

Tratamiento quirúrgico de la fístula vésico-vaginal con la técnica preconizada por Shlomo Raz.

Dr. FASOLA, J.

RESUMEN: Presento mi experiencia en el tratamiento quirúrgico de la fístula vésico-vaginal con la técnica preconizada por Shlomo Raz, la cual he venido utilizándola desde el año 1981. He efectuado 16 intervenciones en pacientes vírgenes de tratamiento, o con 1 o 2 cirugías previas; logrando un 100% de éxito.

(Revista Argentina de Urología, Vol. 57, Pág. 90, 1992)

Palabras Clave: Vejiga - Fístula vésico-vaginal - Técnica de Shlomo Raz

INTRODUCCION

La mayor parte de la bibliografía consultada coincide en que uno de los puntos fundamentales de la reparación quirúrgica de la fístula vésico-vaginal es la resección del trayecto fistuloso hasta el tejido sano; contrariamente, la técnica que nos ocupa no reseca el trayecto fistuloso pues, según Shlomo Raz, esto podría ser causa de hemorragia, daño ureteral o transformar una pequeña fístula en una gran comunicación vésico-vaginal. Este punto es compartido por Joseph K. Hurt Jr., del Departamento de Ginecología de la Lehey Clinic Foundation de Boston, Massachusetts. Otra característica de esta técnica es que al desplazar el colgajo de pared vaginal, las suturas vesicales quedan tapadas por toda la pared vaginal, no coincidiendo en ningún punto las suturas vesicales y la vaginal. Una tercera característica es que puede ser utilizada tanto en trayectos fistulosos pequeños como grandes, cercanos a los meatos o a la altura de la cúpula vaginal; quedando a mi criterio, la vía abdominal solamente para las que poseen la desembocadura de los uréteres en el trayecto fistuloso, por lo que es casi imprescindible efectuar un reimplante urétero-vesical, o en las fístulas complicadas. En resumen la técnica es sencilla de realizar por cualquier cirujano medianamente entrenado.

Las demás premisas en el tratamiento quirúrgico de las fístulas vésico-vaginales son compartidas por todos los autores, tanto en vía vaginal como transabdominal.

- 1º Estudio minucioso de la pacientes: cistoscopia, urograma excretor, etc.
- 2º Llevar a cabo la cirugía cuando el proceso inflamatorio se halle estabilizado.
- 3º Separación amplia de la pared vaginal de la vesical para que las suturas puedan ser efectuadas sin tensión.
- 4º Utilización de materiales de sutura reabsorbibles.
- 5º Ser extremadamente prolijo en la hemostasia, ya que los hematomas serían una de las causas principales de recidiva.

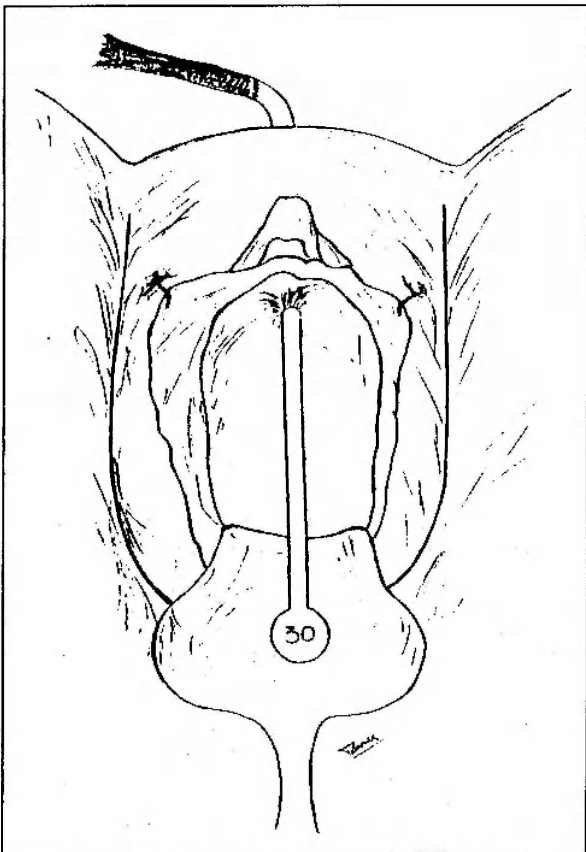
Personalmente vengo utilizando esta técnica desde el año 1981 en que escuché al mismo Shlomo Raz su descripción, en oportunidad de su concurrencia a la Sociedad Argentina de Urología.

