

Fístulas Vesico-Vaginales^{*}

(Reparación por Vía Transperitoneal)

*Avelino Hernández León
Fernando Rosabal Guevara*

*Carlos Castillo Morales
Abraham Berman Israel*

GENERALIDADES:

La reparación quirúrgica de las fístulas vesico-vaginales tiene una larga historia, y se puede decir que nació con Marion en 1849. Las normas fundamentales descritas por Sims siguen teniendo validez y la gran variedad de técnicas descritas no son más que variaciones en el abordaje de los principios de sutura y de tejidos homólogos y vitales, sin tensión.

FRECUENCIA:

Las fístulas V.V. han sido las más frecuentes lesiones secundarias a problemas gineco-obstétricos (RIOSECO, EVERETT). Las causas obstétricas han disminuido notablemente por los adelantos de las técnicas de expulsión fetal. Al contrario, las causas ginecológicas especialmente las pan-histerectomías, las histerectomías abdominales, la cirugía vaginal, las cesáreas extra-peritoneales o en el segmento inferior, han determinado un aumento en las lesiones vesicales iatrogénicas (GALLO).

TECNICA QUIRURGICA:

Clásicamente la reparación de las fístulas V.V. ha sido determinada por su origen causal: las vías usadas son: A) La vía vaginal para las fístulas de origen de traumas obstétricos (de sede anterior), y preferida por los ginecólogos (PERQUIS). B) La vía transvesical, para las fístulas de origen ginecológico y de sede alta o posterior (STREIB, TAYLOR). C) La vía transperitoneal o transperitoneo-vesical descrita por Legueu en 1929, preferida por los urólogos (KING, KIRNIN). El análisis del uso de estas diferentes vías de abordaje nos ha hecho inclinarnos definitivamente por la vía transperitoneo-vesical para las fístulas de origen ginecológico, que son

las más frecuentes, y debe ser usada además en todos aquellos casos de recidiva, tratados con las otras vías.

Las ventajas que esta vía presenta son: 1) Mejor y amplia exposición del campo operatorio. 2) Mejor posibilidad de disección de la vejiga y de la vagina y consecuentemente mejor extirpación del trayecto fistuloso. 3) Mejor visualización de los ureteros con todas las ventajas que esto conlleva. 4) Posibilidad — cierta de usar con facilidad varios planos de sutura e incluso el de interponer colgajos de tejido (peritoneo, epiplón), para protección de los planos.

ESTUDIO PRE-OPERATORIO:

Existen ciertos principios generales que deben ser efectuados en el estudio y manejo de las fístulas V.V. no importa cuál vía de abordaje se seleccione: 1) Estudio urológico completo, mediante urografía excretora y cistoscopia para determinar la exacta posición de la fístula y sus relaciones con los orificios ureterales ya que existe también la posibilidad de fístulas múltiples. La prueba del azul de metileno es también un procedimiento útil. 2) El cultivo de la orina y la eliminación de la infección es un factor que aumenta los buenos resultados quirúrgicos. 3) El uso de los estrógenos es útil especialmente en las mujeres post-menopáusicas. 4) Se debe esperar 2-3 meses para la cirugía, para permitir la desaparición del edema y de la infección. 5) El drenaje vesical debe ser efectivo y continuo por 12-14 días.

MATERIAL Y METODO

Se analizan los resultados obtenidos en el manejo de 23 casos de fístulas vesicovaginales operados en el Servicio de Urología del Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia de la C.C.S.S. durante el período comprendido entre 1971-1975.

* Servicio de Urología, Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia

1. Según la edad:

Menor de 30 años	2
31-35 años	3
36-40 años	8
41-45 años	2
46-50 años	1
51-55 años	6
Mayor de 56 años	1

Las menores eran de 17 y 21 años de edad, la mayor de 67 años.

2. Antecedente:

La cirugía ginecológica fue la mayor causa de fístula.

Histerectomía	18
Parto	3
Cesárea	2

3. Localización:

La mayor sede posterior fue justificada por la cirugía ginecológica previa.

Trígono	5
Retrotrígono	18

4. Vía de abordaje:

Predominio de la vía "alta" por la topografía de las fístulas

Transvesical	14
Transabdominal	11
Vaginal	5

5. Recidivas:

Importante la ausencia de fracasos en la vía abdominal.

