

FISTULAS URETEROVAGINALES

Dr. JORGE LOCKHART

CONSIDERACIONES GENERALES. ETIOLOGIA

En las estadísticas de los cirujanos y ginecólogos más renombrados aparecen las fistulas uréterovaginales con mayor frecuencia a pesar del lógico progreso de la técnica y de la mejor indicación operatoria.

Ese aparente contrasentido se debe a que los horizontes de la cirugía pelviana radical se han extendido considerablemente, se realiza con mayor frecuencia el vaciamiento céluloganglionar y aumentan así los riesgos de la lesión ureteral que aunque no sea amplia o total, se determinan condiciones favorables para la constitución de la fístula uréterovaginal. Además los procedimientos de terapia radioactiva en cualquiera de sus tipos, siendo más eficaces por su acción sobre los tumores, pueden ser factores etiológicos de cierta importancia. Queda finalmente la cirugía que se realiza por vía vaginal de la extremidad inferior del uréter y que puede dejar como secuela la solución de continuidad definitiva.

En resumen: intervienen en la etiología de las fistulas uréterovaginales tres factores de importancia:

- 1) cirugía amplia de exéresis del tejido céluloganglionar pelviano;
- 2) la radioterapia intensa o prolongada de los tumores pelvianos;
- 3) la cirugía ureteral (litiasis, tumores) realizada por vía vaginal.

ANATOMIA PATOLOGICA

La fístula es generalmente unilateral y única pero puede ser bilateral o coexistir con una fístula véscovaginal.

Es indispensable recordar algunas características anatómicas del uréter para explicar mejor la constitución de la fístula.

Su situación en medio de un rico sistema venoso cuya hemostasis puede resultar difícil, su relación tan conocida con la arteria uterina, su topografía subserosa y sobre todo su escasa vitalidad, hacen que fácilmente, aun sin producirse en el primer momento una verdadera solución de continuidad, se determinen condiciones favorables para la constitución de la fístula.

Es suficiente que en su porción terminal el uréter se encuentre incluido o acodado en una ligadura que lo solidariza o simplemente lo pone en contacto con la pared vaginal, ligadura o sutura que se puede haber colocado al realizar la hemostasis o al cerrar el peritoneo. Otras veces el mecanismo es mucho más simple e insospechado por el cirujano: la denudación del uréter o la uréterotripsia que han dejado una zona desvitalizada que irá a la necrosis secundaria involucrando la pared vaginal hasta crear la fístula. Quedan los casos más claros de herida parcial o total del uréter con o sin resección del canal y que previa una etapa de infección, de celulitis periureteral terminan en un absceso y la apertura en la vagina, con la consecutiva formación de la fístula.

Se comprenden las diversas modalidades anatómicas de la fístula uréterovaginal.

Su orificio o trayecto es en general tortuoso rodeado de tejido inflamatorio supurado o no, en general no muy amplio y con un orificio de desembocadura en la vagina, a la altura de la base del triángulo de Pawlick, profundamente, a veces difícil de apreciar, rodeado de una zona congestiva y edematosa y que deja pasar la orina intermitentemente.

El riñón correspondiente puede tener las alteraciones que traducen una pielonefritis ascendente e inclusive presentar lesiones de nefritis radiante supurada, con formación de múltiples y pequeños abscesos que se pueden apreciar en la superficie del riñón.

A veces la fístula puede ser mixta y abrirse simultáneamente en la piel y en la vagina o bien se produce a través del cuello uterino constituyéndose así un trayecto *uréterocérvico-vaginal*.

Las alteraciones anatomopatológicas dependen de la evolución del proceso, sin olvidar que suele transcurrir un tiempo variable antes de que se forme la fístula y que la infección que inevitablemente se agrega puede extenderse o colectarse según los casos.

En resumen: la fístula uréterovaginal puede ser uréterocérvicovaginal, uni o bilateral y coexistir con fístula véscicovaginal o ser mixta uréterovaginal y uréterocutánea y sus factores determinantes son:

- a) ligaduras parciales o totales;
- b) secciones parciales o totales;
- c) acodamientos;
- d) suturas parciales o totales;
- e) liberación excesiva (denudación);
- f) uréterotripsia.

