			56		9	43	2	3
57 fístulas								

CUADRO 5

Se localizan a nivel del útero, cuello uterino o cúpula vaginal.

La fístula vésico uterina se produce por lesión vesical durante la cesárea ístmica, al incluir endometrio en la sutura de la pared uterina conjuntamente con la lesión vesical. Se produciría un proceso supurado con avenamiento en ambos órganos. La existencia de una endometriosis puede favorecer su formación. b) Ginecológicas: constituyeron la mayor parte de las lesiones vesicales y todas la ureterales. Graber, en las lesiones por histerectomía describe 5 momentos quirúrgicos durante los cuales puede producirse la lesión vesical: 1) Vejiga llena. 2) Tumor uterino u operación anterior. 3) Al separar la vejiga del cuerpo uterino. 4) Al abrir la vagina. 5) Al suturar el fórnix vaginal.

Prácticamente todas las operaciones ginecológicas pueden producir lesiones urinarias. También se menciona como factor etiológico el uso de suturas no reabsorbibles, muy mal toleradas en esta zona.

Puede ocurrir la ligadura del uréter o su compresión por pinzas, con exclusión renal consecuente; la sección, con pérdida inmediata de orina; o tardía por denudación, mecanismo de las fístulas por necrosis de la operación de Wertheim.

La operación de Wertheim ocasionó con más frecuencia le-

CUADRO 6

INCIDENCIA DE FISTULAS

Operación	Uret. Vagin.		Vesico Vagin.	
	Casos	%	Casos	%
Wertheim	3	60	2	40
Histerectomía	5	17,5	24	82,5

siones ureterales que vesicales, inversamente a la histerectomía total simple. Durante la histerectomía la lesión ureteral se produce a nivel del pedículo uteroovárico, en el cruce con la arteria uterina.

3-4) Cancerosas y actínicas: Tuvimos 6 casos de fístulas atribuidas al tratamiento actínico y ninguna por el cáncer mismo (Cuadro 5).

CUADRO 7

Procesos	Pac.	%
Benignos	44	78,57
Malignos	12	21,42
Total	56	

Hubo un 79% de casos como consecuencia del tratamiento de procesos de etiología benigna y un 21% por el tratamiento de procesos de etiología maligna.

De 12 casos de cáncer, aparentemente ninguna fístula se debió en forma directa al proceso neoplásico, sino a su tratamiento.

La fístula actínica se produce o por error de técnica o dosimetría o por fusión del proceso canceroso que ha invadido el tabique.

La cirugía de los casos irradiados, como factor causal o concurrente, aumentó la incidencia de las fístulas. El 55% de los casos irradiados presentó fístulas vésico-vagino-rectales y todas las fístulas vésicovagino-rectales se produjeron en casos irradiados. Su frecuencia sería proporcional a la cantidad de radiación recibida.

CUADRO 8

FISTULAS POR TRATAMIENTO DEL CANCER TIPO

Factor causal	Casos	F. Concurrente	Casos	Vés. vag. rectal	Vés. vag.	Uret. vag.
Radioterapia	6	Ninguno	3	2	1	—
		Cirugía	3	1	—	—
Cirugía	6	Ninguno	3	—	2	1
		Radioterapia	3	2	1	2
Total	12			5	4	3
Pac. Irradiad.	9			5 (55%)		

CUADRO 9

TIEMPO DE APARICION DE LA FISTULA

Tratamiento	Pacientes	Promedio	Mn	Mx
Actínico	9	23 M	8 M	14 A
Quirúrgico	16	13 D	1 D	90 D
No registrado	31			
Total	56			

En los casos producidos por tratamiento actínico, la fístula apareció en un tiempo promedio de 23 meses, aunque por la progresión de la vascularitis isquémica puede presentarse mucho después. En nuestra casuística tuvimos un caso luego de 14 años.

En los casos de etiología quirúrgica la fístula se manifestó en un tiempo promedio de 13 días, más tempranamente en las lesiones directas y hasta los 90 días en los mecanismos de denudación.

