

11217



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE

6
2 ej

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MEDICO "LA RAZA"
Instituto Mexicano del Seguro Social

**"FISTULA UROGENITAL: ESTUDIO DE LA
FRECUENCIA EN EL H.G. O. No. 3 C.M.R."**

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO EN:
LA ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. JESUS ALVARADO GARCIA



IMSS

Asesor: Dra. Lorena Ferrer Arreola
Colaboradores: Dr. Daniel Sánchez Martínez
Dr. Eduardo Arredondo Aragón

MEXICO, D. F.

1990

[Handwritten signature]
FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

1.- INTRODUCCION.....	1
2.- ANTECEDENTES HISTORICOS.....	3
3.- CLASIFICACION DE LAS FISTULAS.....	7
4.- DIAGNOSTICO.....	11
5.- VIAS DE ACCESO.....	14
6.- OBJETIVO.....	24
7.- PLANTEAMIENTO E HIPOTESIS.....	25
8.- MATERIAL Y METODOS.....	26
9.- RESULTADOS.....	27
10.- COMENTARIO.....	34
11.- CONCLUSIONES.....	36
12.- BIBLIOGRAFIA.....	37

I N T R O D U C C I O N

La fístula urogenital es la comunicación patológica entre los aparatos genital y urinario. Su patogenia es debida a - que la uretra, la vejiga o el uréter se comunican anormalmente con la vagina o el útero.

Así, la comunicación patológica entre la vejiga y la vagina constituye la fístula vesicovaginal, siendo un orificio - estrecho y anfractuoso, existiendo en ocasiones gran destrucción del tabique anterior vaginal con pérdida de sustancia.

Las fístulas urogenitales generan un problema médico con repercusión en el aspecto social.

No se ha escatimado esfuerzo alguno para mejorar los procedimientos tendientes a resolver dicho problema. Se han ideado técnicas con las cuales en muchos casos se ha llegado a éxitos notables, así como también a fracasos.

La fístula urogenital puede ser resultado de la necrosis tisular consecutiva a la presión de la cabeza fetal sobre - el pubis materno durante el trabajo de parto prolongado; o bien, partos traumáticos (aplicación de fórceps, macrosomías, malposiciones fetales, etc.) con lesiones que incluyen a la uretra o la vejiga. Sin embargo, estas causas de fístula disminuyen en forma importante por los avances en la última década en la Perinatología, lo que ha permitido una mejor atención médica al binomio madre-hijo, creando - un criterio más o menos uniforme para evitar a lo máximo - cualquier tipo de complicaciones.

Actualmente, la causa más común de fístula urogenital - es el trauma quirúrgico en una intervención de tipo ginecológica, generalmente una Histerectomía. Sin embargo, la - causa exacta de la fístula urogenital posterior a una Histerectomía no está claramente comprendida ya que está sujeta a varias teorías. Las más comúnmente aceptadas son:

- 1) El resultado de una necrosis avascular de la base de la vejiga.

- 2) La erosión por las suturas colocadas entre las capas de la vejiga y la vagina.
- 3) El resultado de un trauma vesical inadvertido que posteriormente desarrollará fístula vesicovaginal.

En este estudio retrospectivo, se hace un análisis de 24 - casos reportados en el H.G.O. #3 C.M.R. en el período comprendido de Enero de 1986 a Diciembre de 1988 para poder concluir las medidas preventivas y terapéuticas en este tipo de pacientes.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Las fístulas urogenitales son orificios o trayectos que establecen comunicación anormal entre las vías urinarias y el canal genital (1). En el tracto reproductor femenino, las fístulas pueden originarse por anomalías congénitas, cirugía ginecológica, lesión obstétrica, cáncer, radioterapia, traumatismo o infección (2, 3).

Las fístulas urinarias en la mujer, más frecuentemente las fístulas vesicovaginales, han existido y son conocidas desde los albores de la Medicina suponiendo que éste problema, como complicación de parto, debe ser tan antiguo como la humanidad (4), presentándose como una de las más trágicas afecciones femeninas, sobre todo hasta mediados del siglo XIX en que dejó de ser un padecimiento incurable (5). Esto se confirmó con el hallazgo realizado por Devry en una momia egipcia del año 2050 a.c., cuando Mahfouz Bey la examinó encontrando gran desgarrro del periné, deduciendo que la fístula fué resultado de un parto laborioso (4, 5).

