

FISTULAS UROGENITALES

Preguntas

Dr. LOCKHART.— Se han recibido cinco preguntas. La primera de ellas dice así: ¿cómo podría evitarse la vejiga neurógena atónica en las amplias extirpaciones de las operaciones de amplias resecciones genitales con extensas ganglio-célulo-linfo-adenectomías? Pregunta del Prof. Manuel Rodríguez López.

Dr. OSCAR RODRIGUEZ LOPEZ.— Parecería que por la determinación de las técnicas mismas, que incluyen un vaciamiento completo de la víscera con las atmósferas celulares, linfáticas y nerviosas que la envuelven, con el fundamento de que las siembras neoplásicas están mucho más allá de lo que se presume anatomopatológicamente, que las técnicas planteadas en el terreno de amplitud que tiene, por ejemplo, en la actualidad esta cirugía radical del neoplasma genital, no pueden evitar de ninguna manera la creación de la vejiga atónica.

Todo queda un poco librado a lo que el sistema autónomo vesical pueda dar de por sí, y esto como se comprende es, si no imposible de avaluar previamente, por lo menos una incógnita de difícil solución.

De modo que para hacer la técnica tal como se plantea, tal como se describe, y tal como los que la han creado han pensado que tiene utilidad, ciertamente no vemos cómo puede obviarse el problema posterior de las vejigas atónicas. En el fundamento propio de la técnica está esa limpieza profunda, completa de las vainas que llevan las vías de conducción, además de todos los linfáticos y los ganglios que abarcan el tejido celular, como pasa en la cirugía del recto, que también hace una condición nerviosa de esta naturaleza en la vejiga.

De manera que la contestación sería que por el momento, ateniéndose estrictamente a la ortodoxia técnica, no hay posibilidad de evitar las vejigas atónicas. Lo que puede quedar de recuperación está librado a lo que el sistema autónomo pueda dar, y nada más.

Dr. MANUEL RODRIGUEZ LOPEZ.— En realidad, estoy satisfecho con la respuesta. Lo que pretendí fue crear un ambiente de aclaración del problema, complejo problema, que se nos crea a los ginecólogos que estamos actuando en esta cirugía de avanzada, para dar una mayor amplitud a las cifras de las estadísticas del neoplasma genital, en la exéresis amplia de todo lo que presumiblemente pueda estar tocado por la invasión neoplásica que se difunde con tanta facilidad.

Sabemos, efectivamente, los que hacemos la cirugía más radical, que tenemos que arrastrar con el tejido linfático todos los elementos nerviosos de la vejiga, y que por lo tanto en el futuro tendremos vejigas atónicas, vejigas que se transforman en verdaderos sacos fibrosos; y si queremos ser veraces con lo que las técnicas de la cirugía de avance, en las extirpaciones amplias, preconizan actualmente, no tenemos más remedio que hacer eso.

Por eso preguntaba a los urólogos qué situación podía plantearse en estas vejigas, y se me contestó lo que surgía de la pregunta, es decir, que todo queda librado a lo que la vejiga pueda dar de por sí, que desgraciadamente es muy poco. Es posible que cuando tengamos, por el descubrimiento etiológico de lo que es el cáncer, la conducta terapéutica eficaz, específica del mismo, y dejemos de lado las radiaciones y las intervenciones de exéresis, entonces las cosas cambien. Mientras hagamos nada más que lo actual como terapéutica, que es de emergencia, o de exéresis amplia, no tenemos más remedio que soportar este tipo de vejigas en mujeres que después de una enfermedad muy seria tienen esa secuela.

Dr. LOCKHART.—Se invita al Dr. Stajano a que conteste esta pregunta que hizo el Dr. Achard: peligro que tiene el uréter en el curso de las histerectomías totales, ante el pretendido alejamiento del uréter al traccionar el útero.