La localización de las fístulas fue la siguiente, con predominio de las véscico-vaginales en las tres cuartas partes de los casos:

Cuadro clínico y diagnóstico

El diagnóstico, de no hacerse en el momento de producirse la lesión en los casos quirúrgicos, con la reparación inmediata consecuente, se realiza por la pérdida de orina por vagina, con o sin micción conservada según el calibre de la fístula, o la coexistencia de lesión ureteral. El diagnóstico de existencia es, en general, evidente por sí mismo, pero el diagnóstico diferencial entre una pequeña fístula véscicovaginal y una fístula ureteral y fundamentalmente de la combinación de ambas, puede ser dificultosa.

Los estudios realizados fueron: el urograma excretor, la cistografía, la especuloscopia con colorante vesical, la cistoscopia, la cromoscopia y, eventualmente, el cateteris-

CUADRO 10

ANATOMIA DE LA FISTULA

	Casos	%
Ureterovaginal	9	15,78
Vesicovaginal	37	64,91
Vesicovaginoorrectal	6	10,52
Vesicouterina	3	5,26
Vesicouterinovaginal	2	3,50
Total	57	

mo y la ureteropielografía ascendente. De acuerdo al resultado de los sucesivos hallazgos, se modificó el orden el número de los estudios efectuados.

De los numerosos artificios técnicos utilizados y publicados, podemos mencionar que, al colocar una sonda vesical, a diferencia de las fístulas vesicales, en las ureterales continuará la pérdida de orina.

El colorante colocado en la vejiga saldrá por la vagina si la fístula es véscicovaginal, mientras que si es ureteral continuará saliendo orina sin teñir.

Si la lesión es mixta, vesical y ureteral, la aparición de colorante en la vagina puede hacer pasar desapercibida la lesión ureteral, como pasó en uno de nuestros casos en que, después de realizar la fistulografía vesical, debió ser reoperado por una fístula ureterovaginal residual. En estos casos, un tapón de gasa colocada en la cúpula vaginal saldrá mojado y sin teñir. La cistoscopia, la especuloscopia y fundamentalmente el urograma demostrarán la lesión ureteral o la existencia de compromiso renal hidronefrótico o exclusión renal. En la lesión ureteral, la pérdida de orina fue acompañada habitualmente de dolor lumbar y/o hipertermia.

Las mismas consideraciones son válidas para las ligaduras del uréter, si bien pueden llegar a pasar desapercibidas al

no haber pérdida de orina vaginal. El urograma excretor y la ureteropielografía ascendente con técnica de Chevassú aclararán el cuadro.

Las manifestaciones de las fístulas véscouterinas varían fundamentalmente según que la lesión se establezca por encima o por debajo del istmo del cuello uterino. En el primer caso se produce un cuadro de amenorrea, hematuria cíclica (Menouria de Youssef) y perfecta continencia urinaria. En el segundo caso, hay pérdida de orina por vagina, como sucedió en nuestros pacientes.

Tratamiento

A) Fístulas véscovaginales: Su reparación se realiza en el momento en que se producen de ser descubiertas. De no ser así, es conveniente esperar un período de 3 a 6 meses según la mayoría de los autores. Collins preconiza la operación precoz, previa administración de corticoides durante 10 días. En los casos tocogénicos, se ha aconsejado esperar hasta 9 meses.

CUADRO 11
DURACION DE LA FISTULA

TIPO	Nº Casos	Prom.	Mn	Mx
URETERAL	4 5	2 M N.R.	14D	5M
VESICO VAGINAL	26	5 D	1 D	14 D
	5 in. (20 %)			
	21 dif. (80 %)	4 M	45D	10 M
	17 N.R.			
VESICO UTERINA	2	5 M		
VESICO UTERINO VAGINAL	1	N.R.		
	2	N.R.		
Total	57			

En nuestros casos, el 20% se operó precozmente, en un tiempo promedio de 5 días y el 80% en forma diferida, con un tiempo promedio de espera de 4 meses.

Las cistorráfias abdominales se realizaron en 5 casos en forma precoz y en las demás en forma diferida. Las operaciones tempranas se realizaron en un caso por la sección cocomitante de ambos ureteres, con la anuria consecuen- te, en otro por el gran tamaño de la fístula que hizo imposible su control y en un tercero se trató de una operación proctológica durante la cual se observó la lesión vesical. Todas las cistorráfias vaginales fueron diferidas.

