

## CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LAS FISTULAS GENITO-URINARIAS

Doctores Aron Vantman y Víctor Velásquez \*

La Clínica Ginecológica Universitaria que dirige el profesor doctor Juan Wood, de Santiago de Chile, ha estimado de interés participar en el 4º Congreso Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia y contribuir al tema oficial en relación con las fístulas génito-uritarias. Si bien es cierto que esta entidad clínica es rara entre nosotros, como veremos más adelante, el estudio de la misma tiene importancia a fin de establecer en cada caso el método terapéutico adecuado para obtener el resultado requerido.

Para la presente contribución hemos revisado las observaciones clínicas de las fístulas génito-uritarias que han sido atendidas en nuestra Clínica, entre 1937 y 1961, o sean los últimos 25 años.

En este lapso se han hospitalizado 46 pacientes con fístulas uro-genitales. La causa etiológica de estos casos fue la siguiente: 23 fueron tocogénicas, en 19 casos la etiología fue quirúrgica y en 4 la causa fue un proceso infla-

matorio. Como se desprende de lo anteriormente expresado, llama la atención la rareza del cuadro clínico en nuestro ambiente, que se debe, seguramente, a una mejor atención del parto, al mayor perfeccionamiento de la técnica quirúrgica y, por último, a un oportuno y eficaz tratamiento de los procesos inflamatorios pelvianos. Hay que recalcar que en el último decenio no ha aparecido ninguna fístula de origen inflamatorio.

En cuanto a la clasificación de las fístulas génito-uritarias en relación con la etiología, ella se resume en el cuadro 2, siendo llamativo que más de 50% de ellas corresponde a fístulas vésico-vaginales.

La frecuencia de las fístulas génito-uritarias en relación con la etiología inflamatoria, tocogénica y quirúrgica, se resume en los cuadros 3, 4 y 5, llamando la atención, en cuanto a la primera, la casi desaparición de la linfogranulomatosis venérea, cuadro que prácticamente ha desaparecido en nuestro país.

\* Clínica Ginecológica Universitaria. Cátedra de Ginecología.  
Profesor Juan Wood. Santiago, Chile.

## CUADRO 1

FRECUENCIA DE LAS FISTULAS GENITO-URINARIAS ENTRE LOS AÑOS  
1937 Y 1961 EN RELACION CON SU ETIOLOGIA

Año	N° Casos	ETIOLOGIA		
		Tocogenética	Quirúrgica	Inflamatoria
1937	1	1	—	—
1938	1	—	1	—
1939	—	—	—	—
1940	4	3	1	—
1941	1	1	—	—
1942	2	1	1	—
1943	1	1	—	—
1944	2	1	—	1
1945	1	1	—	—
1946	4	2	1	1
1947	2	—	1	1
1948	—	—	—	—
1949	—	—	—	—
1950	2	1	—	1
1951	2	2	—	—
1952	2	1	1	—
1953	1	1	—	—
1954	2	—	2	—
1955	3	1	2	—
1956	6	2	4	—
1957	—	—	—	—
1958	2	1	1	—
1959	4	2	2	—
1960	2	1	1	—
1961	1	—	1	—
TOTAL	46	23	19	4

## CUADRO 2

CLASIFICACION DE LAS FISTULAS GENITO-URINARIAS Y SU FRECUENCIA  
EN RELACION CON LA ETIOLOGIA

Clasificación fistula	ETIOLOGIA			Total
	Tocogenética	Quirúrgica	Inflamatoria	
Uretro-vaginal	1	4	—	5
Vésico-vaginal	15	9	1	25
Vésico-uretro-vaginal	4	1	—	5
Vésico-uterina	3	1	—	4
Vésico-útero-vaginal	—	1	1	2
Urétero-vaginal	—	3	—	3
Anexo-vesical	—	—	2	2
TOTAL	23	19	4	46

En cuanto a las fístulas toco-genéticas ellas se deben en su totalidad a partos distócicos cuya mayoría ha sido atendida deficientemente en los medios rurales alejados. Sólo en cuatro pacientes de nuestra serie podría considerarse como gestantes añosas, fluctuando su edad entre 44 y 48 años. Todas las fístulas toco-genéticas lo han sido en el árbol urinario inferior en relación con la vagina y el útero.

En lo que se refiere a las fístulas de origen quirúrgico, como se desprende en el cuadro Nº 5, tenemos que de las 19 fístulas de nuestra casuística 10 son consecutivas de histerectomías o/y

anexectomía uni o bilateral. Hemos eliminado de este grupo 7 casos de fístulas urinarias abdominales de origen quirúrgico (5 vésico-abdominales y 2 urétero-abdominales), por estimar que no corresponden al tema en discusión.

De nuestra serie de 46 pacientes portadoras de fístulas génito-uritarias, 30 fueron sometidas a tratamiento quirúrgico; 1 presentó curación espontánea y 15 no fueron intervenidas, la mayoría de ellas porque habiendo sido sometidas a tratamiento previo de sus lesiones concomitantes vulvo-vaginales y al sentirse algo aliviadas no regresaron al Servicio; otras por contraindicación ope-

CUADRO 3

FISTULAS INFLAMATORIAS

FRECUENCIA DE LAS FISTULAS INFLAMATORIAS GENITO-URINARIAS EN RELACION CON EL AGENTE CAUSAL

Fístula producida por:	F I S T U L A			Total
	Vésico-vaginal	Vésico-útero-vaginal	Anexo-vesical	
Linfogranulomatosis venérea .....	1	1	—	2
Proceso inflamatorio inespecífico .....	—	—	2	2
TOTAL .....	1	1	2	4

