

FISTULAS INTESTINO - VESICALES (*)

Dres. Jorge Lockhart, M. Miqueo, I. Carreras y L. Mérola

Definición

Cuando se establece una comunicación entre la vejiga y el tracto intestinal se debe señalar cuál es el segmento responsable o primitivo para poner su nombre en primer término de lo que resulta no solamente una correcta nomenclatura sino que se proporciona un elemento indispensable para su correcto estudio.

En efecto se lucha con el inconveniente de la multiplicidad de expresiones lo que dificulta la búsqueda bibliográfica. Entre otras definiciones se han llamado fístulas vésico-cólicas, vésico-colónicas, vésico-intestinales, intestino,vesicales, etc.

Creemos que la expresión *fístulas intestino-vesicales* es la más correcta porque inclusive señala la verdadera etiología en la gran mayoría de los casos. Es por otra parte el término que aprueba Barnes porque el prefijo "entero" se refiere en general al intestino delgado, mientras que la expresión intestino-vsical no prejuzga en cuanto al sector del tracto que se encuentra enfermo.

El tema, con el título de "pasaje de materias fecales y gases a través de la uretra" es conocido desde el trabajo de Cripps, publicado en 1888 y desde entonces se citan alrededor de 800 casos hasta hace 10 años siendo las estadísticas más completas las de Pascal que en 1900 reunió 292. Kellog en 1958, 592; Higgins en 1936, 40 casos, etc. Los trabajos más completos se refieren a las fístulas secundarias a la diverticulosis intestinal que ocupa en todas las estadísticas el 50 % de los casos. En nuestra presentación de 8 enfermos coincidimos en dicha cifra.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 12 de noviembre de 1958.

Se comprueban con mayor frecuencia en las personas de sexo masculino, en la proporción de 3 a 1 lo que es lógico si se considera que en la mujer la presencia del útero constituye muchas veces un tabique eficaz para la constitución de la fistula.

La edad en que se aparecen más es entre 40 y los 60 años y en la estadística de Senger, todos los casos por diverticulitis eran hombres y la edad promedio los 55 años, mientras que Barnes encuentra una proporción de 2 a 1 entre hombres y mujeres siendo la edad más frecuente entre los 60 y los 70.

Etiología

1. *Inflamatorias*: a) diverticulitis; b) absceso apendicular o pelviano; c) ileitis regional.

2. *Congénitas*: a) falla en el cierre del tabique uro-rectal.

3. *Tumores*: a) intestinales; b) vesicales.

4. *Traumáticas*: a) contusión o herida; b) post-operatorias; c) post-radioterapia.

5. Desconocidas.

Las inflamatorias constituyen del 50 al 70 % y los divertículos del sigmoide ocupan el primer lugar, a tal punto que en la estadística de Mayo encuentra que $\frac{1}{4}$ de los portadores de diverticulosis (en un total de 202 casos estudiados) llegan a constituir la fistula intestino-vesical (exactamente 23 %).

Harlin y Ham han estudiado otras complicaciones urológicas de la diverticulosis y así han analizado la retención aguda de orina y la obstrucción ureteral baja. Los mismos autores señalan la importancia de los abscesos apendiculares retro o extra-peritoneales que se abren en la vejiga pudiendo dejar fistulas ocurriendo lo mismo con las enteritis regionales que pueden dar síndromes peri-ureterales, compresiones, ectasias, etc., o bien originar abscesos que se perforan en la vejiga previo un recorrido extra peritoneal y peri-vesical.

Las congénitas implican prácticamente una conservación parcial de la cloaca primitiva y en general son incompatibles con la vida.

Los tumores ocupan el 10 % de las estadísticas siendo el caso más frecuente el cáncer recto-sigmoideo, que primero se adhiere a la vejiga y que cuando llega a la fistulización constituye un caso terminal donde sólo caben las soluciones precarias

de la cirugía o de la radioterapia, siendo excepcionales los casos en que puede realizarse la cirugía radical de exéresis. Los tumores vesicales excepcionalmente se fistulizan en el intestino y no hemos podido registrar un solo caso de nuestra experiencia ni tampoco en el Centro de Urología del H. Maciel.