Dr. STAJANO.—En realidad, esta pregunta obligaría a dividir las histerectomías totales, corrientes, de las histerectomías totales en el curso de las operaciones ensanchadas. Yo lo haría así, porque creo que el peligro que tiene el uréter en el curso de una histerectomía total, es muy poco, siempre que el cirujano se ajuste a la técnica correcta, según creo yo.

Creo que la tracción del útero no acerca el uréter a la pinza, y por consiguiente el peligro no está en el estiramiento del útero. La forma de evitar el uréter es poner al descubierto la región y según se coloque la pinza. Generalmente, cuando se hace la histerectomía total se libera la parte terminal de los cuernos de la uterina, y hay cirujanos que colocan la pinza con la concavidad hacia adentro. Yo jamás la coloco así, sino con la concavidad hacia afuera, junto al plano vaginal, y en esa forma el uréter está prácticamente seguro y garantido.

De manera que, en realidad, el peligro en la histerectomía total no ensanchada, no existe si se hacen las cosas correctamente, y creo que la tracción del útero no acerca en absoluto al uréter.

Ahora, creo que el peligro del uréter en las histerectomías ensanchadas, está en el uréter yuxtavesical; pero hay un tiempo de la histerectomía total ensanchada que para mí es fundamental, y que si se hace pinzamiento de vasos en un terreno exangüe, donde el uréter se ve perfectamente y donde no se hace en un campo lleno de sangre. Ese es el tiempo al que le doy más importancia de toda la operación ensanchada y es el tiempo de ligadura aislada del pedículo venoso de retorno, vésicouterino. Es un pedículo venoso pequeño yuxtavesical que si no se corta —porque generalmente el que hace la operación ensanchada se preocupa de otra cosa, y con eso no cierra la fuente de sangre del

campo operatorio— puede dar lugar a complicaciones. Cuando separa la vejiga del plano úterovaginal, está ese pedículo venoso de retorno que requiere un tiempo especial; se liga particularmente y se hace, entonces, en un campo totalmente exangüe. Por tanto, el uréter está a la vista, a merced del cirujano y no se trabaja en un campo que tiene una serie de inconvenientes.

Repito que a mi juicio ese es el tiempo más importante de toda la operación. Lo importante es el plano yuxtavesical.

Quiero expresar que a mi juicio es interesante la pregunta destacando los dos tiempos importantes. Dominando ese tiempo, el uréter está a salvo. No sé si con esto queda satisfactoriamente contestada la pregunta.

Dr. ACHARD. Yo formulé esta pregunta porque todavía leemos en los libros clásicos que cuando uno tracciona el útero en el curso de las histerectomías totales, el uréter se aleja, no se acerca, y eso no es así. Los que tenemos experiencia en esta cirugía —yo he trabajado bastante, también, en el cadáver fresco— hemos tenido oportunidad muchas veces de ver que eso no se produce, y que por lo tanto no hay que confiar en el pseudo alejamiento con la tracción del útero hacia arriba porque no se producirá, y no se produce por una razón muy sencilla, que la vemos en el curso de la histerectomía ampliada; que en la enervada del uréter y la uterina hay una serie de tractos que sabemos bien que tenemos que labrar un verdadero túnel para despegar el uréter de esos tractos que rodean, o que están cerca de la uterina, mismo después de seccionada la uterina, que son los que no permiten ese alejamiento.

Ese fue el motivo principal de la pregunta, porque más de una vez hemos tenido oportunidad de conversar en las clínicas ginecológicas sobre este tema.

Dr. LOCKHART.—La siguiente pregunta la contestará el Dr. Bonneccarrère: en la cirugía de los tumores incluidos, ¿aconsejan realizar el cateterismo previo del uréter? Firma el Dr. Achard.