Transvesical	4 de 14
Vaginal	3 de 5
Transabdominal	0 de 11

6. Empleo de sondas:

En la vía abdominal sólo usamos la sonda uretral.

	URETRA I	CISTOSTOMIA
Transvesical	14 21 días	9 14
Transabdominal	11 15	
Vaginal	5 11 días	

7. Casos:

1. Transvesical	13. Transabdominal
2. Transvesical V.V. Vag.	14. Transabdominal
3. T. Ves-T. Ves-Vaginal	15. Transabdominal
4. T. Ves-T. Vesical	16. Transabdominal
5. T. Vesical	17. Transabdominal
6. Vaginal-T. Vesical	18. Transabdominal
7. T. Vesical	19. Transvesical
8. Transvesical	20. Transabdominal
9. Transvesical	21. Transabdominal
10. Transvesical	22. Transabdominal
11. Transvesical	23. Transabdominal
12. Transabdominal	

En todos los casos operados, la vía abdominal fue curativa en un 100%. De éstos 3 pacientes habían sido operados por otras vías de 3 a 6 veces, por otras vías, en diferentes hospitales.

8. Complicaciones:

Realmente no hubo ninguna complicación.

Infección Herida	1 caso
------------------	--------

Comentario:

El importante número de recidivas en la reparación de las fístulas vesico-vaginales por vías vaginal y transvesical pura, nos había mantenido preocupados en años anteriores. No es sino, con el uso de la vía transperitoneo-vesical, que hemos sentido el problema "fístulas vesicovaginales" ha cambiado en cuanto a "éxito" se refiere. En nuestra casuística llama poderosamente la atención que sobre 11 casos operados, algunos (3) repetidas veces, hemos obtenido curaciones en un 100% usando esta vía quirúrgica. En cambio, las otras vías en nuestras manos, han tenido un porcentaje alto de recidiva. La edad en nuestros pacientes ha sido la mayoría, mujeres de vida sexual activa, lo cual acentúa la importancia del éxito. Las causas ginecológicas han sido las más frecuentes, lo que ha hecho que la sede de las fístulas haya sido retrotrigonales en su mayoría. La vía transperitoneovesical, nos ha permitido a la vez, eliminar la sonda cistostómica, ya que con la sonda uretral hemos obtenido un drenaje satisfactorio en un tiempo promedio de sólo 10 días.

Conclusión:

En base a los resultados obtenidos en el manejo quirúrgico de 23 casos de fístula vesicovaginal, consideramos que la vía transperitoneo-vesical representa en la actualidad, la mejor solución quirúrgica de este problema.

RESUMEN:

En el Servicio de Urología, del Hospital Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, han sido operados 23 casos de fístula vesico-vaginal, con las tres vías clásicas descritas, obteniéndose con la vía trans-peritoneal, en 11 casos, un 100% de éxitos, mientras que recidivas frecuentes, con las otras vías.

SUMMARY:

23 cases of vesico-vaginal fistula had been operated at the Urology Service in the H.C.G., using the 3 classic methods known, obtaining with the trans-peritoneal method 100% success in 11 cases, but having failures quite often with the other methods.

BIBLIOGRAFIA

1. EVERETT H.S. Gynecological and Obstetrical Urology, 216:2, 1947, William/W.
2. GALLO D. Reparación de fístulas vesico-

vaginal por vía transperitoneal, Gin. y Obst. de México 22:879, 1967.

3. KIRWIN, T.J. Lowsly O.S. Radical Relief of vesico-vaginal fistula. J. Urolog. 33:51, 1935.
4. LEGUEU F. The transperitoneal closure of VV fistula. Surg. Gynec. Obst. 48:796, 1929.
5. MARRION J. Traite technich Chirurgial Mason, 1849.
6. MORGAN VEK, Santare. Technic for repair of vesico-vaginal fistula. American J. Surgery, 80:383, 1950.
7. PERQUIS P. Termeture des fistulas vesico-vaginales en Afrique Noire.
8. RIOSECO E. Fístulas vesico-vaginales. Rev. Child. Urol. 23:131, 1960.
9. SIMS. H. Vesico-vaginal fistula. J. Urology, 1943.
10. STREM A. Transvesical aproch. to vesico-vaginal fistula. Gyn. Obst. Clin. N.A. 8/1965.
11. TRAYLOR W.N. Transvesical repair of vesico-vaginal fistula. J. of. Urol. 40:488, 1948.