

FISTULAS UROGENITALES E INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

SOCIEDAD PANAMEÑA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Doctores **Napoleón Lasso** y **Rogelio Arias**

En nombre de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Panamá, quiero manifestar nuestro agradecimiento por la distinción que se nos hizo al encomendarnos traer a esta honorable Asamblea tan importante tema.

Auguramos el más rotundo éxito a este certamen y esperamos que él llene a cabalidad su cometido.

Fistulas urogenitales

El estado extraordinariamente lamentable en que se hallan las enfermas fistulosas por la pérdida constante de orina, el mal olor y la humedad de su ropa y de su cama, es lo que le da la importancia a este tema. Esta situación influye grandemente en la vida de estas enfermas, convirtiéndolas en verdadero martirio. La paciente emprendedora y prominente en las organizaciones sociales, se torna en una reclusa, casi una paria, adquiriendo con el tiempo la perspectiva más desesperada de su vida.

Historia:

Su existencia data de muchos siglos, principalmente en lo que se refiere a las fistulas véscico-vaginales.

El primer informe sobre fistulas véscico-vaginales apareció en un reporte médico indio en el año 800 A. C. Hipócrates mencionaba el escape involuntario de orina. El profesor Derry, en 1935, encontró una fistula véscico-vaginal gigante en la momia de una mujer llamada Henhenit, quien era bailarina de la Corte del Rey Mentuhotep, de la 11^a Dinastía Egipcia en el año 2050 A.C.

Antes del siglo xvii se les consideraba incurables, pudiéndose encontrar referencias a mitades del siglo xviii de un tratamiento basado en llevar un sapo pulverizado en una bolsita encima del estómago. La primera contribución real a la cirugía fue hecha en 1672 por el holandés H. Van Roonhuyse, cuyas aportaciones se adelantaron mucho con respecto a los conocimientos de su época.

Recomendaba la denudación completa de las márgenes de la fistula; aproximación de los bordes por medio de púas clavadas en los labios de la herida, mantenidas con trozos de seda y cubriendo la herida con bálsamos y telas absorbentes. No se conocen éxitos ni fracasos

de Roonhuysse; sin embargo, Johanas Fatio, de Basilea, habló de éxitos personales en 1675 a 1684 siguiendo la técnica de Roonhuysse.

Pocos progresos se hicieron hasta 1839 en que George Hayward, del Hospital General de Massachusetts, presentó algunos casos en que describió el importante punto técnico de la separación de la vejiga de la vagina. En 1846 Metzger, de Praga, describió el empleo de un instrumento muy parecido al espéculo de Sims. En 1847 John Mettauer, de Virginia, utilizó por primera vez suturas metálicas torcidas (plomo). En 1852 Wutzer, de Bonn, presentó 11 casos de curación en 35 pacientes, utilizando el drenaje suprapúbico. En 1845 Jobert, de Lamballe, describió su incisión para eliminar la tensión sobre la línea de sutura. Consistía en una incisión transversal por delante del cérvix, en donde podía separarse del mismo. Gustavo Simón, que era discípulo de Jobert y reconocía el valor de la disminución de la tensión sobre la sutura, intentó hacerlo con el uso de suturas de tensión en lugar de incisiones.

Mario Sims, en 1852, hace su primera publicación sobre fístulas, considerándosele el pionero de esta cirugía en América. Sin embargo, es interesante hacer notar que esta operación no era nueva; todas las fases habían sido descritas por los cirujanos que le antecedieron. La única innovación que introdujo Sims fue el uso del alambre de plata.

En 1890 Trendelenburg crea el método suprapúbico extraperitoneal, abriendo la vejiga para cerrar la fístula. En 1893 L. Von Dittel describió la vía

transperitoneal, separando la vejiga del útero y la vagina y cerrando la abertura de la fístula desde arriba.

El año siguiente Mackenrodt hizo su aportación a la técnica de considerable importancia. Incidía la vagina en la línea media a través de la fístula, y luego, con bisturí y pinzas, separaba los bordes de la fístula como para separar completamente la vejiga de la pared vaginal. Seguidamente cerraba la vejiga y la vagina por separado. Sin embargo, se señala a Maurice Henry Collins en 1861, a Martin en 1879, y Sanger en 1888, como indicadores de este principio.