Dr. BONNECARRÈRE.—En la cirugía de los tumores se aconseja realizar el cateterismo previo, porque en ciertos casos, en que uno piense que puedan haber dificultades en cuanto a la extensión de la tumoración, puede ser muy útil y beneficioso hacer el cateterismo, pero sin olvidar que siempre es una maniobra que no se puede prodigar cuando no hay una utilidad evidente, porque tiene sus riesgos de infección del aparato urinario alto. Ahora, siempre que uno piense que puedan haber dificultades sobre todo en los casos de los tumores malignos, es decir, de los neoplasmas que invaden el ligamento ancho, en esos casos puede tener una cierta utilidad, pero en otros casos, si se puede prescindir de ella, es mejor, a mi manera de ver. Por supuesto que todo esto no se puede hacer en términos generales, porque dependerá también de la habilidad del cirujano que intervendrá ese caso. Por ejemplo, a un principiante, a un cirujano que recién comienza se le puede aconsejar el cateterismo previo: un cirujano más experimentado, comprenderá que no tendrá ne-

cesidad tal vez o estará en condiciones de discernir en qué casos pedirá la colaboración del urólogo para que haga su cateterismo como guía, y en qué casos podrá prescindir de él.

Dr. STAJANO.—Voy a referir una observación práctica que parece muy banal pero que es fruto de la experiencia.

En los tumores incluídos en el ligamento ancho —dejo el neoplasma; hablo de los tumores corrientes, tumores incluídos, quistes incluídos, formaciones paravaginales, donde el cirujano tiene que desprender, despegar, decolar, hacer un elivaje en pleno ligamento, y después que saca el tumor queda la hoja posterior del ligamento ancho, que ha quedado decolada. Entonces, se tiende a peritonizar y lo importante es que el uréter queda pegado a la hoja posterior del ligamento ancho, y el cirujano que ha visto “pasear” el uréter dice: terminó la operación, y entonces hace una peritonización. Se olvida de que el uréter está pegado a la hoja posterior del ligamento ancho; y cuando hace un surjet, que yo no lo hago más, porque no peritonizo más el lecho sino que hago una peritonización para evitar esos corrimientos de sangre que hacen que el medio un hematoma hacia arriba, que se vuelven a la serosa pero que no queden enclaustrados dentro de la peritonización, cuando hacía yo el surjet, una vez vi el uréter, me quedé muy tranquilo —era la primera operación que hacía en mi vida, con el Dr. Carlevaro— hice la peritonización y agarré en el uréter, en la vuelta; hizo una hidronefrosis que felizmente marchó bien. Pero quiero decir que cuando se hacen tumores incluídos en el ligamento ancho, los que peritonizan tienen que tener en cuenta que la hoja que queda flotando tiene el uréter pegado.

Dr. LOCKHART.—Al Dr. Hughes lo vamos a invitar para que conteste la pregunta formulada por el Dr. José Aguerre, que consiste en lo siguiente: qué experiencia hay en la electrocoagulación por vía intravesical, en las pequeñas fistulas vésicovaginales.

Dr. HUGHES.—Este es un tema bien de la especialidad, y yo diría que nosotros tenemos una relativa buena experiencia en este problema, a condición de que pueda conseguirse junto con la electrocoagulación endoscópica un drenaje por cateterismo de los uréteres.

Tenemos tres enfermas curadas por electrocoagulación en fistulas pequeñas, como es lógico. En primer lugar, lo que tenemos en cuenta es el tamaño de la fistula. Si es una fistula pequeña, yo diría una fistula que endoscópicamente es más o menos del tamaño del asa de coagulación, y entonces uno ve que el efecto de la coagulación es que la fistula se retrae y queda como umbilicada. Pero eso no es suficiente si no se puede conseguir además el drenaje del aparato urinario alto por medio de sondas.

Nosotros empezamos por colocar el día antes una sonda de material plástico que la fijamos al muslo y además a una sonda de Foley. De manera que sabemos que queda bien fijada y que no se mueve. La sonda drena; la sonda es ureteral, drena, ampliamente y drena la casi totalidad de la orina.

Al día siguiente hacemos la coagulación. En estas condiciones tenemos tres enfermas y una más que tenía una fístula bastante grande y que se ha retraído y reducido bastante.

