

## FISTULAS VESICOVAGINALES

Dr. OSCAR RODRIGUEZ LOPEZ

Ningún capítulo informa tan acabadamente de la evolución de las tendencias quirúrgicas en tocoginecología, y de la mejora lograda por un perfeccionamiento en la enseñanza y divulgación de los principios elementales de la atención del parto y de la embarazada en sus etapas finales de gravidez, como éste de las fistulas véscicovaginales.

Es notorio que en todos los medios donde se hace educación médica dirigida y orientada con especial referencia a los auxiliares del médico, y al médico mismo que va a responsabilizarse de la conducción de las embarazadas, y muy especialmente al grupo de médicos y asistentes sociales que van a prestar servicios en comunidades suburbanas y rurales, ha disminuído notoriamente una de las variedades de fistula urinaria que llevaba la palma en la estadística de frecuencia de este tipo de complicación: Las fistulas véscicovaginales de origen tocológico.

La contraparte de este aserto se encuentra en la frecuencia alarmante con que aún se producen estas fistulizaciones en medios de cultura precaria, de difíciles sistemas de integración social, medios donde persisten seguramente prejuicios de orden religioso que invalidan la acción de los educadores médicos o en los cuales la asistencia de estos es todavía problemática por razones de índole compleja. Es así que podemos encontrar, en trabajos actuales, en referencia a medios del tipo citado, un autor que ha podido reunir cerca de un millar de fistulas urogenitales en un período corto de tiempo (Naguib Mahfouz, de Egipto, ref. *Journal of Obst. & Gynec. British Empire*, Feb., 1957). Otro, que en cuatro años ha reunido 250 fistulas véscicovaginales (Pierre Barroux, de Dakar, A. O. F., ref. *Journal d'Urologie*, Oct.-Nov., 1956).

Otro (Lavery, de Johannesburg, Sud Africa), trata 157 fístulas véscovaginales de origen tocológico en tres años y medio (ref., *Journal of Obst. & Gynec. British Empire*, May, 1956).

En más de quince años de actuación como asistente urólogo en los dos Servicios de Obstetricia y Ginecología del Hospital Pereira Rossell, donde se concentran los contingentes más numerosos de enfermas tocoginecológicas de la capital, hemos visto, también, ese cambio en el aspecto etiopatogénico de las fístulas urinarias, pasando en la actualidad a dominar en amplia proporción en los cuadros estadísticos, las fístulas de origen ginecológico, como complicación de la cirugía cada vez más ambiciosa en su meta de exéresis en procesos oncóticos, buscando una eliminación teóricamente total de los relais linfáticos, vías de conducción y vainas celulares incriminados en la diseminación neoplásica.

Otro capítulo se reserva a las fístulas consecutivas a la cirugía de los procesos distópicos, que se hace con enorme amplitud.

Es decir, en nuestro medio, como resultado de una mejor atención del parto por una parte y, por otra, por la práctica de técnicas quirúrgicas de extensión cada vez más amplia, el capítulo de las fístulas urogenitales se ve dominado por aquellas de origen operatorio ginecológico, quedando relegadas a un plano de significación numérica inferior las llamadas fístulas urogenitales tocogenéticas, situación que es dable estimar comparable en ambientes de análoga integración socioeconómica.

Comenzaremos por tratar el capítulo de las *fístulas tocogenéticas*.

Conviene tener en cuenta dos grandes tipos, en cuanto al mecanismo de su producción:

- 1<sup>o</sup>) Fístulas producidas por el mecanismo del trabajo de parto prolongado con apoyo largamente sostenido de la cabeza en el arco óseo pelviano y compresión isquemante de la vejiga con necrosis parcelar de la víscera.
- 2<sup>o</sup>) Fístulas producidas por intervención obstétrica (cesárea, fórceps, sinfisiotomía).

1<sup>o</sup>) Son las verdaderas fístulas tocogenéticas, producidas por el mecanismo de la isquemia —necrosis derivada de la com-

presión sostenida de la vejiga contra el arco óseo por la cabeza fetal (es la regla) apoyada a veces por días, en una distocia no controlada o no resuelta a su tiempo.