SINTOMAS

a) *Forma típica, pérdida de orina.*— Es una enferma que fue sometida a una intervención pelviana algún tiempo antes o a un tratamiento por radiaciones y que actualmente tiene pérdida involuntaria de orina pero que además presenta micciones voluntarias, en el caso de la fístula unilateral. La pérdida de orina es variable en sus intermitencias y en su cantidad. En general hubo un período previo de dolores hipogástricos, a veces estado infeccioso y molestias lumbares y el examen clínico en esas circunstancias puede señalar un empastamiento profundo y doloroso en la zona que luego va a constituir la fístula. A veces los síntomas premonitorios duran pocos días, pero en general es entre los veinte y treinta días después de la intervención o de la última sesión de radioterapia.

El examen clínico demuestra la infiltración profunda del hipogastrio y en la vagina puede verse o no el orificio fistuloso

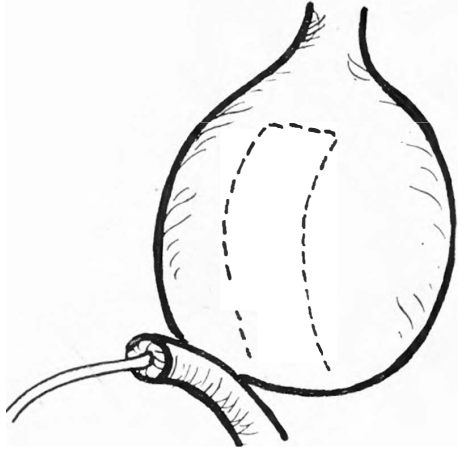


Fig. 1

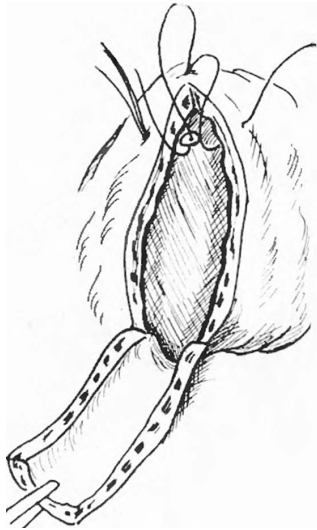


Fig. 2

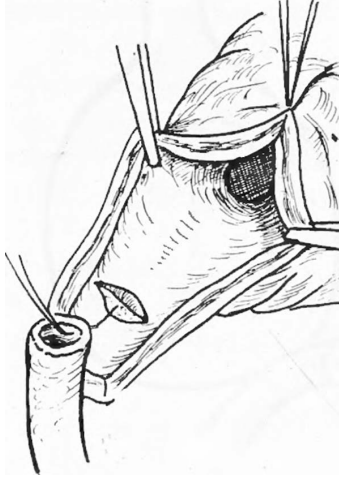


Fig. 3

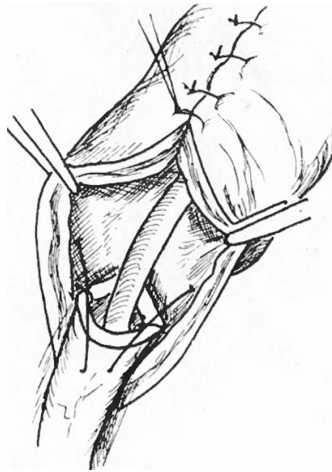


Fig. 4

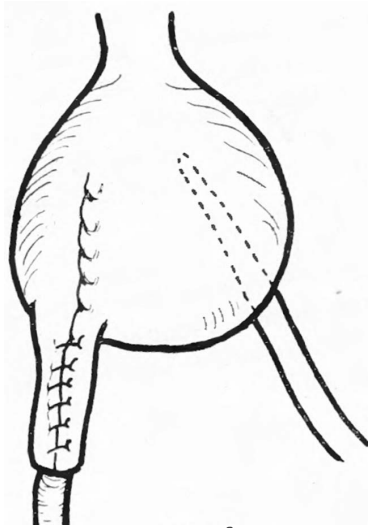
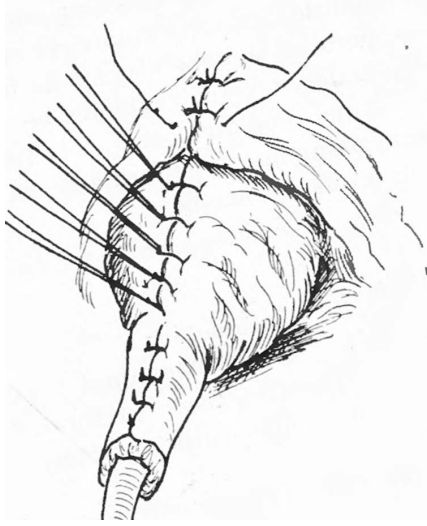


Fig. 6

más o menos lateralizado en el fondo y dejando ver la salida de la orina. Otras veces sólo se aprecia una zona congestiva y con edema. La inyección de sustancia coloreada en la vejiga no pasa al medio vaginal, pero no se debe olvidar de los casos de fístulas mixtas uréterovaginales y véscicovaginales en los cuales el color se aprecia en la vagina. Por otra parte si la fístula véscicovaginal es muy alta, puede pasar que la enferma tenga micciones espontáneas y la confusión es así mayor.