A partir de entonces he empleado dicha técnica en 16 oportunidades habiendo obtenido un 100% de resultados favorables, siendo la misma utilizada en pacientes vírgenes de tratamiento o con 1 o 2 cirugías previas. Vírgenes de tratamiento, intervino a 9 pacientes, un 56,25%; con cirugía previa a 5 pacientes, un 31,25% y con 2 cirugías previas a 2 pacientes, un 12,5%. Desde el punto de vista técnico, un detalle importante es la colocación de una sonda Foley a través del orificio fistuloso, para utilizarla como tractora, con lo cual se consigue superficializar la cara anterior de la vagina, ya que si esto no se logra, debe trabajarse en la profundidad del órgano, lo que resulta extremadamente dificultoso.

MATERIAL Y METODO

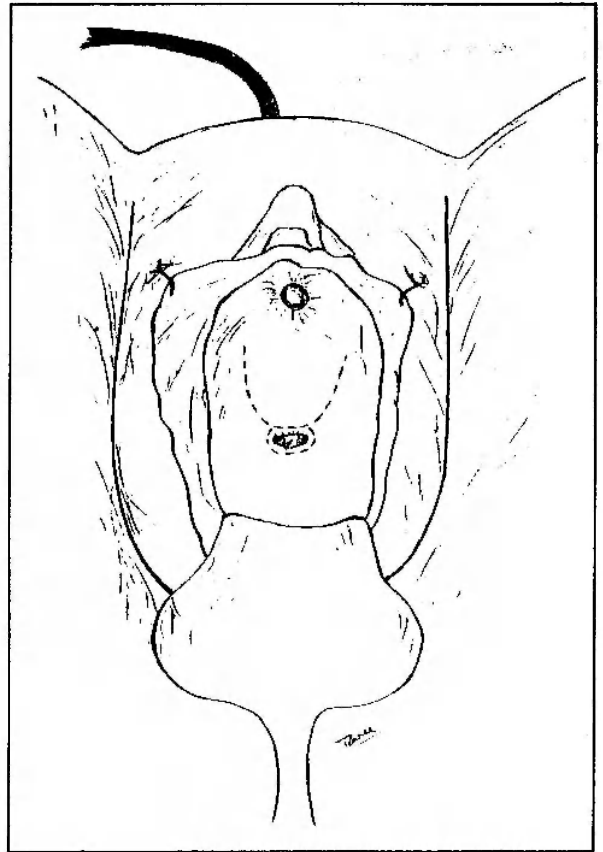
Descripción de la técnica

- Pacientes en posición ginecológica.
- Si la vagina fuera pequeña, puede realizarse una episiotomía.
- Se colocan puntos desde los labios menores a la cara interna del muslo para exponer la pared vaginal anterior.
- Cuando se efectúa la cistoscopia es necesario determinar la ubicación de los meatos ureterales y su relación con el orificio fistuloso, pues si la cercanía es muy marcada, se deben cateterizar previamente para poder localizarlos durante toda la cirugía.
- Se efectúa una cistostomía suprapúbica. Personalmente la realizo colocando un Benique N° 30 a través de la uretra, exteriorizándolo por hipogastrio a 2 traveses de dedo del pubis. Este Benique, así colocado, lo utilizo para "arrastrar" una sonda Foley N° 18 que deajo colocada en la vejiga.