Hipócrates hace alguna mención a la involuntaria descarga de la orina como consecuencia de partos difíciles. Los hindúes 800 años a.c., hacen los primeros reportes escritos sobre el padecimiento (6).

Fue Avicena en el siglo XI d.c., el primero en reconocer la incontinencia urinaria como consecuencia de fístulas producidas por el parto. Ambrosio Paré propuso cerrar las fístulas por medio del "retinaculum", en el año de 1570. Mercato, médico español, las denomina por primera vez fístulas del útero (3, 4, 6).

Roonhuysen de Amsterdam en 1660 puso un espejo vaginal a través del cual refería los bordes de la fístula y en 1672 describe por primera vez en su libro de Enfermedades de Mujeres un procedimiento operatorio que consistía en denudar los bordes de la fístula, que posteriormente suturaba con seda por medio de

unos cañones de plumas de cisne afiladas (7).

En 1792 Fatio de Basilea practicó la sutura colocando a la paciente en posición de litotomía y Desault en 1804 utilizaba la valva vaginal y un catéter en la vejiga después de la operación.

Naegeli de Wutemberg en 1812, llevó a cabo estudios extensos sobre las fístulas. Su método consistía en escarificar los bordes con tijeras, usando agujas para suturarlos con puntos separados, no obteniendo éxito alguno con éste método. En 1817 Shreger fue más afortunado con dicho método (5, 7, 8).

Lallemond en Francia en 1825 para el tratamiento de las figlas, aplicaba nitrato de plata en los bordes y cuando estos se esfacelaban intentaba reunirlos mediante un instrumento llamado "sonda de gancho", introducido a través de la vejiga. Reporta cuatro curaciones de quince pacientes.

Joubert de Lamballe en 1830, trató de evitar la tensión de la sutura de la fístula para lo cual preconizaba en algunos casos, incisiones vaginales de debridamiento y en otros utilizaba injertos pediculados que tomaba de los labios mayores, región glútea o muslos denominándole a éste procedimiento "reunión autoplástica por deslizamiento". Un año después, George Hayward, cirujano del Massachusetts General Hospital, trató su primer caso separando suficientemente la vejiga de la vagina para permitir que los puntos atravesaran solamente la aponeurosis de Halban. La curación fue perfecta, publicando sus resultados en una serie de 9 casos (7, 9).

En 1834, Montaigne de Londres, combinó la posición genupectoral, el espejo para levantar el perineo, suturas metálicas y sonda vesical permanente. Demostró que el hilo de plata como material de sutura en el cierre de las fístulas provocaba mucho menos irritación sin ocasionar ulceraciones como la seda.

Entre 1838 y 1852, Neutzer de Boon, logró curar 11 de 35 casos, lo que constituyó un marcado avance respecto a sus predecesores; colocaba a sus pacientes sobre el abdomen, retraía

el periné con un gancho, la vulva con retractores laterales y avivaba los bordes con alfileres colocando suturas en ocho; - los hilos se quitaban al tercero o cuarto día. A fin de mantener la vejiga en reposo, practicaba una incisión suprapúbica e introducía una sonda. Durante la curación se mantenía a la paciente en decúbito prono mediante correas (10, 11).

James Marion Sims en 1852, mientras practicaba una exploración digital en una mujer colocada en posición genupectoral, - fue sorprendido por la súbita distensión de la vejiga al encontrar aire en ella. Improvisó un espéculo doblando en dos una cuchara de estaño común y corriente, examinando la pared vaginal como nadie lo había hecho hasta entonces. Después aprovechó esto para examinar a una joven esclava negra con fístula vesicovaginal severa; la colocó en la llamada posición de Sims comprobando así los buenos resultados al observar la fístula - en esta posición. Combinó los 3 elementos esenciales: el espejo, la sutura y el catéter. Insistió en 3 puntos: un medio por el cual la vagina se pudiera distender, explorar y operar; una sutura que no causara inflamación o ulceración y dejar la vejiga vacía durante el proceso de cicatrización por medio de una sonda a permanencia. En 1860 publicó una estadística de 261 casos de fístulas vaginales, vesicales y rectales, curando 216 - por medio de suturas de hilos de plata; 36 casos los tomó como susceptibles de curación y 9 como incurables concluyendo que - en adelante las fístulas tendrían mejor pronóstico (11).