Si bien las diferencias no parecen significativas en cuanto a los resultados (80% de éxitos en las operaciones precozes y 87% en las diferidas), pensamos que de no estable-

CUADRO 12
FISTULAS VESICOVAGINALES

	Resultados según el tiempo de tratamiento					
	Cistorrafia					
	Abdominal			Vaginal		
	Casos	Exitos	%	Casos	Exitos	%
Inmediato	5	4	80	5	5	100
Diferido	16	14	87,5	5	5	100
No reg.	10					

cerse el diagnóstico en forma temprana, en las primeras horas o días, es conveniente efectuar la operación diferida. Esto permite: 1) El ciclo completo de degeneración tisular (el estudio microscópico de las lesiones fistulosas ha demostrado procesos degenerativos a nivel de la fibra muscular) y su posterior regeneración reabsorción de exudados, hematomas y cicatrización. 2) Delimitación del tamaño definitivo de la fístula. 3) Ocasionalmente el cierre espontáneo.

Mientras se espera, se busca la forma más adecuada de co- lectar la orina, no siempre fácil. Puede ser tan difícil man- tener seca a la paciente como cerrarle la fístula. El control y manejo de la pérdida de orina pondrá a prueba la pacien- cia del paciente y del médico, y el ingenio de éste, de ma- nera que cualquier idea o innovación al respecto será siem- pre bienvenida y probada. Hemos ensayado todas las com- binaciones posibles de sondas por vía ureteral, vaginovesi- cal, vaginal conectada a un diafragma anticonceptivo, etc., en forma aislada o combinada. El manejo de los detalles incluye el tipo de sonda, calibre, llenado del balón, etc. Los mejores resultados los hemos obtenido con la sonda Malecot o Pezzer "Malecotizada" (no descabezada), por vía ureteral y, en el caso de grandes fístulas, con la com- binación de una foley uretral y otra vaginal transfistulosa, unidas entre sí para su más fácil cambio.

La pérdida persistente de orina infectada produce la mace- ración y hasta la retracción vaginal y lesiones cutáneas a veces impetiginizadas que impiden la operación.

Antes de encarar la fistulorráfia vesical debemos destacar que la reparación de una lesión ureteral involucrada en los bordes de la fístula tiene prioridad, si es necesario, en for- ma previa e independiente.

La primera operación es la que tiene la mayor chance de éxito, por lo que jamás debemos subestimar las dificul- tades involucradas. En el deseo de librar a la paciente de su penosa situación, puede cometerse el error de operarla sin un estudio apropiado o sin una profunda comprensión del problema o no encontrándose localmente en las con- diciones ideales. Creemos que la oportunidad terapéutica es más importante que la precocidad.

La aplicación de los principios básicos descriptos por Sims en 1852 siguen estando hoy vigentes.

Puede intentarse, dada su sencillez, la electrocoagulación endoscópica de las pequeñas fístulas, técnica que se funda- menta en la destrucción del epitelio del trayecto. Sin em- bargo, la corriente de coagulación provoca lesiones con- céntricas al punto de aplicación de tipo isquémico, que pueden empeorar el cuadro. Pensamos que en caso de efectuarse debe utilizarse únicamente corriente de corte y de baja intensidad.

CUADRO 13

PRINCIPIOS BASICOS DE LA CIRUGIA DE LAS FISTULAS SIMS 1852
1) Estudio previo
2) Preparación: general y local
3) Buena exposición
4) Resección de la fístula y tejido isquémico
5) Separación de la vejiga de la vagina
6) Manipulación delicada que evite traumatismo e isquemia
7) Material de sutura adecuado
8) Evitar superposición de suturas
9) Evitar la tensión en las suturas
10) Hemostasia cuidadosa
11) Drenaje apropiado
12) Prevención y tratamiento de la infección
13) Evitar espacios muertos
14) Descompresión vesical

En el caso de fístulas de pequeño calibre y en las residuales quirúrgicas, hemos utilizado con cierto éxito el legrado de la fístula bajo control endoscópico.

La suma de datos obtenidos (etiología, situación, tamaño, relaciones ureterales y lesiones asociadas) decidirá la vía. Hay defensores de la vía abdominal y de la vía vaginal. Hay quien tiene como axioma el reparar la fístula por la vía que la ocasionó, pero tal vez el mejor criterio es usar la vía que resulte más cómoda y segura de acuerdo al caso y al cirujano.

No describiremos aquí las técnicas, pero en nuestro estudio se observó una marcada predilección por parte del urólogo de la vía abdominal (67% de las operaciones).