En 1914 Latzko describió una técnica adecuada para los casos de fístulas resultantes de las histerectomías totales: "operación de la pequeña colpocleisis". Consistía en la obliteración de la bóveda vaginal con la aproximación de las zonas anchas de tejido desnudo. En 1942 presentó 31 casos de fístulas vésico-vaginales tratadas con este método, consiguiendo 29 curaciones, una mejora y un fracaso. La aportación de Latzko ha sido tan valiosa que en la actualidad es usada por muchos.

Etiología y clasificación:

Excluyendo las causas más raras en la producción de fístulas, como son las fracturas de los huesos de la pelvis, las heridas penetrantes de abdomen y las enfermedades malignas, las causas más comunes son tres: por causa obstétrica, por causa ginecológica y las causadas por el tratamiento intensivo de Radio en el C. A. cérvico-uterino.

Se le clasifican en vésico-vaginales, vésico-uretro-vaginales, en uretro-vagi-

nales, en urétero-vaginales, en vésico-cérvico-vaginales, en vésico-uterinas y en vésico-abdomino-vaginales.

Las fístulas por causa obstétrica son debidas a desgarros producidos por los instrumentos del operador o indirectamente por el mismo feto violentamente extraído, o por consecuencia de isquemias que se producen mecánicamente durante el parto cuando el feto comprime la vejiga demasiado tiempo contra la sínfisis del pubis.

Las fístulas por causa ginecológica son producidas principalmente con motivo de las plastias vaginales; a disecciones profundas en caso de colporrafias que dejan la uretra casi denudada, pudiendo ser perforada en cateterizaciones subsecuentes al acto quirúrgico; a operaciones en la vejiga; a histerectomías vaginales o abdominales en las que es fácil lesionar los órganos urinarios si no se conocen exactamente los cambios de anatomía topográfica que sobrevienen durante la operación, como son el desplazamiento del uréter de su sitio normal por tumores o la presencia del doble uréter. Pero incluso tras operaciones realizadas con absoluta corrección pueden presentarse fístulas, debidas no a lesiones directas sino a necrosis por esfacelo de los órganos, que son formadas como consecuencia de la sección de elementos vasculares con los órganos vecinos, como es el caso de la operación de Wertheim con linfadenectomía. El sangrado persistente entre la vejiga y la pared vaginal suturada, forma hematomas que pueden seguir la infección, resultando un absceso que puede drenar a la vejiga y fistulizarla; cosa igual sucede con las suturas que penetran a la mucosa vesical.

Las fístulas que sobrevienen como consecuencia del tratamiento por radio se presentan cuando el cáncer invade ampliamente los tejidos perivesicales y periuretrales y el tratamiento produce destrucciones hísticas con perforaciones consecutivas, de suerte que la curación no se logra más que a precio de producir una fístula. Habría que añadir que muchas fístulas se presentan en este caso como consecuencia de una terapia realizada incorrectamente.

Síntomas:

Por lo que respecta a los síntomas, las fístulas se caracterizan por la incontinencia permanente de orina, variando ésta de acuerdo con el tamaño. Cuando son pequeñas, la formación de una oclusión valvular o de retención en la vagina pueden actuar de suerte que se forme cierta continencia o puede haber un goteo muy reducido, dependiendo en algunos casos de la posición de la enferma. En estos casos las enfermas pueden orinar grandes cantidades. Cuando las fístulas son mayores, la pérdida de orina es constante y la micción imposible por falta de colección. En caso de fístulas urétero-vaginales, a pesar de la pérdida constante de orina, la paciente puede orinar.

Estas pérdidas constantes de orina traen consigo el mal olor, la irritación de los órganos genitales externos y de los muslos, con su correspondiente eczema urinoso. A veces hay escoriaciones y en algunos puntos pueden depositarse sales urinarias que forman verdaderas concreciones.

En caso de fístulas vésico-uterinas, a veces no presentan incontinencia pero

se observa en estas pacientes aparente amenorrea, asociada a una hematuria cíclica que Youssef ha llamado Menouria.

La amenorrea es frecuente en las enfermas fistulosas. Penkov la encontró en el 58% de los casos y la atribuye al proceso inflamatorio, ya que se restaura al ceder éste. Este proceso inflamatorio es ocasionado por bacterias intestinales asociadas al proteus vulgaris. A las toxinas de este último germen atribuye Penkov la degeneración quística de los ovarios que experimentalmente encontró en conejos. Du Tait encontró amenorrea en el 23% de sus casos, pero no atribuye a causa alguna su producción.

