

INTERPOSICION UTERINA COMO TRATAMIENTO DE FISTULAS VESICO-VAGINALES EXTENSAS

Doctor Delfino Gallo *

Para ciertos casos bien seleccionados de fistulas vésico-vaginales muy extensas, sobre todo si son recidivantes y tienen bordes esclerosos y rígidos, he empleado una operación de interposición del útero.

Este recurso adicional en la solución del problema de la fístula vésico-vaginal extensa fue motivo de una comunicación a la Academia Mexicana de Cirugía en el mes de octubre de 1961. Posteriormente he realizado nuevas observaciones que me han convencido de su efectividad en los casos bien seleccionados.

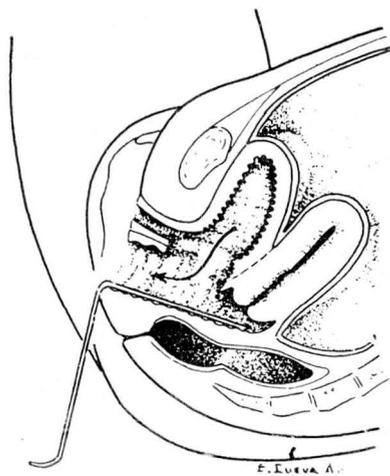


Figura 1

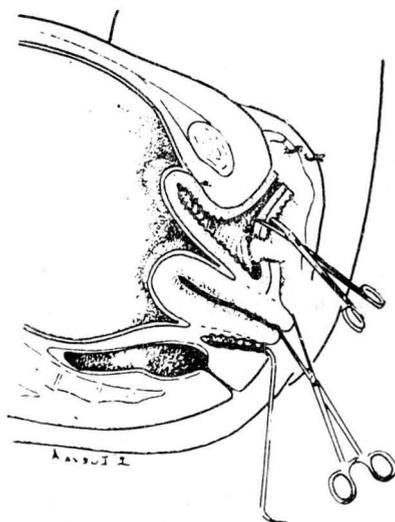


Figura 2

El método tiene evidentes ventajas:

- 1ª El material de autoplastia está muy cercano al lugar de la lesión, de tal manera que no hay necesidad de forzar movilizaciones muy amplias.
- 2ª El útero se encuentra ampliamente irrigado por las gruesas arterias uterinas y sus anastomosis con las ovario-pélvicas.

* Justo Sierra 400. Guadalajara, Jalisco, México.

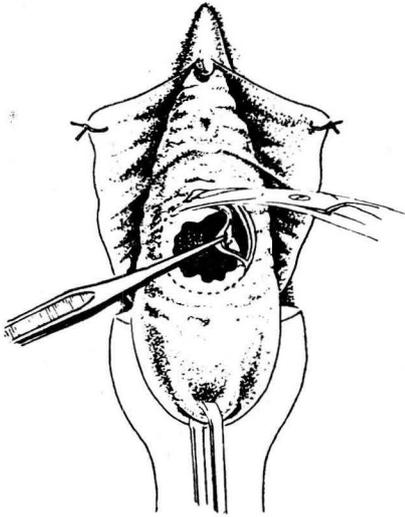


Figura 3

- 3ª El útero está recubierto por serosa peritoneal que le confiere un poder de cicatrización.
- 4ª El ciego tiene consistencia firme en tal forma que los puntos de sutura tienen un apoyo excelente.

Como desventajas desde luego el tener que sacrificar el útero desde el punto de vista funcional, pero ya se dijo que este método queda limitado a casos verdaderamente difíciles en que valga la pena provocar esterilidad y amenorrea en compensación a suprimir la grave invalidez de la incontinencia de orina. Desde luego no puede emplearse en mujeres histerectomizadas.

La operación de interposición preconizada desde principios de este siglo por Watkins, Shauta, Werthain y otros para tratamiento de los prolapsos genitales se

usó algunas veces como subterfugio, para cerrar fistulas, pero posteriormente fue abandonado el procedimiento por los graves inconvenientes que tiene. La menstruación y secreciones del útero se retienen en un fondo de saco, ciego y cérvix, inaccesible a la exploración; se puede infectar o presentar transformación maligna sin posibilidades de diagnóstico precoz.