Como es lógico, es una situación de absoluta rareza encontrar esas fístulas que pueden ser tratadas desde el punto de vista endoscópico.

Dr. AGUERRE. Uno de los casos que he tenido, justamente fue con el Dr. Hughes, y después tuve otro con el Dr. Peluffo, que curó totalmente. Son dos casos de experiencia, y tengo una impresión tan buena, que me pareció que valía la pena ocuparnos de ellos.

Dr. LOCKHART.—El Dr. Achard pregunta qué experiencia tienen los relatores en fístulas urinarias en la cirugía del prolapso.

Dr. BOTTARO.—Personalmente no he tenido ningún accidente en operadas directamente por mí, pero que tuve oportunidad de operar una fístula que se había originado en una enferma operada de un prolapso y un vaciamiento conoideo. Era una fístula chica y baja. En esas condiciones, era una fístula que llevaba tres o cuatro meses de evolución, que parecía que había mejorado algo con la sonda a permanencia y con algún toque tópico que se le había hecho anteriormente, nos decidimos a tratarla. Mejor dicho, llegó a nuestras manos en ese momento.

Como había una plastia hecha, no me pareció prudente abordarla por vía vaginal, porque habríamos tenido que deshacer en parte lo que se había hecho en la primera operación. Entonces, la abordamos por vía endoscópica, por vía endovesical; hicimos un buen decolamiento de la vejiga, sutura en dos planos, previo decolamiento del trayecto fistuloso; cerramos, dejando una sonda hipogástrica, una sonda vesical. De modo que dejamos un doble drenaje. A los diez días se retiraron las sondas y la fístula cerró por primera intención.

Esa es la única experiencia que tengo de fístulas postoperatorias en prolapso.

Dr. LOCKHART. Queda la última pregunta, que es hecha directamente a mí por el Prof. Américo Stábile. Dice así: teniendo como criterio personal que es ventajoso evitar las sondas ureterales en permanencia en la uréterocistostomía, desearía conocer la opinión sobre el uso de la misma.

Este es un viejo problema que en realidad tiene partidarios de los dos bandos. En general, en el momento actual, predominan los que piensan que se debe dejar un cateterismo, pero yo recuerdo muy bien una discusión que tuve oportunidad de oír entre dos de los mejores urólogos de Europa, Puigvert, de España, y Couvelaire. Precisamente discutían este tema, y dos autoridades como son ellos, disentan totalmente. El primero, decía que jamás había que poner una sonda o un tutor cuando se hacía una plastia en el aparato urinario; y el segundo decía que siempre. Tan es así que terminaba de operar una litiasis ureteral y él mismo, en la mesa de operaciones, puso el citoscopio

explorador y pasó una sonda ureteral para que en el postoperatorio de aquella litiasis ureteral quedara una sonda como elemento permanente que mantuviera el calibre y por lo tanto la permeabilidad de la vía.

Hay, además, una cosa que es muy cierta. Las viejas sondas ureterales, que se usaban hasta hace relativamente poco tiempo, eran muy peligrosas. Frecuentemente se reblandecían, se tapaban y entonces a veces era mucho peor dejarlas que sacarlas o que no ponerlas.

En el momento actual, con las sondas de material plástico, el problema se ha obviado; pero de cualquier manera la pregunta viene muy bien porque precisamente —y ya lo dije cuando hice el relato— esas sondas tienen gran tendencia igual a taparse. De allí que la vigilancia debe ser no digo de hora a hora, pero por lo menos debe ser hecha por un personal muy especializado. En los dos últimos casos me he decidido por hacer lavados —lo vuelvo a repetir porque me parece de interés— de la sonda plástica, con una solución de hialuronidasa dos veces por día, aparte de la hialuronidasa por vía parenteral, y doy además, de acuerdo con la reacción de la orina, o la tendencia a precipitación de fosfatos u otras sales, el régimen correspondiente. Por ejemplo, si hay tendencia a precipitar los fosfatos, dieta cetógena, y asocio además esa medicación, que ahora se usa tanto, el ácido acetilsalicílico, que en ese sentido parece ser de eficacia en la profilaxis de la litiasis urinaria.