Existen, a veces, ciertas particulares condiciones de resistencia tisular disminuida (primiparidad añosa) en que las normales fuerzas de estiramiento y rodamiento vesical que sufre la vejiga en el juego normal del progreso del móvil fetal están alteradas, y aún antes de que se produzca una verdadera isquemia por compresión, se produciría un desgarro tisular que daría origen a la fistulización, sin la etapa de necrosis compresiva. La diferenciación entre ambos tipos se haría por la relativa precocidad de las debidas a este último mecanismo. La coexistencia de ambas fuerzas de alteración es posible, también, pero la dilucidación entre ambos terrenos es casi imposible, como se comprenderá.

Es en el conocimiento de la patogenia de estas fístulas que está la clave de la prevención del accidente y la orientación que debe darse a quienes cuidan de la atención del parto, para ponerse a cubierto de las desagradables contingencias que crea la fístula.

La creación de la zona devitalizada no se hace bruscamente. Hay una gama de lesiones que en su iniciación pueden ser conocidas, al punto de permitir poner en práctica medios de evitar el progreso de las mismas y, por tanto, el término final de la necrosis. Cuando el apoyo de la cabeza fetal encajada en la pelvis inextensible, se prolonga, la compresión de las paredes vesicales contra el arco pubiano y, sobre todo, por la falta de progresión y movilización, creando una verdadera *zona fija* donde no hay posibilidades de rodamiento-deslizamiento, estando sometida dicha zona a una presión permanente, constante y prolongada, por encima de los límites de tolerancia vital, el sufrimiento vesical se manifiesta, en primer término, por una *hematuria*, verdadero signo alertador, traduciendo el impacto de la lesión sobre pared vesical. Este signo capital, bien conocido y estimado en su significado, condiciona una conducta que puede evitar en cierto grado la creación de la fístula. Una sonda vesical a permanencia, permitirá el reposo vesical e impedirá, por tanto, una distensión que puede llevar a la ruptura de esas zonas devitalizadas. Hemos visto imágenes cistoscópicas de dichos estados, y la exis-

tencia de verdaderos *hematomas zonales* vesicales nos demuestran que aquella manera de enfocar el problema no es una adquisición teórica sino una realidad clínica, y que la valoración del signo hematuria debe ser exigente.

Cuando la compresión isquémica ha pasado los límites de la tolerancia tisular, la colocación de la sonda vesical en permanencia, no podrá impedir la formación y caída de la escara, pero podrá evitar un desgaste desproporcionado y un desgarró más allá de los límites propios de la zona necrosada, reduciendo en cierto modo la extensión de la fístula.

2<sup>o</sup>) Fístulas producidas por intervención obstétrica (cesárea, fórceps, sinfisiotomía). Se producen sea por desgarró (caso de la cesárea) por escape de bisturí (como en la sinfisiotomía) o por compresión en un pliegue (en la aplicación de fórceps).

En el caso del desgarró en la cesárea, se producen en el tiempo de extracción fetal, si no se protege cuidadosamente la vejiga. Se describen casos de desgarró aún con la atención más cuidadosa, lo que supondría condiciones especiales, no frecuentes.

En la sinfisiotomía, el tiempo de sección sinfisario, debe ser cuidadosamente controlado, porque el escape del bisturí al ceder la resistencia de la sínfisis, puede herir la vejiga.

En el caso de la prehensión en la rama de fórceps, tomando un pliegue vesical, puede producirse la lesión, si no se ha controlado la aplicación correcta del instrumento.

En todos estos casos, la lesión puede ser apercebida de inmediato y puede intentarse la sutura, que debe ser cuidadosa y con el empleo del material e instrumental menos traumatizante. porque se actúa en un tejido especialmente frágil por la inhibición edematosa del momento fisiológico.

Se terminará siempre, por la colocación de una sonda en permanencia, cuyo control debe confiarse a personal especialmente entrenado.

Cuando la lesión ha pasado desapercibida, la comprobación se hará en el inmediato puerperio, con la fístula ya realmente constituida. No es, a veces sino en días alejados del puerperio (sobre todo cuando las fístulas son de pequeña entidad) que la comprobación se hace, porque la pérdida de orina, en los primeros días puede quedar enmascarada por la secreción loquial.