También Freund a principios de este siglo ensayó el empleo del cérvix descendido para obstruir algunas fistulas difíciles; operación que también adolece de inconvenientes.

En época relativamente reciente, Mason, de la Clínica Mayo, y posteriormente Ocejo, de Cuba, propusieron un perfeccionamiento básico de interposición de Watkins y Shauta, que prácticamente le quita todos sus inconvenientes sin sacrificar sus evidentes ventajas.

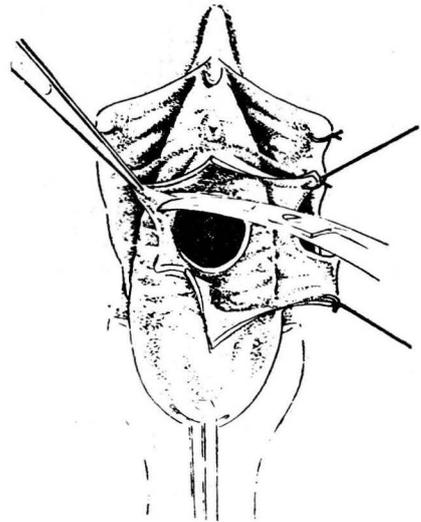


Figura 4

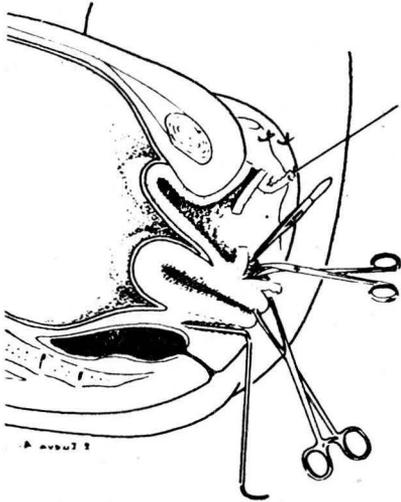


Figura 5

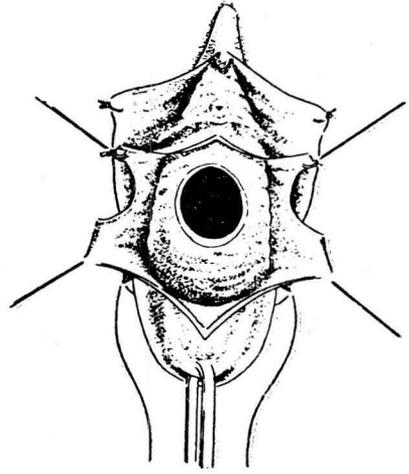


Figura 7

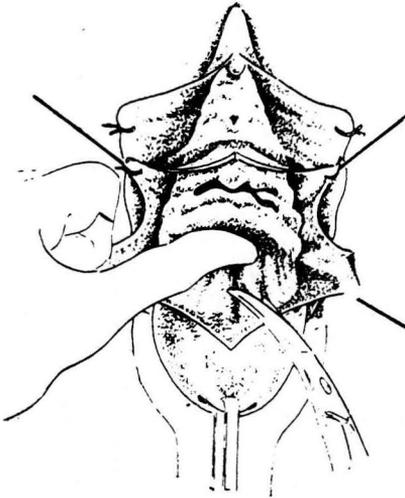


Figura 6

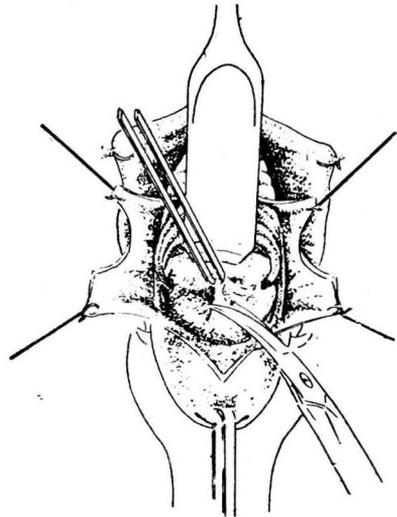


Figura 8

Este perfeccionamiento a la operación de interposición propuesta para el tratamiento del prolapso me dio la idea de usarla en la cura de las fístulas una vez superados los inconvenientes que habían impuesto su abandono.

