

METODOLOGIA UTIL EN EL TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS VESICO-VAGINALES *

Doctores **Aníbal Perna Mazeo ****, **Alonso Acuña Cañas *****

Informe preliminar

Sin pretender ser originales, presentamos a la consideración —de quienes como nosotros, están interesados en este tópico— trece casos de fistulorrafias vesico-vaginales todas realizadas con éxito completo en lo que se refiere al logro de la cicatrización completa e inmediata de la fístula y la consecuente continencia urinaria, con un solo acto quirúrgico.

Deseamos aclarar que de estos trece casos, algunos habían sido intervenidos ya, con el propósito de corregir la fístula, intervenciones que llevaron a cabo otros cirujanos con diferentes normas a las aquí propuestas. Los éxitos por nosotros logrados, del primero al treceavo caso, han sido de manera consecutiva.

Es posible que el número de fístulas aquí presentadas no satisfaga una

casuística grande, pero ello es debido a que como ya de todos es conocido este tipo de fístulas como morbilidad quirúrgica y obstétrica tiende considerablemente a disminuir su incidencia y por otro lado ellas son el producto del trabajo en equipo que se viene realizando entre las Unidades de Ginecología y Urología en el Hospital Universitario "Santa Clara" de Cartagena en el breve lapso de dos años.

Como decíamos al principio, no pretendemos ser originales ya que creemos que el éxito total obtenido en todos nuestros casos, es la consecuencia de la aplicación de la experiencia de autores nacionales y extranjeros que nos han trazado las normas fundamentales que se deben realizar en ellos. Hemos aunado experiencias propias y foráneas y creemos fundamental la pu-

* Trabajo conjunto realizado por las Unidades de Ginecología y de Urología del Hospital Universitario Santa Clara de Cartagena. Presentado al **V Congreso de Obstetricia y Ginecología**, reunido en Medellín del 2 al 6 de diciembre de 1963.

** Profesor Asistente de la Unidad de Ginecología.

*** Jefe de Clínica de la Unidad de Urología.

blicación de este trabajo, puesto que con gran entusiasmo hemos visto que desde que aplicamos estas normas, no hemos obtenido un solo fracaso, accidente tan frecuente en estos pacientes.

La aplicación de estas normas se refiere a los tres pasos vitales del paciente quirúrgico (pre-operatorio, operatorio y post-operatorio) y que a continuación entramos a resumir:

1. *Pre-operatorio:*

a) No se debe realizar la intervención antes de dos meses de producida la fístula vesico-vaginal; la corrección de una fístula inmediatamente después de la operación o traumatismo que la haya causado no es aconsejable, no solamente porque el paciente está ya enfermo de ellos, sino también porque hay un considerable grado de inflamación presente que puede conducir a la recurrencia de la fístula. La infección en estas condiciones encuentra un terreno abonado en la superficie de la fístula y produce entonces múltiples puntos de drenaje.

b) No usamos sonda vesical previa, ya que ello produce inflamación y edema de uretra y vejiga, condiciones desfavorables a la cicatrización.

c) Damos a la endoscopia un valor fundamental, en el sentido de que si el urólogo observa edema y/o congestión de la mucosa vesical, ello nos indicará que los tejidos no están listos para una cicatrización ideal y los controles posteriores nos indicarán entonces el momento oportuno. Antes y durante la endoscopia se realizan las

pruebas de azul de metileno y azul carmil.

d) Consideramos fundamental el trabajo en equipo entre el ginecólogo y el urólogo, ya que la valoración exacta de las condiciones de los tejidos vaginales y vesicales debe ser llevada a cabo por el correspondiente especialista, así como de común acuerdo se debe escoger la vía de acceso quirúrgico.

e) Usamos rutinariamente ocho días antes de la intervención, Mandelato de Metenamina por considerar que esta droga nos produce el doble efecto de la acidificación y antisepsia urinaria. Así mismo usamos durante este mismo lapso proteínas hidrolizadas por creer, aunque no sea un hecho universalmente aceptado, que una buena proteinemia provee una buena cicatrización.

