URETERO-SIGMOIDOSTOMIA COMO TRATAMIENTO DE GRANDES FISTULAS VESICO-GENITALES *

Doctores **Hernando Amaya-León** y **Eduardo Cáceres-Alvarez** **

Hay un reducido número de grandes fistulas véscico-genitales, en donde por su tamaño y la destrucción amplia de elementos esfinteriales, se fracasa con las técnicas quirúrgicas usuales, y se convierten en pesadilla de médicos, enfermas y servicios hospitalarios.

Para esos casos, la urétero-sigmoidostomía es un último e importante recurso.

La etiología de tales fístulas es casi exclusivamente obstétrica; y se comprende que se requiere el completo abandono de tales enfermas en el momento del parto para que puedan llegar a ocasionarse tan graves e irreparables destrozos. Por esto, en los países de alto nivel cultural, tales casos son desconocidos; pero en países sub-desarrollados, en donde las condiciones adecuadas de atención obstétrica son bajas, llegan ocasionalmente a los servicios hospitalarios enfermas que presentan fistulas

enormes y con lesiones esfinteriales irreparables; así Walker (1) en Nigeria, relata 17 casos de tal naturaleza y que hicieron necesaria la urétero-sigmoidostomía.

Entre 1945 y 1949, durante la Jefatura de Clínica Ginecológica de uno de nosotros (HAL) en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, dependiente de la Facultad Nacional de Medicina, tuvimos ocasión de ver y tratar 5 de tales casos; debemos advertir que por éste el hospital de caridad más importante del país, llegaban allí enfermas de todas las regiones, aun de las más apartadas, y en especial aquellos casos que no habían podido ser resueltos en hospitales provinciales; además, por lo menos 3 de estas enfermas ya llevaban una estadía anterior de muchos meses, y habían sido intervenidas en repetidas ocasiones, sin ningún éxito. En los últimos 10 años, quizá por la mejoría acentuada en la calidad y cantidad de los

* Contribución al IV Congreso Latino-Americano de Ginecología y Obstetricia. 22 a 28 de julio de 1962. Bogotá, Colombia.

** Profesores Asociado y Asistente de la cátedra de Ginecología. Del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Facultad Nacional de Medicina. Bogotá, Colombia.

hospitales provinciales, el aumento notorio de las buenas vías de comunicación y la medicatura rural obligatoria, tales casos han desaparecido y en nuestros servicios de Ginecología no hemos visto la necesidad de procedimientos tan radicales.

Las 5 enfermas procedían todas de los sitios más alejados de la nación, apartados por completo de centros médicos adecuados y que habían tenido sus partos en condiciones deplorables; en cuatro, sin asistencia siquiera de una comadrona aficionada; y en una, en donde un enfermero quiso aplicar un basiotribo, no supimos con qué artes ni proceder.

Como edad mínima, una pobre muchacha de 14 años, campesina, violada por un tío, y que fue llevada al monte en el momento del parto, y dejada allí sola; ¡imposible suponer cómo sobrevivió la infeliz!

En 3 de las 5 enfermas se encontraron cloacas completas: gran fístula vésico-vaginal, uretras destruidas y comunicación recto-vaginal; en ellas se practicó primero la corrección fistulosa posterior, y se llevó a cabo después la uréterosigmoidostomía.

Esta se efectuó en las 5 enfermas por la técnica descrita por su autor (2) y llamada Coffey II, y según las normas aconsejadas por Te Linde (3) en su libro de esa época. Recordamos como normas básicas: anestesia profunda (para nosotros en ese entonces, la raquí era insustituible), y trasplante sub-mucoso bilateral de los uréteres, con túnel muscular y utilizando catéteres renales; teníamos como conducta imprescindible,

Figura 1. Detalles de uréterosigmoidostomía. Técnica de Coffey II.

los grandes lavados intestinales preoperatorios y el uso profiláctico de la sulfasuccidina.

Los resultados inmediatos de la operación fueron satisfactorios, pero la morbilidad fue alta; todos los casos tuvieron fiebre post-operatoria y signos evidentes de infección, que fue controlada aparentemente.

Por razones obvias, ya que se trataba de gentes sin recursos y procedentes de sitios muy alejados, 3 casos no fueron controlados; de los otros, la niña de 14 años fue vista hasta 1 año después, haciendo una recuperación muy buena y sin signos de infección urinaria; y una enferma última, que hemos podido controlar hasta hace poco, y de la cual queremos hacer un pequeño recuento de su historial:

ADC, 16 años, ingresa al servicio en 1945; luego de un parto abandonado y

de dar a luz un feto muerto y macerado, presenta salida de orina involuntaria mezclada a materias fecales. Se encuentra una cloaca completa, con destrucción de gran parte de vejiga, casi la totalidad de la uretra y una fístula recto-vaginal amplia y alta. Permanece en el servicio durante 1945, 46 y parte del 47, sometiéndose a un total de 8 intervenciones con finalidad reparadora, reduciéndose tan solo la porción recto-vaginal. En julio de 1947 se practica urétero-sigmoidostomía, técnica de Coffey II, con buenos resultados.

Posteriormente hace crisis severas de infección urinaria, controladas con sulfas y antibióticos, pese a lo cual desarrolla una coroido-retinitis, que se detiene luego de haber causado pérdida visual de alguna consideración. La enferma se controla ocasionalmente hasta 1952; se anota que luego de amenorrea

Figura 2. Detalles de urétero-sigmoidostomía. Técnica de Coffey II.

Figura 3. Detalles de urétero-sigmoidostomía. Técnica de Coffey II.

prolongada por años, reaparecen las reglas por esta época.

Regresa al Servicio en octubre de 1958 por masa tumoral infraumbilical y hemorragias genitales frecuentes. Cuenta que lleva 7 años de casada. Encontramos: Mioma uterino; y en cuanto a sus genitales se anota que la vagina está casi desaparecida por el proceso sufrido anteriormente, pero con la porción restante y la vejiga residual se ha conformado una cavidad que hace posible el acto conyugal aceptablemente; por allí mismo se supone el drenaje menstrual, ya que no se localiza el cuello uterino.

Con laboratorio, que sugiere función renal en límites normales a pesar de que la urografía demuestra hidronefrosis bilateral, se interviene practicándose una miomectomía, sin accidentes durante el acto operatorio; el post es normal, haciendo infección leve de la herida, que

se drena y cura. Vista por última vez en 1959, la enferma continúa bien, sin mayores problemas.

RESUMEN

1º Se relatan algunos casos de urétero-sigmoidostomía en enfer-

mas con grandes fístulas vésicogenitales con destrucción irreparable de esfínteres.

2º Se utilizó la técnica llamada de Coffey II, con aparentes buenos resultados.

3º Se considera procedimiento quirúrgico de excepción.

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

1. WALKER A. H. C.: The Management of Urinary Fistulas in a Primitive Population. *Surg., Gynec. Obst.*, 99: 201, 1954.
2. COFFEY R. C.: Transplantation of the ureters into the Large Intestine. *Surg. Gynec. Obst.*, 47: 593, 1928.
3. TE LINDE R.: *Operative Gynecology*. J. B. Lippincott Co., 1946.