Las traumáticas responden casi siempre a un acto operatorio realizado sobre tejidos inflamatorios o en gruesos tumores pelvianos muy adheridos. En un caso personal la enfermedad causal primitiva era una tuberculosis salpingo-ovárica. Los agentes físicos terapéuticos a pesar de las técnicas perfeccionadas son capaces de determinar necrosis importantes o zonas desvitalizadas que pueden favorecer la constitución de una F.I.V. a tal punto que en el próximo Congreso Internacional de Urología a realizarse en 1961 es tema oficial, las complicaciones urológicas del abdomen irradiado.

Por último existe un pequeño margen para las causas no conocidas y que en la estadística de Barnes (31 casos) registra cuatro enfermos.

Síntomas

1, Neumatúria 90 %; 2, Polaquiúria 70 %; 3, Ardor miccional 70 %; 4, Fecalúria 23 %; 5, Estado infeccioso; 6, Dolor suprapúbico; 7, Dolor rectal; 8, Piúria (resistente a los antibióticos).

La emisión de gases más o menos mal olientes a través de la uretra es el síntoma más frecuente y que bien comprobado es un elemento patognomónico de la afección.

Es la orina burbujeante que se acompaña de ardor, a veces intenso que se agudiza al final de la micción y al que se le une casi siempre *polaquiúria* sobre todo diurna y *piúria*, a veces muy abundante, que no recuerda las piurias vesicales, salvo el caso de los divertículos.

El estudio bacteriológico revela los gérmenes del contenido intestinal, coli Bacilos, estreptococos fecalis, etc., y a veces se constituye una verdadera fecalúria, pudiendo reconocerse los fragmentos de materias fecales.

El estado general suele estar bastante conservado aunque en algunos períodos se reconocen estados infecciosos transitorios

imputables a los procesos peri-viscerales, peri-diverticulares y peri-vesicales. Pero en cambio es notable la *escasez de síntomas intestinales que solamente* un interrogatorio muy exigente puede demostrar. Son síntomas de dolor irradiado al recto, a veces tenesmo o bien episodios colícticos. Pueden también comprobarse síntomas relacionados con su antigua diverticulosis o bien puede aparecer un antecedente bien concreto como en uno de nuestros casos (Dr. Carreras) donde 6 años antes el enfermo debió ser operado de urgencia por una peritonitis por perforación de un divertículo.

El dolor supra-púbico es independiente de las micciones y a veces se puede registrar el dolor inicial correspondiente al instante de la perforación. Es interesante señalar *la conservación de la funcionalidad renal*.

Diagnóstico

1. *Exploración clínica.*

El estado general puede ser bueno fuera de los períodos en que se constituye el síndrome infeccioso que coincide con la exacerbación de los síntomas de peritonitis localizada en el abdomen inferior. En esos instantes el dolor aparece en el hipogastrio y en la F.I.I. con participación de los elementos parietales. Cuando cede la contractura luego del período agudo se suele palpar una *tumefacción de hipogastrio y F.I.I.* más o menos grande, de límites difusos mate o sub-mate dolorosa, que se pierde detrás del pubis y que puede percibirse muy bien por la palpación combinada con el tacto rectal. La mucosa rectal suele aparecer edematosa pero el dedo no llega a la zona fistulizada y se tiene la sensación de un proceso, que engloba vejiga y sigmoide pero que es extra-rectal. La tumefacción es *variable* en los distintos exámenes practicados de acuerdo con la mayor o menor intensidad del proceso peritoneal plástico y de su grado de infección.

Puede haber una uretro-prostatitis asociada y el resto del examen físico no revela datos de interés.

2. *Uretro-cistoscopia.*

Uretra s/p., vejiga relativamente tolerante permite distensión de 200 ó 250 c.c., pero difícil de limpiar.