f) Complementamos la endoscopia vesical con vaginoscopia con el fin de concluir sobre la topografía exacta de la fístula y diagnosticar las posibles entidades inflamatorias genitales agregadas que de todas maneras deben tratarse antes de intervenir, en el caso de que existan.

g) Verificada la última maniobra endoscópica, damos un plazo mínimo de ocho días antes de la intervención ya que el traumatismo producido por estos exámenes alteran en cierto grado los tejidos adyacentes a la fístula.

h) En el transcurso de este último examen entramos a decidir la vía de acceso quirúrgico; las fístulas uretro-vaginales, cérvico-vaginales y trigono-

vaginales (vesico-vaginales bajas) o cualquiera combinación de ellas entre sí, las intervenimos por vía vaginal, por considerar que el acto quirúrgico por vía vesical es aquí extremadamente difícil e insidioso, siendo por el contrario de cómodo abordaje por la vía vaginal con la ventaja de que por esta vía corregimos y reforzamos la base de sustentación vesical tan importante en los mecanismos de la micción. Las fístulas vesico-vaginales altas, así como las útero-vesicovaginales las corregimos por vía alta, es decir transvesical extraperitoneal, aunque si esta patología se asocia de patología uterina que requiera histerectomía (presentamos dos casos) practicamos entonces abordaje abdominal intra y extra peritoneal y abordaje de la fístula intra y extravesical. Las véscicovaginales altas son del claro dominio del abordaje vesical. En cambio las vesicoúterovaginales aunque generalmente las corregimos por vía vesical, sin embargo en un caso lo hicimos por vía vaginal, ya que a pesar de estar tomado el útero, la endoscopia vesical mostró que la fístula estaba situada en la línea interureteral, es decir que podía ser clasificada como trígonovesical, lo cual indicó la vía vaginal. Ello corrobora el valor de la cistoscopia. También anotamos que colegas de gran experiencia corrigen enormes fístulas y cualquier tipo de

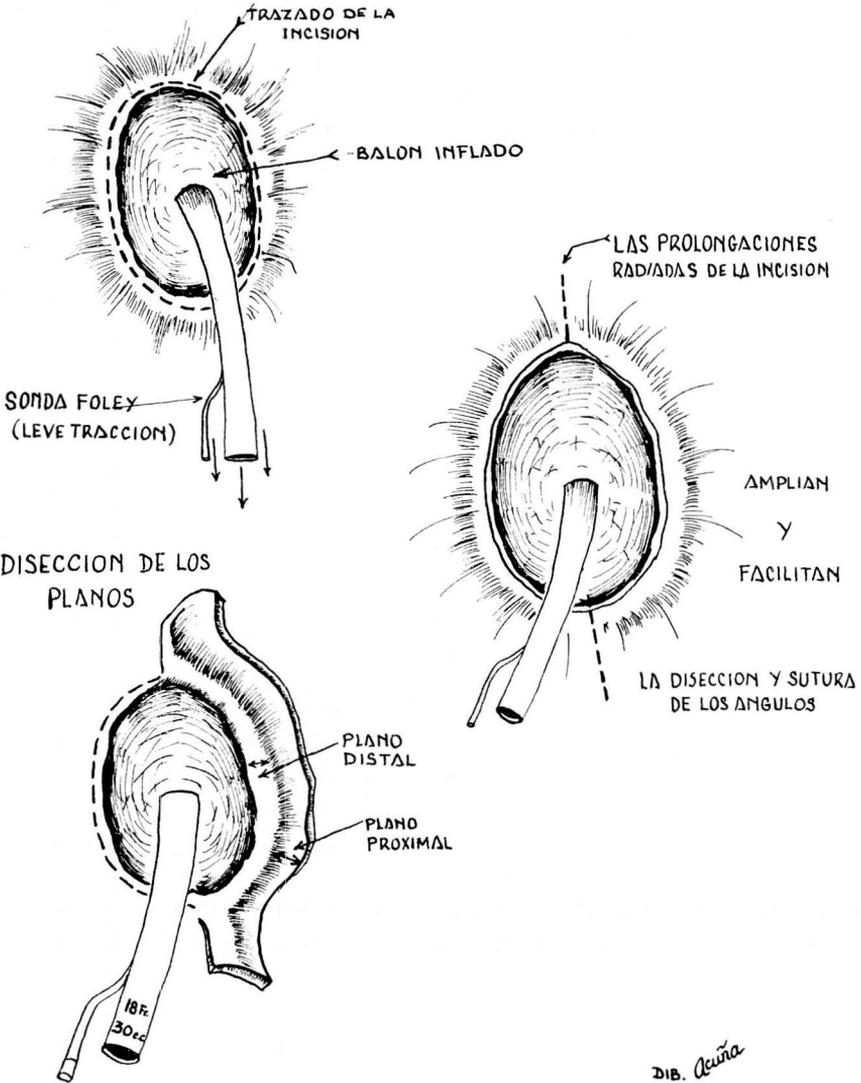
fístulas por vía vaginal, experiencia que respetamos ya que lo anteriormente dicho si bien es una norma, no es una regla exacta, puesto que nuestro más reciente caso (no incluido en este trabajo) se trataba de una gran fístula útero-vesico-cérvico-uretrovaginal en la cual incluso se propuso una derivación urinaria interna, pero se pudo abordar totalmente por la vía vaginal con resultados que aún estamos esperando.