Personalmente, consideramos que si es posible alcanzar la fístula por vía vaginal, ésta es una excelente vía, con un elevado porcentaje de curaciones y con un postoperatorio realmente simple y benigno, especialmente desde que

usamos la técnica de desplazamiento de un flap vaginal, por lo que la describiremos brevemente:

Posición de litotomía forzada (knee chest position). Una buena separación y la utilización de una valva de peso dan generalmente un campo adecuado. Localizada la fístula se repara con puntos tractores y se delimita la incisión de un colgajo vaginal de amplio pie posterosuperior. Se diseña el flap vaginal de la vejiga. Se reseca la fístula y el tejido isquémico circundante, sin necesidad de interesar la mucosa vesical para no correr el riesgo de lesionar los uréteres o aumentar el tamaño de la fístula. Se deja la mucosa vesical sin cerrar y se sutura perfectamente el plano muscular. Se desliza entonces el flap vaginal hasta cubrir la zona resecada con facilidad. Quedan así cumplidos los principios de separación de planos y suturas, de utilizar tejido bien vascularizado y realizar suturas sin tensión. Utilizamos como material de sutura exclusivamente poligraquina o similar en todos los planos.

Las curaciones conseguidas por algunos autores por sutura de la capa muscular solamente, demuestran que los buenos resultados se deben a la calidad y buena movilización de los tejidos y no a la cantidad de planos mucosos que se hagan.

En cuanto a los resultados, se realizaron 46 procedimientos en 43 casos, con 34 éxitos (79% de los casos tratados). Hubo un 100% de éxitos con el uso de la vía ya en uno o más intentos y un 83% de éxitos con el uso de la vía abdominal. Se produjeron 6 recidivas (15%), 3 curadas y 3 definitivas (8% de fracasos). En 6 casos, debido a las condiciones generales o locales de la paciente no se intentó la fistulorrafia (15%).

Sin embargo, el valor de estas cifras es relativo debido a la gran diferencia que existe entre el resultado del tratamiento de los procesos de etiología benigna y el de los de etiología maligna.

En los pacientes con cáncer irradiados y en las fístulas véscico vaginal rectales, los resultados de la cirugía no son alentadores. Ni todo el ingenio ni la capacidad del mejor cirujano son suficientes en todos los casos para curar este tipo de fístulas. Primero se deben biopsar los bordes de la lesión para descartar recidiva neoplásica y en los casos con comunicación rectal, debe hacerse colostomía previa a cualquier intento. En la corrección quirúrgica debe siempre interponerse tejido vascularizado, a través del cual se produciría la revascularización del tejido isquémico irra-

CUADRO 14

FISTULAS VESICOVAGINALES RESULTADOS

Tratamiento	Proced.	Casos	Exito	%	Intentos						Fracaso		
					1	%	2	%	3	%	Nº	%	
Eleg. coag. Legrado end.	2 2		2 2										
F. R. Abdominal	29		24	82,75	22	76			2		2		
F. R. Vaginal	5		5	100	4	80	1						
No registra No intento	2 6		1 -								1		
Total	43	43	34	79,06							3	8,1	

CUADRO 15
FISTULAS VESICOVAGINALES

Lesiones	RESULTADOS		
	Casos	Exito	%
Benignas	34	32	94,11
Malignas	9	2	22,22
Total	43	34	79,06

diado. Hemos intentado también en un caso el descenso rectal, pero ante los fracasos, creemos que la derivación pre-vesical de orina puede ofrecer ventajas tanto inmediatas como a largo plazo. Sobre 9 pacientes tratados por procesos de etiología maligna, se obtuvieron sólo dos curaciones (22%), contrapuestas a un 94% de éxitos en los casos de etiología benigna.

B) Fístulas ureterovaginales: El tratamiento, en los casos de diagnóstico inmediato consiste en: liberación del uréter, regularización de los cabos y sutura término-terminal o en el reimplante ureterovesical.

El diagnóstico tardío requiere comprobar el estado de la función renal, realizando preferentemente nefrostomía en los de gran hidronefrosis o severo compromiso renal y, en especial, en los casos bilaterales, lo que permite que se establezca el cuadro clínico de la paciente. Es más importante preservar la vida y la función de cerrar la fístula.

