

COLON SIGMOIDE COMO MATERIAL DE AUTOPLASTIA PARA LAS FISTULAS URETRO-VESICO-VAGINALES EXTENSAS *

Doctor **Delfino Gallo** **

Este procedimiento fue elaborado y perfeccionado en el Hospital Civil de Guadalajara, México (Hospital de la Escuela de Medicina de la Universidad).

Es un método que encuentra indicación solo en las fístulas de una gran extensión, con bordes esclerosos, en las cuales hay destrucción tan grande que no se encuentra material suficiente para su restauración (fístulas vésico-vaginales muy amplias o combinadas con recto-vaginales o uretrales muy amplias, incluso cuando falta totalmente el tabique uretro-vaginal).

En resumen: los casos considerados como no susceptibles de restauración se venían tratando por anastomosis de los uréteres al colon o medidas similares (figura 1).

La técnica consiste esencialmente en practicar en 2 etapas colpectomía total e histerectomía (si existe el útero, desde

luego), sustituyendo luego la vagina por una autoplastia con el asa sigmoide en forma que tiene alguna semejanza con el método de *Baldwin* para el tratamiento de la ausencia congénita de la vagina, obteniéndose las siguientes ventajas:

El asa sigmoide es muy bien irrigada y estando cubierta con peritoneo cicatrizante con gran rapidez y facilidad; la mucosa del asa sigmoide es resistente y flexible, produciendo una vagina sin tendencia retráctil y con funcionalidad adecuada; si está indicado, pueden asociarse operaciones complementarias (uretro-cistopexia retropúbica) para mejorar la continencia de la orina.

Brevemente descrito el procedimiento es como sigue:

1º *Colpectomía*. Si existe meato urinario completo con orificio vaginal separado, se hace una incisión en derredor de dicho orificio vaginal y luego

* Trabajo presentado en el "IV Congreso Latino-Americano de Obstetricia y Ginecología", celebrado en la ciudad de Bogotá, Colombia, del 22 al 28 de julio de 1962.