i) Si es la vía vaginal la que se ha decidido, en la misma mesa de examen colocamos a la paciente en posición ginecológica de decúbito dorsal (posición de litotomía) y luego en posición ginecológica de decúbito ventral (posición de Kraske) y sucesivamente en cada una de ellas valoramos cuál de las dos nos va a conferir en el acto quirúrgico mayor facilidad y comodidad operatoria.

2. *Operatorio:*

No es el propósito de este trabajo, entrar a describir detallada y sucesivamente los pasos del acto quirúrgico de una fistulorrafia. Tan solo puntualizaremos sobre las maniobras que consideramos como vitales en este tipo de fistulorrafias y que ordinariamente no se encuentran descritos o no se les ha dado la importancia que tienen.

EL EMPLEO DE LA SONDA FOLEY



a) *Posición y presentación del campo:*

Cuando el abordaje se hace por vía vaginal, hemos observado que para las fístulas véscovaginales bajas y útero-vesicovaginales, la posición de litotomía es la más indicada. En cambio cuando se trata de fístulas uretrovaginales y cérvicovaginales, la posición ginecológica invertida (posición de Kraske) dá mayor comodidad que la anterior, ya que así eludimos el gran obstáculo que representa el pubis. Aunque consideramos que la episiotomía uni o bilateral amplía el campo, sin embargo no la hemos verificado en ninguno de los casos, tal vez porque no haya sido necesario. Ordinariamente es suficiente tomar tres puntos de seda a cada lado, entre el labio mayor y el muslo, en los tercios superior, medio e inferior de cada labio.

Cuando el abordaje es por vía suprapúbica, lo practicamos transvesical extraperitoneal, excepto en los dos casos ya comentados en que por ser necesaria la histerectomía, abordamos la fístula intra y extraperitonealmente e intra y extravesicalmente. La posición de Trendlemburg forzada nos libra el campo de la presencia de las asas intestinales para un más cómodo trabajo.

b) Sea por la vía vaginal o vesical, una vez hecha la presentación de la fístula, introducimos por ella una sonda de Foley, inflando el balón con diez, veinte o treinta centímetros cú-