El tratamiento diferido será entonces la ureteroneocistostomosis, si es necesario con un colgajo vesical tubulado (Boari), como en uno de nuestros casos.

En los casos irradiados es preferible desechar el sector terminal desvitalizado del uréter y realizar el ascenso de la vejiga y/o el descenso renal.

Las fístulas ureterovaginales, abandonadas a su evolución espontánea, llegan a curar en forma aparente, por anulación funcional renal. Tuvimos un caso de curación real, pero este es un hecho poco frecuente.

A pesar de la complejidad existente, muchas veces en el diagnóstico y en la toma de decisiones, el reimplante ureterovesical es una operación resolutoria que dio excelentes resultados. De 9 casos, se operaron 6, con un 80% de éxitos en el primer intento y 100% en el segundo. En tres

casos no se intentó la reparación de la fístula, lo que deja un porcentaje global de curaciones del 66%.

En los casos de exclusión funcional renal, puede esperarse la recuperación funcional, siempre que el período no supere las 6 a 10 semanas. Además de los estudios funcionales y radioisotópicos, puede recurrirse a la biopsia renal para determinar el grado de la lesión sufrida.

CUADRO 17
FISTULAS URETERO VAGINALES

Lesiones	Resultados		
	Casos	Exito	%
Benignas	6	5	88,33
Malignas	3	1	33,33
Total	9	6	66,66

Nuevamente debemos decir que las lesiones producidas por cáncer, cirugía y radioterapia, son condiciones propicias para el fracaso. De tres pacientes con procesos de etiología maligna, se obtuvo una sola curación (33%), contrapuesta al 88% de éxitos en el tratamiento de 6 casos de etiología benigna.

Se intentó la fistulorrafia por vía abdominal en todos los casos, realizándose además en uno la histerectomía, con un 100% de éxitos en 5 casos. Técnicamente, es necesario recordar que debe eliminarse todo tejido endometrial del trayecto fistuloso mediante legrado.

Postoperatorio

De los cuidados postoperatorios y del modo detallado en que se ejerzan depende en gran parte el resultado obtenido. La descompresión vesical mediante una sonda de tipo Malecot que consiga un vaciado vesical completo en forma permanente y prolongada y sin ocasionar decúbito, o por cistostomía en los casos indicados, la prevención y tratamiento exhaustivo de la infección y el cuidado personal del urólogo son hechos fundamentales.

CUADRO 16
FISTULAS URETEROVAGINALES RESULTADOS

Tratamiento	Proced.	Casos	Exito	%	Intentos						Fracasos No %
					1		2		3		
					%		%		%		
Reimplante	5		5	100	4	80	1				
Cura espont.	1		1								
No intento	3		—								
Total	9	9	6	67							

CUADRO 18

FISTULAS VESICOUTERINAS RESULTADOS

Tratamiento	Proced.	Casos	Exito	%	Intentos						Fracaso Nº %
					1	%	2	%	3	%	
Fist. Rafia Histerectomía	2 1										
Total	3	3	3	100	3	100					
Fístula Vesicouterinovaginal											
Fist. Rafia Total	2	2	2	100	2	100					

CUADRO 19

RESULTADOS GLOBALES

Etiología	Casos	Intento				Curados				Proc.	Fracasos	
		No	%	Sí	%	Intento					Nº	%
						1	%	2+	%			
Benigna	45							42	93,33			
Maligna	12							3	25			
Total	57	9	15,75	48	84,21	41	71,4	45	78,94	60	3	6,25

CUADRO 20

Recidivas	Casos	%
		7
Curadas	4	
Definitivas	3	6,25

De 57 casos tratados, curaron 45 (79%), mediante 60 procedimientos diferentes. En los 45 casos de etiología benigna curaron 42 (93%). De los 12 casos de etiología maligna sólo curaron 3 (25%).

Hubo 7 recidivas (12%), 4 de las cuales curaron en intentos subsiguientes y 3 no (6% de fracasos).

En 9 ocasiones no se intentó la fistulorrafia (16%), debido a condiciones generales o locales no favorables.

(Veáse Cuadro 21).