En todos los casos el examen clínico y vaginal se debe completar:

- a) cistoscopia,
- b) cromocistoscopia,
- c) cateterismo ureteral,
- d) pielografía excretoria.

La *cistoscopia* nos señala el uréter sano y su eyaculación, si hay o no probable fístula véscicovaginal y además la zona del uréter enfermo con su meato rojo o edematoso sin eyacular.

La *cromocistoscopia* confirma el dato del uréter sano muy importante para cualquier decisión terapéutica y señala el uréter que no funciona. Este dato es sobre todo de valor en las fístulas dobles.

El *cateterismo ureteral* es en general imposible del lado enfermo pero se debe intentar no sólo para ratificar el diagnóstico anatómico, sino también porque existen casos felices en que la fístula es muy lateral y es posible enhebrar el uréter. En esos casos una sonda de plástico en permanencia durante 15 ó 20 días puede llevar a la curación del proceso.

La *pielografía excretoria*. Indica como se realiza la función renal de ambos lado. Puede suceder que sea buena aun del lado de la fístula y entonces se aprecia el pasaje de la sustancia opaca a una zona que no corresponde exactamente con la vejiga. Del lado de la fístula el riñón y sus vías excretorias pueden aparecer dilatados o con signos de déficit funcional o de pielonefritis.

b) *Formas atípicas*.— Son los casos de fístulas mixtas donde los exámenes complementarios y sobre todo la cromocistoscopia resulta indispensable. Es de utilidad asociar la pielografía excretoria con la cistografía de relleno.

Otras veces predominan los síntomas lumbares, dolores, fiebre, mal estado general correspondiendo a la infección renal ascendente.

EVOLUCION Y PRONOSTICO

Es difícil la curación espontánea aunque no imposible. Su curso es hacia la cronicidad constituyéndose un proceso perifistuloso con elementos infecciosos asociados y lo que es más importante, la infección ascendente, que puede originar lesiones renales irreversibles que implican el sacrificio del órgano.

TRATAMIENTO

Existe un tratamiento *profiláctico*, es decir que frente a la lesión o a la desvitalización del uréter, prevee las posibilidades evolutivas realizando el tratamiento correcto. No se puede olvidar que hay un porcentaje bastante alto de casos en los cuales esa lesión ureteral inicial pasó desapercibida y la constitución de una fístula uréterovaginal se transforma en una desagradable sorpresa.

Se debe individualizar el uréter pero sin despojarlo de su vaina, evitando los pinzamientos laterales y las tripsias aun siendo transitorias. Si se reconoce la lesión, hacer el tratamiento correspondiente. En las secciones parciales o totales pero con bordes netos, realizar la sutura con puntos sueltos de crómico triple cero. Si se realizó una resección o bien ella fue necesaria por la amplitud de la lesión ureteral, no se deben forzar los cabos en una aproximación que lleva a la tensión excesiva de las suturas. En ese caso debe reimplantarse el uréter en la vejiga, cistouréteroneostomía o bien la operación con colgajo vesical del tipo Boari. No es aconsejable la implantación en el intestino o en la piel salvo circunstancias excepcionales. En alguna oportunidad, teniendo la seguridad del buen estado de la otra vía excretoria, se ha realizado la ligadura del uréter lesionado, para no prolongar un acto operatorio grave o bien por error del cirujano.

En general no produce trastornos inmediatos y el riñón correspondiente va a la atrofia en un tiempo más o menos largo.