CUADRO 4

FISTULAS TOCOGENETICAS

FRECUENCIA DE LAS FISTULAS TOCOGENETICAS EN RELACION CON EL MECANISMO DEL PARTO

Fístula producida por:	Uretro-vaginal	F I S T U L A			Total
		Vésico-vaginal	Vésico-uretro-vaginal	Vésico uterina	
Fórceps .....	1	5	1	—	7
Otras distocias .....	—	10	3	3	16
TOTAL .....	1	15	4	3	23

## CUADRO 5

## FISTULAS QUIRURGICAS

FRECUENCIA DE LAS FISTULAS QUIRURGICAS GENITO-URINARIAS  
EN RELACION CON LA CAUSA DETERMINANTE

Fístula producida por:	F I S T U L A						Total
	Uretro- vaginal	Vésico- vaginal	Vésico- uretro- vaginal	Vésico uterina	Vésico- útero- vaginal	Urétero vaginal	
Histerectomía o/y anexectomía .....	—	6	1	—	1	2	10
Divertículo uretral ....	3	—	—	—	—	—	3
Operación prolapso ...	—	1	—	—	—	1	2
Colporrafia anterior más amputación cérvix ..	—	1	—	—	—	—	1
Pólipo uretral .....	1	—	—	—	—	—	1
Diatermocoagulación cuello vesical .....	—	1	—	—	—	—	1
Se ignora .....	—	—	—	1	—	—	1
TOTAL .....	4	9	1	1	1	3	19

## CUADRO 6

TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS GENITO-URINARIAS DE ACUERDO  
A SU CLASIFICACION

Tratamiento	F I S T U L A							Total
	Uretro- vaginal	Vésico- vaginal	Vésico- uretro- vaginal	Vésico uterina	Vésico- útero- vaginal	Urétero vaginal	Anexo vesical	
I Sin tratamiento	1	9	1	1	1	1	1	15
II Curación espontánea	1	—	—	—	—	—	—	1
III Quirúrgico								
1. Desdoblamiento	3	15	1	3	1	—	1	24
2. Ward-Farrar	—	—	2	—	—	—	—	2
3. Desdoblamiento más interposición vésico-vaginal del útero	—	1	1	—	—	—	—	2
4. Neo-cisto-urétero- implantación	—	—	—	—	—	1	—	1
5. Nefrectomía	—	—	—	—	—	1	—	1
TOTAL	5	25	5	4	2	3	2	46

ratoria, y algunas porque presentaban un carcinoma avanzado que las dejaba fuera de los recursos terapéuticos.

En una paciente, por último, porque dada la extensión de la destrucción de las estructuras del árbol urinario no había posibilidad de un tratamiento quirúrgico.

En cuanto a las pacientes operadas en el Servicio, los detalles se resumen en el cuadro 6, llamando la atención que en 24 (80%) se practicó operación de desdoblamiento, siguiendo la técnica de Fúth en la mitad de los casos.

Como se desprende del cuadro 7, 20 pacientes de nuestra serie de 30 curaron definitivamente, o sea el 66.6%, correspondiente en su mayoría a fistulas vésico-vaginales.

Estimamos conveniente analizar brevemente el procedimiento quirúrgico practicado en nuestra serie en relación con el resultado obtenido.

Del cuadro 8 se deduce que en 19 de las 20 pacientes que curaron definitivamente fueron intervenidas por el procedimiento de desdoblamiento, 9 de

CUADRO 7  
RESULTADO POSTOPERATORIO DE LAS FISTULAS GENITO-URINARIAS  
EN RELACION A SU CLASIFICACION

Fístula	Exito				Total	
	Sin control inmediato	Curación	Fracaso	Muerte		
Uretro-vaginal	—	—	2	1	—	3
Vésico-vaginal	—	1	12	2	1	16
Vésico-uretro-vaginal	—	—	2	2	—	4
Vésico-uterina	1	—	2	—	—	3
Vésico-útero-vaginal	—	—	—	1	—	1
Urétero-vaginal	—	—	1	1	—	2
Anexo-vesical	—	—	1	—	—	1
TOTAL	1	1	20	7	1	30

CUADRO 8  
RESULTADO POSTOPERATORIO DE LAS FISTULAS GENITO-URINARIAS  
EN RELACION CON EL TIPO DE OPERACION PRACTICADA

Operación	Exito				Total	
	Sin control inmediato	Curación	Fracaso	Muerte		
Desdoblamiento	1	1	18	4	—	24
Ward-Farrar	—	—	—	2	—	2
Desdoblamiento más interposición vésico-vaginal del útero	—	—	1	—	1	2
Neo-cisto-urétero-implantación	—	—	—	1	—	1
Nefrectomía	—	—	1	—	—	1
TOTAL	1	1	20	7	1	30

las cuales por el método de Füh y 1 asociada a interposición vésico-vaginal del útero.

De las 7 pacientes cuyo tratamiento quirúrgico fracasó, 2 corresponden a la operación de Ward-Farrar. En estos 2 casos se trataba de pacientes con destrucción casi total de la uretra, y aun cuando se estimó como fracaso de la intervención, una de ellas mejoró apreciablemente por cuanto la solución de continuidad disminuyó en forma notoria, persistiendo en este caso la incontinencia por destrucción de la zona esfinteriana.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se revisa la casuística de fístulas gé-nito-urinarias observadas en la Clínica Ginecológica Universitaria de Santiago de Chile desde 1937 hasta 1961. Se estudia su frecuencia en relación con la etiología y clasificación. Se analizan los tratamientos practicados y los resultados obtenidos, concluyendo que el 66.6% de las pacientes intervenidas curaron definitivamente. Se recalca que el mejor procedimiento quirúrgico para las fístulas vésico-vaginales es el desdoblamiento, especialmente el practicado por el método de Füh.