

ESTUDIO ESTADISTICO DE LAS FISTULAS URO-GENITALES DE LA 1ª CATEDRA DE CLINICA GINECOLOGICA DE BUENOS AIRES

Doctores G. di Paola * y H. L. Guixá **

Entre el 1-I-1928 y el 31-XII-1961, sobre 24.704 internaciones se observaron 136 fístulas uro-genitales, que existían al ingresar al Servicio, o que aparecieron durante la internación o con posterioridad al alta. Representan el 0,55% de las internaciones.

Se distribuyen en la siguiente forma:

vésico-genitales	90
urétero-genitales	43
uretro-genitales	3

a) *Tocogenéticas*: son las más numerosas de nuestro material, explicándose su alta proporción (40%) por las enfermas procedentes de centros rurales con deficiente atención obstétrica que concurren para su tratamiento.

La primiparidad es un factor predisponente importante; lo observamos en

(vésico-vaginales 89 + vésico-uterina 1)
(todas urétero-vaginales)
(todas uretro-vaginales)

I. Fístulas vésico-genitales

Son las más numerosas; representan el 66,1% del total.

A) *Etiopatogenia*: De acuerdo a su etiopatogenia se distribuyen en la siguiente forma:

TABLA 1

ETIOPATOGENIA DE LAS FISTULAS VESICO - GENITALES

Etiopatogenia	Nº enf.	%
Tocogenéticas	36	40,0
Quirúrgicas	27	30,0
Carcinomatosas	19	21,1
Actinogenéticas	8	8,9
TOTAL	90	100,0

21 de nuestras 36 enfermas, o sea en el 58,3%. El parto gemelar, en cambio, lo encontramos sólo en 2 casos, y referente al tamaño fetal, en 7 se comprobó fetos de más de 4.500 grs. La muerte fetal se produjo en 15 partos, con un total de 16 muertes, por ser uno gemelar. En 8 casos se consigna trabajo de parto prolongado, variando entre 17 horas y 8 días.

La importancia del empleo del fórceps se pone de manifiesto si se tiene presente que fue usado en 26 de las 36 enfermas que tuvieron una fístula (72,2%).

Referente a su mecanismo de producción, comprobamos que en 25 fue por

* Profesor Titular.

** Profesor Adjunto.

desgarro (inmediatas) y en 7 por necrosis (tardías), no siendo posible determinar el dato en las 4 restantes.

De las 25 primeras, fue empleado el fórceps en 20 (en una simultáneamente basiotripsia) y de las restantes en una se hizo cervicotomía anterior.

De las 7 por necrosis, en 3 el parto había sido espontáneo, con duración de 9 horas (y puerperio febril), 17 horas (y feto de 5.000 grs.), y 54 horas (y embarazo gemelar). En las 4 restantes, todas primíparas de 23, 29, 32 y 40 años, se hizo fórceps; en 2 de ellas hubo muerte fetal y en una pudo comprobarse la existencia de estrechez pelviana.

b) *Quirúrgicas*: son menos frecuentes que las tocogénicas, habiendo comprobado 27 sobre el total de 90 (30,0%).

La intervención más frecuentemente responsable de estas fístulas, fue la histerectomía total y total ampliada; en 5 casos se trataba de histerectomía total por vía abdominal, en 2 por vía vaginal (aunque una de ellas hubo de completarse por abdomen) y 11 fueron operaciones de Wertheim, dos de ellas practicadas después de tratamiento actínico.

Siguen en orden de importancia las operaciones plásticas por vía vaginal para reparar el prolapso, que comprobamos en 5 casos (uno era un prolapso recidivado). Las restantes operaciones causantes de las fístulas fueron: 1 histerectomía subtotal, 1 corrección de R. V. F. por vía vaginal, 1 operación para crear una neo-vagina por vía vaginal

con injerto de piel, y 1 vulvectomía con resección de uretra por melanoblastoma vulvo-uretral.

En 11 casos la pérdida de orina fue inmediata (fístula por herida), y en 16, tardía (fístula por alteración trófica), apareciendo hasta un mes después de la operación en dos casos.

De las 27 fístulas estudiadas, solamente 12 fueron consecutivas a intervenciones realizadas en el Servicio: 7 por operaciones de Wertheim, 2 en anexohisterectomías totales por miomas, 1 en la corrección de un prolapso, 1 en la vulvectomía por un melanoblastoma vulvo-uretral, y la restante en la confección de una neo-vagina.

c) *Carcinomas*: observamos 19 (21,1%), todas ellas consecutivas a la evolución de un carcinoma del cuello uterino, apareciendo en lapsos variables entre 4 meses y 6 años del comienzo clínico del mismo.

d) *Actinogénicas*: los 8 casos observados (8,9%) fueron consecutivos al tratamiento actínico del carcinoma cervical; se caracterizan en general por su aparición tardía: en uno de nuestros casos lo hizo a los 14 años. Puede ser difícil establecer si la lesión es consecuencia del tratamiento o de la evolución del carcinoma; en todos los casos hemos recurrido a la biopsia para corroborarlo.