Tal variación técnica consiste básicamente en amputar el cérvix y extirpar toda la cavidad endometrial dejando al útero desprovisto de todo vestigio de glándulas y sin capacidad para producir secreciones leucorreicas o reaccionar con hemorragia ante el artículo estrogénico. También al quitar el cérvix y todo el conjunto glandular del útero, se suprimen los tejidos potencialmente oncogénicos. En tales circunstancias, el útero, convertido sólo en una masa carnosa recubierta de peritoneo, puede quedar sepultado provisionalmente en los tejidos sin ningún inconveniente.

Brevemente describiré el tratamiento operatorio:

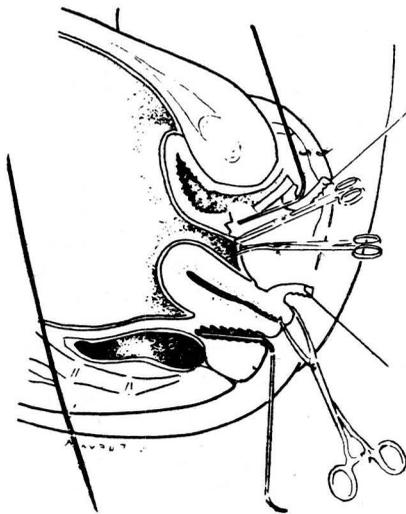


Figura 9

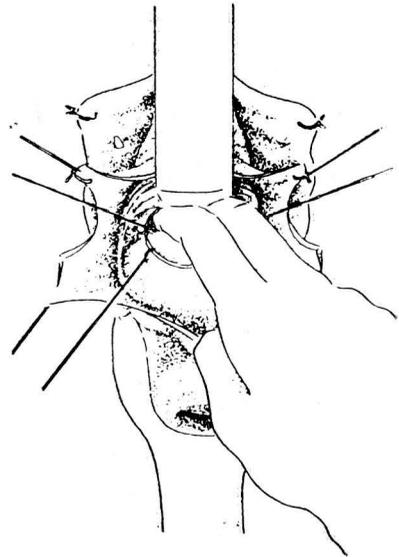


Figura 10

La enferma debe estar en posición ginecológica y la mesa con ligera inclinación de Trendelenburg.

1º Exposición mediante valvas adecuadas, si es necesario con previa episiotomía para exponer ampliamente el cérvix y el orificio fistuloso (fig. 1).

2º Avivamiento. Con tijeras curvas se corta circularmente el borde de la fístula quitando los tejidos esclerosos e irregulares (figs. 2-3).

3º Despegamiento mediante tijera curva para separar ampliamente la vagina de la vejiga (fig. 4).

El despegamiento debe llevarse bastante lejos a los lados y en la parte inferior casi hasta el pubis, respetando cuidadosamente la uretra (fig. 5).

El despegamiento se prolonga hacia arriba hasta llegar al fondo de saco vésico-uterino (figs. 6-7).

