

Hosp. de Clínicas de Córdoba. Primera Cát. de  
Clín. Quirúrgica. Prof. Dr. JUAN M. ALLENDE

Por el Doctor  
RODOLFO GONZALEZ

## CONSIDERACIONES SOBRE UN CASO DE FISTULA VESICO VAGINAL

LA presente observación es interesante por las tres causas siguientes:

- 1º — La etiología de la fístula.
- 2º — La localización de la fístula.
- 3º — La técnica por la que ha sido intervenida con éxito.

1º — En general las fístulas vésico-vaginales de origen obstétrico, son la consecuencia de la ulceración de la pared vaginal, por la acción compresiva de la cabeza detenida por dificultades del parto; en esos casos la fístula asienta en la parte más externa de la pared anterior de la vagina, cerca de la vulva. En nuestro caso la fístula ha sido originada por un traumatismo instrumental durante el parto (probablemente desgarro extenso del cuello) y en consecuencia asentaba muy hacia arriba.

2º — Como consecuencia de las razones etiológicas que acabamos de exponer, la fístula de nuestra enferma se encontraba a la altura de la unión cérvico-vaginal, y en el examen cistoscópico se constataba su localización por encima del meato ureteral del lado derecho. Es decir, que se encontraba en la localización frecuente, no para las fístulas de origen obstétrico, sino para las de origen quirúrgico. Teníamos, sin embargo, una diferencia fundamental con las fístulas post-histerectomía: la presencia del útero que no había sido extirpado. (Ver figura N° 1).

3º — El problema técnico radicaba en la imposibilidad de tratar esta fístula pegada al cuello uterino con la técnica clásica del

despegamiento circular. Decidimos entonces abordarla como una colporrafía a lo Halban; incindiendo en la parte media la pared anterior de la vagina y la fascia de Gersuny, aislando y despegando la vejiga. Pudimos en esa forma abordar fácilmente el orificio vesical, suturando en dos planos, reconstituyendo después la fascia y la pared vaginal.

Historia Clínica N° 7116. — Sala IV. Cama N° 18. Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica del profesor doctor Juan Martín Allende.

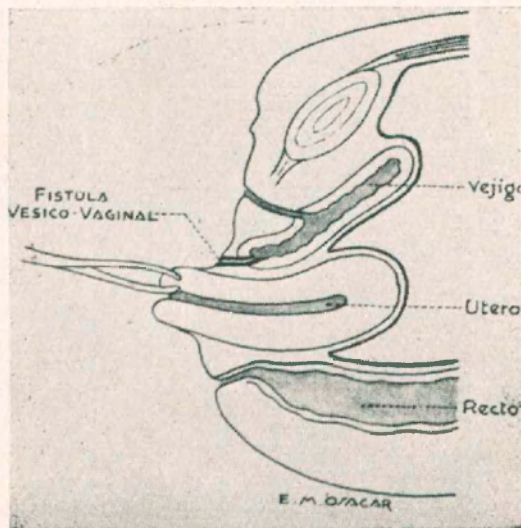


Figura N° 1.

Severina Stilo, italiana, 34 años, casada. Ingresa al servicio el 9 de junio de 1937.

*Antecedentes hereditarios.* — Sin importancia.

*Antecedentes personales.* — Nacida y criada en Alesandría (Italia), donde permaneció hasta los 29 años, radicándose luego en la República Argentina. Sólo recuerdo haber tenido sarampión en su niñez; después siempre fué sana.

Menarquia a los 13 años; reglas normales. Casada a los 27 años, tiene en su matrimonio tres hijos, de los cuales el primero muere de un accidente, el segundo vive y es sano, y el tercero nace muerto pero a término. Hubo un aborto espontáneo.

*Antecedentes de la enfermedad actual.* — Su último parto fué laborioso y hubo necesidad de hacer una aplicación de forceps. Desde entonces manifiesta la enferma, que sus deseos de orinar no aparecieron más. La orina fluye libremente y en forma continua por su vagina. Desde entonces hasta ahora (hacen tres meses), ha continuado en el mismo estado sin sentir ninguna otra clase de molestias, fuera de las que le produce la pérdida de orina.

