

Implantación de los Uréteres al sigmoide como tratamiento de la Fístula Vesico-Vaginal ⁽¹⁾

Por el Dr. Fernando Alvarado.

Presentación de un caso.

Los múltiples esfuerzos desarrollados a través de los años por parte de los cirujanos para conseguir una cura radical de las fístulas vesico-vaginales, están justificados en el carácter tan molesto de los síntomas de esta enfermedad. Las mujeres que padecen de fístulas vesico-vaginales llegan a presentar trastornos secundarios tales como hiperemia y excoriaciones múltiples de la vulva y regiones glúteas y en algunos casos crónicos habrá pustulación local. Las sales urinarias se colectan en estas regiones en forma de cristales contribuyendo de esta manera al malestar de la paciente. El olor de la orina en descomposición llega a ser tan ofensivo que se hace vergonzoso para la paciente, quien llega a ser repudiada por los que están a su alrededor.

Gran variedad de técnicas operatorias han sido presentadas desde los tiempos en que Sims practicó el primer tratamiento quirúrgico de una fístula vesico-vaginal en el año 1855. La multiplicidad de estas técnicas es un buen índice de la ineficacia de cada una de ellas para el tratamiento de todos los diversos casos de fístulas vesico-vaginales y, además, ocasionalmente se encuentran fístulas grandes que desafían cualquier tratamiento quirúrgico que tienda al cierre de la comunicación fistulosa. Los pacientes que presentan esta clase de fístulas son operados repetidas veces en un esfuerzo para mejorar su condición, pero la fístula vuelve a hacerse patente, hasta que el médico y la paciente llegan a perder las esperanzas y esta última se ve condenada a una vida de miseria y sufrimientos. Estos casos han sido clasificados en dos grupos.

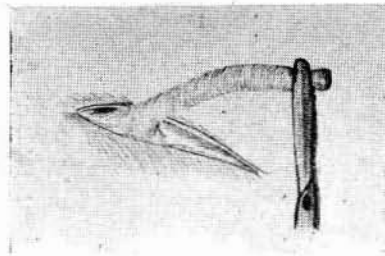
1º—Las fístulas debidas a traumatismo obstétrico en las cuales el esfínter vesical ha sido destrozado. En estos casos el daño en la vejiga y en la uretra a veces puede ser reparado, pero

(1) Trabajo presentado para postular una plaza de Asistente en la Sección de Medicina en el Hospital San Juan de Dios de San José, de C. R.

resulta imposible reconstruir un esfínter que tenga una acción efectiva y por consiguiente, la incontinencia urinaria persiste.

2º—Este grupo comprende las fístulas resultantes de la irradiación para el tratamiento del cáncer avanzado del cuello uterino, las cuales son generalmente imposibles de cerrar debido al tamaño grande de la fístula, a la gran cantidad de tejido fibroso secundario a las irradiaciones y a la isquemia relativa que habrá en esa región.

El único tratamiento que les puede ofrecer a los pacientes



Uréter seccionado

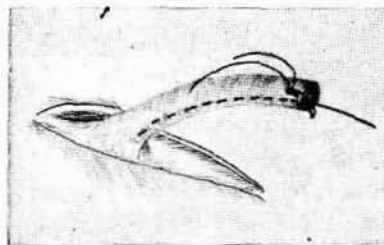
clasificados en estos dos grupos, una oportunidad de volver a disfrutar de una vida tranquila es aquel que tiende a desviar la corriente urinaria, mediante, el trasplante de los uréteres.

Me propongo presentar un caso que estaría clasificado en el primer grado. Es el caso de una paciente que tuvo una inercia uterina cuando la cabeza del niño había avanzado hasta el arco del pubis donde permaneció largas horas, causando una necrosis de la base de la vejiga que comprendía el esfínter vesical.