A veces se parecían los restos fecales o de bario si se hizo previamente un enema opaco. Trigono congestivo. En el vértice y caras laterales se puede apreciar intenso edema y a veces zona umbilicada o ulcerada que corresponde al orificio fistuloso y que en general está cerca del vértice pero que puede estar lateralizado o aun en la vertiente anterior de la vejiga. Es difícil reconocer el orificio fistuloso por encontrarse en una zona muy alterada y con resto de materias fecales y Bors y Kudish presentan un caso de fistula íleo-vesical consecutiva a una peritoneoscopia para realizar la lisis de adherencias y que le fue posible cateterizar y por consiguiente visualizar perfectamente.

3. *Cistografía y neumocistografía.*

En general permiten apreciar una vejiga deformada lateralmente o de límites irregulares, aunque la cistografía puede ser normal. El pasaje de la sustancia opaca se puede ver pero es más fácil que se produzca el hecho contrario, es decir que por el enema opaco se determine el tránsito hacia la vejiga. Ello se debe a que casi siempre en el intestino hay un régimen de hipertensión por el espasmo canalicular cosa que no ocurre en el reservorio o por lo menos dicha circunstancia no es preponderante.

4. *Rectosigmoidoscopia.*

Se aprecian, anitis, espasmos, angulaciones, sensación de masa extra-rectal, sigmoide sacular, obstrucción parcial y a veces se pueden distinguir divertículos siendo excepcional que se perciba la zona que permita sospechar la fístula.

5. *Enema opaco.*

Proporciona elementos de gran interés sobre todo en los casos de diverticulosis. A veces los divertículos se aprecian cuando la sustancia opaca no distiende demasiado o cuando se hace estudio del relieve con poco bario.

Puede también observarse el pasaje a la vejiga con mayor frecuencia que el caso inverso.

La dilatación de la ampolla por debajo de una zona estrechada y sinuosa con o sin divertículos es otro dato radiológico de interés.

6. *Inyección de sustancias colorantes.*

Se puede hacer con azul de metileno o el propio bario y es más frecuente obtener el pasaje intestino-vejiga que lo inverso por las razones que hemos analizado.

7. *Urografía de excreción.*

Es en general normal. El trayecto fistuloso está casi siempre lejos del trigono y no interfiere con el funcionamiento ureteral.

8. *Lesiones asociadas.*

En un caso vimos la asociación de fístula intestino-vesical e intestino-cutáneo. En la estadística de Mayo de 46 casos de fístulas I. V. en 8 existía dicha asociación.

Tratamiento

No puede haber un criterio similar para todos los casos y es evidente que deben tener en cuenta una serie de factores. En primer término el tipo etiológico. En el caso de las *fístulas traumáticas* puede ser suficiente aislar la zona enferma haciendo una derivación del intestino. En un caso alcanzó esa medida terapéutica para obtener la curación espontánea de la fístula.

Ormond considera que si el caso es bien seleccionado se puede ir directamente a la cura local de la fístula, con buena antisepsis intestinal previa y sin necesidad de ano contranatura como primer tiempo. En el caso de la fístula por diverticulosis intestinal ese criterio sin embargo puede ser muy peligroso. Carroll tiene dos casos curados con electro coagulación por vía endoscópica vesical, pero son resultados excepcionales.

En principio se debe considerar la afección como un grueso proceso inflamatorio muy organizado y con adherencias que transforman a veces el fondo de la pelvis en un verdadero block donde es difícil individualizar vísceras.

No se trata simplemente de separar dos vísceras huecas y de reparar los orificios porque las suturas fracasan siempre al ser realizadas en todos enfermos y con el tránsito intestinal conservado.

La derivación previa es indispensable: se puede hacer en la parte alta de sigmoide como lo prefiere Mayo o en el transversos.