Gustav Simon, discípulo de Joubert, en 1854 agregó a la técnica de éste último, la colpocleisis en los casos rebeldes a - la sutura.

En 1888, Trendelenburg (11) describió una vía de abordaje, la transvesical al contrario de la vaginal, clásica hasta entonces, iniciando con ello, una controversia sobre las bondades de una y otra, prolongándose hasta la fecha por el aporte parcial de sus respectivos adeptos. Posteriormente se originaron algunas variantes de la vía transvesical, entre ellas la -

transperitoneal descrita por Dittel en 1893, por Forgue en 1906 y por Legue en 1929. La contribución de estos últimos se refiere en realidad, al tratamiento de las grandes pérdidas de sustancia que no curan con las técnicas ya mencionadas y que han dado lugar a un considerable número y variedad de procedimientos que son para casos particulares (12).

Merece citarse, entre otras técnicas, la colpocleisis alta o parcial de Latzko en 1914 cuyo uso se ha generalizado siendo la diferencia fundamental que no separa ni moviliza la vejiga. Esta técnica se efectúa solo cuando se ha extirpado el útero y cuando el orificio fistuloso es difícil de exponer ampliamente o en el caso de las fístulas producidas por irradiación (13).

Cierto número de procedimientos describen la interposición de tejido vascularizado para reparar la fístula. Garlock plantó fibras del elevador sobre el sitio de reparación y posteriormente lo refinaron Ingelman-Sundberg en 1960, aunque Martius en 1928 ya había descrito la técnica de colocar un colgajo del músculo bulbocavernoso y tejido subcutáneo en el sitio de la fístula (8, 9).

Finalmente debemos señalar como etapas en esta cirugía los trabajos de Coffey en el transplante uretero-intestinal como técnica de derivación de la orina la que ha sido utilizada y se emplea aún en muchos casos de fístulas consideradas incurables. Tenemos también la vejiga ileal cuyo principal exponente es Bricker; y, las diferentes derivaciones de orina al recto, con formación a expensas de esto, de una neovejiga, practicando resección por arriba de la anastomosis ureteral y deslizando el asa sigmoidea dentro del esfínter para formar así un neo recto continente a expensas del sigmoide.

CLASIFICACION Y DIAGNOSTICO DE LAS FISTULAS UROGENITALES

Las fístulas urogenitales, según el segmento del aparato urinario que esté lesionado, pueden ser vesicales, uretrales y urterales. Aunque ocasionalmente se combinan, es conveniente, por razones de claridad y método, examinar separadamente lo referente a cada variedad.

FISTULAS VESICALES

Pueden, a su vez, clasificarse en:

VAGINALES: En las fístulas vesicovaginales falta una porción del tabique vesicovaginal; las muy amplias se extienden al triángulo incluyendo los meatos uretrales y las formaciones esfinterianas del cuello vesical. En tales casos la presión abdominal hace que los bordes de la vejiga se eviertan a través del orificio fistuloso.

CERVICALES: Las fístulas vesicocervicales generalmente destruyen el labio anterior del cérvix y casi siempre están involucrando al fondo de saco vaginal anterior. Son a veces difícil de visualizar.

UTERINAS: Las fístulas vesicouterinas son trayectos habitualmente estrechos que hacen comunicar la vejiga con el istmo uterino. La salida de orina a través del orificio cervical y la presencia de orina sanguinolenta durante la menstruación son los síntomas sobresalientes. El examen cistoscópico practicado en los días menstruales, previo cierre del cérvix con una pinza de Shroeder aclara la situación al dar oportunidad a que se perciba el escurrimiento de la sangre menstrual hacia la vejiga a través del orificio fistuloso. La histerografía, al detectar escape del medio radioopaco hacia la vejiga da objetividad gráfica de la situación.

