

CONTRIBUCION AL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS UROGENITALES

Doctor Alvaro Fonnegra Miramón *

El objeto del presente trabajo es presentar una revisión de los casos de fístulas urinarias, estudiados y tratados en el Servicio de Ginecología del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, en el lapso comprendido entre enero de 1955 y diciembre de 1961, o sea un período de siete años.

Comprende 96 casos que fueron manejados por personal con categoría de profesores y de jefes de clínica de la antigua denominación docente, instructores hoy, y por el suscrito.

En este trabajo se contemplan casos de enfermas diagnosticadas y tratadas que presentaban fístulas urogenitales y que fueron reparadas con procedimientos de rafias directas, sin incluir las intervenciones que utilizan cualquier segmento intestinal como reservorio vesical, es decir las operaciones de colocisto-plastias. Solamente en un caso, después de dos intentos infructuosos de cierre, se practicó una urétero-sigmoi-

dostomía bilateral. En todas las intervenciones realizadas por nosotros, se conservaron los órganos urinarios.

Cuando en cualquier caso el procedimiento de cierre de la fístula falló, se intentó hasta por cinco veces como máximo, la reintervención, con un período de dos meses mínimo entre una operación y la otra. No se practicó en ningún caso un sexto intento, pues las enfermas no volvieron a control y se perdieron de vista.

Diagnóstico.

El diagnóstico no tuvo problema, cuando las fístulas eran bajas; para las altas se necesitó practicar previamente endoscopia y en varios casos estudio radiológico del árbol urinario; por consiguiente, fue de vital importancia la colaboración estrecha con el urólogo.

Pre y post-operatorio.

Fundamental fue el cuidado pre y post-operatorio en esta clase de cirugía:

* Profesor Asociado de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

CUADRO 1

FISTULAS UROGENITALES

Etiología	Menos de 20 años	De 20 a 30 años	De 30 a 40 años	De 40 a 50 años	De 50 a 60 años	De 60 a 70 años	Total	%	Total %
OBSTETRICA: Trab. prolongado .	15	19	13	3			50	86,21	60,41
Fórceps	3	3	1	1			8	13,79	
QUIRURGICA: Post-histerectomía		2	4	7	1	1	15	46,87	33,33
Post - h. Radical .			4	10	2		16	50	
Post - Manchester .		1					1	3,13	
TRAUMATICA	1	2	1				4		4,17
TUMORAL			1	1			2		2,09
TOTAL	19	27	24	22	3	1	96		

I N C I D E N C I A P O R A Ñ O S

	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961
Número de casos	21	23	13	10	11	9	9
%	21,9	24	13,5	10,5	11,5	9,3	9,3

Los derivados sulfamídicos (sulfadiazina y sulfametoxipiridoxina) se emplearon en forma sistemática pre y post-operatoriamente.

En un cuarenta por ciento (40%) se emplearon antibióticos profilácticamente, tanto en el pre como en el post-operatorio; no mostraron ventajas sobre los sulfamídicos, cuando éstos se habían usado solos.

En el post-operatorio se empleó en todos los casos la sonda de Foley; en el pre-operatorio, de acuerdo con el tamaño de la fístula. También fue útil, la máquina de succión de orina permanente.

El catéter ureteral se aplicó de rutina para el post-operatorio de fístulas de tipo ureteral. La sonda de cistostomía fue usada en dieciocho pacientes; tiene su indicación de acuerdo con el caso.

Vía de elección operatoria.

La técnica del desdoblamiento con disección amplia de la vejiga y vagina, y cierre en varios planos, con material reabsorbible, es más segura en las fístulas uretro-vaginales, uretro-vésico-vaginales y vésico-vaginales, que el solo avivamiento de los tejidos.

Para las fístulas en que había compromiso ureteral, se practicó la uréterocisto-neostomía por el método de implantación directa intravesical del uréter (siete casos), o por el sistema de la tunelización previa en la pared de la vejiga (Politano, dos casos).

En dos casos se practicó la anastomosis término-terminal del uréter, en

las fístulas de este órgano cercanas a la vejiga, sin resultado satisfactorio ninguno.

En casos de fístulas urétero-vésico-vaginales muy amplias se eligió la vía vaginal y transvesical combinada.

Causas de fracasos.

Mala preparación; estado general deficiente; técnica defectuosa; error de conducta quirúrgica; error en la elección de la vía quirúrgica; morbilidad post-operatoria; obstrucción de las sondas en cualquiera de los días siguientes a la intervención.

Controles

Se consideró el término de catorce días post-operatorios para apreciar los resultados del tratamiento. Si transcurrido ese período no había escape de orina por la vagina, se retiraba la sonda controlando la enferma por espacio de diez días más para asegurar la curación clínica inmediata. Posteriormente se citaba la enferma cada tres meses para su control.

Desafortunadamente el control en nuestro medio es muy difícil de practicar sobre todo para este tipo de cirugía. Solamente se logró control clínico en el quince por ciento (15%) de las pacientes, hasta los tres meses y control de la integridad fisiológica del árbol urogenital en el cinco por ciento (5%) de los casos.

CONCLUSIONES

1ª El tratamiento de las fístulas urogenitales sigue siendo un problema de difícil solución.