En las lesiones por aplicación de fórceps, puede haber una hematuria de alarma, previa a la constitución de la escara. Es de rigor, en toda aplicación instrumental, el control de la micción en alerta de la aparición del signo hematuria, que indique la necesidad de comprobación cistoscópica y la colocación de la sonda vesical en permanencia, para evitar la distensión peligrosa de la víscera. En la sinfisiotomía, la herida por el bisturí, no apercibida en el primer momento, puede asimismo revelarse por la hematuria, que obligará a un examen minucioso de la situación.

### FISTULAS GINECOLOGICAS

Se incluyen en este grupo las fístulas derivadas de una lesión operatoria ginecológica, las originadas por tratamiento radioterápico en carcinoma genital, o por combinación de carcinoma y tratamiento radioterápico.

La mayor parte de estas fístulas se encuentran como complicación tardía en operaciones de histerectomía por vía abdominal, siguiendo en orden de frecuencia las que complican la cirugía ginecológica por vía vaginal.

Una situación nueva se ha presentado en la cirugía ginecológica, en este aspecto de complicaciones urinarias, y es el provocado por la ampliación de las técnicas quirúrgicas dirigidas al neoplasma genital.

Las nuevas tendencias quirúrgicas, y las nuevas técnicas que tienden a una extirpación teóricamente total de los órganos lesionados con su atmósfera célulolinfática y los relais ganglionares que derivan su circulación linfática, tipo operación de Meigs, y operación de Jonnesco, ha creado una entidad de complicaciones y las fístulas de este origen suelen ensombrecer el resultado de aquellas técnicas. La posibilidad de lesión urinaria vesical y ureteral, es mayor que en las técnicas clásicas de exéresis genital, que quedaban confinadas a los órganos, sus pedículos vasculares y limitados relais ganglionares.

La amplitud de las extirpaciones, la ambiciosa extensión de las céluloadenolinfectomías asociadas a la histerectomía, además de aumentar los riesgos posibles de lesión de las vísceras urinarias, crea una situación no conocida de esclerosis perivisceral, con una disminución de la vitalidad, de la elasticidad y de la

resistencia de los órganos canaliculares urinarios, apreciable por la clínica, y muy especialmente notoria en la emergencia de una reintervención por la aparición de una fistula urinaria. Comprobamos entonces que los órganos urinarios incriminados han perdido su condición tisular normal, se hacen frágiles y de azaroso manejo.

En las fístulas tardías, complicaciones de la corriente y clásica cirugía ginecológica, se admiten como mecanismos comunes a su creación los siguientes:

- 1º) Lesiones necrosantes causadas por inclusión en suturas.
- 2º) Lesiones causadas por pinzamientos prolongados en un intento de hemostasis.
- 3º) Perforación y transfixión en suturas profundas, en el fondo de la pelvis.

Este tipo de fístulas se caracteriza por su aparición tardía en el postoperatorio (tiempo de la formación y caída de escara), por ser en general pequeñas y situadas en posición alta.

En el ya citado grupo de complicaciones de las técnicas quirúrgicas muy ampliadas, hay un gran atipismo en el aspecto, situación y evolución de dichas fístulas.

En la técnica de Meigs, y siguiendo alguna de sus variantes, se llega a efectuar una cistectomía parcelar si se comprueba la participación de la vejiga. El cierre inmediato de vejiga, en tejido que la propia limpieza célulolinfática practicada ha colocado en inferioridad de condiciones vitales, puede fallar, y conducir a una fistulización amplia, como hemos visto algún caso, fistulización que dadas las condiciones tisulares ya citadas es de solución harto difícil.

Las complicaciones más comunes de este tipo de cirugía, desde el punto de vista urinario, son las fístulas ureterales, simples o unidas a fístula vesical. La constitución especial del uréter y la fineza de sus estructuras vasculares nutricias, hacen que la limpieza celular del ambiente periureteral, llevada a límites de compromiso, puede llegar a una mortificación final.