MIXTAS: Son aquellas en las que la comunicación se extiende a otras zonas del aparato urinario o a diversas porciones del aparato genital, por ejemplo: fístulas vesico-cervico-vaginales urtero-vesico-vaginales, fístula vesicovaginal asociada a ure-

tero-vaginal.

COMPLICADAS: Son las vesicales en cualquiera de las variedades ya descritas, las cuales se han complicado al agregárseles la fistulización del aparato digestivo hacia la vagina (fistula - rectovaginal o enterovaginal).

FISTULAS URETRALES

Desde el punto de vista morfológico, la deformidad asume 2 variedades: 1) la destrucción del segmento distal de la uretra la vuelve corta o casi inexistente; el meato ruinario desemboca en la cara anterior de la vagina constituyendo una "hipospadias" más o menos acentuada. Existe solo un surco o techo de uretra; en casos excepcionales, se observa la destrucción completa de la uretra incluyendo el "techo" que en este caso esta formado por el pubis óseo que se ha recubierto con un delgado epitelio que se ha extendido desde la vagina. 2) la destrucción de una parte del tabique vesicovaginal respetando el meato urinario, para constituir una fistula uretrovaginal propiamente dicha.

En cualquiera de las dos variedades se puede producir inundación de la vagina en el momento de la micción.

Si la lesión llega muy hacia atrás y, aún más, si se continua con destrucción del tabique vesicovaginal se produce incontinencia urinaria completa.

Si la destrucción comprende al trigono vesical, las posibilidades de restauración son precarias.

FISTULAS URETERALES

Aparte de la desembocadura anormal de los ureteros de caracter congénito, las fistulas ureterovaginales se ubican en la cúpula vaginal ya que son habitualmente complicaciones de la - histerectomía.

El mecanismo de producción de las fistulas es de lo más variado:

TRAUMA OBSTETRICO: Durante el parto, la cabeza fetal comprime la vejiga contra el plano duro de la pélvis ósea. Dicha compre

sión interfiere con la circulación, si el parto es prolongado, se produce isquemia compresiva y necrobiosis de los tejidos; - al desprenderse la escara queda establecida la comunicación anormal entre la vagina y las vías urinarias.

Por lo tanto, la fístulas de origen obstétrico se sitúan en el bajo fondo vesical; si el área comprimida fué muy extensa, la destrucción se extiende al triángulo, cuello vesical y aún a la uretra.

La salida anormal de la orina por la vagina se inicia varios días después del parto, generalmente sin pródomos pero en ocasiones existen síntomas urinarios que la anuncian. Se pueden observar también modificaciones en sedimento urinario (piocitos, leucocitos y hematias).

OPERATORIA OBSTETRICA: Las operaciones vaginales (fórceps alto baciotribo) pueden lesionar directamente al tabique vesicovaginal o constituir un factor agregado a la compresión isquémica. La cervicotomía anterior puede llegar a extenderse espontáneamente al istmo uterino y afectar directamente a la vejiga. Durante la operación cesárea se puede lesionar inadvertidamente a la vejiga.

OPERATORIA GINECOLOGICA: Durante la Histerectomía Total Abdominal se puede lesionar la vejiga en el momento de efectuar el despegamiento de su adherencia normal con el istmo uterino constituyendo así una fístula vesicovaginal muy alta que generalmente se sitúa en el ápice de la cúpula vaginal.

Las lesiones de uretra y vejiga durante la Histerectomía por vía vaginal y en las técnicas para colpoplastia anterior son poco frecuentes pues existe en general, buena exposición del campo quirúrgico.

