

REPARACION TRANSVESICAL DE FISTULAS VESICOVAGINALES CON INTERPOSICION DE UN PARCHE DE OMENTO ENTRE VEJIGA Y VAGINA: REPORTE DE CUATRO CASOS

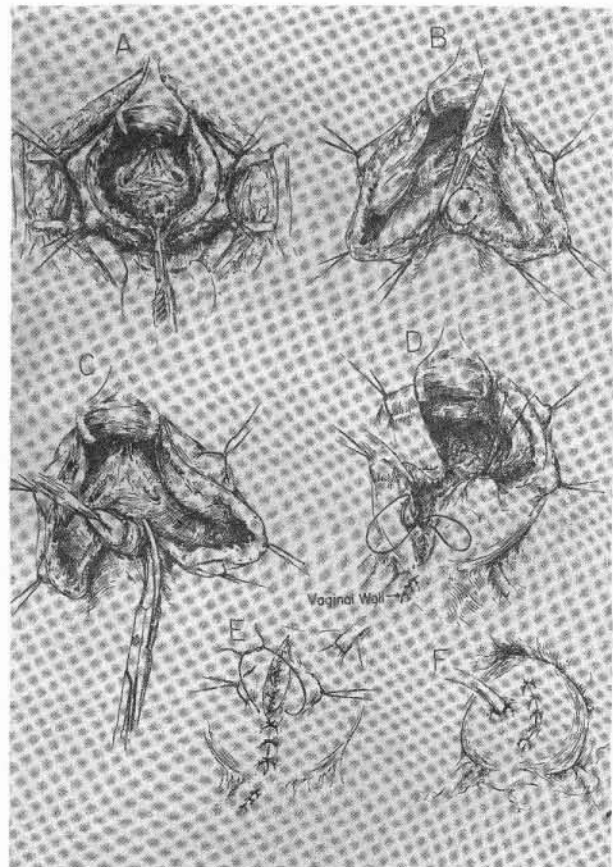
Claudio R. Orlich Castelán.*

INTRODUCCION

Las fístulas vesicovaginales posthisterectomía abdominal se presentan generalmente en la parte más alta de la vagina en una posición difícil de alcanzar por vía vaginal. En estos casos está indicada la vía transvesical y la interposición de un parche de omento entre la vejiga y la vagina es muy útil para prevenir la recidiva. En el último año hemos utilizado esta técnica en cuatro casos con gran éxito y ese es el motivo de esta publicación. Durante una histerectomía abdominal puede lesionarse la vejiga de tres maneras: por incisión o ruptura accidental de la vejiga, por disección extensa de vejiga por ejemplo cuando se está haciendo una colporrafia anterior y se forma un hematoma, y por una ligadura, una sutura o una pinza mal puesta que cause necrosis de una pequeña parte de la pared vesical. Cuando se reconoce de inmediato la lesión puede repararse fácilmente cerrando la vejiga en dos capas de crómico. Sin embargo frecuentemente no se hace el diagnóstico hasta días después cuando la paciente tiene incontinencia de orina por vagina. En estos casos se recomienda como paso inicial poner una sonda uretral y si la fístula es pequeña pueda ser que cierre espontáneamente. De cualquier manera se recomienda esperar unos 2 o 3 meses antes de intentar cualquier cierre de la fístula para que esta haya epitelizado completamente en sus bordes y tengamos mejores posibilidades de éxito. Siempre es importante hacer una cistoscopia para ver el tamaño, la localización de la fístula y su relación con los orificios uretrales y con el esfínter de la vejiga. Además de eso las pruebas con azul de metileno y el pielograma venoso son de utilidad para hacer el diagnóstico diferencial con las fístulas ureterovaginales.