Frecuencia:

Antes de que los métodos obstétricos modernos llegasen a su desarrollo actual los traumatismos del parto producían con frecuencia gran cantidad de fístulas genitales. Con los avances de la obste-

Naguib Mahfouz del Egipto reporta haber tratado 968 casos de fístulas causadas en su mayoría por dificultades en el parto. En cambio, A. M. Mc Causland no reporta un solo caso de fístula en 52.188 partos atendidos durante el período comprendido entre 1951-1955 en Los Angeles County Hospital.

H. Everett y R. Mattingly, de la Universidad de John Hopkins, reportaron 149 casos de fístulas, de los cuales 65 fueron por causa ginecológica, 28 por causa obstétrica, 48 por radiaciones y 8 misceláneas. J. C. Moir, de Inglaterra, reportó en 1949, 225 casos, de los cuales 140 fueron por causa ginecológica, 62 por causa obstétrica, 12 por radio y 11 misceláneas.

En el Servicio de Ginecología del Hospital Santo Tomás, principal centro de salud de nuestro país, se trataron 57 casos de fístulas durante los años de 1945 a 1960. De estos casos 48 fueron por causa obstétrica; 6 por causa gine-

	Nº de casos	Ginec.	Obst.	Radio	Misc.
H. Everett y R. Mattingly . .	149	65	28	48	8
J. C. Moir	225	140	62	12	11

tricia, el desarrollo de la cirugía, principalmente cancerológica y la radioterapia, en los últimos veinte años las fístulas por causa obstétrica han disminuído en proporciones asombrosas, mientras que aquellas por causa quirúrgica y por radiación han aumentado.

En los países en donde la obstetricia está poco desarrollada, la mayor causa de fístulas son de tipo obstétrico. No así en los avanzados, en donde casi se han reducido a cero. Así vemos que

cológica; 2 por radio y un misceláneo, como puede apreciarse más claramente en los cuadros siguientes.

Advierto que la incidencia mayor de fístulas por causa obstétrica observada en nuestro servicio, obedece a que más del 90% de estos casos fueron referidos de los lugares apartados de la república en donde la obstetricia aún está en manos de personas cuyos conocimientos son puramente empíricos, y de los Hospitales Provinciales en donde no conta-

HOSPITAL SANTO TOMAS

1945 - 1960

NUMERO DE CASOS, 57

Ginecológicos (6)

Hist. abdominales (4).

Op. Wertheim con linfadenectomía (2).

Obstétricos (48).

Lab. Prolongada con feto muerto (31).

Fórceps (12).

Op. cesárea (5).

Radioterapia (2).

Misceláneos (1).

Desarticulación de cadera.

LOCALIZACION	Nº	%
Vésico-vaginales	33	57.8
Vésico-uretro-vaginales interesando el cuello vesical	15	26.3
Urétero-vaginales	4	7.
Uretro-vaginales	3	5.2
Vésico-cérvico-vaginales . .	2	3.5

mos con servicio especializado en la materia; así vemos que en nuestra maternidad, de 41.810 partos atendidos entre los años 1955-1960, se encontraron solamente 3 casos de fístulas.

Diagnóstico:

El diagnóstico de las fístulas urogenitales suele establecerse sin más datos que los proporcionados por la anamnesis y la exploración ginecológica. En

cambio, la localización exacta del orificio fistuloso presenta en ocasiones dificultades por encontrarse escondido en el fondo de una retracción cicatricial infundibuliforme.

Es importante diferenciar si la pérdida de orina obedece a una fístula o a debilidad del esfínter. Cuando la pérdida de orina es debida a la debilidad del esfínter, generalmente puede observarse cómo sale la orina por el meato cuando la enferma tose o hace algún esfuerzo.

Cuando la fístula es grande, se palpa fácilmente a través de la vagina o puede verse con la enferma en las posiciones de litotomía, genupectoral o de Sims. De no encontrarse fácilmente la presencia de ésta, puede determinarse muchas veces llenando la vejiga con una solución colorante como azul de metileno y luego inspeccionando la pared anterior de la vagina. Si no se descubre ningún punto de goteo, puede recurrirse a la prueba de las tres gasas que consiste en introducir las en la vagina y hacer deambular la enferma durante diez o quince minutos. Si después de este lapso la gasa más baja está coloreada, el escape es de la uretra, presumiendo una incontinencia de esfuerzo. Si se tiñen las gasas mediana o alta la fístula es vesicovaginal; y si la gasa más alta está mojada pero no teñida se presume que el daño es ureteral.