Es evidente que el ano del transverso nos pone lejos de la lesión y proporciona más posibilidades para la resección intestinal amplia. Luego la preparación de intestino con enemas durante 20 días o 1 mes y por fin el acto operatorio fundamental en el que resulta indispensable la colaboración del cirujano y del urólogo. El reconocimiento y la separación del intestino y de la vejiga es muy difícil por el proceso plástico que los envuelve pero es primordial liberar un sector amplio del sigmoide de modo de llegar a zonas perfectamente sanas y móviles. La vejiga debe ser resecada en su zona enferma y suturada en 2 planos: no creemos necesario la cistostomía y en todos nuestros casos fue suficiente la sonda en permanencia. La reconstitución del tracto digestivo se debe hacer en tejidos sanos, resecando la zona inflamatoria y siguiendo los principios de la correcta cirugía de anastomosis término-terminal. Drenaje intra-peritoneal entre vejiga y sigmoide que se saca a las 24 horas o 36 horas. El ano se cierra en un tercer tiempo luego que se ha comprobado clínica y radiológicamente el buen resultado de la anastomosis.

Esa fue la conducta que seguimos en dos de los casos con muy buen resultado.

En un 3 caso, la derivación previa estaba constituida por una sigmoidostomía y en el tiempo radical se decidió la anastomosis término-terminal suprimiendo la derivación.

La evolución fue también buena pero el post-operatorio un poco más prolongado que en los otros dos casos.

En el 4 caso no se realizó la resección del sigmoide enfermo y la fístula recidivó.

En definitiva en los casos de F.I.V. por diverticulosis del sigmoide el criterio general creemos que debe ser:

1. Ano del transverso.
2. Resección amplia del sigmoide enfermo y de la zona vesical alterada con anastomosis término-terminal y cierre de la vejiga dejando sonda en permanencia.
3. Cierre del ano del transverso luego del control radiológico del intestino.

En las fístulas por cáncer del sigmoide el problema terapéutico es mucho más serio: se tratan en general de procesos

terminales y sólo puede ofrecerse la cirugía paliativa o en los casos favorables la exenteración pelviana.

CASO 1. — 43 a., sexo f. Mielitis transversa; retención crónica de orina; sonda en permanencia 2 meses; fistula uretro-vésico-rectal con pasaje de materias fecales a la vagina. Se realizan en el mismo tiempo operatorio cistostomía y ano del transverso y la fistula cierra. Al año se cierra el ano y actualmente, 5 años después, persiste con la cistostomía habiendo curado la fistula definitivamente.

CASO 2. — 64 a., sexo masc. Prostatectomía suprapúbica en cuyo post-operatorio aparece neumaturia y orinas fecaloideas. Sonda uretral en permanencia y cierre espontáneo de la fistula en 15 días.

CASO 3. — 46 a., sexo f. Enviada de campaña con infección urinosa en etapa terminal uremia, anemia, etc. Operada 1 año antes por tumor o quiste intestinal (?). Piuria, neumaturia, fecaluria. Cálculos vesicales. El agua inyectada a vejiga pasa a recto. Fallece sin intervención quirúrgica.

CASO 4. — D. F., 47 a., sexo masc. Comienza con neumaturia, con emisión de gases fétidos con la orina, discreta polaquiuria. Diabético, obeso, 4 meses de evolución. Se palpa masa en F.I.I. hipogastrio.

Enema opaco: diverticulosis. No ha pasaje vésico-intestinal

Cistografía: no ha fistula, límite irregular.

Rectoscopia: edema y congestión, no se ve orificio fistuloso.

1 tiempo: 11 - 3 - 54. Miqueo - Lockhart. Exploración por paramedian transrectal I a la altura de ombligo. Sigmoide unido a vejiga por vasa tumora l(neo, sigmoiditis? No hay metástasis. Ano ilíaco izquierdo.

2 tiempo: 6 - 4 - 54. Miqueo - Lockhart. Mediana infraumbilical. Se extirpa sigmoide enfermo diverticulosis, Cassinelli) y sector de vejiga (cistitis, Cassinelli . Cierre de vejiga en 2 planos y sonda en permanencia.

Se libera el ano del sigmoide resecaando tejidos enfermos ampliamente y se hace reconstitución colónica término-terminal.

Post-operatorio bueno: se estableció transitoriamente una fistuleta intestinal que cerró en un mes.

Ahora, cuatro años después, curación completa, sin trastornos intestinales ni urinarios.