En lo que respecta a vejiga, hemos visto en la práctica, aparte de las lesiones fistulosas que se pueden encontrar originadas por cualquiera de los incidentes que se estudiaron en la creación

de las fistulas en la comun cirugia ginecológica, un tipo de lesión muy particular, que es la pérdida del reflejo de contractilidad vesical, llegando a veces a las atonías totales. La explicación para comprender este alto grado de lesión, que estas amplias celulectomías pueden causar en las vísceras estudiadas, está en que, el verdadero "curage" celular que se practica, secciona vías nerviosas y conexiones fundamentales para la función vesical. No está ajeno a este mecanismo de alteraciones histofisiológicas, la aparición de fístulas en zonas vesicales que, en el balance postoperatorio no aparecen como sometidas a compresiones, pinzamientos o englobamientos del grado que pudieran hacer sospechar la creación de aquella complicación. Es que unida a la deprivación vital ya señalada, cualquier traumatismo operatorio puede alcanzar la jerarquía de una lesión fistulizante.

En el grupo de lesiones que se atribuyen a la radiación, en el tratamiento de neoplasmas genitales, en las fistulas que aparecen en un período temprano, siguiendo a la radiación, es de difícil aclaración lo que corresponde a lesiones por el neoplasma mismo o a destrucciones por el agente físico empleado.

En cambio, hay otro tipo de fístulas, que se ven aparecer muy lejanamente, años después del tratamiento por radiación, y cuando la curación clínica de la neoplasia es una realidad. Esto va unido a un tipo de lesiones vesicales muy particular, que hemos observado en varias oportunidades, y bien estudiado ya por otra parte, y que son las lesiones vasculares vesicales postrradiación, de aparición muy tardía, en relación al tratamiento. La existencia de una verdadera vascularitis, en zonas de esclerosis bien nítidas, puede explicar la creación de estas fistulas, tal vez originadas en una sobredistensión con desgarrro, en tejidos que han perdido sus funciones de elasticidad y contractilidad, en las zonas que aparecerían más expuestas a la radiación.

En este grupo de fístulas consecutivas a tratamientos operatorios, si bien no estrictamente ginecológicos, debemos citar las fístulas véscovaginales consecutivas al tratamiento del síndrome llamado "enfermedad de cuello" en la mujer. En casi todas las estadísticas figura este tipo de fístulas, lo que indicaría que está lejos de ser una rareza clínica. Hemos tenido ocasión de tratar un caso, en que consecutivamente una resección por pre-

tendida enfermedad de cuello vesical, se había constituido una enorme fístula, que comprometía cuello vesical y tabique véstico vaginal. Distintos intentos habían agrandado la fístula de tal manera y complicado la situación a tal grado, que la solución final fue una uréterosigmoidostomía, con brillante resultado, que se mantiene a los ocho meses.

## AVALUACION Y DIAGNOSTICO DE LAS FISTULAS

El diagnóstico de la lesión es simple en las grandes fístulas y en la situación mediana. Pero en las pequeñas fístulas, y especialmente cuando hay una complicación o la misma supone intervención de otra víscera (caso de las uréterovesicales o uretrovesicales) el diagnóstico puede ser dificultoso.

Debe encararse:

- 1º) Diagnóstico positivo.
- 2º) Diagnóstico de situación.

Para el diagnóstico positivo, la aparición de una pérdida de orina en el inmediato postoperatorio o en el puerperio inmediato, no es el dato de valor absoluto que parece a primera vista. En todos los casos, hay que demostrar que hay una solución de continuidad anormal entre el sistema urinario bajo y la vagina. La eventualidad de una incontinencia de orina falsa o verdadera, es muy posible, teniendo en cuenta el disturbio funcional y las lesiones orgánicas al sistema esfinteriano que muchas de las causas que están en la patogenia de estas fístulas pueden ocasionar.

En las fístulas de cierto tamaño, medianas y grandes, la pérdida de orina es total por la vagina, y la vejiga no funciona más como depósito y víscera de evacuación.

En las fístulas que interesan el cuello vesical, aún pequeñas, la pérdida de orina por vagina también es total, y aún continua.

En fístulas pequeñas y en algunas de mediano tamaño pero de situación muy baja, sin interesar el cuello vesical, hay pérdida de orina por vagina y micciones voluntarias. En algunos

casos la pérdida no se comprueba más que en posición de pie. Es en estos casos en que hay necesidad de mostrar la real existencia de una fistula.