*Estado actual.* — Enferma en buen estado general. Decúbito activo indiferente. Piel de turgor y elasticidad conservadas. Tejido celular sub-cutáneo conservado.

*Cabeza.* — Ojos: pupilas iguales; reaccionan bien a la luz y a la acomodación; motilidad ocular extrínseca conservada. Boca: dentadura en buen estado de conservación e higiene; mucosas normales.

*Aparato cardio-vascular.* — Corazón: de área y tonos normales. Pulso: amplio, regular y rítmico, con una frecuencia de 80 pulsaciones por minuto y con una tensión de: Mx. 12,5 y Mn. 8.



Figura N° 2

*Aparato respiratorio.* — Clínicamente normal.

*Abdomen.* — Simétrico, excursiona con la respiración. Vientre blando e indoloro. Hígado: no se palpa. Bazo: no se palpa ni se percute.

*Aparato génito-urinario.* — Inspección: vulva entreabierta; cicatriz de desgarramiento perineal. La orquilla vulvar llega al límite de la margen del ano. A los esfuerzos de la tos, prominencia de las paredes vaginales, principalmente de la anterior (colpocele y cistocele). Al tacto vaginal: cuello entreabierto de multipara; cuerpo pequeño ligeramente en retro. Fondos de sacos lateral izquierdo y posterior libres; el derecho ligeramente doloroso. Al tacto rectal: periné puramente constituido por el tabique recto-vaginal. A la contracción se notan los músculos elevadores separados. Al espéculo: cuello pequeño; orificio algo desgarrado. Por encima del cuello y algo a la derecha de la línea media, hay un orificio a eje longitudinal por donde sale orina, situado francamente en el límite cérvico-vaginal. Tomando el cuello con una pinza de Museux se consigue ha-

cerlo descender hasta cerca del orificio vulvar y exponer bien el orificio fistuloso por donde el histerómetro penetra a la cavidad vesical. Inyectada una solución de azul de metileno a la vejiga, dicha solución se escapa íntegramente por el orificio de la fístula vaginal.

*Citoscopia.* — Se efectúa un taponamiento de vagina con compresas de gasa, y se inyectan 100 cc. de una solución boricada en la cavidad vesical, con lo que se consigue distenderla y realizar un examen endoscópico.

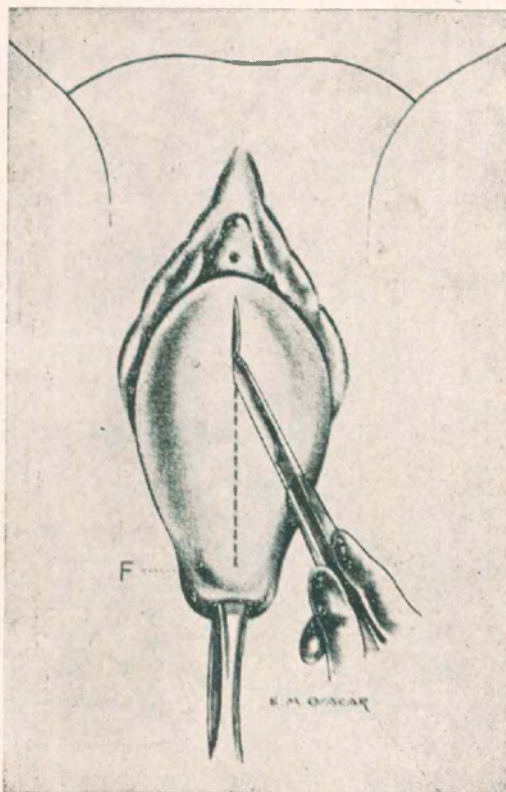


Figura N° 3.

Localizado el meato ureteral derecho, que es de aspecto normal, se observa inmediatamente por encima de dicho meato, un orificio de forma triangular y que corresponde a la fístula existente. El resto de la mucosa vesical congestionada. (Ver figura N° 2).