B) *Topografía*. Según su localización, las fístulas vésico-vaginales se distribuyen como se detalla en cuadro que sigue, en que también se consigna la etiología:

TABLA 2

TOPOGRAFIA DE LAS FISTULAS VESICO-VAGINALES

Topografía	Tocogé- néticas	Quirúr- gicas	Carcino- matosas	Actinoge- néticas	Total
Fístulas vésico-vaginales	20	21	13	4	58
Fístulas vésico-uretro-vaginales ..	12	3	—	1	16
Fístulas vésico-cérvico-vaginales ..	—	—	3	—	3
Fístulas vésico-recto-vaginales ..	—	2	3	1	6
Fístulas uretro-recto-vaginales ..	3	—	—	1	4
Fístulas abdomino-vaginales	—	1	—	—	1
Fístulas vésico-abdomino-recto va- ginales	—	—	—	1	1
Fístulas vésico-uterinas	1	—	—	—	1
TOTALES ..	36	27	19	8	90

C) *Edad.* La mayor frecuencia se comprueba entre la 3ª y 5ª década de la vida, como se observa a continuación:

	Casos
menos de 20 años	2
de 21 a 30 años	17
de 31 a 40 años	25
de 41 a 50 años	28
de 51 a 60 años	13
más de 60 años	5

La paciente más joven tenía 17 años, y la de mayor edad, 74. La edad media fue de 41,3 años. El estudio de la edad media en los distintos grupos etiopatogénicos, dio los siguientes datos:

Tocogenéticas	34,6 años
Quirúrgicas	45,5 años
Carcinomas	45,0 años
Actinogénicas	48,2 años

D) *Tratamientos y resultados:* De las 90 fístulas, hubo 40 que no fueron operadas: 18 carcinomas, 10 quirúrgicas, 7 tocogenéticas y 5 actinogénicas.

Fueron intervenidas, por lo tanto, solamente 50 enfermas, practicándose un total de 61 operaciones, ya que hubo 7 que fueron operadas más de una vez; 21 habían sido ya operadas con anterioridad, una o más veces (hasta 7 veces en un caso).

La *vía vaginal* fue seguida en 30 enfermas, con un total de 38 operaciones, como se especifica en la tabla siguiente:

TABLA 3
TECNICAS POR VIA VAGINAL

TECNICAS	Nº enf.	Nº oper.	Enf. curadas
Desdoblamiento	21	25	14
Mackenrodt	3	4	1
Avivamiento	2	2	2
Futh	2	2	2
Harris Noble	3	3	1
Colpocleísis parcial de Lutzko	2	2	2
TOTALES	33	38	22

En el cuadro figuran 33 enfermas, porque en 3 se siguió más de un procedimiento.

La vía abdominal se siguió en 14 enfermas (tabla 4).

En 8 enfermas se emplearon *métodos que sacrifican la integridad anatómica* (tabla 5).

TABLA 4
TECNICAS POR VIA ABDOMINAL

TECNICAS	Nº enf.	Nº oper.	Enf. curadas
Trendelenburg	10*	10	8
Dittel-Forque	2	2	1
Extracción de "oblito"	1	1	—
Hister. subt. y cierre de fístula	1	1	1
TOTALES	14	14	10

* En dos casos se completó por vía vaginal.

TABLA 5
TECNICAS CON SACRIFICIO DE INTEGRIDAD ANATOMICA

TECNICAS	Nº enf.	Nº oper.	Enf. curadas
Urétero-sigmoidostomía	4	4	3
Urétero-sigmoidostomía en recto-sigma aislado	1	1	1
Cleísis	3	4	1
TOTALES	8	9	5

La proporción de operaciones exitosas realizadas es la siguiente (tabla 6):

TABLA 6
PROPORCION DE EXITOS QUIRURGICOS

TECNICAS	Nº oper.	Enf. curadas	%
Vía vaginal	38	22	57,8
Vía abdominal	14	20	71,4
Con sacrificio anatómico	9	5	55,5
TOTALES	61	37	60,6

Los resultados definitivos obtenidos, es decir, el número de enfermas curadas sobre 50 operadas con distintas técnicas y por diferentes vías (en total 61 operaciones), fue de 37, o sea, el 74%.

II. *Fístulas urétero-vaginales*

En número de 43, representan el 31,6% de las fístulas uro-genitales por nosotros observadas.

A) *Etiopatogenia*. Son excepcionales aquellas que no son de origen operatorio; nuestra estadística presenta un sólo caso de origen obstétrico, en una primípara de 30 años en que se aplicó fórceps después de un trabajo de parto de 56 horas.

Las otras 42 fueron de origen quirúrgico, y de ellas 37 se produjeron en el Servicio. Las operaciones causantes de las mismas fueron:

De esas fístulas, 5 fueron inmediatas, es decir, por lesión directa, y 37 tardías, o sea por necrosis, apareciendo entre los 8 días y 3 meses de la operación, con más frecuencia entre los 15 y 21 días.