En la Histerocolpectomía ampliada por problema de tipo neoplásico, siendo tan buena la exposición, no hay riesgo de lesión inadvertida pero el extenso despegamiento visceral y gran aumento de ligaduras vasculares suelen producir lesión isquémica de la vejiga o ureteros. Después de las operaciones tipo -

Wertheim-Thausing y las de Shauta-Americh hay atonía vesical - severa y prolongada debido a lesión nerviosa. Una buena precaución consiste en mantener la vejiga vacía por tres a ocho semanas.

OPERACIONES UROLOGICAS: La resección electroquirúrgica endoscópica de masas papilares de la uretrotrigonitis o de tumores séxiles de la vejiga han producido, en raras ocasiones, perforación primaria o secundaria de la vejiga.

Al efectuar extirpación de un divertículo uretral puede producir una comunicación uretro-vésico-vaginal.

Las técnicas de "hamaca" empleadas para el tratamiento de la incontinencia urinaria resultan peligrosas y más si se usan materiales extraños.

EROSION POR CUERPO EXTRAÑO O CALCULO URINARIO: Los cálculos vesicales muy voluminosos pueden ulcerar el tabique vésicovaginal. Un cálculo, aunque pequeño, puede producir fistulización si se enclava contra la pélvis ósea durante el trabajo de parto.

Los cálculos formados en el interior de un divertículo uretral pueden ulcerar la vagina.

Los pesarios insertados en la vagina para el tratamiento del prolapso genital cuando se abandonan por mucho tiempo causan ulceraciones que, al profundizar, llegan a perforar el tabique vésicovaginal.

QUEMADURAS POR RADIACION: La aplicación de radium en el tratamiento del cáncer cervicouterino o de las neoplasias de la uretra o vejiga destruyen ocasionalmente grandes zonas tumorales. En realidad la radiación, al destruir al tejido neoplásico, establece la comunicación que ya existía potencialmente.

La Roentgenterapia externa, solo excepcionalmente en los casos muy invadidos por la neoplasia, produce perforación de la vejiga. A veces, después de la radiación, queda una zona blanca, esclerosa y desvitalizada que se perfora espontáneamente y con el paso del tiempo.

DESTRUCCION POR PROCESO PATOLOGICO: Diversos procesos patológicos pueden ulcerar el tabique véscicovaginal o véscicouretral - produciendo comunicaciones anormales como el cáncer vesical o del cérvix así como la ulceración por sífilis terciaria o por linfogranulomatosis.

DIAGNOSTICO

El síntoma más evidente de las fístulas urogenitales es la pérdida involuntaria de orina. El diagnóstico implica la diferenciación entre la fístula véscicovaginal o uretrovaginal amplia y la incontinencia con pérdida de orina a través de las vías urinarias íntegras. Teniendo el diagnóstico de fístula, - se debe distinguir entre los diversos tipos y la combinación de éstas con otras alteraciones que pueden coexistir tales como la fístula rectovaginal y el desgarro perineal.

Las fístulas ureterovaginales se caracterizan clínicamente porque hay pérdida continua de orina, pero además la vejiga - por medio del uretero íntegro se llena normalmente y una vez - distendida se produce deseo miccional y expulsión normal; sin embargo, en las fístulas véscicovaginales muy pequeñas suele haber pérdida transvaginal de orina y al mismo tiempo que se acumula en la vejiga, en cuanto ésta se llena produce micción voluntaria. Por lo tanto es necesario conocer también el estado de las vías urinarias superiores para realizar el diagnóstico diferencial.

Para el estudio de estas pacientes debemos recurrir a los siguientes exámenes:

EXAMEN GINECOLOGICO: Se debe iniciar el examen con un tacto - cuidadoso para determinar la ubicación y morfología de las lesiones, apreciando la consistencia y elasticidad de los bordes fistulosos. Se hace el examen visual colocando valva apropiada para exponer la cara anterior de la vagina y el cérvix o la cúpula vaginal.

Si la fístula es difícil de visualizar se tendrá que pasar un catéter de foley por la uretra e introducir solución salina

teñida con azul de metileno o índigo carmín para ver su ecurriamiento por el orificio fistuloso teniéndose colocada la valva respectiva.