CUADRO 2

FISTULAS UROGENITALES

	Casos operados	Curados 1ª	Curados 2ª	Curados 5ª	Total casos curados	% Curación	Morbi- lidad	Incontinencia urinaria	Morta- lidad
Fístulas uretro-vaginales	8	6			6	75	1	2	
Fístulas uretro-vésico-vaginales .	20	10			10	50	4	3	
Fístulas vésico-vaginales	48	19	5 (15)	1	25	52,08	8	2	
Fístulas vésico-cérvico-vaginales .	2	1			1	50	1		
Fístulas urétero-vaginales	10	6			6	60	5	1	
Fístulas urétero-vaginales (bila- terales)	2	1			1	50	1		1
Fístulas urétero-vésico-vaginales .	4	2	Implantación a piel 1		2	50	2		
TOTAL	94	45	5	1	51	Q 57% 54,25%	22	8	1
						Obs 43%	23,4%	8,51%	1,06%

2ª En nuestro medio las fístulas de causa obstétrica son más frecuentes que las de causa quirúrgica, al contrario de lo que sucede en otros países: las producidas por trabajo de parto prolongado son también más comunes que las producidas por aplicación de fórceps.

3ª La estadística de resultados de tratamiento no es plenamente satisfactoria, comparada con otros centros hospitalarios; sin embargo, las fístulas de causa obstétrica son más difíciles de curar. El porcentaje global de curación fue de 54,25%.

4ª La incontinencia urinaria de esfuerzo es un problema grave y de difícil tratamiento, que queda como secuela después de fistulorrafias que curan.

5ª Sería conveniente rutinizar la práctica de controles de funcionalismo urinario (cistometrías, residuos vesicales, reflujos de orina, endoscopia y estudios radiológicos correspondientes), posteriormente al acto quirúrgico. En nuestro medio no se practica hasta ahora sino en un porcentaje mínimo.

6ª La morbilidad operatoria es un factor de importancia en contra del buen

éxito del tratamiento; la mortalidad imputable al tratamiento quirúrgico fue de un solo caso.

7ª Hay que anotar el hecho de la disminución con el correr de los años de la incidencia de fístulas obstétricas y quirúrgicas, con excepción de las producidas por histerectomías radicales para cáncer de cuello. Esto se debe, en las de causa quirúrgica, a la depuración de las técnicas, cuidados pre y postoperatorios, asepsia, etc., y en las obstétricas, a la implantación de hospitales regionales, al establecimiento de la medicatura rural, que ha dado por resultado una mejor atención de la obstetricia en los campos, donde actualmente es muy raro ver casos de enfermas en trabajo de parto en el más lamentable grado de abandono, como antes se observaba con frecuencia.

8ª Finalmente, es indispensable insistir en la depuración de técnicas quirúrgicas, entrenamiento de personal de enfermeras y auxiliares de enfermería para el manejo de las pacientes y llevar a cabo campañas asistenciales para control de enfermas.

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

- Tratado de Técnica Quirúrgica.** Profesor Greenhill.
- Enciclopedia Médico-Quirúrgica.** Ginecología. 1961.
- Índices de Nomenclatura Standard.** Asoc. Med. Amer. y Clasificación Estadística. I.O.N.S. Hospital San Juan de Dios de Bogotá.
- TORRES LEON: El tratamiento de la Fístula Vésico-Vaginal. *J. Urol.*, 1951, 57. Nº 11-12, 820-26.
- BARROUX P.: Los tipos anatómo-clínicos de las Fístulas Vésico-Vaginales. *J. Urol.*, 1955, 61.
- COUVELAIRE R.: Cura Operatoria de 50 Fístulas Vésico-Vaginales. *Mem. Acad. Chir.* 18 Jun. 1947. 73: 20-21, 462-469.
- LAPIDES: Tratamiento de las Fístulas Vésico-Vaginales de origen distócico. *J. Urol.* 1953. 59. Nº 9-10, 623-628.
- EDDY R. W. y MILLER F. H.: Las secuelas post-operatorias de las vías urinarias en la histerectomía total: estudio cistoscópico de 200 casos. *Am. J. Obst.* 1937. 33. Nº 1, 85-90.
- PETROVIC S.: El tratamiento de las fístulas urétero-vaginales bilaterales. *Acta Urológica Belga.* Av. 1956. 24. 143-152.
- MICHALOWSKI E.: El tratamiento de las fistulas debidas a problemas post-operatorios. *Zbl. Gyn.* 19 enero 1957, 79. Nº 3, 127-132.
- SOLANO DE LA HOZ y ARMANDO LOPEZ: **Complicaciones Urológicas del Wertheim.** Ponencia al Congreso Urológico, Santa Marta, 1962.
- MILLER NORMAN: Tratamiento quirúrgico y postoperatorio de la fístula vésico-vaginal. *Am. J. Obst. & Gyneec.* 44:873-879. Nov. 1942.
- G. G. WARD: Tratamiento de las Fístulas Urinarias. *J. Mt. Sinai Hosp.* 10:176-198. Mayo-Junio 1943.
- LATZCO WILLIAMS: Fístulas vésico-vaginales postoperatorias: génesis y tratamiento. *Am. J. Surg.* 58:211-228. Nov. 1942.
- VOLK FORET: El problema de las Fístulas Vésico-Vaginales y Vésico-Ureterales. *Clinica Am. N. Am.* 43: 1769-77. Nov. 1959.
- RUSCHE CARL: Diagnóstico de las Compilaciones Urológicas en Ginecología *J. Urol. J.* 75: 433, 1956.
- CUZMAN ALANDETE RUBEN: Operación de Manchester. *Revista Col. de Obst. y Ginec.* 1-37. Enero y febrero 1962.
- RODRIGUEZ SOTO ARTURO: Histerectomías. Mil Operaciones Consecutivas. *Revista Col. de Obst. y Gin.* 295-322. Julio y agosto de 1961.
- VILLARREAL JORGE y CACERES EDUARDO: Carcinoma del Cuello Uterino. *Revista Col. de Obst. y Gin.* 570, 596. Nov. y dic. 1961.