Puede recurrirse también a la prueba de Barker, que consiste en lo siguiente: se introduce en la vagina una compresa humedecida de una solución débil de hidróxido de sodio o de bicarbonato de sodio; luego se introducen en la vejiga 100 cc de una solución de azul de metileno y se inyecta intravenosamente 1 cc

de sulfofenoltaleína, que al ser eliminada por los riñones y colectada en medio alcalino, dará una coloración roja. A los 30 minutos se retira la compresa. Si ésta se encuentra teñida de azul, la fístula es vésico-vaginal, y si está teñida de rojo, la fístula es urétero-vaginal.

El estudio clínico debe complementarse con la cistoscopia y la urografía excretora; indicándonos la primera el tamaño, posición de la fístula y especialmente sus relaciones con los orificios ureterales y el esfínter vesical. También nos señala, en caso de lesiones ureterales, el lado afectado.

La segunda nos informará sobre el estado anatómico de las vías altas y de su buen o mal funcionamiento.

Tratamiento:

El tratamiento de las fístulas urinarias es siempre quirúrgico. Tan solo las fístulas muy pequeñas curan a veces espontáneamente o se logran cerrar por métodos eléctricos.

Algunas urétero-vaginales cierran espontáneamente por obliteración del uréter y atrofia secundaria del riñón correspondiente.

Numerosas técnicas han sido descritas para corregir la fístula utilizando la vía vaginal, transvesical y extraperitoneal. Sin embargo, no nos concretaremos aquí a sus descripciones, ya que fueron enunciadas al principio de este trabajo y tan sólo nos referiremos a la vía vaginal, que es la que ha rendido los mejores resultados a los de mayor experiencia en esta materia y con la que

nosotros hemos obtenido los mayores beneficios. Las técnicas descritas para esta vía "no son más que simples modificaciones de la Técnica de Mackenrodt, adaptada a los diferentes tipos de fístulas vésico-vaginales".

Antes de iniciar cualquier operación es ventajoso que los tejidos se encuentren en buen estado.

En las fístulas post-operatoria o post-partum deben transcurrir de tres a seis meses antes de iniciar la operación, a fin de que las superficies de granulación estén sanas y los órganos en completa involución. Collins ha abreviado el período preoperatorio de diez a catorce días con el uso de corticoides asociado a los antibióticos.

Radman y Melvin han utilizado la Phenylbutazona y la Oxyfenilbutazona, y piensan que pueden obtenerse los mismos resultados que con la cortisona; sin embargo, no tienen la suficiente experiencia para asegurarlo. A semejanza de Collins nosotros hemos utilizado los corticoides con buenos resultados, pero con la desventaja de aumentar el sangramiento del campo operatorio.

No debe olvidarse que en la ausencia de sustancias anti-inflamatorias la medicación ácida es útil para acidificar la orina e inhibir la formación de concreciones y la inflamación vaginal. Los baños de asiento y las irrigaciones con permanganato de potasio al 1 por 10.000 son procedimientos útiles para eliminar las incrustaciones de los tejidos; lo mismo que los preparados a base de aluminio mejoran el eczema presente en muchos de estos casos.

La técnica que seguimos es la del DESDOBLAMIENTO, con ciertas modificaciones de acuerdo con el caso en particular.

Se practica la separación de la vejiga lo suficiente para evitar la tensión de los puntos de sutura —secreto en esta técnica. Se cierra la vejiga en uno o dos planos utilizando crómico cero o doble cero. Se coloca la paciente en posición de litotomía procurando obtener una buena exposición de la fístula, para lo cual colocamos una valva de peso en la pared posterior de la vagina y se hace tracción del cérvix con un tenáculo o de la mucosa vaginal con pinzas de Allis o riendas colocadas a un centímetro del borde fistuloso. En las fístulas chicas puede usarse como tractor una sonda de Foley introducida en la vejiga por la propia fístula a la manera del doctor Elmer Belt. En caso de vaginas muy

estrechas se puede recurrir a la incisión de Schuchardt. Se pasa un catéter uretral para estar seguro de la permeabilidad de la uretra, procediéndose a la operación: Se practica una incisión circular a medio centímetro del borde fistuloso, a manera de collarete (fig. 1).