En casos especialmente difíciles, después de insertar el catéter de foley por la uretra, se tendrá que colocar a la enferma en posición de Sims, proctológica o genupectoral; para obtener mejor exposición de la pared vaginal anterior y el cérvix por medio de la valva adecuada que levanta la pared posterior, se llena la pared vaginal con jalea y por el catéter de Foley se hace pasar aire con la perilla del esfingomanómetro. Las burbujas de aire indican el sitio de la lesión. Localizada la fístula se intentará cateterizarla por medio de una bujía filiforme con guía, la cual por medio de cistoscopia se saca por la uretra formando un asa para tener una referencia valiosa de localización del orificio fistuloso hasta el momento de la operación. El tacto rectal no se debe omitir.

URETROCISTOSCOPIA: Tiene como propósito la localización exacta de la fístula y determinar su relación con los meatos ureterales. Si la fístula es muy extensa será muy difícil hacer el llenado de la vejiga. Para obviar éste obstáculo hay varios re cursos:

- 1) Taponamiento vaginal que obture provisionalmente la fístula y permita llenar la vejiga que puede efectuarse con un saco de hule delgado como el condón o guante relleno de otros guantes o gasas.
- 2) Un recurso preconizado por Marion permite hacer exámenes - cistoscópicos en grandes fístulas. Consiste en atar un saco de hule elástico y delgado (condón) en el extremo del cistoscopio se introduce en la vejiga, se distiende con agua y por transparencia se pueden examinar las paredes vesicales, los meatos ureterales y el contorno de la fístula sin que se derrame el líquido; para mejor contraste, se coloca en la vagina un lienzo de color.
- 3) En algunos casos difíciles se logra un buen examen gracias

a la posición genupectoral. En tal posición es posible llenar la vejiga y la vagina con líquido. El líquido se tendrá que introducir continuamente pues se pierde por derrame a través de la fístula pero no obstante la vejiga se mantiene suficientemente distendida para llevar a efecto el examen cistoscópico y aún para cateterizar los ureteros.

4) En casos difíciles se tendrá que recurrir al examen endoscópico con aire en posición genupectoral según la técnica de Kelly.

COMPROBACION PREOPERATORIA DE LOS MECANISMOS DE LA CONTINENCIA

Antes de indicar una intervención quirúrgica que lleve como propósito final el cierre de una fístula vesicovaginal, sobre todo si es amplia, si está situada en proporciones muy bajas y data de mucho tiempo, es conveniente tener una idea clara de la eficacia de los mecanismos de la continencia.

Estos pudieron haberse dañado simultáneamente cuando se produjo la fístula y con similar etiología. En otras ocasiones - por partos subsecuentes, regresión senil, atrofia por falta de uso de los esfínteres o cualquier otra condición sobreañadida han restado eficacia a los factores de gobierno voluntario de la orina. En cualquier forma, la incontinencia absoluta producida por la fístula enmascara por completo la condición real de los mecanismos de la continencia.

La comprobación a posteriori de la situación es inconveniente por todos motivos. Resulta desastroso para la enferma y para el cirujano que después de haberse tenido éxito en el cierre quirúrgico de la fístula, no se logre el ansiado control voluntario de la orina. La técnica de Woolrich y Garda que consiste en la introducción a través de la uretra de un saco de hule delgado (condón) por medio de una cánula metálica y se llena con solución salina; se retira la cánula metálica, el extremo abierto del condón debe sobresalir por el meato urinario. Mediante un esfuerzo, la enferma debe ser capaz de contener el líquido que llena el saco de hule. Podrá iniciar voluntariamen

te la micción a través del extremo abierto del condón y detener el chorro a su arbitrio si es que sus mecanismos de continencia se encuentran íntegros.

En caso contrario, la enferma y el cirujano estarán advertidos de la posible necesidad de intervenciones quirúrgicas complementarias para el control urinario.

UROGRAFIA DESCENDENTE: Es útil para apreciar si existen buenas condiciones en las vías urinarias altas, pues en ocasiones se hace necesario practicar previa o simultáneamente con la fistuloplastia, dilataciones o transplantes si los ureteros se han estrechado por estar involucrados en el tejido fibroso perifistuloso.