ESQUEMA 1

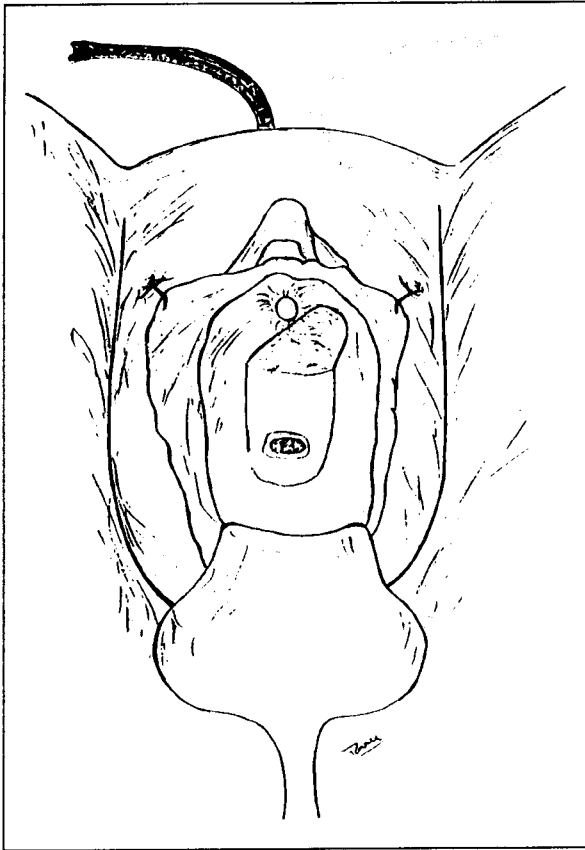
Colocación de la cistostomía. Benique colocado a través de la uretra y exteriorizado por hipogastrio. Se aprecia la sonda Foley, a la que se le seccionó su extremo y se la ve "enchufada" en el Benique, que se utilizará para "arrastrarla" hasta la vejiga, donde quedará colocada.



ESQUEMA 2

Incisión en "U" que pasa sin tocar el orificio fistuloso y segunda incisión que lo circunda.

- Se coloca a través del orificio fistuloso una sonda Foley con su balón inflado, que se usará para superficializar la cara anterior de la vagina.
- Se efectúa una incisión en "U" por arriba o por debajo del orificio fistuloso, cuidando que la misma pase por tejido sano, ya que no debe llegar al trayecto.
- Se circunscribe totalmente el orificio fistuloso, con una incisión realizada siempre sobre tejido sano.
- Se procede a separar la pared vaginal de la vesical en todas direcciones, con lo cual se crean dos Flaps, uno superior y otro inferior, uno convexo y otro cóncavo, en relación al trayecto fistuloso conforme fue efectuada la incisión en "U". En este paso es importante que las suturas vesicales se realicen sin tensión; así como también para lograr el perfecto control de la hemostasia.
- Se procede a resecar todo el tejido exuberante y desflechado que rodea al trayecto fistuloso.
- Se procede a efectuar la sutura de tipo continua, empleando hilo de ácido poliglicocólico 3-0, único material que se utiliza en todos los pasos. En esta sutura se incluyen la porción débil vesical y la porción resistente vaginal que ha permanecido fir-



ESQUEMA 3

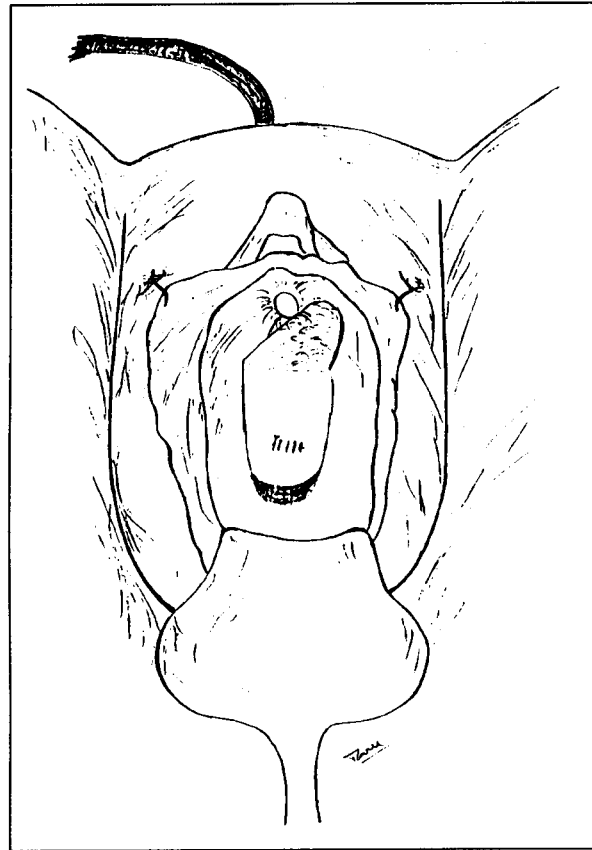
Se procede a separar la pared vaginal de la vesical, creándose dos Flaps. El orificio fistuloso ha quedado rodeado por el rodete de pared vaginal firmemente adherido.

memente adherida al trayecto fistuloso. Es conveniente colocar un punto en cada extremo del orificio, para que reemplacen como elemento de tracción a la sonda Foley, ya que ésta debe ser retirada para poder efectuarse la sutura. Estos puntos se utilizarán, uno, para realizar el paso descrito y el otro para efectuar un segundo plano de sutura, utilizando la fascia perivesical que sumerge la primera sutura.