*Análisis de orina.* — Reacción ácida. Densidad, 1.018. Indicios de albúmina. Glucosa, no contiene. El examen del sedimento da: algunos cristales de oxalato de calcio y fosfato amónico magnésico. Numerosas células epiteliales planas y algunos leucocitos granulados. Numerosas células de levadura.

*Dosaje de urea en sangre.* — Contiene 0,34 grs. por mil.

La preparación de la enferma ha sido la siguiente: el 17 de junio es sometida a un enema diario hasta el 19 inclusive. Dos lavajes vaginales yodados,

díarios. Día 20: cinco píldoras de extracto de opio de un centigramo cada una.

*Foja quirúrgica.* — Fecha de la operación: 21 de junio de 1937. Cirujano: Dr. R. González; 1er. ayudante, Dr. H. Dionisi; 2º ayudante, doctor Freytes.

*Anestesia.* — Local, con novocaína al  $\frac{1}{4}$  % y adrenalina. Se toma el cuello del útero con una pinza de Museux, se punciona a la derecha del cuello con aguja larga hasta chocar con el cuerpo del útero, y luego, enderezando paralelamente

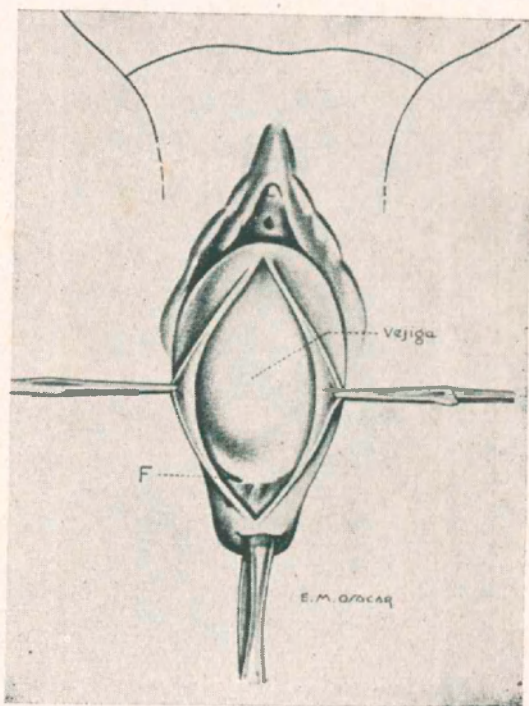


Figura Nº 4

la aguja, se inyectan 25 cc. de la solución hacia arriba y hacia abajo. Igual maniobra en el otro lado. Se anestesia en la línea media desde el cuello hasta cerca del meato con 30 cc. de la solución.

*Operación.* — Incisión mediana que va desde la parte superior del cuello hasta 2 cms. por debajo del meato uretral. Con la tijera Mayo curva, se despega hacia abajo el espacio vésico-uterino, e igual maniobra en el espacio vésico-vaginal. El despegamiento se hace ampliamente a derecha y a izquierda. Se despega a la derecha la vagina que adhiere a la fístula, seccionándose un puente que queda sobre su parte inferior. La fístula queda agrandada en una longitud de tres centímetros. Se la cierra con puntos separados de catgut Nº 00 crómico, puntos que sólo toman la musculosa. Un segundo plano de invaginación a expensa de la misma musculosa. Tres puntos separados en vagina en su parte superior. Se

deja una gasa yodoformada y una gasa con vaselina colargolada. Sonda de Pezer a permanencia.

*Período post-operatorio.* — Junio 22: se retira la gasa colargolada; se cambia el apósito seco. La sonda dreña bien.

Junio 23: se retira la gasa yodoformada. Apósito mojado. Se observa la salida de poca cantidad de orina por la vagina. Se cambia la sonda de Pezer. Se coloca a la enferma en posición ventral.

