

FISTULAS VESICOVAGINALES – DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Dr. Almós, Alfredo - Dr. Lamela, Luis - Dr. Márquez, Jorge

Resumen

Se presentan 27 casos de fístulas vesicovaginales: vejiga retrotrigonal, 22 casos; vejiga más uretra, 1 caso; ureterovaginal, 4 casos.

El promedio de edad fue 45 años, extendiéndose de 17 años en la más joven hasta 65 años en la de mayor edad.

Las causas predisponentes fueron debidas a:

Cirugía ginecológica, 16 casos; parto, 5 casos; cesárea, 2 casos; radiación uterina, 2 casos; conización de cuello, 1 caso, y biopsia de vejiga, 1 caso.

Las vías de abordaje de la fístula vesicovaginal utilizada fueron:

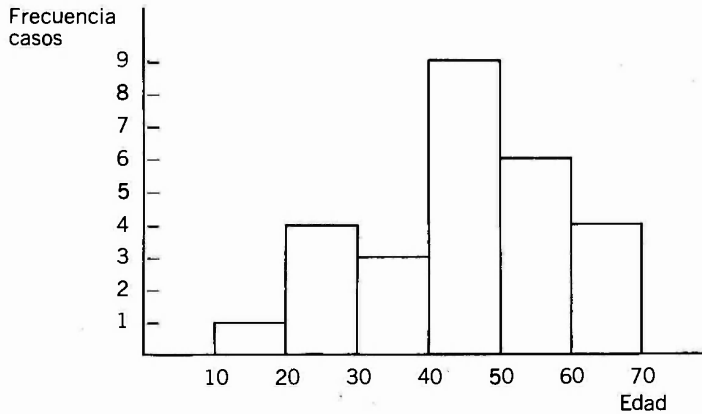
Vía abdominal extraperitoneal transvesical, 19 casos; vía abdominal intraperitoneal, 2 casos, y vía vaginal, 6 casos.

En la actualidad las estamos abordando por vía vaginal en un solo plano, avivando los bordes.

El motivo de este trabajo es comentar nuestra experiencia basada en los casos atendidos desde el año 1968 hasta el año 1981, sobre las distintas técnicas quirúrgicas que hemos utilizado para la reparación plástica de la fístula vesicovaginal.

Se hizo la recopilación de 27 casos entre enfermas atendidas tanto en la práctica privada como hospitalaria.

La edad promedio de las enfermas fue 45 años, siendo los límites, de 17 años en la más joven y 65 años en la de mayor edad.



La mayor frecuencia de esta patología en la edad media de la vida está dada por el factor causal, que en nuestra estadística, al igual que la mayoría de los autores, se debe a intervenciones quirúrgicas tocoginecológicas.

En nuestra estadística se dieron las siguientes causas productoras de fístulas vesicovaginales o ureterovaginales:

Factor causal	Nº de casos
Cirugía ginecológica	16
Parto	5
Cesárea	2
Radiación uterina	2
Conización de cuello	1
Biopsia de vejiga	1

Con relación a esta última, podemos agregar que se realizó biopsia de vejiga, a raíz de la infiltración de la mucosa vesical por un cáncer del cuello uterino.

En el comienzo de esta serie realizábamos la operación correctora de la fístula vesicovaginal 3 meses después de su aparición.

Desde hace aproximadamente 7 u 8 años, abordamos la fístula vesicovaginal en el momento de hacer el diagnóstico, no interesándonos el tiempo transcurrido desde su formación.

Con este criterio no hemos encontrado problemas para solucionar la fístula.

El diagnóstico de esta patología es relativamente sencillo, ya que el signo fundamental es la pérdida de orina casi permanente, en la posición de pie. La mayoría de las enfermas refieren que en la posición de sentada o de decúbito dorsal no existe pérdida por un tiempo relativamente prolongado y esto depende del tamaño de la luz vaginal, que en esas posiciones actúa como receptáculo transitorio de la orina.

Es bien conocida por los urólogos la prueba del taponaje vaginal y la instilación en vejiga de un líquido coloreado. La coloración del taponaje vaginal está hablando a las claras de que existe una comunicación vesicovaginal, pero cuando lo único que existe es la humedad en la parte posterior del tapón, sin haberse coloreado, nos pone en evidencia que la fístula es ureterovaginal.

Se corrobora este diagnóstico con un estudio contrastado del árbol urinario, el que sirve para determinar el estado funcional y anatómico del árbol urinario superior.