Hay otro síndrome, de pérdida de orina por vagina y continencia y evacuación normal de la vejiga. Se trata de las fistulas ureterales puras, que desaguan en vagina a favor de la comunicación establecida por la misma causa de la lesión, en el fondo de saco vaginal. Hay que descartar muy seguramente la posibilidad de fistula vesical pura, vésicoureteral, o ureteral pura.

La comprobación de la comunicación vésicovaginal debe hacerse con líquidos coloreados, que inyectados en vejiga permitan situar el sitio de la pérdida. Nosotros usamos habitualmente leche, que tiene la ventaja de ser fácilmente esterilizable, y que por su carácter de líquido orgánico es de manejo inocuo.

En las fistulas pequeñas, y de situación alta, habrá a veces necesidad de inyectar bastante cantidad de líquido de contraste para poder tener la confirmación de la fistula.

El diagnóstico positivo deberá completarse con la cistoscopia, que es primordial para establecer las relaciones de la fistula con las estructuras vesicales fundamentales: trigono, cuello, uréteres.

Creemos que la cistoscopia es siempre útil y debe intentarse siempre.

La cistoscopia es posible, en las medianas y pequeñas fistulas con el artificio del preservativo, que se adapta a la camisa del cistoscopio y permite, luego de introducido el instrumento a la vejiga, y distendido, obtener la distensión indirecta de vejiga, y la observación a través de la fina película del preservativo de toda la pared vesical.

En las fistulas muy grandes, con participación de gran parte del tabique, este artificio puede no ser útil, porque no hay posibilidades de hacer una distensión beneficiosa con la cámara artificialmente creada.

La cistoscopia viene a completar los datos obtenidos por la inspección directa por vía vaginal, en cuanto a dimensiones, situación y estado actual de las fistulas en lo que respecta a sus bordes.

Pero los datos más valiosos, confirmada la existencia de la fístula, serán los obtenidos por la palpación de la misma. El tacto vaginal permitirá conocer (y se procurará hacerlo meticulosamente) el verdadero estado tisular de todas las estructuras comprometidas en la pérdida de sustancia.

El diagnóstico de situación se hará por la combinación de los medios de examen precitados. En muchos casos, ni la cistoscopia, ni el tacto, ni la visualización directa, por sí solos, nos podrán dar el dato exacto de situación y de tipo anatomoclínico de la fístula.

En el diagnóstico de situación hacemos una primera clasificación en lo que respecta a fístulas véscicovaginales puras, es decir, sin intervención de uretra, uréter o recto.

En dichas fístulas puras cabe hacer una separación en dos grupos:

- 1º) Fístulas altas, situadas por encima del trígono.
- 2º) Fístulas bajas, de y desde el trígono hacia cuello y uretra.

Esta clasificación debe entenderse para fístulas de pequeño y mediano tamaño. En las fístulas grandes, lo común es que este límite planteado se invada, ya que se constituyen verdaderas destrucciones del tabique véscicovaginal en totalidad.

En las fístulas altas, hay una variedad que hemos visto, y es la que se hace (o se manifiesta en la fijación esclerosa ulterior) solidaria al cuello uterino, y en la que podría hablarse de fístula véscicocérvicouterovaginal. En los casos que hemos tratado, la destrucción que originó la fístula, englobaba el labio anterior del cuello uterino, y el muñón restante solidarizaba de tal modo el ostium uterino con la fístula misma, que era verdaderamente dificultoso separar lo que correspondía a uno u otro. Las fístulas a través de cuellos uterinos intactos son de difícil explicación.

En el capítulo de las fístulas bajas, todo el problema estriba en diferenciar exactamente el compromiso de los sistemas esfinterianos.

Las clasificaciones anatomoclínicas de este tipo de fístulas deberán centrarse justamente en la participación y grado de la

misma, del sistema que rige la continencia vesical voluntaria porque depende exclusivamente de esta participación la orientación quirúrgica a seguir.

Donde la participación de cuello vesical y su destrucción por el proceso es de cierta amplitud, aún cuando la esclerosis pericicatricial no impidiera el cierre primario aceptable, la incontinencia de orina va a ser la regla y ese fracaso funcional desacredita todo el éxito de un cierre de la fístula.