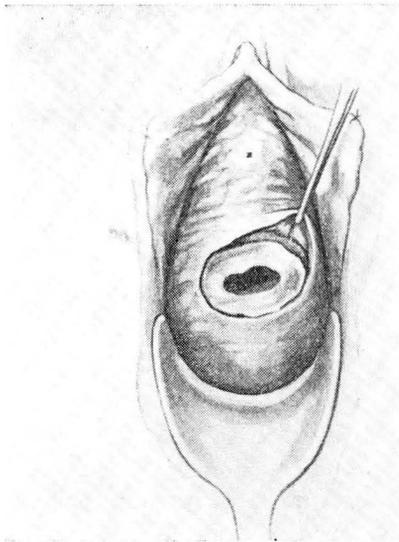


Figura 1

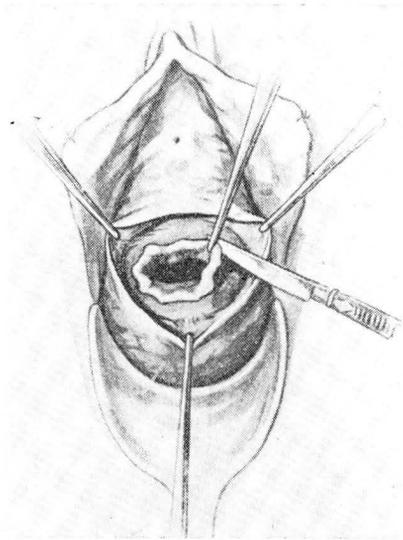


Figura 2

Luego se separa la mucosa vaginal de la vejiga lo suficiente para evitar que la sutura de la vejiga quede en tensión (fig. 2).

La sutura debe pasar por la capa muscular sin penetrar en la mucosa por fuera del borde de sección cogiendo el tejido de la superficie cruenta y, de este modo, el collarite se abarquilla hacia el interior de la vejiga formando como un botón de presión sujeto en cierto modo por la fístula misma. Los puntos laterales deben colocarse primero con el fin de visualizar mejor los uréteres (figs. 3 y 4).

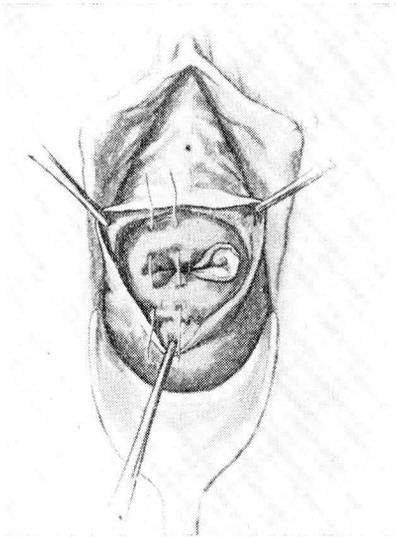


Figura 3

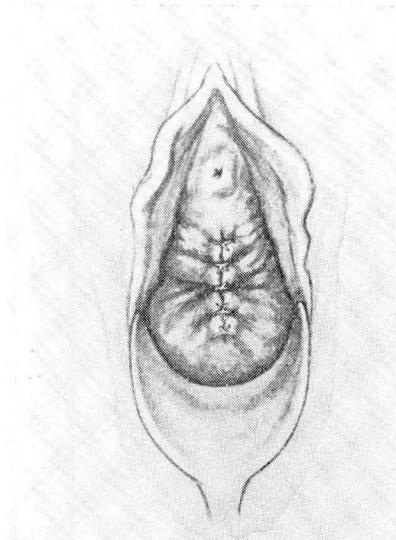


Figura 4

Al suturar la mucosa vaginal no deben dejarse espacios muertos. Terminada la operación, debe colocarse una sonda de Foley durante dos o tres sema-

nas; practicar lavados vesicales una o dos veces al día y suministrar antibióticos de preferencia del tipo urinario.