UROGRAFIA ASCENDENTE: En los casos en que la urografía descendente no haya podido aclarar adecuadamente la situación, si es factible, se debe practicar el llenado ureteral para efectuar urografía ascendente.

COLPOURETEROGRAFIA: La visualización por vía ascendente del uréter fistulizado es de gran importancia en el estudio de la fístula ureterovaginal. Se procede de la siguiente manera: se introduce en la vagina un catéter de Foley con balón grande (30 a 50 cc). Se tapona la vagina apretadamente y se infla el balón con agua. En posición de Trendelenburg se introduce por el catéter el medio de contraste mientras la enferma mantiene juntos los muslos. En casos desfavorables, el medio radioopaco penetra hasta la pelvícula renal. La placa radiográfica indica cual es el lado fistulizado y señala la morfología del uréter dañado junto con su pelvícula renal.

VIAS DE ACCESO PARA LA REPARACION DE LAS FISTULAS VESICOVAGINALES.

Después de 1888 en que Trendelenburg describió la vía transvesical en el tratamiento de las fístulas vesicovaginales, el ingenio de los cirujanos procuró crear otras vías de abordaje

con el objeto de mejorar los resultados, ya muy buenos, que - brindaba la vía vaginal. Es así como Kelly en 1906 cita las si guientes vías: a) Vaginal, b) Parasacra, c) Isquiopúbica, d) - transperitoneal, e) Paravaginal, f) Transvulvar, g) Transure-- tral, h) Vestibular, i) Transpúbica, j) Trans sinfisial, k) su prapúbica infraperitoneal, l) Transvesical.

Casi todas ellas están en desuso ya que sus indicaciones - son muy limitadas. Las que se utilizan en la actualidad pueden clasificarse de la siguiente forma:

- a) Vía vaginal.
- b) Vía suprapúbica, que puede ser transvesical, transperito-- neal y extraperitoneal.
- c) Vía combinada, que puede ser vaginal y suprapúbica.

La vía de acceso estará determinada por la variedad de la - fístula vaginal para lesiones bajas; transvesical para lesio-- nes altas; combinada o transperitoneal para casos problema.

En los casos de sinequias vaginales, la ampliación lateral vaginoperineal uni o bilateralmente, ayudan a resolver el pro- blema de abordaje.

VIA VAGINAL:

Se considera la vía vaginal como de elección en esta ciru-- gía fundamentándose en las razones siguientes:

1.- Para el cierre de una fístula vesicovaginal, el órgano que debe obturarse es la vejiga y no la vagina y es desde aden- tro hacia afuera como mejor puede realizarse el cierre de un - órgano hueco. Por otra parte, los mismos partidarios de Trende- lemburg, los que únicamente practican la sutura de los planos de la vejiga (mucosa y muscular) y en los que se refiere a la herida suprapúbica, donde no existen problemas para su cierre, agregan a estos 2 planos un tercero, el tejido perivesical.

2.- La vía vaginal cumple uno de los principios fundamenta- les de la cirugía, que es llegar a la lesión por la vía más di recta. Por vía transvesical es necesario, para cubrir la fístu la, abrir 2 veces la vejiga y si bien, a la sutura inmediata -

de la herida suprapúbica, sigue habitualmente su curación en pocos días, todos los urólogos conocen tallos vesicales que - han demorado para su cierre un tiempo prolongado.

3.- Por la vía vaginal se efectúa la liberación de la vejiga, tiempo fundamental en esta cirugía, en forma mucho más amplia y además su sutura puede hacerse respetando la mucosa. Solamente por esta vía es posible practicar un plano y acolchona- miento con los elementos de la fascia endopélvica.

4.- Por la vía vaginal es posible realizar en el mismo acto en forma más simple, una intervención complementaria para prevenir la incontinencia de orina cuando en traumatismo operatorio u obstétrico, hubiere lesionado el mecanismo esfinteriano vesiouretral.

5.- Si la fístula persistiera, existe la posibilidad de su reintervención por la misma vía, quedando todavía el recurso - de la vía suprapúbica. Es muy diferente intervenir una enferma por vía alta si ya ha sido operada anteriormente por esta vía.