En este tipo de fístulas bajas, es muy común por otra parte cuando tienen cierta entidad a consecuencia del agravio visceral, que la esclerosis se extienda lateralmente a los lados del cuello vesical, de imposible diferenciación, y fijan en un bloque retropubiano la parte visceral vesical vecina, el pertinente espacio de tabique véscicovaginal y posteriormente hacia la porción vaginal superior, la retracción hace acercar, descendiéndolo, el cuello uterino, que parece venir a ocluir el orificio fistuloso. Este se visualiza en el fondo de una formación infundibular bien descrita por Cabanié.

En todos los tipos de fístula, y cualquiera sea su situación, es de importancia primordial determinar el alcance de la esclerosis, y el análisis de la extensión de dicha reacción nos dará a priori una orientación sobre el potencial tejido decolable sano, con que contaremos.

Esto es muy importante, y es a la combinación de los elementos de diagnóstico como ya citamos, y especialmente al tacto, a quien estará confiado la solución. Si las dificultades para establecer dichos límites de esclerosis por tacto vaginal se presentaran, como ocurre en vaginas muy estrechas o estrechadas por lesiones concomitantes, o en enfermas muy obesas, estará justificado el examen bajo anestesia.

En los casos de fístulas muy extensas, con destrucción casi total del tabique véscicovaginal, la pared superior de vejiga viene a hacer una verdadera extrofia en vagina, y si el triángulo está intacto los orificios ureterales pueden ser cateterizados fácilmente.

El diagnóstico debe ser completado por la apreciación del estado del sector uréteropielocalicial, morfológicamente y funcionalmente estudiado por urografía.

Dos razones tienden a jerarquizar este estudio en estas circunstancias:

- 1º) Conocer si el sistema ureteral está o no incriminado en el proceso.
- 2º) Conocer la posibilidad de un proceso del sistema canalicular concomitante, y que determinaría una táctica quirúrgica específica.

En el primer evento, es decir, compromiso del sistema ureteral, pueden verse, como complicaciones de fistulas véscicovaginales puras, lesiones por ligadura o englobamiento del extremo inferior del uréter, creando la supresión del sistema excretor, que puede ser o no sintomático.

En el caso de revelarse por signos clínicos, el diagnóstico precoz puede determinar una conducta quirúrgica dirigida al desbloqueo ureteral.

En las formas asintomáticas, el urograma será realmente revelador, y deberá muchas veces aguzarse el diagnóstico retrospectivo (a falta de examen urográfico preoperatorio) para decidir si la lesión ureteral concurre como complicación de la lesión fistulosa o es previa a ella.

En la segunda eventualidad, coexistencia de un proceso pieloureteral, es de importancia el conocerlo en sus alcances, porque cualquier elemento de estasis-infección en el sector uréteropielocalicial debe ser tratado previamente a todo intento de solución operatoria de la fístula.

---

Antes de plantear las indicaciones de la cura quirúrgica de las fístulas corresponde mencionar los cuidados, preoperatorios, que son en realidad una preparación de los tejidos perifistulosos y del sistema urinario, en vista a obtener el máximo de garantías para el éxito operatorio.

Hay que adherir al dogma, establecido desde largo tiempo, y con plena validez, de que una fístula no debe ser intervenida nunca antes de los tres meses de producida (o de intervenida, en caso de recidiva).

Este caso ha sido reconocido como indispensable para lograr una estabilidad de las lesiones cicatriciales, y para poder actuar en un terreno consolidado en sus defensas.

En las fístulas con grandes destrucciones de tejidos, especialmente en aquellas que se ven en el terreno obstétrico, con grandes bloques de fijación, el plazo debe ser extendido a cuatro y cinco meses.

En cuanto a la preparación del terreno mismo, hay que tratar de obtener una región véscovaginal limpia, para lo cual hay que establecer:

- 1º) Reposo vesical.
- 2º) Cura de las lesiones vaginovulvoperineales producidas por el corrimiento de orina.
- 3º) Adecuado medio de acidez urinaria, para prevenir la acción de los organismos desdobladores de la urea.
- 4º) Adecuada y mantenida desinfección urinaria.