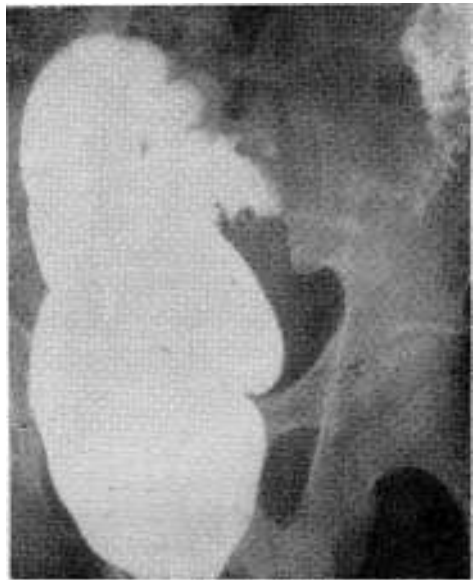
CASO 5. — H. C., 54 años, sexo masc. En agosto de 1951 operado de urgencia por el Dr. Carreras por peritonitis por perforación de divertículo de sigmoide. Cierre de la perforación, drenaje y ano derecho 5 meses después cierre del ano.

En 1957 consulta por cistitis intensa, piuria resistente a los anti-bióticos y después neumaturia. No se puede hacer cistoscopia por tener estrechez uretral.

Enfermo con aspecto de infectado crónico por lo que se decide en mayo de 1957 ano del transverso.



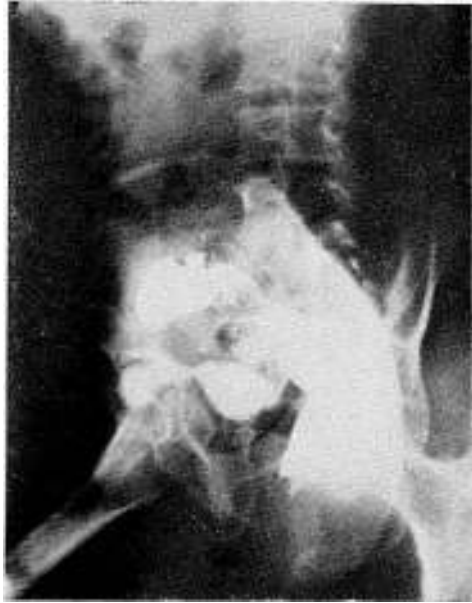
CASO 4. — Enema opaco



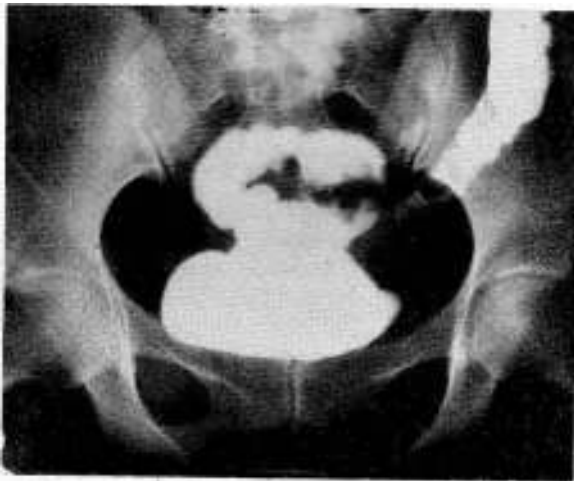
CASO 6. — Enema opaco

En agosto de 1957 lo operamos con el Dr. Carreras: peritonitis plástica pelviana; se hace resección del sigmoide con sutura término-terminal. Cierre de la brecha vesical en 2 planos y sonda en permanencia.

Evolución muy buena y en junio de 1958 se cierra el ano.
Enema opaco y cistografía de control: normales.



CASO 7. — Enema opaco. Pa-
saje vesical.



CASO 8. — Pasaje ve-
sico-rectal.

CASO 6. — D. M. Será comentado por el Prof. Piquinela. Fístula intestino-vesical por diverticulosis del sigmoide.