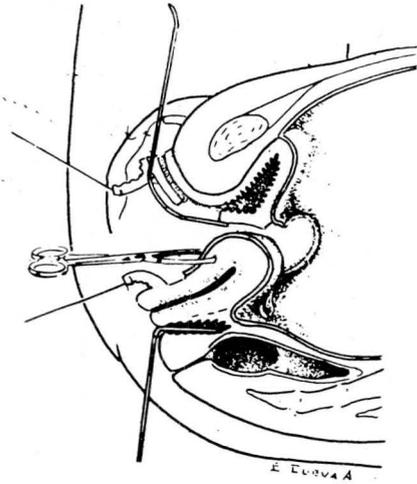


Figura 11

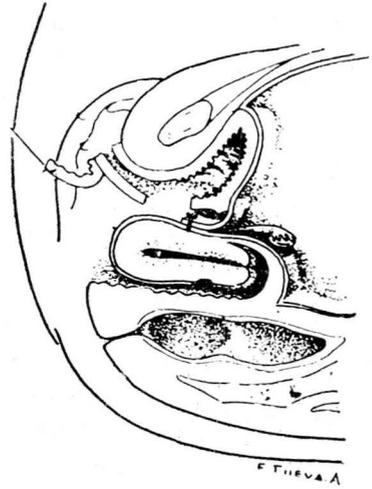


Figura 13

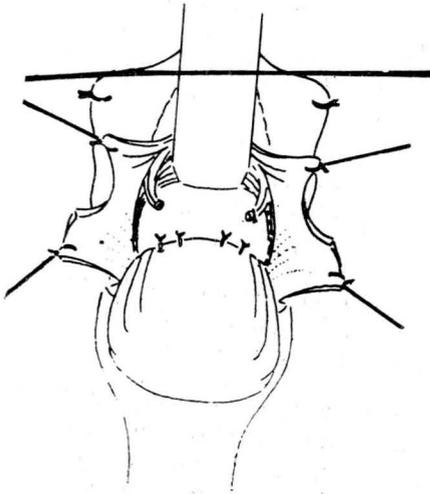


Figura 12

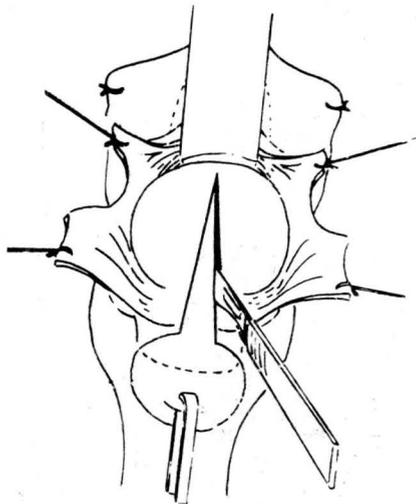


Figura 14

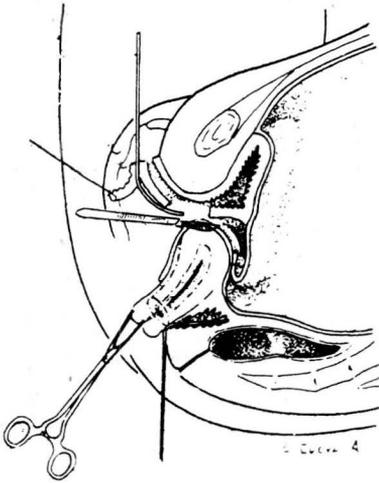


Figura 15

toda la cavidad uterina para dejar el endometrio a la vista, que es extirpado por medio de corte de bisturí (fig. 15). Se restaura la forma del útero mediante puntos de sutura (fig. 16).

7º Cierre de la fístula. En esas condiciones el útero, convertido en una masa carnosa cubierta de peritoneo, se emplea como material de autoplastia aplicándolo para obstruir el orificio vesical fijándolo con puntos de catgut atraumático (fig. 17).

En seguida se cierra la mucosa vaginal sobre el útero en tal forma que las suturas no queden tensas (fig. 18).

Las porciones de útero descubiertas en el lado vesical y en el lado vaginal posteriormente se cubrirán por migración del epitelio (fig. 19).

Se inserta sonda de Foley, que se lava con frecuencia y se deja a permanencia durante 12 horas.

4º Celiotomía. Se toma con pinzas de Allys el fondo del saco peritoneal vesico-uterino y se abre. Se refieren los bordes mediante suturas (figs. 8-9).