El primer objetivo se logra con la colocación de una sonda en permanencia. Este desideratum no es de fácil realización cuando la destrucción es grande y comprende o interesa cuello y/o tabique.

La solución está en la colocación de una sonda tipo balón, o como lo sugiere Barraux, de una sonda de De Pezzer especialmente diseñada y de calibre 60, 90 ó 120 de acuerdo a la circunstancia.

Nosotros hemos conseguido una buena solución con sondas tipo Foley, que permiten asegurar el drenaje correcto de la vejiga residual.

Una sonda de buen calibre, y de buena fijación, impiden además el corrimiento de orina a vagina, vulva y periné, evitando las lesiones cutáneomucosas de tan difícil tratamiento.

La acidificación del medio es muy importante, ya que la precipitación salina en medio alcalino y la acción de los desdobladores de urea, complican y hacen engorrosa la preparación preoperatoria.

El objetivo de la desinfección se consigue con la extensa gama de medicación antibiótica que poseemos. Hay que tratar siempre de potencializar la medicación, y acudir al antibiograma para actuar con criterio eficaz.

Los medios generales deben acompañar a un cuidado local extremo, y deben practicarse lavados vesicales con antisépticos débiles, y por personal bien entrenado, para no provocar reacciones de tipo secundario, agravantes de una infección potencial, en estos procesos de comunicación de cavidades naturalmente infectadas, como la vagina.

El cuidado de la fistulosa debe ser confiado a personal experimentado. La permeabilidad de una sonda vesical, a pesar de su aparente simplicidad, debe ser bien y constantemente vigilada.

En cuanto a los principios del tratamiento, hay algunas premisas fundamentales que, pese al tiempo, no han perdido su vigencia.

En primer lugar, debe tratarse de obtener una zona lo más amplia posible de tejido vitalmente apto para la reconstrucción de los planos.

En segundo lugar, las suturas deben evitar a todo precio la tensión del tejido.

En tercer término, es conveniente suturar los distintos planos en sentido alterno.

Se usará material reabsorbible. Usamos siempre catgut cromado 00.

## EL PLANTEO OPERATORIO

El examen exhaustivo previo del tipo anatomoclínico, de las relaciones de la fístula con las estructuras vecinas, del grado de elasticidad de los bordes fistulosos, del tipo y situación de las alteraciones del sistema urinario superior en los datos obtenidos por la urografía, las condiciones especiales de la enferma, permiten establecer un planteo táctico quirúrgico. De este bien situado esquema inicial dependerá la técnica a seguir, y se evitarán las soluciones que surgiendo a posteriori, por el hecho de hallazgos operatorios no previstos, tienden a complicar y a crear una incógnita en la curación de estos procesos, que muchas veces, a pesar de todas las precauciones tomadas, requieren una larga fase de retoques y reoperaciones antes de llegar a la definitiva cura.

La cura de una fístula supone la eliminación total de la pérdida de orina incontrolada, y los trastornos que ocasiona, trastornos que conducen a una invalidez real y a veces desembocan en una psicosis auténtica.

En primer término se plantea la llamada cura directa, es decir la que por el cierre de la fístula y la reintegración de una función urinaria normal con una vejiga que readquiera su juego funcional normal, consiga el desideratum exigido por enferma y médico.

La posibilidad de esa cura ideal surge de:

- 1º) Situación y tipo anatomoclínico de la fístula.
- 2º) Etiopatogenia de la fístula.

1º) a) Las fístulas situadas por encima del triángulo, fístulas simples y sin complicación y que no alcanzan a alterar grandemente el tabique véscicovaginal, y que no implican una lesión del cuello uterino, sin reacciones esclerosas de magnitud.

b) Las fístulas del tabique subtriangulares, que no interesan (o lo hacen parcialmente) al cuello vesical y al sistema esfinteriano véscicouretral.

c) Las fístulas del tabique, subtriangulares que interesando el cuello dejan libres las porciones laterales.

d) Las fístulas por destrucción del tabique, grandes fístulas, que sin embargo respetan el cuello vesical, y no crean grandes reacciones esclerosas laterales.