La paciente es una mujer blanca de más o menos 30 años de edad, procedente de Línea Vieja. En el curso de tres años se registran tres admisiones al Hospital San Juan de Dios. La primera el 31 de Mayo de 1945. En esa época la paciente dió la historia de haber tenido un parto muy laborioso, con labor que duró cuatro días. Esto ocurrió tres meses antes de la fecha citada. Después de haber dado a luz estuvo en cama por unos cuatro días, con fiebre alta y desde entonces padece de incontinencia urinaria y flujo vaginal abundante. Su historia pasada revela haber padecido de malária, sarampión y tos ferina. Se internó en el Servicio de Urología, con el diagnóstico de "Incontinencia de orina. Rotura uretral?" En el examen físico se encontraron

unas escoriaciones vaginales y la aparición de orina por la vagina. Se le practicaron exámenes de orina y de heces, apareciendo: mucha albúmina y mucho pus en la orina y anquilostomas en las heces. Permaneció en el Hospital durante 9 días con un curso afebril. Se le dió Sulfatiazol y lavados vaginales. El día 9 de Junio exigió la salida. El diagnóstico final fué: "Vulvo-vaginitis y posible fístula vesico-vaginal".

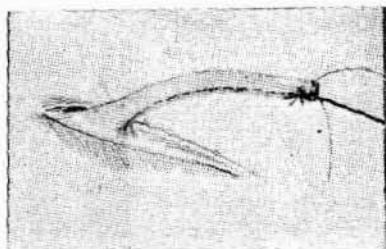
La paciente regresó a este Hospital dos meses después. La incontinencia urinaria persistía y cada día era peor. Fué admitida a Cirugía Grl. de Mujeres "Federico Zumbado", con el diagnóstico de "fístula vesico-vaginal por traumatismo obstétrico". El examen físico en esta admisión reveló: *desgarro perineal e inflamación de la vulva y vagina, las cuales estaban cubiertas de exudado purulento*. Se encontró una fístula que en el examen vaginal parecía ser uretro-vesico-vaginal. Los exámenes de Laboratorio revelan el Kahn negativo, la orina negativa y anquilostomas en las heces. Se le preparó para operación con lavados vaginales,



Se inserta un pedazo de catgut en el lumen del uréter y se fija mediante sutura

compuestos sulfamidos y toques locales de vaselina en la apertura vaginal de la fístula. La operación se practicó el día 20 de Setiembre de 1945. Se encontró la fístula a 6 centímetros del orificio uretral. La mucosa vaginal se abrió en forma de cruz en el lugar del orificio. Se disecaron los planos alrededor del tracto fistuloso y se refrescaron los bordes de la fístula. La mucosa vesical fué cerrada en forma de bolsa de tabaco con suturas en dos planos; luego, los colgajos de la mucosa vaginal fueron suturados en superposición. A los tres días después de la operación, se notó que la paciente pasaba orina por la vagina otra vez. Se

continuó entonces con lavados vaginales y aplicaciones locales de vaselina y de una pomada anticongestiva. Al examinarse de nuevo, se encontró que la fístula estaba patente y que ahora abarcaba parte de la uretra. El 27 de Nov., es decir más o menos dos meses después de la primer intervención quirúrgica,



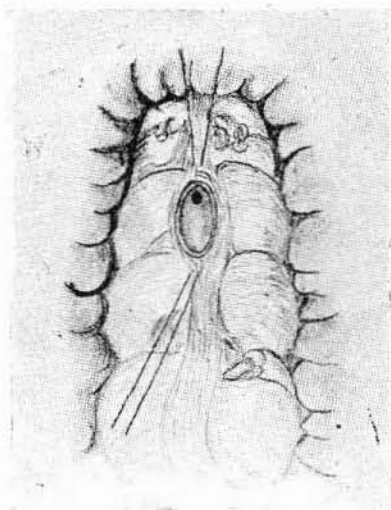
El uréter con los hilos que lo fijarán al interior del intestino