Como puede apreciarse, la operación de Wertheim es una de las causantes principales de las fístulas quirúrgicas; la linfadenectomía pelviana agregada ha contribuido al aumento de su producción. De las operaciones de Wertheim, 31 fueron realizadas en el Servicio, 11 sin linfadenectomía y 20 con ella; en 3 casos se trataba de carcinomas previamente irradiados. Su distribución, según los años en que se produjeron es:

	(sin linfadenectomía 14)
Operación de Wertheim	34 (con linfadenectomía 20)
Anexohisterectomía total	5
Anexohisterectomía subtotal	1
Histerectomía vaginal	1
Anexectomía	1

1931	1940	1942	1944	1945	1947	1948	1950	1951	1952	1953	1955	1956	1957
1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	6	1

1958	1959	1960	1961
1	3	3	1

De ellas 27 fueron tardías y sólo 4 inmediatas.

Las 6 operaciones restantes realizadas en el Servicio, que originaron una fístula urétero-vaginal, fueron: 4 anexohisterectomías totales por miomas y/o endometriosis, 1 anexohisterectomía subtotal por blastoma intraligamentoso derecho y endometriosis de ovario izquierdo y 1 histerectomía vaginal por mioma.

B) *Lado afectado.* Como en estadísticas de muchos otros autores, en la nuestra predomina la localización izquierda, que observamos en 22 casos, mientras que era derecha en 15; en las restantes era bilateral.

C) *Edad.* La mayor frecuencia se encuentra entre los 31 y 50 años (72,0% del total); su distribución en decenios fue la siguiente:

menos de 20 años	0
de 21 a 30 años	6
de 31 a 40 años	15
de 41 a 50 años	16
de 51 a 60 años	5
más de 60 años	1

La paciente más joven tenía 22 años y la de mayor edad, 63; la edad media era de 41,0 años.

D) *Tratamientos y resultados.* De las 43 pacientes, hubo 10 que por di-

versas razones no recibieron tratamiento. De las 33 restantes, en 11 se produjo la curación espontánea en un lapso que varió entre 1 y 12 meses, comprobándose que en 7 de ellas se hizo en base a la anulación funcional del riñón correspondiente; de las 4 restantes, en 3 no se exploró la capacidad del riñón interesado, y sólo en 1 pudo apreciarse la curación espontánea real del proceso, que se realizó a los 6 meses, con perfecto funcionamiento renal.

En los 22 casos restantes, los tratamientos realizados fueron los siguientes (tabla 7):

TABLA 7

TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS URETERO - VAGINALES

TRATAMIENTOS	Nº enf.	Curación
Radioterapia sobre riñón	2	0
Catéter a permanencia	3	1
Ligadura de uréter	1	0
Nefrectomía	4	4
Urétero-cistoneostomía	15	15
TOTALES	25	20

El número de enfermas que se con- signa en el cuadro es superior, porque algunas de ellas sufrieron más de un tratamiento.

El tratamiento de elección lo constituye la U.C.N., que a partir de 1956 la realizamos sistemáticamente; se ha hecho 16 veces (en 15 enfermas porque en una era bilateral), entre 12 días y 1½ años después de aparecer la fistula, habiéndose obtenido la curación en todas. En 2 casos hubo de recurrirse a la técnica de Boari para poder hacerla correctamente.

En síntesis, excluyendo los 10 casos sin tratamiento y cuya evolución no fue seguida, de las 33 enfermas restantes, 31 (93,9%) curaron de su fistula.

III. *Fístulas uretro-vaginales*

Son las menos frecuentes: 3 en 136 (2,2%) y se justifica puesto que las enfermas no consultan por pérdida de orina, dado que ésta no existe, notando solamente que se mojan y hay desviación del chorro en el momento de la micción. Los 3 casos consultaron porque había simultáneamente una incontinencia por insuficiencia esfinteriana. Dos eran quirúrgicas (una consecutiva a histerectomía vaginal por miohiperplasia difusa en mujer de 44 años, y la otra a la resección de un divertículo de la uretra en paciente de 46 años); am-

bas fueron tardías, a los 33 y 15 días de la operación respectivamente. La restante era tocogenética, en primípara de 27 años, en que hubo que hacer fórceps (feto muerto) y que fue de aparición inmediata y del tipo véscico-uretro-vaginal, persistiendo después de corregida por vía vaginal una fistula uretro-vaginal. En dos de ellas se hizo desdoblamiento, una con talla hipogástrica y la otra vaginal, curando la primera, no así la segunda. En la restante se hizo la técnica de Futh, agregando puntos de Kelly para corregir la incontinencia, con éxito. Es decir, que de 3 casos, se obtuvieron 2 curaciones (66,6%).

Resumen y Conclusiones. Se presenta la estadística de fístulas urogenitales observadas en la Iª Cátedra de Ginecología de Buenos Aires entre 1928 y 1961, analizando la etiopatogenia, localización, edad y tratamientos efectuados. Sobre 75 enfermas que fueron operadas se consiguió la curación en 59, es decir, el 78,6%. La experiencia recogida confirma una vez más el concepto de que el tratamiento de estas lesiones constituye un difícil problema y que para resolverlo el ginecólogo debe poseer instrumental adecuado, habilidad técnica y una gran práctica para elegir el método y la vía más apropiada.