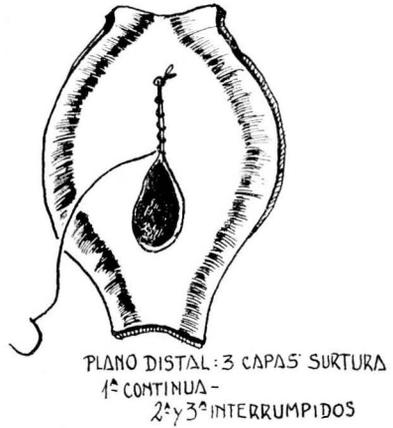
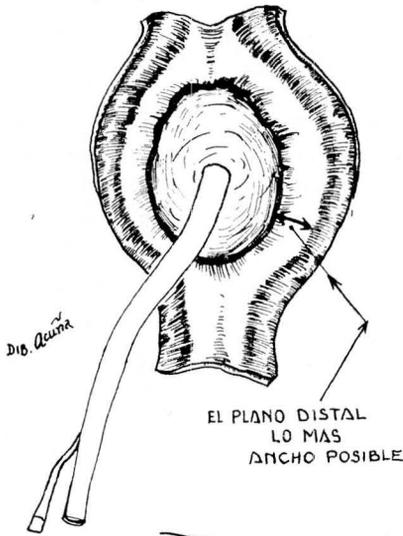
bitos y halando la sonda atraemos la fístula hacia el campo operatorio, convirtiéndose en la mayoría de las ocasiones en una operación de superficie, lo que era una operación de cavidad. Presentada entonces así la fístula, la incisión de sus bordes en toda la circunferencia es aún más fácil con esta maniobra del balón.

c) Como damos una gran importancia a la exposición y sutura de los ángulos, hacemos la disección de la fascia vesicovaginal en un mínimum de dos centímetros alrededor del orificio fistuloso y cuando ésto es difícil de practicar, hacemos incisiones laterales según se ilustra en uno de los dibujos.

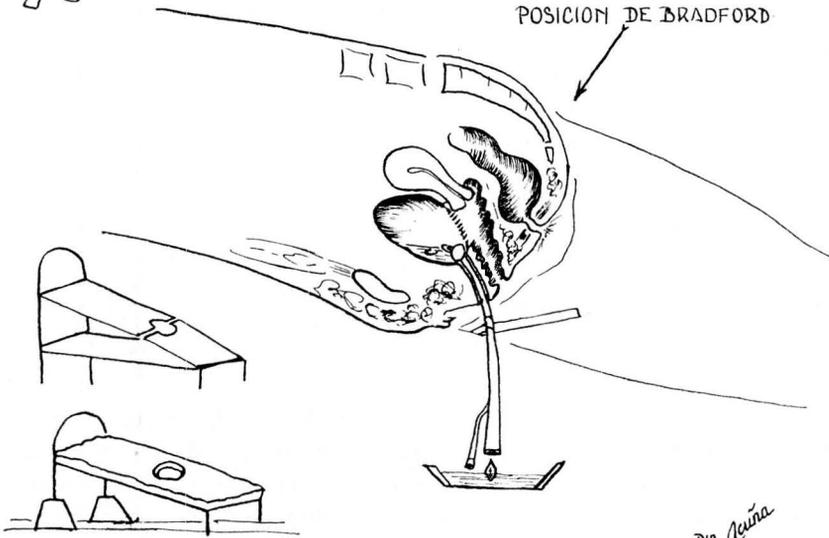
d) Siempre practicamos un mínimo de tres capas de sutura en el plano distal y una en el proximal. En ocasiones y cuando "la tela" es suficiente practicamos hasta cuatro capas de sutura distales. La primera capa de sutura del plano distal la solemos hacer en sutura continua y el resto de las capas de sutura en puntos separados. Usamos de rutina Catgut cromado 3-0.

e) Terminando el acto quirúrgico tan solo dejamos en el introito vaginal una gasita. No acostumbramos el uso de taponamiento con gasa vaselinada, por considerar que el medio vaselinado contribuye a la creación de trayectos fistulosos y además este taponamiento levanta el trígono e impide el vaciamiento total de la vejiga.