CUADRO 22

COMPLICACIONES DE LA FISTULORRAFIA

Hidronefrosis	1
Fist. hipogástrica	1
Infec. urinaria	1
Supuración	1

CUADRO 21

MOTIVOS PARA NO INTENTAR LA FISTULORRAFIA

9 casos (15,78 %)

Diagnóstico	Etiología	Lesión	Tratamiento definitivo	
C. A. Cuello	Quirúrgica	F. Uret. D-Lig. I.	Ureterost. D-Ex. I.	Fallece
C. A. Cuello	Quirúrgica	F. Uret. Vag. D.	Nefrectomía	
C. A. Cuello	Actínica	F. Vés. Vag.	Bricker	
C. A. Cuello	Actínica	F. Vés. Vag. Rec.	Colostomía	
C. A. Ovario	Actínica	F. Vés. Vag. Rec.	Colostomía	Fallece
C. A. Endometrio	Actínica	F. Vés. Vag. Rec.	Colostomía	
C. A. Vesical	Actínica	F. Vés. Vag.	Bricker	
C. A. Vesical	Actínica	F. Vés. Vag. Rec.	—	Fallece
No registra	No registra	F. Uret. Vag. I.	Ex. Renal	Fallece

Excluidos, por haber sido ya analizados, los fracasos, las recidivas y los casos no intentados, las complicaciones de las fistulorrafias propiamente dichas fueron aparentemente escasas.

del proceso, de un diagnóstico oportuno y correcto, de una operación criteriosa y programada y del respeto a los principios básicos de este tipo de cirugía.

En las palabras de Marshall, el cirujano debe estar preparado para la diversidad y la adversidad. Prueba de este hecho es que hayan debido realizarse:

CUADRO 23

Fallecimientos	3 casos	5,35 %	
Diagnóstico	Fístula	Etiología	Tratamiento
Cáncer de cuello	Ves. vag.	Actinica	Colostomía
Cáncer de vejiga	Ves. vag.	Actinica	—
	Ves. vag.	Quirúrgica	Bricker

Fallecieron 3 pacientes (5%), con procesos de etiología maligna. Nuestras conclusiones, superponibles a las de cualquier análisis estadístico de un origen único, demuestra que los resultados que se obtengan van más allá de la técnica utilizada. En resumen, dependen de la etiología

CUADRO 24

PROCEDIMIENTOS EFECTUADOS

Fístulas, lesiones y patología asociada

Fistulorrafias	51
Reimplantes	4
Boari	1
Nefrectomía	1
Nefrostomía	2
Ureterostomía cut.	1
Colostomía	4
Hartman	1
Bricker	2
Histerectomía	1
Exclusión renal	1
Insuficiencia renal	1
Litiasis	1

Conclusiones

En el desarrollo de la mesa, hemos definido a las fístulas, y las hemos diferenciado de lo que es lesión y las mal llamadas fístulas congénitas.

Hemos analizado también los factores etiológicos y de ellos podemos decir que sigue siendo la cirugía ginecológica quien presenta los mayores porcentajes de casos, en especial cuando va acompañada con linfadenectomía. En orden de frecuencia, le sigue la cirugía estética, la intestinal, la acción directa o concurrente de la terapéutica radiante, y la cirugía urológica.

Las fístulas arteriovenosas, que aquí se han incluido, han entrado a formar parte de los porcentajes anteriores. Ellas son motivadas, en su mayoría, por punciones biópsicas renales, etiología que se suma, también, por la ambición médica de diagnosticar con certeza, para curar en seguridad.

Se han desmenuzado los métodos de diagnóstico y, en especial, la diversidad de técnicas correctoras.

La presencia del nefrólogo, olvidado en la mayoría de las veces, ha estado presente en nuestra casa. Su opinión o consejo tiene el valor de la preservación funcional del riñón que soporta el embate de una cirugía correctora que podría alterar

aún más su fisiopatología alterada, ya por su afección de base.

Resaltamos, también, la importancia del control de las curas espontáneas de las fístulas, sea cual fuera su altura o lugar. Su control inmediato y alejado permitirá corregir a tiempo complicaciones que, de no ser así, se transformarían en severas y/o graves alteraciones tales como anulaciones funcionales, hidronefrosis, infecciones, hipertensión arterial, etc.

Hemos tratado de ser concisos y breves. Les hemos volcado nuestra experiencia. Sabemos que no está todo dicho, pero nuestra inquietud es buscar entre todos, los métodos de prevención y tratamientos que cumplan con nuestra vocación de servicio: **PREVER Y CURAR.**