En los casos de fístulas en que existe destrucción del trígono, el cuello vesical y el tercio posterior de la uretra, casos generalmente difíciles y en los que frecuentemente la uretra se encuentra obliterada en su extremidad distal, utilizamos la técnica siguiente: disecamos la vejiga ampliamente, si es posible siguiendo la vía vaginal y abdominal extraperitoneal. Terminado este tiempo, perforamos el extremo ciego de la uretra y disecamos ésta ampliamente de sus tejidos alrededor y el cicatricial posterior. Suturamos los bordes de la vejiga entre sí, dejando un espacio en el centro para anastomosar la uretra con la vejiga (figs. 5, 6 y 7).

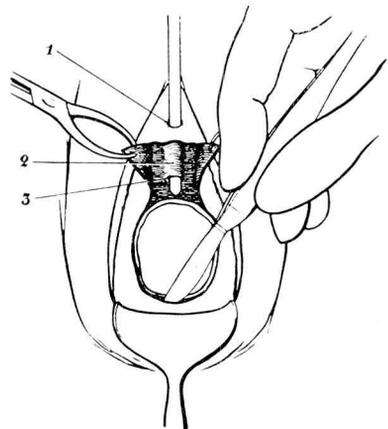


Figura 5

Cuando se trata de fístulas vésico-uterinas debe practicarse una incisión transversa en la vagina disecándose la vejiga del cérvix. Cuando se encuentre el borde fistuloso se puede incidir el

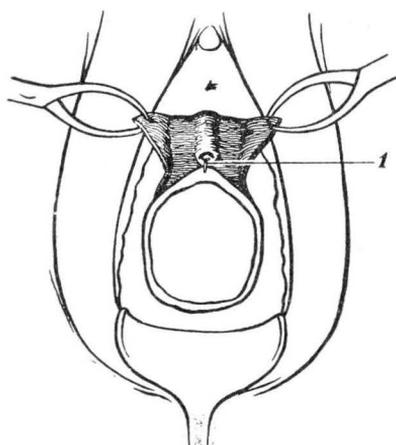


Figura 6

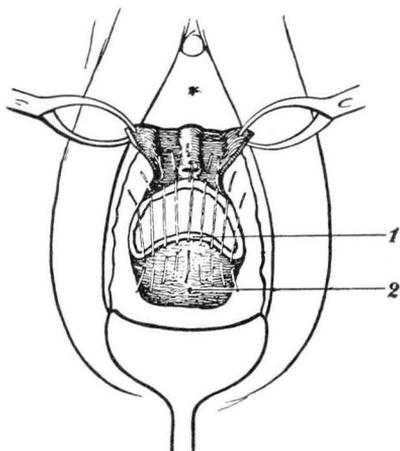


Figura 7

cérvix en la línea media para facilitar la disección. El cierre de la vejiga se practica según la técnica ya descrita.

Las fístulas urétero-vaginales se reparan, siempre y cuando sea posible, haciendo neo-implantaciones del uréter a la vejiga. En caso de uréter corto, puede recurrirse a la cisto-urétero-anastomosis tallando un colgajo de vejiga,

que se convertirá en conducto para completar la porción de uréter ausente.

Algunos casos de fístulas que comprometieron el trigono y el cuello vesical quedan después de reparadas con cierta incontinencia por falta de esfínter. Es aquí en donde pueden utilizarse las técnicas para corregir la incontinencia urinaria de esfuerzo, originadas a partir de la Operación de Goebel-Stoekel, como son la de Aldridge y la de Millin y Read, que utilizan fascia.

T. Williams y R. Te Linde han utilizado en los últimos años cintas de Mersilene (Dacron) con resultados satisfactorios. Nosotros hemos empleado Nylon (Dermalon) con buenos resultados en los pocos casos tratados.

Para la pérdida completa de la uretra numerosas técnicas han sido descritas (Marion, Kelly, Farrar, etc.) con resultados poco halagadores. La operación de Cuvelaire modificada por Read parece un procedimiento mejor: Previa cistostomía suprapúbica, se cierra la fístula. A las tres semanas se procede a formar el túnel, que constituirá la nueva uretra. Esto se logra pasando un trocar por debajo del clítoris y rozando la parte inferior del pubis hasta perforar la vejiga. Hecho esto, se coloca una sonda de Foley y se retira la sonda suprapúbica. La sonda de Foley se retira cuando la cistostomía suprapúbica haya cerrado.