** Profesor de Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara.

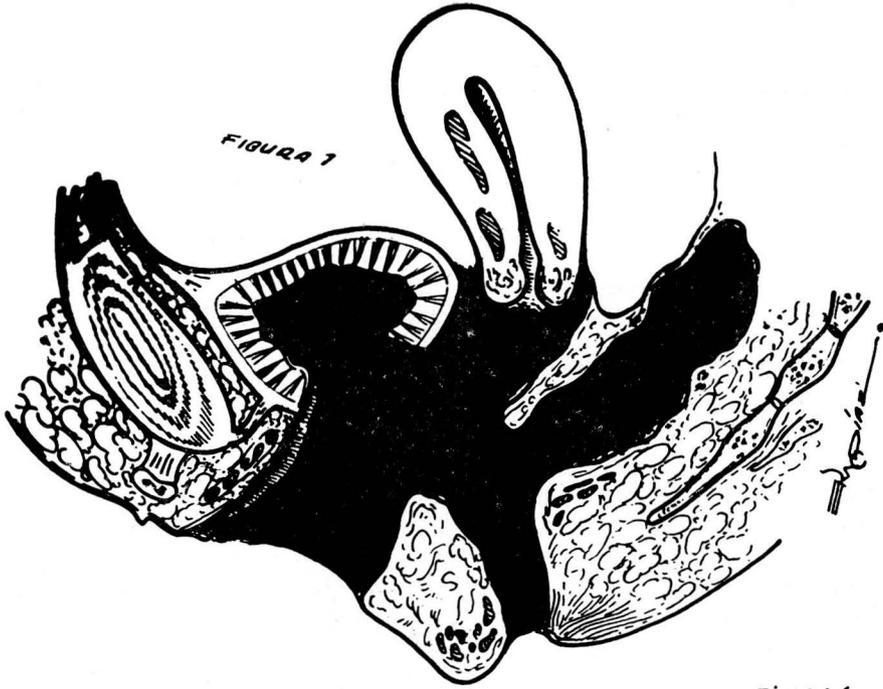


FIGURA 7

FIGURA 4

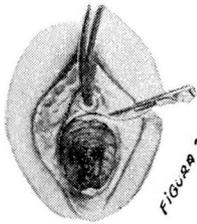


FIGURA 2

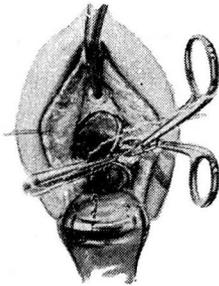


FIGURA 3

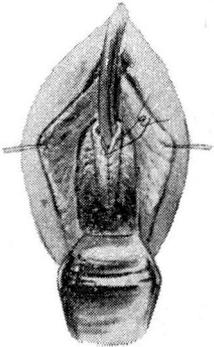
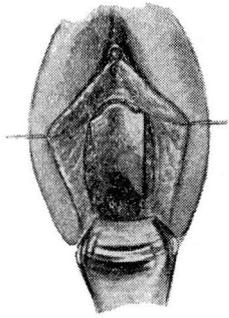


FIGURA 5

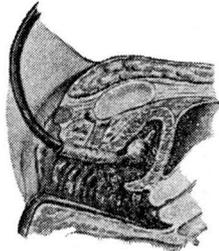


FIGURA 6

con tijera se extirpa la mucosa hasta dejar la cavidad vaginal convertida en una gran superficie cruenta (figuras 2 y 3). En el caso de que, faltando el tabique uretro-vaginal, no existe orificio uretral, se conservarán 2 colgajos longitudinales de mucosa vaginal para restaurar la uretra sobre una sonda de Foley (figuras 4, 5 y 6).

2º *Histerectomía*. Una vez terminada la colpectomía total (o la colpectomía parcial seguida de uretroplastía), se expone el cérvix por medio de valvas y tomándolo con pinzas de garfios se tracciona, realizando luego una histerectomía vaginal por los pedículos y el borde del peritoneo (figuras 7, 8 y 9). Si la mujer estaba previamente histerectomizada, se incide el fondo de la vagina hasta penetrar a la cavidad peritoneal.

3º *Exteriorización del asa*. Se colocan valvas largas y angostas de laparotomía, con torundas montadas se rechaza el epiplón, se visualiza el asa sigmoide que, tomada con una pinza de triángulo, se atrae sacándola doblada para exteriorizarla a través de la brecha vaginal (figuras 10 y 11).

Se suturan una a otra las ramas del asa sigmoide exteriorizada y se fija el peritoneo y los pedículos en derredor de dicha asa sigmoide doblada (figura 12). Se fija en seguida el asa sigmoide al orificio vaginal dejando un dren blando para facilitar la salida de cualquier escurrimiento (figura 13). Se coloca sonda de Foley en la vejiga y se dejan sin suturar las fístulas, ya que la gran capacidad de cicatrización del peritoneo permitirá que se formen sinequias en

unas cuantas horas, que posteriormente se convertirán en cicatriz firme. En el lugar ocupado por las fístulas la serosa peritoneal se recubre con mucosa por una migración paulatina.

Variantes: Puede suceder que la histerectomía no se pueda realizar por vía vaginal por existir estados patológicos concomitantes, que no sea posible localizar el asa sigmoide por el acceso vaginal o que una vez localizada no se pueda hacer descender; en tales casos se practica laparotomía para extirpar el útero o movilizar el asa sigmoide por sección conveniente de adherencias o repliegues peritoneales y la operación se termina en la misma forma.

En el postoperatorio la sonda de Foley se irriga con solución salina 3 veces al día; se da dieta de poco residuo y a los 3 o 4 días, cuando se establecen signos de oclusión intestinal, se incide el extremo por la porción doblada del asa sigmoide para permitir la defecación a través de un "ano contranatura transvaginal" (figura 14).