La pérdida de sustancia yodada, creando un lago paravesical, que no siempre se hace visible, estaría determinando una fístula ureteral; mientras que el relleno vaginal con

sustancia contrastada en la placa de 15 minutos del urograma excretor y la placa posmiccional dan casi diagnóstico de certeza de fístula vesicovaginal.

El estudio endoscópico nos aclara el número de comunicaciones y la localización.

Pensamos que es importante aclarar con respecto a este estudio, que no siempre es posible ver el orificio fistuloso, porque en algunas oportunidades no se logra una buena capacidad vesical, por ser la comunicación muy amplia. A veces puede suceder también que por existir un proceso inflamatorio en la mucosa vesical, a consecuencia de radiaciones o por infección concomitante, sea imposible distinguir dicho orificio.

La localización de la fístula detectada, como anteriormente mencionamos, mediante el estudio endoscópico puede ser: retrotrigonal, trigonal, tomando uretra y zona trigonal o englobando el meato ureteral.

La localización en nuestros casos fue la siguiente:

Localización	Nº de casos
Vejiga retrotrigonal	22
Vejiga trigonal más uretra	1
Ureterovaginal	4

Tres casos ureterovaginales se debieron a sección del uréter en una operación de histerectomía por vía anterior, y el otro caso a una ligadura del uréter, necrosis posterior de una histerectomía por vía vaginal, que necesitó como operación correctora, además de la plástica vesicovaginal, el reimplante del uréter derecho.

Con respecto a la vía quirúrgica de drenaje de la fístula vesicovaginal, interpretamos que están en juego dos situaciones a mencionar:

1º) La localización de la fístula.

2º) La habilidad y experiencia del cirujano para abordar determinada vía.

Hemos utilizado la vía abdominal extraperitoneal transvesical en 19 casos, la vía abdominal intraperitoneal en 2 casos y la vía vaginal en 6 casos.

Bibliografía

- Ferracani, R. A.: "Fístula ureteral doble. Plástica ureteral y ureterocistoneostomía". XXVIII Jornadas Soc. Arg. Cirujanos Santa Fe, setiembre 1970.
- Kichham, C. J.: "Urologic problems in carcinoma of the cervix". Surg. Gynec. Obst., 112:27, 1961.

En los dos casos que hemos utilizado la vía intraperitoneal, tuvimos que efectuar reimplante ureteral, en un caso de ligadura y posterior necrosis del uréter derecho y en el otro sección del uréter derecho después de una operación de histerectomía ampliada por cáncer.

Nunca hemos interpuesto epiplón, entre vagina y vejiga; lo que sí realizamos fue una amplia separación de la pared de la vejiga; con respecto a la vagina, alrededor del orificio fistuloso.

Pensábamos que esta separación era fundamental para que no existiera recidiva de la fístula. Siempre superpusimos los planos quirúrgicos de los dos órganos.

Cuando se trata de fístulas retrotrigonales, no muy posteriores, una excelente vía de abordaje es la vaginal, haciendo la salvedad de que la vagina no siempre es lo suficientemente complaciente, aunque se haga una doble episiotomía, como para permitir una cómoda maniobra quirúrgica.

En uno de los casos, en donde estaban comprometidas tanto la vejiga como la uretra, al realizar la corrección de la fístula vesicovaginal por vía baja se completó con una plástica de uretra, utilizando para ello un colgajo pediculado de vagina.

En los dos últimos casos de nuestra serie hemos abordado la fístula, y muy posterior, por vía vaginal, pero sin realizar la separación de los planos.

Se cerró la fístula en estos dos casos, con puntos separados, englobando vagina y vejiga, habiendo avivado previamente el orificio.

Seguiremos utilizando esta técnica hasta obtener una casuística importante, siempre que el orificio fistuloso se encuentre alejado de los meatos ureterales.

Nos impulsa a ello lo cómodo que es para la enferma lo rápido de la operación y los buenos resultados hasta ahora obtenidos.

En todos los casos hemos dejado una sonda Malecot o Petzzer recta, fina, a la que previamente se le amplió sus orificios. Esta sonda a drenaje abierto la retiramos al décimo día.

De los 27 casos operados, amén de pequeños abscesos de pared, que en algún caso hubo, tuvimos dos casos de fístulas vesicocutáneas transitorias, y un caso de fístula vesicovaginal transitoria, que cedieron recolocando la sonda vesical por 7 días más.

- Couvelaire, R.: "Fistules vésico-vaginales. Cure par voie vagino-péri-néale". Nouvelle pratique chirurgicale illustrée. Doin Edit., París, 1961.