Algunas veces nos encontramos con grandes fístulas véscico-vaginales que desafían todos los intentos quirúrgicos de reparación. Estos casos se dividen en dos categorías: 1º Aquellas fístulas obstétricas en que la base de la vejiga

y la uretra, además de la región del esfínter, se hallan totalmente destruidas y el intento de reparación imposible. 2º Las grandes fístulas que resultan de la irradiación por cáncer cérvico-uterino muy avanzadas que pueden ser imposibles de cerrar debido a la gran cantidad de tejido ausente, a la inelasticidad del tejido cicatricial denso y a la irrigación inadecuada de los tejidos que bordean la fístula. A este respecto hay que añadir que las fístulas causadas por el Radio son las más difíciles de tratar y en algunos casos incurables por cualquier método. Es aquí en donde se plantean las siguientes preguntas: ¿Está la lesión originalmente activa? ¿Ha terminado la necrosis por el Radio o continúa extendiéndose? ¿Cómo se encuentran los bordes de la fístula? ¿Está la vagina estenosada o su estructura afectada? y finalmente, ¿están los riñones sanos y los uréteres con su característica y funcionamiento normal?

En estos casos de fístulas desafiantes es en donde hay que desviar la corriente de orina hacia el intestino o directa o indirectamente hacia la piel; para lo cual se han seguido numerosas técnicas como la urétero-sigmoido-anastomosis (Coffey, Winsbury, Jewett, etc.); la véscico-rectostomía (Pomerance); la urétero-íleo-cisto-neostomía (Bricker, C. Well) y otras.

Las desventajas que tienen estas operaciones son las infecciones ascendentes con su pielonefritis correspondientes, y la acidosis que pueden desarrollar estas pacientes cuando la anastomosis se practica directamente al intestino, y las estenosis ureterales con su hidronefrosis concomitante en los casos de neovejigas.

Como tratamiento sintomático en los casos de fístulas se han utilizado algunos dispositivos para contener la orina temporalmente. Ejemplo de ellos son las tazas que se usan para el control del flujo menstrual, con una pequeña modificación que consiste en un orificio en el vértice, al cual se conecta un tubo plástico que desemboca en una bolsa colectiva que se ata a la parte superior del muslo.

Resultados:

De los 57 casos tratados en el Servicio de Ginecología del Hospital Santo Tomás, hubo cierre completo de la fístula en 43 casos y fracasos en 14. De estos 43 casos, 36 quedaron continentales y 7 con ligera incontinencia.

Los resultados pueden apreciarse en el siguiente cuadro:

Exito completo	36	63.1%
Exito con ligera incontinencia	7	12.2%
Fracasos	14	24.5%

Para estos casos, el número de reparaciones fue el siguiente:

Nº de casos: 28 9 6

Nº de operaciones: 1 2 3

Los fracasos se trataron en la siguiente forma:

Operación de Bricker	1
Oclusión vaginal	2
Urétero-sigmoido-anastomosis unilateral	3
Urétero-sigmoido-anastomosis bilateral	3
Perdidos	5

El tiempo de hospitalización osciló entre tres y cuatro semanas y las complicaciones fueron tres casos de hidropionefrosis, en las que hubo que sacrificar el riñón correspondiente.

Resumen y conclusiones:

1. Se estudian las fístulas urogenitales y se destaca la importancia de esta dolencia por el estado extraordinariamente lamentable en que se hallan estas enfermas por la pérdida constante de orina, el mal olor y los fracasos a todo intento de reparación de algunos casos que llegan a cambiar el curso normal de la vida de estas mujeres.
2. Las fístulas se conocen desde tiempos inmemoriales, como lo demuestran los trabajos del profesor Derry, quien encontró una fístula vésico-vaginal gigante en una momia egipcia, cuya existencia data de 2050 años antes de Cristo.
3. Antes del siglo XVII se les consideraba incurables. A Mario Sims se le considera el pionero del tratamiento quirúrgico en América, a pesar de que su única aportación real fue el uso del alambre de plata, puesto que todas las fases de su operación habían sido descritas por los cirujanos que le antecedieron.
4. Excluyendo las causas raras en la producción de fístulas, estas pueden motivarse por tres razones: por causa obstétrica; por causa ginecológica y por la radioterapia en cáncer cérvico-uterino.
5. Con los adelantos de los métodos obstétricos modernos, en los últimos 20 años las fístulas por causa obstétrica han disminuído, mientras que aquellas por causa ginecológica y las causadas por la radioterapia, han aumentado.
6. La pérdida constante de orina, el mal olor, la irritación de los órganos genitales externos y de los muslos, el eczema urinoso, los depósitos de concreciones por sales urinarias y la amenorrea secundaria, son los síntomas más frecuentes en las enfermas fistulosas.
7. El diagnóstico de las fístulas suele establecerse fácilmente con el estudio clínico complementado con la cistoscopia y la urografía excretora.
8. La vía vaginal es la de elección para el tratamiento quirúrgico de las fístulas vésico-vaginales, siguiendo la técnica clásica del desdoblamiento, cuyo éxito depende de la buena separación de la vejiga para que las suturas no queden en tensión.
9. La neo-implantación en la vejiga debe seguirse para los casos de fístulas urétero-vaginales; y la urétero-sigmoidostomía, la urétero-íleo-cisto-neostomía, y la vésico-rectostomía para los casos inoperables.