Dr. STABILE.—El motivo de la pregunta, es que me había formado el criterio de que en las uréterocistoneostomías, por lo menos por la experiencia personal, siempre tuve la suerte de que tomaron todas per prima, y nunca usamos sonda a permanencia, mientras que en el único caso que tengo de una anastomosis término-terminal en una fístula alta, que por lo tanto no era favorable para hacer una neoinplantación, hicimos una sutura directa término-terminal con una sonda a permanencia y nos fue muy bien.

Esa es mi experiencia personal, y deseaba traer este asunto a la discusión, porque creo que no carece de interés.

Discusión

Dr. LOCKHART.—Habiendo terminado la parte de preguntas, pasamos a la discusión. Tiene la palabra el Dr. Mirizzi.

Dr. MIRIZZI.—Yo no tengo nada que agregar a las consideraciones que han hecho los relatores sobre las fístulas véscio vaginales. Simplemente quiero hacer algunas consideraciones en base a una modesta experiencia personal, sobre un tipo de fístula véscio retrovaginal, que son fístulas intratables por medio de las técnicas comunes.

Desde luego que hay un primer grupo que las ha estudiado muy bien el Dr. Marey, que ha dado directivas, y yo creo que esa es precisamente la conducta que conviene seguir; y la experiencia ha demostrado que los resultados son satisfactorios: el cierre de la vejiga por vía vaginal con citostomía; y después, en un segundo tiempo, hacer una "neouretra" y dejar una sonda.

Esa fístula queda después como neouretra, la cual se epiteliza —si podemos utilizar el verbo “epitelizar”— y los enfermos en realidad dejan de serlo para quedar totalmente curados.

Si uno lee las memorias de la Escuela de Marión, los resultados son excelentes.

Desde luego, yo simplemente, como cirujano general, recuerdo una enferma joven, que a raíz de un parto, tuvo una fístula de esta clase y que fue intervenida ocho veces en distintas partes. Yo la tomé en condiciones desesperantes y felizmente se consiguió el cierre de la vejiga por vía baja, con fístula suprapúbica. Eso sí, durante todo el postoperatorio se mantuvo aspiración continua de la vejiga. La sutura vesical curó por primera intención y como lo indica Marión, después de unas tres o cuatro semanas se hizo neouretra, se colocó una sonda a permanencia, que estuvo una semana y al retirarla esta enferma siguió perfectamente bien y lleva ya varios años.

Este problema, desde luego, está casi resuelto, pero lo más grave se da en aquellas fístulas en que no es posible cerrar por vía vaginal, y son esas fístulas que han motivado consideraciones de técnicas en estos últimos tiempos. Como yo tenía un problema de este tipo, me entrevisté con uno de los cirujanos y comprobé que su técnica consiste en suturar prolijamente la vejiga a un asa, a un segmento de íleo, que luego sirve como uretra. Entonces, se hace una plastia que sería una ileocistoureteroplastia. Así le llaman ellos. Desde luego, lo escuché, y como tenía mi problema de poner en la práctica esa técnica, le dije que desearía conocer los resultados, y me dijeron que tenían seis operados y pronto se van a publicar los resultados.

Se publican las historias clínicas y los resultados son estos: seis casos: dos muertos, y de los cuatro restantes uno fue satisfactorio y los demás malos. En consecuencia, un problema pavoroso, y esta es una estadística de regiones africanas, donde parece que son comunes todos estos desgarros monstruosos, como le llaman algunos. Por eso declaro que esa técnica no me satisfizo.

Entonces vió la publicación de Sabatini, que intenta el cierre de la vejiga por vía vaginal y por vía alta, de modo de colocar a la vejiga en posición extraperitoneal, para hacer que la pared superior de la vejiga se hace anterior y la anterior, inferior. Y como se ha hecho un desprendimiento previo por vagina muy difícil, si se consigue el colgajo entonces se puede hacer una sutura perfecta en tres planos y hasta se puede tener a la vista los meatos ureterales, porque ese es el gran peligro de estas fístulas.