2º) En cuanto a la cura directa de fístulas, de acuerdo a la etiopatogenia, recalamos aquellas derivadas de una lesión de tipo necrótico consecutivas al empleo de una de las técnicas ensanchadas de céluloadenolinfectomía pelviana, y en las que el proceso fistuloso viene a complicar el cuadro de alteraciones funcionales vesicales, que llegan a la atonía casi total del órgano. En este tipo de fístulas (que la mayor parte de las veces son fístulas complejas uréterovesicales) hay que ser muy extremosos en la táctica a seguir, y tener muy en cuenta la pérdida posible de funcionalidad contráctil de la víscera (que puede ser o no definitiva) para plantear la técnica de cura directa.

Una incontinencia posible, puede obligar a emplear la cura indirecta.

Para la cura directa, se plantean, como una disquisición más de valor teórico que real, las vías de abordaje ideales.

La vía vaginal parece ser la lógica en la mayor parte de los casos. En vaginas amplias, sin sinequias o esclerosis cicatriciales, de fácil acceso quirúrgico, aún las fístulas más altas del tabique, cercanas a cuello uterino, pueden ser alcanzadas y las maniobras operatorias ser de ejecución cómoda. En mujeres obesas, y para fístulas de situación alta donde el descenso de cuello uterino no facilite mayormente la situación, la ampliación del campo vaginal por incisiones vaginoperineales laterales puede ayudar.

En otras situaciones, para fístulas profundas, altas, el empleo de un desenclavador prostático de Kirwin-Lowsley puede ser útil, permitiendo traer a un plano accesible a la fístula.

La vía transvesical puede estar indicada en situaciones muy especiales, y nunca deberá plantearse como primera indicación, sino después de demostrar que la vía vaginal es inoperante, o ya ha sido utilizada sin éxito.

Puede estar indicada esta vía para situaciones en que el decolamiento por vía vaginal no puede efectuarse en la amplitud indicada para un cierre correcto. Esto puede ocurrir en los casos de vaginas con lesiones de esclerosis cicatricial, en las que el intento de despegamiento vaginal, puede conducir a una ampliación de la brecha, sin ganancia alguna en la porción de tejido válido, suturable.

La vía combinada, retropubiana y vaginal, puede estar indicada en el caso de necesidad de despegamiento de la esclerosis que consolida al cuello vesical, fascia periuretral y cicatriz de pared anterior vesical, en un tipo complejo de fístula, pasible de cura directa.

La cura directa, repetimos, supone la restauración de un sistema vesical funcionalmente apto. Cuando las lesiones, por amplitud de la necrosis, por el tipo de alteración anatómica de la viscera afectada, hagan evidente que tal reintegración funcional no podrá ser obtenida, se planteará una de las múltiples técnicas de derivación de las orinas.

Nos adherimos, por el éxito de nuestra experiencia, a una de ellas que es la uréterosigmoidostomía, que nos ha permitido solucionar satisfactoriamente situaciones de grave entidad que

creaban invalideces de dramática significación. El largo plazo de observación de nuestras intervenidas, nos permiten aceptarla como una solución aconsejable.

La amplia gama de medicación antiinfecciosa de que disponemos hoy, nos permiten el control de los riesgos de infección que pesaban grandemente sobre este tipo de derivación urinaria.

Una palabra final para el aspecto de la derivación de la orina en la cura directa de las fistulas.

Estimamos que el éxito de la sutura véscicovaginal depende del cuidadoso manejo de los tejidos, de la preparación previa minuciosa, del empleo del material adecuado, pero especialmente de la puesta en reposo de la zona de suturas, principio general en toda la cirugía.

Cuando las suturas se hayan llevado en un plano alejado del cuello vesical en fístulas altas y de pequeño tamaño, la etapa de reposo se cumple bien por medio de una sonda de autofijación vesical, que apoya en el cuello, y mantendrá perfectamente drenada a la vejiga.

Pero cuando las suturas y los planos de decolamiento se avencinan al cuello vesical, esta solución está formalmente contraindicada y el reposo vesical debe confiarse a un drenaje por cistostomía. La cistostomía da la seguridad requerida para el reposo vesical y de las zonas de sutura.