

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS FISTULAS VESICO-VAGINALES

por el Prof. Dr. Gilberto Meneses de Goes

Vamos a hacer algunas consideraciones acerca del tratamiento quirúrgico de las fistulas vesico-vaginales. Gran parte de esta experiencia pertenece al Servicio, no es personal.

Entre 1965 y 1980 fueron tratados en la clínica urológica 150 casos de fistula vesico-vaginal. Existe una gran cantidad de fistulas obstétricas provenientes de centros donde no se presta una buena asistencia obstétrica. Hemos tenido fistulas obstétricas que aparecieron post-parto prolongado, 58 casos; fistulas obstétricas post-forceps, 13 casos; post-cesárea concomitante con trabajo de parto prolongado, lesión de la propia cesárea, 3 casos; asociada a parto prolongado, 10 casos; y con ruptura uterina asociada, 5 casos.

Tuvimos fistula quirúrgica post-cirugía ginecológica de vía suprapúbica, 41 casos; fistula quirúrgica de cirugía ginecológica por vía vaginal, 13 casos y post-cirugía urológica, 2 casos de resección transuretral y divertículo de uretra en un caso y post-cirugía abdominoperineal, por amputación de recto, un caso; fistulas traumáticas por fractura de la loge de la vagina, un caso, fistula congénita en un caso y fistula radioterápica, en un caso.

Para esquematizar la división desde el punto de vista didáctico, las clasificamos en fistulas altas, 67 casos, con un porcentaje de 44,5% y fistulas bajas, que son importantes dentro del problema de reconstrucción sin compromiso uretral en 50 y con compromiso uretral, en 33 en un total de 83 casos.

Puede comprobarse la gravedad de estos casos porque en un gran porcentaje la fistula tenía también compromiso dentro de la uretra.

En las fistulas altas, podemos hacer una división didáctica: 49 casos eran de fistula vesico-vaginal, 9 casos de fistula vesico-cervical, 1 caso de fistula vesico-uterina en 8 casos había concomitancia de una fistula ureteral también con el cuadro de fistula uretero-vesico-vaginal. En total, 67 casos.

En las fistulas bajas teníamos 43 casos, sin compromiso de uretra y 7 casos de fistulas vesico-cervicales bajas, un total de 50; fistula vesical con compromiso uretral, esto es, una fistula uretero-vesico-vaginal podemos dividirlos didácticamente con casos en que hay una obstrucción de la uretra, parcial o completa. Con obstrucción parcial de la uretra 8 casos y con obstrucción parcial o completa de la uretra, 2 casos. Con destrucción de la uretra, en 15 casos era parcial y en 8, la destrucción de la uretra era completa.

Algunos casos se han presentado al Servicio con lesión concomitante del tracto urinario, 5 casos presentaban obstrucción ureteral parcial, 3 casos obstrucción total del uréter, 10 casos con litiasis vesical, y 2 casos en que la litiasis comenzó en la vejiga y se fue extendiendo hacia la vagina.

Dada su gravedad, algunas fistulas necesitaron más de una intervención quirúrgica para su corrección.

Sobre 150 pacientes operados en el Servicio se consiguió el cierre de la fistula con una sola operación en 88 casos, 31 casos necesitaron por lo menos dos operaciones para el cierre; 18 casos tres operaciones; 8 casos cuatro operaciones; 5 casos más de cuatro operaciones, contando entre estos casos más complicados, algunos de los que nos mostraron en este Congreso, en que se hacía una derivación temporaria para que la vejiga quedara sin orina y efectuar el cierre de la fistula con la vejiga sin orina para posterior-

mente reconstruir el tracto urinario.

En estos pacientes, las operaciones realizadas por vía suprapúbica se llevó a cabo por la técnica del desdoblamiento, la técnica clásica, la más empleada y la practicamos en el Servicio por dos vías: mediante la técnica transvesical en 35 casos o por la técnica transperitoneal abriendo la vejiga por la parte donde existe el peritoneo de revestimiento.

La técnica de Tanago, a raíz de la incontinencia con lesión concomitante de uretra, se hizo en 2 casos. Con derivación por la técnica de Mogui para hacer después el cierre de la vejiga, en 4 oportunidades y en 12 pacientes se practicó una derivación definitiva.

En la vía vaginal la técnica de desdoblamiento fue la más empleada en 80 casos, la técnica con tubo uretral 2 casos, la técnica de colgajo vaginal en 4 casos, la derivación definitiva en un caso y un caso fue operado por una vía combinada suprapúbica y vaginal.

Esto es lo que comentamos ayer. Pasamos a operar por vía vaginal con la paciente no en la clásica posición ginecológica sino genupectoral, colocando las piernas hacia arriba. Esta vía nos permite operar con mayor facilidad.

Es evidente que la fistula también puede corregirse con la paciente en la posición ginecológica clásica, pero con esta otra vía, en lugar de operar hacia arriba, se interviene hacia abajo, lo que facilita obtener el cierre de la fistula.

Un detalle que considero importante: en los cierres de la fistula en la técnica de desdoblamiento, procuramos no hacer la retirada del trayecto fistuloso de entrada, porque si se practica la resección del trayecto fistuloso, sea por vía vaginal o por vía suprapúbica transvesical, después es más difícil practicar el desdoblamiento de los planos mucoso y muscular de la vejiga y de la vagina.

Consideramos que es más sencillo efectuar el decolamiento de los planos mucoso-muscular de la vejiga y del plano vaginal para luego reavivar los bordes de la fistula y hacer una sutura con estructuras sanas.