CASO 7. — B. M. 66 a., sexo masc. Rivera. Lo envía el Dr. Perdomo. Hace 1 año y medio cistitis con intensa polaquiuria y ardor: después neumaturia y orina con olor ficaloideo. Disuria inicial que cede con la

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

expulsión de tapón fecal. Tumefacción de hipogastrio y de región inguinal D. donde hubo supuración maloliente y que dio fístula que cerró espontáneamente.

Cistoscopia: orina muy turbia y con restos de materias fecales. Edema y congestión muy marcados del techo y cara anterior y derecha de la vejiga: no se ve el orificio fistuloso. Inyección de azul de metileno no pasa al recto.

Rectoscopia: Pared anterior infiltrada por proceso al parecer extrarectal: no se ve la fístula. **Enema opaco:** la barrita pasa a la vejiga y al otro día aparece en la orina.

Cistogarfa: No se ve la fístula. Silueta irregular 25/IX/58, Año del transverso (Dr. Mérola) el X/20 lo operamos con el Dr. Mérola.

Paramediana infraumbilical izquierda. Intenso proceso plástico que involucra sigmoide y vejiga.

Se separan ambos órganos: resección del sigmoide (la pieza muestra los divertículos (Ardao) y sutura término-terminal en zona sana. Cierre de la vejiga en dos planos y sonda en permanencia. Evolución s/p. A los 7 días micción espontánea sin dolor y con orina clara.

CASO 8. — Ana P. de A. 36 años, sexo fem. En 8/VI/1945 operada por supuración anexial izquierda y en 26/X/1945. Anexectomía I y salpingectomía D. hiberación de adherencias. Talla suprapúbica por haberse abierto la vejiga en las maniobras de liberación de adherencias.

Tuberculosis genital: Persiste fístula de la cicatriz del Pfannestiel en su comisura izquierda 21/XI/1957.

Se reseca la fístula que llega a zona de sigmoide enferma que se reseca haciendo sutura término-terminal. Se constituye un mes después síndrome de cistitis con ficaluria.

Se palpa masa inter-vesico-uterina. Cistografía demuestra el pasaje intestino-vesical 10/XII.

Intervención: mediana infraumbilical. Plastrón intervesico-sigmoideo. Se abre vejiga que luego se sutura y se deja sonda en permanencia. Resección de sigmoide enfermo y sutura término-terminal que falla a los pocos días por lo que en 1/II/58 se hace ano del transverso mejorando y cerrando la fístula: el enema opaco revela los divertículos y zonas estrechadas. 7 meses después se cierra el ano y reaparece fístula del sigmoide. Es evidente en este caso la necesidad de dejar el ano de derivación mayor tiempo e ir nuevamente bajo su protección a la resección de los tejidos enfermos, previo al restablecimiento de la continuidad intestinal.

RESUMEN

Se estudian 8 casos de fístulas intestino-vesicales, 4 (50 %) por diverticulosis del sigmoide son analizadas de preferencia y se señala la ventaja de las siguientes orientaciones terapéuticas:

- 1) Ano del transverso.

2) Resección amplia del sigmoide y de la vejiga enferma. Anastomosis término-terminal: cierre de vejiga con sonda en permanencia.

3) Cierre del ano del transverso.

BIBLIOGRAFIA

- BARNES - HILL. — Intestino-vesical. Fistula. I. Am. M. A. 133: 456, 1947.
MAYO, C., BLUNT. — Vesico-sigm. Divert. Surg. Gyn. Obst. 91:612, 1950.
BORS, E. KUDISH. — Intest. Ves. Fist. Jour. Of. Ur. 72. Nº 3, 365, 1954.
ORMOND, J. K. — Vesic. Int. Fist. Jour of Ur. 61, Nº 3, 554, 1949.
SENGER, F. L. — Vesic. Col. Fist. Jour of Ur. 61, Nº 2, 437, 1949.
HARLIN, H. HAMM. — Urol. Dis. Result. Infl. Cond. of Bowell. Jour of Ur. 68, Nº 1, 383, 1952.