AL INICIAR LA SUTURA DEL
1º PLANO DISTAL
SE RETIRA FOLEY



LA RAZON DE LA
POSICION DE BRADFORD



f) Inmediatamente terminada la sutura del último plano, pasamos al través de la uretra sonda de Foley, calibre 18 ó 20 Fr. (según calibre uretral) por balón de 5 c. c. No lubricamos la sonda por las razones atrás expuestas. El uso de balones de mayor capacidad de c. c. impiden el vaciamiento total y permanente de la vejiga en el post-operatorio y traumatizan el área vesical. Además es de observar que en las sondas con balones de 5 c. c. el orificio de drenaje de la punta de la sonda está a una distancia mínima del balón lo que procura que tan solo acumule una mínima cantidad de orina en la vejiga. Esto no sucede con la sonda de balones mayores, en las cuales el orificio de la punta de la sonda está más lejos del sitio de implantación del balón.

g) Terminada la intervención, hacemos un lavado de la vejiga con 10 c. c. de suero fisiológico con el fin de extraer pequeños coágulos. La sobredistensión de la vejiga sería de consecuencias graves para las suturas en este momento.

3. *Post-operatorio:*

a) He aquí el punto que consideramos el más fundamental en todo este proceso: la posición de Bradford, a la cual imputamos principalmente el éxito de nuestros casos. Esta posición consiste en colocar a la paciente en decúbito ventral, por un mínimo de ocho días, pasando la sonda a través de un orificio circular del colchón y de la cama, de manera que la sonda

drene libremente y sin conexión a un recipiente de boca bastante ancha, con el fin de controlar fácil y permanentemente el goteo de la sonda. La cama debe estar en posición de Fowler. Hemos hecho una adaptación muy sencilla de esta posición en una cama acondicionada por nosotros (ver dibujos).

Las ventajas de esta posición consisten en que prácticamente la orina no se pone en contacto con la cara posterior de la vejiga, depositándose la mínima cantidad que se alcanza a colectar en la cara anterior, protejiéndose de esta manera las suturas del contacto de la orina.

b) Creemos que es inconveniente conectar la sonda a tubos de caucho y a botellas porque ello trae cierta resistencia al libre drenaje de la orina.

c) El empleo del lavado vesical, por algunos autores no es conveniente porque puede sobredistender la vejiga y con ello interferir en el buen afrontamiento de las suturas y porque la mayoría de las infecciones son producidas por los "lavados de sonda", que nunca se hacen con la asepsia deseada. Este lavado solo lo practicamos en el caso de que comprobemos de que la sonda está obstruída.

d) Al día siguiente de la intervención se retira la gasita vaginal, la cual nos suministra algún dato sobre la impermeabilidad de las suturas.

e) Desde el primer día del post-operatorio suministramos nuevamente Mandelato de Metenamina y proteínas hidrolizadas hasta unos cuatro o cinco días después de retirada la sonda.

f) En cuanto a la dieta, procuramos que sea líquida los dos primeros días, blanda los dos siguientes, con el fin de procurar una relativa constipación los cinco primeros días del postoperatorio. Sin embargo si ocurre funcionamiento intestinal el aseo e higiene perineal y rectal debe verificarse inmediatamente después en la misma posición ventral.

g) Regularmente la paciente es cambiada a la posición de decúbito dorsal entre el octavo y décimo día y aún en esta posición dejamos que la sonda penda libremente por el orificio de la cama.

h) Es sorprendente la manera como las pacientes se adaptaron a esta posición, especialmente cuando se hizo en ellas una sicoterapia previa sobre este asunto.

i) De rutina la sonda se retira entre 14º y 15º día, aclarando que desde 24 horas antes de ser retirada pinzamos la sonda y la abrimos cada dos horas.

j) Nunca antes de 5 semanas hacemos examen ginecológico.

k) Consideramos importante entrenar a una enfermera que se dedique especialmente al cuidado de estos casos.

CONCLUSIONES:

1—Aunque trece casos de fístulas vesicovaginales no constituyen una estadística voluminosa, consideramos en cambio que trece éxitos consecutivos sí representan un hecho de mucho significado.