Cuando se intentan los desdoblamiento de los planos, después de extirparse el trayecto fistuloso, en gran número de casos se amplía mucho el tamaño del orificio de la fistula.

Aquí se observa, antes de reseca la fistula, el decolamiento del plano mucoso-muscular, del plano vaginal y después de la resección se inicia el debridamiento tanto de los planos de la vagina como de los planos fibrosos musculares y mucosos de la vejiga.

Diapositiva: Esta es la forma en que muchas veces se opera la fistula, que es la vía transperitoneal, abriendo ampliamente la vejiga en su cara posterior, lo que permite muchas veces una vía de acceso muy favorable en las fistulas bajas supratrigonales próximas a los meatos ureterales. Por medio de esta vía de acceso la resección de la fistula se lleva a cabo con mayor seguridad que con una incisión transvesical.

Los dos casos en que se practicó la técnica de Tanago, donde hay compromiso uretral con una destrucción muy severa. Se efectúa la tubulización de la pared anterior para hacer la anastomosis con el resto de la uretra íntegra que aún tiene la paciente.

Se puede utilizar un colgajo vaginal para reconstruir la pérdida de toda la uretra. En un tiempo posterior, la reconstrucción de la uretra con el colgajo de la pared vaginal se

refuerza con el músculo bulbo-cavernoso.

Esta señora consiguió una buena continencia. En un estudio del perfil uretral se comprueba que prácticamente no existía resistencia uretral. Con el colgajo de vagina de refuerzo pudo hacerse la reconstrucción con un índice de presión uretral satisfactorio.

Resultado quirúrgico: En las fístulas altas, vesico-vaginales, sobre 49 casos operados, en todos ellos se obtuvo el cierre de la fístula con un 100% de curación.

En las fístulas véscico-cervicales, sobre 9 casos, se consiguió la curación en 7 pacientes (77,7%).

Las fístulas véscico-uterinas no tienen valor. Solamente en un caso se obtuvo el cierre.

En las fístulas uretero-véscico-vaginales, sobre 8 casos se consiguió el cierre en 7 (87,3%).

Sobre un total de 67 fístulas altas se consiguió el cierre en 64 (91,3%).

En las fístulas bajas, en la véscico-vaginal pura, sobre 43 se consiguió el cierre en 41 (93,02%) y en las fístulas véscico-cervicales, sobre 7 casos se obtuvo el cierre en 5 (71,42%).

Por lo tanto, en un total de 50 casos, el cierre se obtuvo en 45 (82,2%). Y en las fístulas con compromiso uretral, que son las más graves y severas, sobre 23 casos se obtuvo el cierre en 47,8%.

Estos son algunos de los aspectos quirúrgicos que podríamos discutir después de esta charla. Factores que influyen para que no se consiga un buen cierre en una primera operación: utilizar una técnica y una vía de acceso no adecuada, una movilización vesical poco intensa, los desdoblamientos incompletos suturando muchas veces residuos desvitalizados por la fibrosis que se instala en la fístula; tensión de la sutura justamente por un desdoblamiento y un decolamiento poco satisfactorio de los planos a cerrar; un plano muerto entre las suturas de la vagina y de la pared musculo-mucosa de la vejiga; el problema del hematoma e infección justamente en el área de decolamiento.

Muchas veces se ha hecho la sutura con material inabsorbible. Esto fue la causa de formación de cálculos. Las obs-

trucciones precoces de la sonda muchas veces fuerzan la sutura en los primeros días del postoperatorio. Otras veces, se observan casos en que se intentó el cierre de la fístula en tiempo muy precoz. Algunos pacientes portadores de fístula fueron operados a los 30 o 40 días de la instalación de la fístula.

Creemos que es recomendable que, en todos los casos, después de la instalación de la fístula se espere por lo menos tres meses para hacer la tentativa del cierre. Nunca debe operarse antes de los tres meses.

Otro factor de mal pronóstico son las fístulas muy amplias en que no hay tejido para hacer el cierre. Lo mismo ocurre cuando por dificultades de manipulación y decolamiento las fístulas se localizan junto al meato uretral.

Cierto número de pacientes tuvieron algunas complicaciones que necesitaron una corrección quirúrgica. Dentro de los 150 casos, en dos hubo lesión u obstrucción del meato ureteral. Una de las pacientes, volvió después con la exclusión del riñón, que seguramente fue iatrogénica durante el cierre y se le practicó nefrectomía.

En la otra paciente el diagnóstico fue precoz y se realizó una reimplantación del uréter que se había cerrado en el meato ureteral. En 2 casos hubo persistencia de fístula véscico-cutánea en ese sector por lo que se le practicó una reintervención para su cierre.

Entre las complicaciones tardías, que necesitaron cirugía, tenemos 4 casos de incontinencia uretral, 2 casos de estenosis uretral, se ve que todos estos son casos graves con una destrucción casi completa de la uretra y hubo un caso en que se formó litiasis vesical.

Esta es nuestra experiencia sobre el cierre de las fístulas. Soy a la disposición para discutir algún aspecto del problema dentro de la experiencia que tenemos en el Servicio.

Dr. Vigo: Dr. Meneses: ¿Cuánto tiempo después usted opera una recidiva fistulosa?

Dr. Meneses: Entre la primera y segunda tentativa de cierre quirúrgico de una fístula deben pasar por lo menos tres meses.