Tratamiento de las fistulas uréterovaginales

- 1) La *cura espontánea* puede ser posible cuando la fístula es lateral y pequeña.
- 2) El *cateterismo ureteral* si es posible y con una sonda de material plástico colocada durante 15 ó 20 días o más, puede llevar a la curación de la fístula.
- 3) El estado del riñón en algunos casos, demuestra la existencia de alteraciones graves producidas por la infección, que lleva a la constitución de un foco séptico de difícil tratamiento o a la insuficiencia irreversible. En esos casos, la derivación o la cura de la fístula por cualquier procedimiento lleva al fracaso y obliga a la *nefrectomía* que obviamente será una solución de última instancia.
- 4) La cura quirúrgica de la fístula con reconstitución de la vía de excreción es el objetivo terapéutico que se debe tratar de conseguir. La operación se realiza en un tiempo, pero si el proceso inflamatorio es muy intenso, deberá ser tratado previamente e inclusive hacer en un primer tiempo una pielostomía o una nefrostomía. Inclusive puede plantearse la uréterostomía cutánea recordando el concepto de Couvelaire de que no se trata de una invalidez definitiva y que en un segundo tiempo se puede realizar la reconstrucción de la vía urinaria haciendo una uréteroíleocistostomía.

En todos los casos hay que tener en cuenta el complejo lesional que rodea a la fístula, constituido por una infiltración inflamatoria más o menos infectada y es necesario la exéresis de los tejidos alterados, lo cual significa muchas veces extirpar una extensión más o menos grande del uréter.

La vía de acceso puede ser extra o intraperitoneal, pero en general la intervención se realiza en buenas condiciones entrando por el espacio de Bogros y reclinando el peritoneo. Se seccionará la vaina del recto correspondiente y el músculo será igualmente incidido si fuera necesario, ligando además la arteria epigástrica.

Una vez extirpados los tejidos enfermos y reconocido el uréter, puede quedar la zona útil para la reconstitución, algo alejada de la vejiga. La uréterocistoneostomía se realizará solamente si el acercamiento es posible sin tensión de las suturas, empleando técnicas simples del tipo de la de Stevens, dejando un catéter de plástico a permanencia y sonda vesical. La vigilancia debe estar a cargo de personal competente, porque es frecuente que los drenajes se obstruyan por arenillas. En ese sentido es primordial el uso de antibióticos, así como un régimen que asegure la no precipitación de las sales y sobre todo de los fosfatos. El uso de la hialorudinasa local y por vía paraentérica, la dieta cetógena y el ácido acetilsalicílico (2 gr. diarios) resultan indispensables. La reacción de la orina debe ser vigilada y de acuerdo con ella dar la medicación correspondiente.

Cuando la uréterocistoneostomía sólo pudiera realizarse en condiciones precarias, por ser forzado el acercamiento del uréter a la vejiga, la operación indicada es la preconizada por Boari-Casati hace más de sesenta años cada vez que hay un uréter pelviano insuficiente y que consiste en una uréterocistoplastia a expensas de un colgajo vesical anterior a pedículo superior.

Sus indicaciones se han extendido actualmente para los casos de ureteritis estenosantes yuxtavesicales, litiásicas o tuberculosas (Puigvert) pero tiene a nuestro juicio su indicación más precisa en el tratamiento de las fístulas uréterovaginales.

La hemos realizado en un caso con muy buen éxito, empleando el catéter de plástico a permanencia durante veinte días y con la vigilancia rigurosa que ya hemos indicado para todos los casos en que se utilizan dichos drenajes intracanaliculares. Se debe dejar sonda vesical en permanencia y drenar el espacio perivesical por cuarenta y ocho horas. Cuando se retira la sonda ureteral a los dieciocho o veinte días, puede suceder que se produzca una pérdida escasa y transitoria de orina por la herida abdominal, pero que cierra espontáneamente. El control pielográfico debe realizarse periódicamente por lo menos hasta los seis u ocho meses de la intervención. En los primeros tiempos suele observarse reflujo ureteral y una hidronefrosis que es funcional y que regresa progresivamente. Si fuera necesario y para obtener una cicatriz menos estenosante, se puede usar la cortisona o sus derivados por un tiempo variable.

En resumen: Las posibilidades terapéuticas de las fístulas uréterovaginales son las siguientes:

- a) curación espontánea,
- b) curación mediante cateterismo urteral a permanencia,
- c) la nefrectomía cuando las condiciones renales lo justifiquen,
- d) operación en dos tiempos cuando el problema local impide el tratamiento radical de la fístula. Derivación urinaria: pielostomía-nefrostomía-uréterostomía cutánea.

El segundo tiempo, cura quirúrgica de la fístula o urétero-ileocistostomía.

- e) Uréterocistoneostomía,
- f) uréterocistoplastia (operación Boari).