- El Flap cóncavo, con relación al orificio fistuloso, debe ser resecao parcialmente, para que el Flap convexo pueda avanzar y así cubrir con pared vaginal sana las suturas que se efectuaron para el cierre del trayecto fistuloso.
- Se coloca una sonda Foley Uretral y se tapona la vagina con gasa yodoformada.

Seguimiento

El taponaje vaginal se retira a las 48 horas. La cistostomía suprapúbica se retira a los 5 días. La paciente debe permanecer en cama 10 días. La sonda uretral se retira a los 12 días. Es importante una buena evacuación intestinal. Se administran antibacterianos desde 24 hs. antes de la intervención. Se pueden administrar antiespasmódicos para disminuir las contracciones del detrusor.

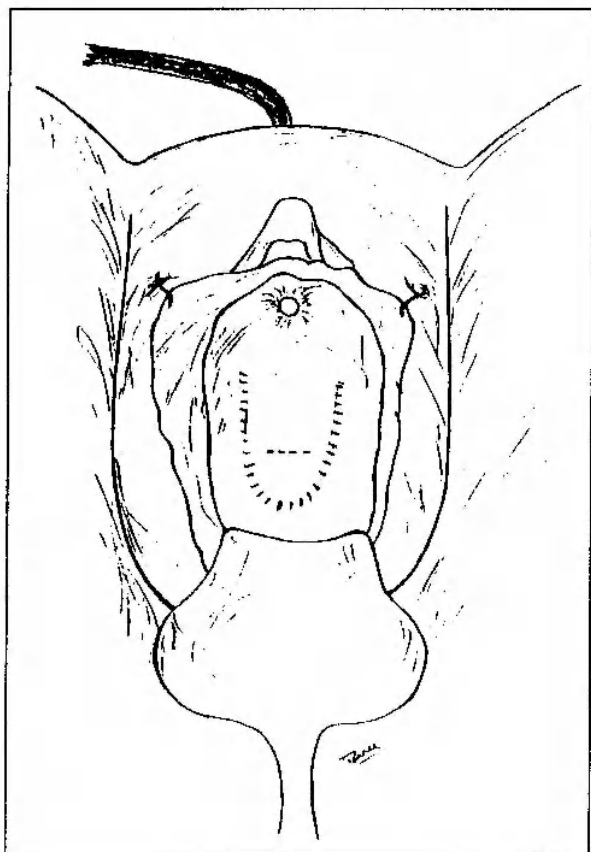


ESQUEMA 4

Se procede a efectuar la sutura del trayecto fistuloso. Un primer plano utilizando el rodete vaginal y un segundo plano utilizando la fascia perivesical que sumerge la primera sutura. La zona cuadriculada corresponde a la porción de pared vaginal que debe ser resecao para hacer avanzar el Flap convexo.