En el cierre de la vejiga yo no creo que se pueda resistir una brecha vesical baja al cierre, con esta técnica combinada. Pero a mi modo de ver, una de las condiciones indispensables es la aspiración continua hasta tanto se haga el segundo tiempo.

Ahora, en cuanto al segundo tiempo, Sabatini aconseja abrirse paso por los tejidos laterales con pinzas en forma roma, llegar al fondo de la vejiga y pasar un tubo grueso, del tamaño del meñique, del grosor del meñique, y dejarlo ahí durante un tiempo más o menos largo. Desde luego, eso es posible si hay suficiente tela retropubiana para hacer un túnel del grosor del meñi-

que, corriendo el riesgo de que se forme una nueva fístula, de caer en la vagina, que era mi caso. Era una paciente en la que había habido destrucción total de la uretra, del cuello y de parte del trigono. Entonces le hice el primer tiempo por vía combinada y felizmente curó por primera intención gracias a la aspiración continua. Pero a las dos o tres semanas como aconsejaba Sabatini para hacer esta neouretra y si fuera necesario horadar el pubis, lo cual no deja de ser una complicación, no tenía tela suficiente, en realidad no había pared anterior de vagina, el cuello uterino estaba casi en contacto con el pubis, la pared posterior del pubis no tenía tejido; no había absolutamente nada por donde abrirse paso, a lo cual se agregaba la posición alta de la vejiga.

¿Qué hacer entonces con una fístula suprapúbica?; pasaron los meses, se formó una litiasis vesical, con ocho cálculos que hubo que sacar, y cuál no sería mi sorpresa al cabo de dos años de esperar, en que esos tejidos retropubiales, como si hubieran regenerado, ya no quedaba una hendidura, sino que ya había suficiente tela para poder hacer el túnel. Y en este caso yo no actué como Sabatini, sino que seguí el procedimiento de Marión: perforé con un trocar y coloqué una sonda 17, y en los días siguientes, después de retirar esa sonda, se pudo dilatar y llevar a un 23.

A esta enferma el segundo tiempo se le hizo hace cuatro meses. La fístula suprapúbica curó y yo creo que es posible que tengamos éxito. Desde luego, será a base de dilatar temporariamente, y llegará un momento en que ese trayecto podrá epitelizarse y quedar entonces como una fístula permanente.

En realidad, estos pacientes están al borde del suicidio; están en situación desesperada. Por tanto, hay que ir a la implantación de uréteres, lo cual a veces es un pagaré a corto plazo. De modo que si es posible restituir la función normal, aun cuando sea a expensas de dilatación temporaria durante un tiempo más o menos largo, debe hacerse; pero lo que yo quisiera recalcar, sobre todo lo siguiente, es que en los primeros tiempos no hay que desesperar; si no hay suficiente tejido retropubiano poco a poco, si se espera semanas, meses y hasta años, puede llegar el momento oportuno en que se pueda hacer la neouretra.

En suma, dos cosas me parecen a mí esenciales para estas fístulas intratables: primero, cerrar la vejiga utilizando la vía combinada aconsejada por Sabatini; segundo, para obtener la cura por primera intención, la aspiración continua durante quince días y el uso de antibióticos; tercero, esperar el tiempo oportuno, no atenerse a la fecha que da Sabatini, de cuatro o cinco semanas. Si es necesario, esperar varios meses, hasta obtener suficiente tejido retropubiano para que permita un trayecto suficientemente amplio que de dilataciones adecuadas.

Dr. LOCKHART.—La Mesa considera que el tema ha sido discutido ampliamente y que todos hemos recibido enseñanzas sumamente interesantes. De modo que se permite agradecer a todos su amable colaboración, sobre todo al Dr. Mirizzi, que ha presentado un caso tan interesante.