se le practicó la segunda intervención en la cual se trató de reconstruir la uretra en la siguiente forma: se colocó un catéter uretral y como la mucosa de la uretra estaba destrozada en la región de la fístula, se cubrió el cateter con colgajos obtenidos de la mucosa vaginal. Este segundo intento también fracasó y la paciente abandonó el Hospital el 5 de Febrero de 1946, en condiciones semejantes a las que presentaba cuando fué admitida. Se le citó para que regresara dos meses después, para una nueva operación. No regresó sino hasta un año después. Fué admitida entonces, por tercera vez, con el diagnóstico de "observación" al servicio Cirugía Gral. de Mujeres "Federico Zumbado". La incontinencia urinaria y el pase de orina por la vagina eran cada día más marcados. También la paciente se quejaba de ardores constantes en la vulva. En el examen físico se encontraron múltiples escoriaciones en la vulva y una fístula vesico-uretro-vaginal crateriforme. Considerando el caso de suficiente interés científico, se aprovechó la visita a Costa Rica del urólogo estadounidense D. Edgar Burns, para presentarle el caso. Se recomendó una cistoscopia la cual se practicó introduciendo el cistoscopio por el cráter de la fístula, puesto que la uretra estaba destrozada. Se encontró que la fístula, como era de suponerse, había destrozado parte de la base de la vejiga, parte de la uretra y el esfínger vesical. Se consideró entonces, que otro nuevo aten-

tado a cerrar esa fistula con una reconstrucción de la uretra sería exponerse a un nuevo fracaso, por las siguientes razones; primero, que la fistula era demasiado grande y lo probable era que ocurriera una recidiva; segundo, que aunque el reparo persistiera, la incontinencia urinaria también persistiría debido a la ausencia del esfínter vesical. Se juzgó entonces, que la única forma de aliviar los síntomas de esta pobre paciente era desviando la corriente urinaria mediante un trasplante de los uretes al signoide.

El pielograma retrógrado fué impracticable por no poder dilatar la vejiga urinaria y no poder entonces visualizar las aperturas de los uréteres. Se le practicó un pielograma intravenoso o descendente, el cual fué reportado por el Radiólogo como mostrando una buena eliminación renal bilateral".

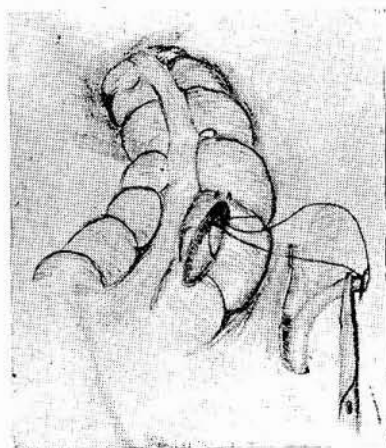
Se le preparó para operación al día siguiente, dándole 600.000 U. de Penicilina en dosis de 50.000 U. cada tres horas



Se incinde la pared intestinal hasta la mucosa y en esta última se verifica una pequeña apertura

2 gramos de sulfatiazol en medio litro de suero fisiológico ese día y otros 2 gramos, en la misma forma, al día siguiente; 300 c. c. de sangre; un enema grande en la noche y otro en la mañana, seguido de una ampolla de Prostigmina y dejando la sonda rectal puesta.

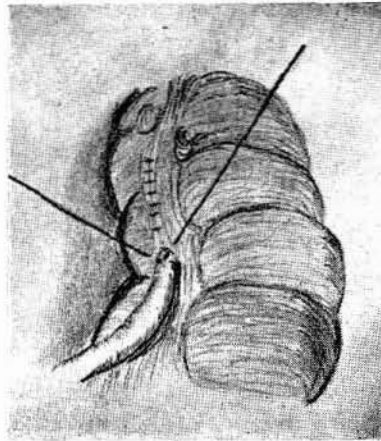
La paciente fué operada en la mañana del 26 de Febrero, por el Dr. Edgar Burns, asistiéndole los Drs. Alfonso Acosta, Enrique Berrocal y el que relata. El Dr. Gonzalo Vargas dando la anestesia raquídea. Se le hizo una incisión para—mediana derecha y después de separar las ansas intestinales se logró exponer la pared posterior de la cavidad abdominal. Se localizó el uréter derecho y se expuso éste mediante una incisión en el peritoneo parietal posterior. Se seccionó el uréter entre dos pinzas lo más cerca posible de su terminación en la vejiga; la parte distal se ligó doblemente y se depositó de nuevo en su posición retroperitoneal. El sigmoide se aproximó hasta tenerlo en una posición inmediatamente enfrente de la quinta vértebra lumbar. Se hizo una incisión longitudinal de más o menos 1-1½" de largo