Se dice que todas las técnicas para reparar fístulas urinarias tienen sus fracasos y que lo importante es conocer los principios generales y escoger una técnica bien conocida indicada en cada caso en particular. Los principios generales más importantes son una buena exposición del trayecto fistuloso, una buena movilización de la vejiga, preservar o conservar todo el tejido posible en el lado vesical, eliminar la tensión en las líneas de sutura, prevenir los espacios muertos y la formación de hematomas y prevenir la infección. La técnica usada en estos cuatro casos consiste en separar el peritoneo posterior de la pared vesical posterior y luego incidir la vejiga

en su pared posterior y en el piso dirigiéndose hacia la fístula, la cual se reseca con una incisión en forma de raqueta como lo muestra el diagrama. Una vez resecada la fístula se cierra la vagina con puntos de crómico grueso interrumpido y se pasa un parche de omento por un orificio en el peritoneo posterior el cual se ancla a vagina interponiéndolo entre esta y la vejiga. Luego se cierra la vejiga en sentido contrario también con crómico y se dejan sondas uretral y suprapúbica por diez días.



CASO 1: Paciente de 42 años vista seis semanas después de histerectomía abdominal por miomatosis uterina con incontinencia urinaria e infección urinaria por *Proteus* en la que una cistoscopia mostró la fístula dos centímetros por detrás de la línea interureterica. La paciente evolucionó bien en el postoperatorio excepto por una infección de la herida y se mando a la casa seca.

*Asistente servicio de Urología
Hospital San Juan de Dios.

CASO 2: Paciente de 38 años con histerectomía total por miomatosis 4 meses antes, con infección urinaria por E. Coli y con una fístula por detrás de los orificios uretrales. Evolucionó bien en el postoperatorio y se fue seca a su casa.

CASO 3: Paciente de 40 años de edad 6 semanas después de histerectomía abdominal por miomatosis uterina con fístula grande por detrás de los orificios uretrales, con urocultivo negativo. Evolucionó bien en el postoperatorio y se fue seca a la casa.

CASO 4: paciente de 48 años con fístula por detrás de orificios uretrales ocho semanas después de histerectomía abdominal, con urocultivo preoperatorio negativo. Evolucionó bien y se fue seca a su casa.

RESUMEN

Se reportan cuatro casos de fístulas vesicovaginales altas posthisterectomía abdominal en los cuales se consideró de difícil acceso por vía vaginal por lo que se usó la técnica transvesical interponiendo un parche de

omento entre vagina y vejiga como se ha descrito. Se obtuvieron excelentes resultados por lo que se recomienda esta técnica.

SUMMARY

We report four cases of vesicovaginal fistulas after abdominal hysterectomy lying high in the vaginal vault, the vaginal approach was considered to be very difficult and we used the transvesical approach using an omental patch between vagina and the bladder. We had good results with all of the patients remaining dry we recommend this operation.

BIBLIOGRAFIA

1. Falk, H.: Urologic injuries in Gynecology, Davis Co. Publishers, pag. 130-152, 1976.
2. Whitehead, D.: Current operative Urology, Harper and Row Publishers, pag. 782-792, 1975.

NORMAS DE LA PUBLICACION DE TRABAJOS

1. Los trabajos deben ser originales y no haber sido publicados anteriormente en ninguna otra revista.
2. Los trabajos deben entregarse escritos a máquina, a doble espacio y corregidos debidamente.
3. El número mayor de páginas que se acepta es de 15 y sólo a juicio del Consejo Editorial, se aceptan trabajos de mayor número de páginas.
4. Todo trabajo debe traer un resumen en español y si es posible otro resumen en inglés y/o francés.
5. Es indispensable que todo trabajo sea acompañado de bibliografía y ésta ordenada en orden clásico que se acepta internacionalmente.
6. Se aceptan fotografías y gráficos en tinta china. El costo de los mismos corre por cuenta del autor del trabajo.
7. El autor del trabajo recibirá 3 ejemplares de su publicación y en caso de desear separatas debe manifestarlo con anterioridad, comprometiéndose a pagar el costo de las mismas.
8. Después de publicarse el trabajo en REVISTA MEDICA DE COSTA RICA, se puede reproducir en cualquier otra revista, siempre y cuando se haga referencia de la Revista de origen.
9. La dirección, la jefatura y el consejo editorial se reservan el derecho de rechazar o corregir los trabajos que no se ajusten a las normas de publicación,

SE ACEPTA EL CANJE

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA, aparece en cuatro ediciones al año. Recibe colaboración económica de: DIRECCION GENERAL DE ASISTENCIA MEDICO SOCIAL, CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL, JUNTA DE PROTECCION SOCIAL DE SAN JOSE, UNION MEDICA NACIONAL.