10. Las fístulas desafiantes a todo intento quirúrgico de reparación siguen constituyendo en la actualidad un problema ginecológico, ya que las operaciones ideadas para remediar tal situación acortan la vida de estas reclusas, ya sea por las infecciones ascendentes y la acidosis que acarrearán en los casos de neoimplantaciones directas al sigmoides, o por las estenosis ureterales con su hidronefrosis concomitante en los casos de neovejigas.
11. Los corticoides asociados a los antibióticos abrevian el período preoperatorio en la reparación de las fístulas, pero aumentan el sangramiento del campo operatorio.

B I B L I O G R A F I A

- CAUSLAND A. M.: A comparative study of vesicovaginal fistulas following delivery. **American J. of Obstetrics and Gynecology**, V. 79, 1110 - 1113, 1961.
- CURTIS A. H.: Fístulas Genitales. **Ginecología**. Segunda Edición Española, 1947.
- COLLINS C.: Results of early repair of vesicovaginal fistula with preliminary cortisone treatment. **American J. of Obst. & Gynec.**, 80: 1005 - 12, 1960.
- FALK H. C.: Vesical Fistulas After Cesarean Section. **Obstetrics and Gynecology**, Vol. 15, p. 492, April 1960.
- FALK H. C.: Inoperable Vesicovaginal Fistula. **Obstetrics and Gynecology**, Vol. 15, p. 646, May 1960.
- MARTIUS H.: Fístulas Urinarias. **Tratado de Ginecología**. Versión de la tercera edición alemana, 1955.
- MARTIUS H.: Tratamiento operatorio de las fístulas urinarias. **Operaciones Ginecológicas**. Tercera edición en Español, 1957.
- MOIR J. Ch.: Injuries of the Bladder. **American J. of Obstetrics and Gynecology**, V. 82: 124. Jul. 1961.
- MAHFOUZ NAGUIB: Urinary Fistulas in Woman. **Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire**, V. 64: 23 - 34. Feb. 1957.
- MILBERT A. H.: A new devise for effective control of urinary incontinence. **Obstetrics and Gynecology**, Dec. 1960.
- RADMAN H. M.: Vesicovaginal Fistula. **Amer. J. of Obst. & Gynec.**, 82: 1238, 12, 1961.
- ROMETTI A.: Suspension du col vesical pour large fistule urétrovaginal. **Acta Urológica Bélgica**, V. 28, p. 90, 1960.
- TE LINDE R. W.: Fístulas Vésicovaginales y Uretrovaginales. **Ginecología Operatoria**. Segunda Edición en Castellano, 1956.
- WILLIAMS T., TE LINDE R.: The Sling operation for urinary incontinence using Mersilene ribbon. **Obstetrics and Gynecology**, V. 19, 241. Feb. 1962.
- WILLIAMS J. L.: A case of vesicovaginal fistula following cesarean section. **British Journal of Urology**, p. 325, 1959.
- WHARTON L.: Fístulas. **Gynecology**, with a section on Female Urology. Second Edition 1947. **Year Book of Obstetrics and Gynecology**, 376-385. 1957-1958.
Year Book of Obstetrics and Gynecology, 409. 1959-1960.
Year Book of Obstetrics and Gynecology, 412-413. 1958-1959.
- ZIMMERMAN I., PRECOURT THOMPSON CH.: Direc. Uretero - cysto neostomy with short ureter in the cure of ureterovaginal fistula. **The Journal of Urology**, V. 82, 113. 1960.