2—El trabajo en equipo del ginecólogo y el urólogo conduce a un buen estudio de las fístulas vesicovaginales y a un más adecuado tratamiento.

3—Todos los puntos considerados en las fases del tratamiento quirúrgico son importantes, pero queremos hacer énfasis en lo que para el éxito representa la posición de decúbito ventral (Posición de Bradford).

Deseamos manifestar nuestro agradecimiento a la señorita Coneo, enfermera de la Unidad Ginecológica del Hospital Universitario de "Santa Clara", por su dedicación al cuidado de estas pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. AZOURY B. S., SCARDINO P. L., PRINCE C. L.: Vesicovaginal fistula. **Journal of urology**. 75: 75, 1956.
2. BENEVENTI F. A.; GISSEN A. J.: Nonoperative cure of vesicovaginal fistula. **Journal of urology** 72: 656, 1954.
3. BENSON R., HINMAN F.: Urinary tract injuries in obstetrics and gynecologie. **J. Obst. & Gynee.** 70: 467, 195.
4. BOEMINGHAUS H.: **Urología**. 2ª Ed. Cap. 31: 516, 1955.
5. BALL L. THOMAS: **Gynecologie and urology**. The C. V. Mosby Company, 173-192, 1957.
6. BALL T. L.: **Am. J. Obst. & Gynee.** 63: 1245, 1952.
7. COUNSELLER V. S.: Vesicovaginal fistula. **Lewis practice of surgery**. Vol. X. Chap. 4. 1-17. 1942.
8. COUNSELLER V.: Surgical and postoperative treatment of vesicovaginal and rectovaginal fistulas. **Surg. Gynee. & Obst.** 74: 738, 1942.
9. COUNSELLER V. S. and Haigler F. H.: **Am. J. Obst. & Gynee.** 72: 1956.
10. **Cirugía urológica**. Dodson Austin Ingram. 2ª Ed. Cap. 31: 516, 1957.
12. FALK H. C. and ORKIN L. A.: **Obst. & Gynee.** 9: 538, 1957.
13. FALK H. C., BULKIN J. A.: The management of vesicovaginal fistula following abdominal total hysterectomy. **Gynee. & Obst.** 83: 404. 1951.
14. GARDNER GEORGE H.: Pre and postoperative care of gynecological patients with the significance and treatment of some of their commoner complications. **Lewis' practice of surgery**. Vol. XL, Chap. 32. 62, 1942.
15. HUDSON P. B. and FOX H.: **Am. J. Obst. & Gynee.** 74: 368, 1957.
16. LOPEZ-ESCOBAR G. et al.: Fistulas urinarias post-histerectomía radical abdominal. **Rev. Col. de obstetricia y ginecología**. Vol. XIII, Nº 4. Págs. 455-59, 1963.
17. LASSO NAPOLEON, ARIAS ROBERTO: Fistulas urogenitales e incontinencia urinaria de esfuerzo. **Rev. Col. de obstetricia y ginecología**. Vol. XIII, Nº 4. Págs. 444-454, 19563.
18. MOIR J. C.: **The vesicovaginal fistula**. Bailliere Tindall & Cox, London, 1960.
19. MOIR J.: Vesicovaginal fistulas. **Lancet**, I: 57, 1954.
20. NEME Y AZEVEDO: Fistulas urogenitales e incontinencia urinaria de esfuerzo. **Rev. colombiana de obstetricia y ginecología**. Vol. XIII, Nº 4, Págs. 389-432, 1963.
21. NOURSE M. H., WISHARD W. N. Jr.: Utero-vesical fistula. **Journal of urology**, 72: 374, 1954.
23. TORRES LEON FIDEL: Fistulas vesicovaginales. **Revista del Hospital San Juan de Dios**, 1: 141, Bogotá, 1953.
24. WARD G.: Experiences in the treatment of some difficult urinary fistulae. **Urol. & Cutan. Rev.** 45: 66, 1944.