Pasando los hilos que van a fijar al uréter dentro del intestino

en la bandeleta longitudinal anterior del sigmoide, cortando únicamente la serosa y la muscular, llegando hasta la mucosa pero no a través de ella. Luego se insertó en el lumen del uréter un cabo de catgut crómico N° 1, que fué fijado a la pared del uréter mediante una sutura que lo amarraba a ésta. Esta manobra sirve para mantener patente el lumen del uréter aunque éste luego se inflamara. Se hizo entonces una pequeña apertura en la mucosa intestinal y a través de ésta se pasó una aguja montada en un hilo catgut simple N° 0, cuyo otro extremo estaba sutu-

rado a la parte terminal del uréter. Otro hilo se pasó de la misma manera, sirviendo ambos para anclar el uréter al interior de la pared del sigmoide. Luego se cierra la mucosa alrededor del uréter y seguidamente, se cierra la serosa con puntos interrumpidos, quedando así el uréter enterrado en la musculatura del



El uréter implantado al sigmoide

intestino por alguna distancia. La implantación se aproximó a la pared posterior para poder colocar así, retro peritonealmente, lo más que se pudiera del uréter. La pared abdominal se cerró en la forma usual. Durante el curso post-operatorio se le dió Penicilina en dosis de 25,000 U. cada tres horas, en los primeros 7 días; la sonda rectal se dejó puesta también durante los primeros 7 días. Esta sonda rectal se cambiaba cada 12 horas, a fin de asegurarse que no estuviere obstruída. Hubo necesidad de poner el evacuador gástrico durante los primeros 4 días y administrar Prostigmina, en dosis pequeñas, para tratar una distensión abdominal debida a un ileus funcional. Durante estos 4 días se le mantuvo con 2 litros de suero glucosado y 1 litro de suero fisiológico al día. Al 5º día la distensión había cedido y se ordenó remover el evacuador, comenzándosele en una dieta baja en residuos y media onza de petrolato líquido dos veces por día. Esta dieta se complementó durante los siguientes cuatro días con un litro de suero glucosado diario, Vitaminas C, Complejo B y

Extracto de Hígado en inyecciones intramusculares, más unas cápsulas de Sulfato Ferroso.

Tuvo una diarrea moderada del tercero al octavo día post-operatorio, pero a partir de esa fecha ésta fué cediendo rápidamente. La temperatura subió súbitamente a 39,5° C. al 7 día post-operatorio, pero cedió fácilmente al Sulfatiazol en dosis regulares. Los hilos de la piel se quitaron al noveno día y la paciente se levantó al onceavo día.

Más o menos un mes y medio después de la primera operación, es decir el día 15 de Abril de 1947, se le practicó la segunda operación por el Dr. E. Burns, asistido por los Drs. Alfonso Acosta, y el que relata. Para esta operación la paciente fué preparada en forma similar a la primera vez. En esta ocasión se llevó a cabo el trasplante del uréter izquierdo al sigmoide, varias pulgadas más abajo del primer trasplante, usando una técnica igual a la anteriormente descrita. El cuidado post-operatorio fué semejante al primero, sólo que menos laborioso debido a la ausencia de complicaciones. La paciente estaba afebril al tercer día post-operatorio y así permaneció. Tenía de dos a tres evacuaciones intestinales por día y podía controlar bien el esfínter anal. No tenía tenesmo. Mostraba una franca mejoría en las excoriaciones de la vulva y había mejorado muchísimo moralmente. Se le dió la salida el décimo octavo día post-operatorio, después de haber estado con dieta irrestringida por varios días.

COMENTARIO

Se ha creído de interés la presentación del caso anterior, por las siguientes razones:

1º—Por ser el primer caso en que se ejecuta el trasplante de ambos uréteres al sigmoide, como tratamiento de una fístula vesicovaginal, en Costa Rica.

2º—Porque viene a enseñarnos la importancia de practicar cistoscopías rutinarias previas al tratamiento de fístulas vesicovaginales.

3º—Porque una vez más nos demuestra la necesidad de que todos los partos sean atendidos en clínicas u hospitales, y, a ser posible, por médicos especializados en esta rama.