5º Exteriorización del útero. Se sustituye la valva vaginal superior por una valva larga y angosta. Mediante 2 dedos introducidos se atrae el útero por su fondo, invirtiéndolo. Se ayuda con pinzas si es necesario (figs. 10-11). Mediante puntos separados se une el labio peritoneal del lado vesical con la cara posterior del útero que ahora se haya visto. Teniendo cuidado de que queden en la cavidad abdominal los oviductos y los ovarios (figs. 12-13).

6º Amputación del cérvix. Con extirpación del endometrio. Se inicia la amputación del cérvix por una incisión en forma de raqueta cuya rama larga se prolonga a todo lo largo del útero extirpando el cérvix (fig. 14). Se abre

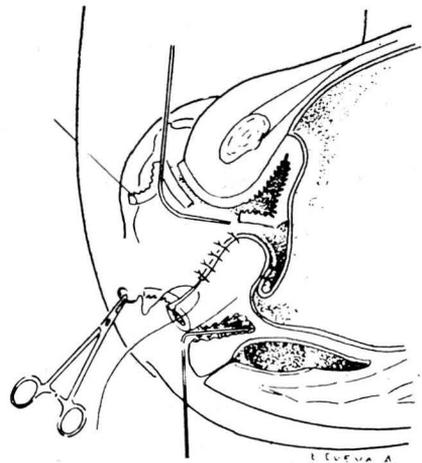


Figura 16

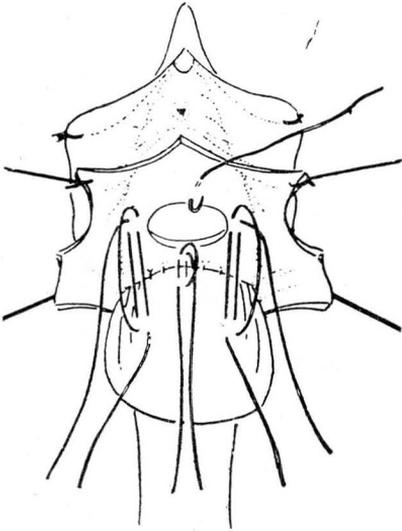


Figura 17

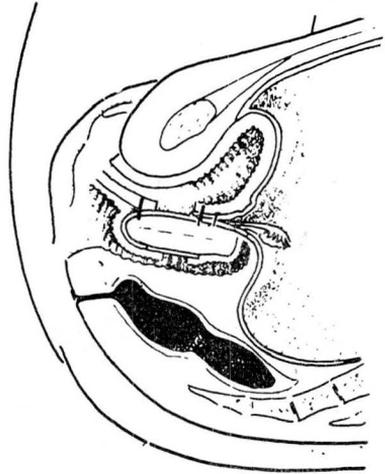


Figura 19

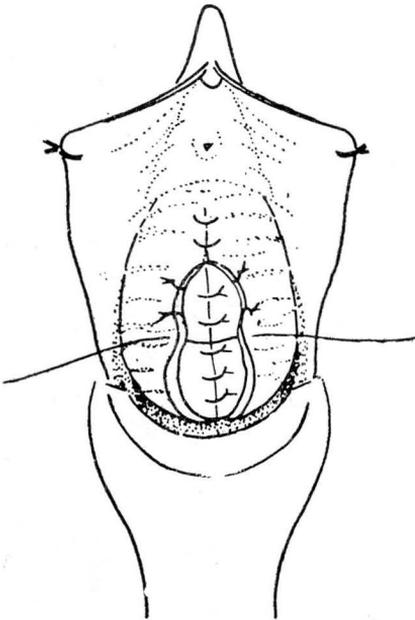


Figura 18

Con este procedimiento he operado 5 casos; por limitaciones de tiempo omitiré la casuística, rogando a quien se interese me solicite los informes correspondientes.

RESUMEN

- 1º Se presenta un procedimiento de autoplastia para el cierre de fístula vesico-vaginales extensas, empleándose como material autoplástico el útero despojado del endometrio y del cérvix.
- 2º Se presenta el resumen de 5 casos clínicos en los cuales se obtuvieron buenos resultados.