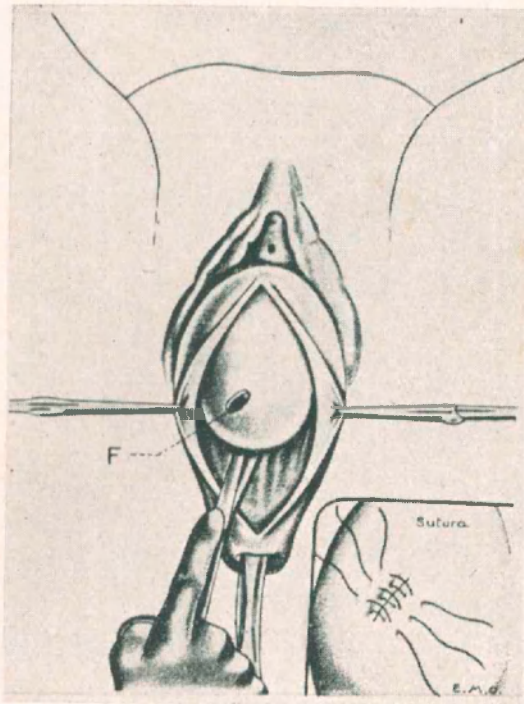


Figura N° 5.

Junio 24: se cambia el apósito el que se encuentra menos mojado. Por vagina sale muy escasa cantidad de orina.

Junio 25: se cambia el apósito mojado con orina. Por vagina se escapa muy poca orina. Se cambia la sonda.

De junio 26 a junio 30: vagina seca, no escapándose más orina. Se cambia la sonda: día por medio. Enferma muy bien.

Julio 1: la enferma sigue en el mismo buen estado. Se lava la vagina con solución fisiológica.

Julio 10: se practica un lavaje vaginal. La enferma sigue muy bien.

Julio 15: se retira definitivamente la sonda vesical.

Julio 16: la micción se ha efectuado en forma normal.

Julio 17: la enferma es dada de alta completamente curada.

C) Esquematizamos los tiempos de la operación:

1º) Tomando el cuello uterino con una pinza de Museux se lo exterioriza fuera de la vulva y se practica en la parte media de la pared vaginal anterior, una incisión longitudinal que va desde un través de dedo por debajo del meato urinario hasta el límite cérvico-vaginal. (Ver figura N° 3).

2º) Se despega a ambos lados la pared vaginal y la fascia, descubriendo en esa forma la cara inferior de la vejiga. (Ver figura N° 4).

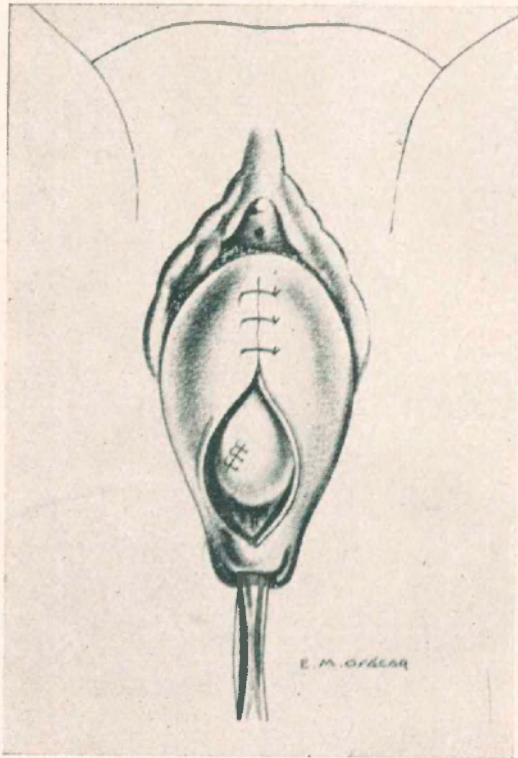


Figura N° 6.

3º) Con tijera roma se despega de abajo arriba, la vejiga del cuello del útero, movilizándola y consiguiendo en esa forma exponer el orificio fistuloso. (Ver figura N° 5).

4º) Sutura de la brecha vesical en dos planos invaginantés, pero no perforantes. (Ver figura N° 5).

5º) Se termina suturando parcialmente la brecha vaginal. Damos una gran importancia el no cerrar completamente la vagina para permitir que la sangre se evacúe, pues creemos que los hematomas colectados entre la vejiga y la pared vaginal que fácilmente se infectan, son la causa más común de las recidivas post-operatorios. (Ver figura N° 6).