La enferma puede deambular y salir del Hospital hasta reintervenir 8 semanas después.

Segunda intervención quirúrgica.

1º Preparación del intestino con dieta y antibióticos (Neomicina).

2º Laparotomía media suprapúbica localizando el asa sigmoide, la cual es seccionada por encima del rodete peritoneal, por el cual se exterioriza para formar la neo-vagina.

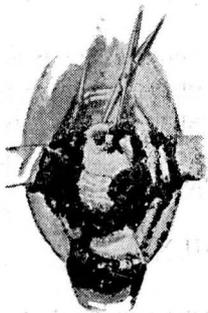


FIGURA 7

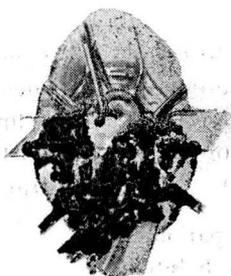


FIGURA 8

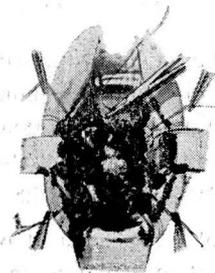


FIGURA 9

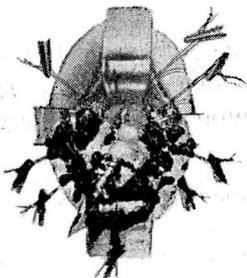


FIGURA 10

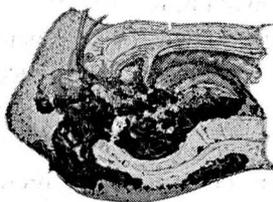


FIGURA 11

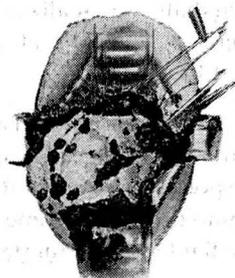


FIGURA 12



FIGURA 13



FIGURA 14

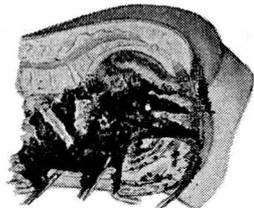


FIGURA 15

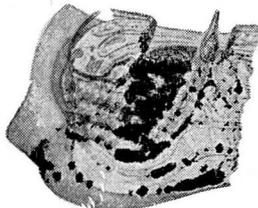


FIGURA 16

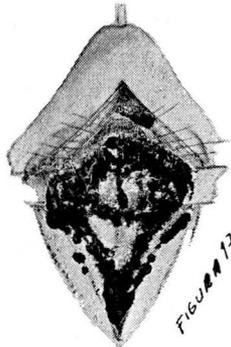


FIGURA 17



FIGURA 18

Se cierra el intestino distal formando así la "cúpula vaginal". Se restaura la continuidad del colon anastomosando los extremos seccionados y suturando el meso-colon (figuras 15 y 16).

3º Se cierra el peritoneo parietal y los demás planos en la forma habitual. (En los casos en que está indicado practicar uretro-cistorrafia retropúbica o retrocistopexia por la técnica de Marshall, se realizan estas maniobras una vez cerrado el peritoneo) (figura 17).

4º Sección del Tabique "Vaginal". Para hacer una sola cavidad vaginal el "espolón" entre las dos ramas del asa sigmoide se suprime por compresión mediante pinza fuerte (figura 18).

Con este procedimiento o algunas variantes de él, se han operado 10 casos. Por limitaciones de espacio no se presenta la casuística, pero se podrá suministrar a quien la solicite.

RESUMEN

Se presenta una nueva técnica de tratamiento de las fístulas ginecológicas graves.

El método consiste en extirpar la vagina, hacer histerectomía y sustituir la vagina por una autoplastia con el asa sigmoide.

Se presenta resumen de diez casos.

Guadalajara, Jal., a 9 de mayo de 1962.