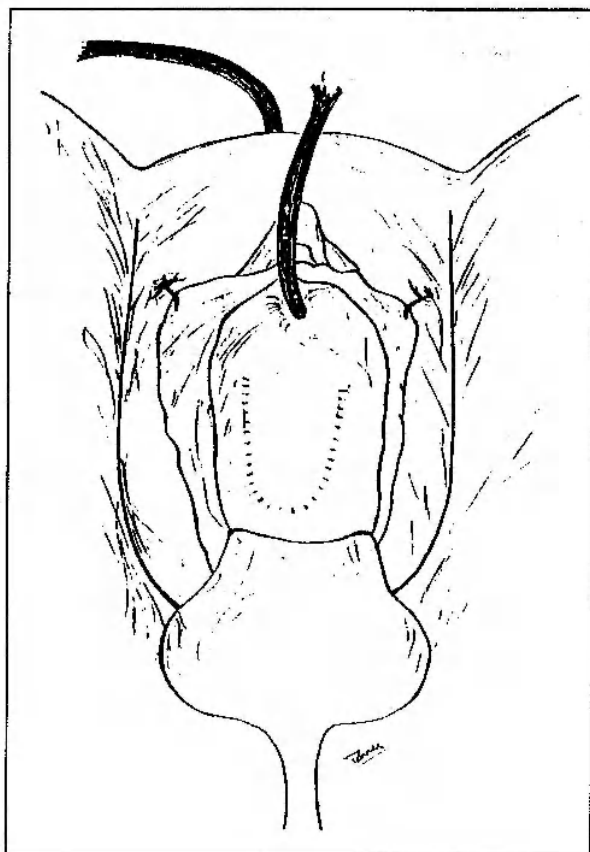
BIBLIOGRAFIA

1. Boccon Gibod, L.: Fistules Vesico-Vaginales. Encyclopedie Med. Chir. (Paris-France) Techniques Chirurgicales Urologie-Gynecologie 41175, 7-1987, 9 p.
2. Howkins, J.: Ginecología Operatoria; Capítulo XVI, pág. 262; Editorial Salvat, Barcelona, España, 1970.
3. Hurt, J. K. Jr.: Reparación Vaginal de la Fístula Vésico Vaginal; Cirugía Urológica Reconstructiva, Capítulo 19, pág. 235; Editorial Salvat, Barcelona, España, 1982.
4. Mayor, G.; Zingg, E. J.: Atlas de Operaciones Urológicas, pág. 318; Editorial Toray S.A., Barcelona, España, 1975.
5. Metz, L. M.; Fasola, J.; Girola, J. A.: Fístula Vésico-Vaginal. Nuestra Experiencia. Trabajo presentado ante el XVI Congreso de la Confederación Argentina de Urología. Corrientes, Argentina, septiembre de 1989.
6. Raz, S.: Curso dictado con el auspicio de la Sociedad Argentina de Urología; Buenos Aires, Argentina, 1981.
7. Zimmern, P. E.; Haley, H. R.; Staskin, D. R.; Raz, S.: Vaginal approach for repair of vesicovaginal fistulae. Urologic Clinics of North America. Vol. 12, pág. 361. Mayo 1985.



ESQUEMA 5

Se procede a suturar la pared vaginal. La línea punteada representa el lugar donde queda la sutura vesical cubierta con pared vaginal sana, no coincidiendo con la sutura vaginal.



ESQUEMA 6

Se coloca la sonda Foley uretral.

COMENTARIO

La solución que debemos dar a las fistulas vesicovaginales debe ser adecuada a cada caso. Actualmente, sin embargo, creo que la vía más adecuada o la que sirve para solucionar el mayor número de ellas con el menor traumatismo, es la vía vaginal.

Los criterios que ha expuesto el autor, que por otra parte son los del profesor Raz, son a nuestro juicio muy valaderos.

Cuando el o los meatos son englobados en la fistula, existen problemas anatómicos vaginales a respetar, problemas ortopédicos que dificultan una exposición adecuada, cuando existen fistulas complicadas o rápidas o recidivadas por vía vaginal, éstas deberán ser patrimonio de la vía transabdominal a los fines de interponer epiplón mayor o peritoneo entre la vejiga y vagina.

El porcentaje de éxito de esta reparación debe superar holgadamente el 90%, dependiendo de la experiencia del cirujano.

Otro punto polémico es el de la oportunidad quirúrgica: en agudo deberán ser operadas las fistulas grandes que se suponga no puedan ser solucionadas espontáneamente con un drenaje adecuado o que la paciente, por motivos varios, desee que le sea resuelto rápidamente el problema; una vez estabilizada la fistula, la técnica de Raz sería a mi juicio la mejor, haciendo hincapié en que el cierre más importante debe ser el vesical y el desplazamiento del colgajo vaginal un eficiente colaborador del plano vesical, de un valor no despreciable.

Por último, considero que el mejor drenaje vesical es una doble sonda hipogástrica y uretral, eligiendo para la uretral una sonda de Malecot o de Rocco.

Dr. León María Metz