6.- Desde el punto de vista operatorio, las ventajas de la vía vaginal frente a la transvesical son obvias: el riesgo es mínimo, postoperatorio mejor ya que la posibilidad de choque - quirúrgico es remota, las complicaciones son raras, no deja ci- triz visible y, finalmente, permite reintervenir por la misma vía vaginal.

7.- Los resultados operatorios que se obtienen por la vía - vaginal son excelentes. El porcentaje de curación es elevado:

TECNICAS OPERATORIAS POR VIA VAGINAL

TECNICA DE DESDOBLAMIENTO: Conocida también como técnica de - Mæckenroodt:

1.- Incisión vaginal a 1 mm del borde de la fístula, rodeán- dola en su totalidad; esta incisión circular se complementa - con 2 incisiones de debridamiento que habitualmente se hace en sentido transversal y vertical cuando la fístula es mediana.

2.- Desdoblamiento amplio de la vagina y vejiga, buscando - el plano de clivaje adecuado, en cuyo caso la hemorragia es mo-

derada y habitualmente no se necesita colocar ninguna ligadura se secciona el ligamento cervicovesical en las fístulas altas cuando está conservado el útero.

3.- Resección de 1 mm del borde de la fístula.

4.- Sutura de la brecha vesical con puntos separados catgut crómico 00, no perforantes, en sentido opuesto al de la sección vaginal.

5.- Puntos separados en U que toman elementos de la fascia vesical también con catgut simple 00. Finalmente, puntos separados en U de catgut crómico a la mucosa vaginal.

6.- Taponamiento vaginal con gasa y sonda uretral a permanencia.

TECNICA DE PAUCHET: Primeramente se hace cateterismo de los ureteres para evitar su lesión.

1.- Amplia debridación vulvovaginal seccionando piel, tejido celular y músculo elevador del ano, hasta llegar a 2 cm. del orificio anal.

2.- Liberación de la vejiga: se practica una incisión alrededor de la fístula prolongada hacia arriba hasta un centímetro del meato uretral y hacia abajo hasta llegar al fondo de saco vaginal anterior. Se despega cuidadosamente la vagina de la vejiga haciendo hemostasia cuidadosa presionando con compresas húmedas en solución fisiológica y ligando los vasos de alguna importancia con catgut simple 0. Dicho despegamiento entre la vejiga y la vagina debe llegar en su parte posterior, hasta descubrir el fondo de saco peritoneal anterior, sin abrirlo cuidando de una manera muy particular en este tiempo los ureteres que estando cateterizados, se tocan y puede evitarse lesionarlos. De los bordes de la fístula hacia los lados se lleva la disección procurando encontrar el plano de clivaje hasta las paredes laterales de la vejiga y hacia adelante ampliamente de manera que las paredes vaginales queden ampliamente libres y flojas de suerte que se puedan aproximar fácilmente los bordes de la fístula, sin ninguna tensión.

3.- Sutura vesical: se hace la sutura del orificio fistuloso en 2 planos y con puntos separados, el primero con catgut crómico 0 y aguja atraumática, procurando que estos puntos no sean perforantes a la pared vesical y que salgan en el límite de la muscular y la mucosa. Se ponen los puntos a 5 mm uno de otro, los que sean necesarios. El segundo plano de sutura se hace con catgut crómico 1, con puntos separados en los lugares intermedios de los anteriores y en el número que sean necesarios para cubrir el plano anterior.

4.- Tratamiento del colgajo vaginal: debe resistirse la tentación de suturar la vagina. Se ponen solamente 2 ó 3 puntos - en la comisura anterior del despegamiento y 1 ó 2 en la inferior para evitar la formación de hematoma por el sangrado en capa, y así no comprometer la sutura vesical.

5.- Reparación de la debridación vulvovaginal: deberá llevarse a cabo cuidadosamente, poniendo especial atención en la sutura del elevador del ano, de la grasa de la fosa isquiorrectal y de la grasa subcutánea haciendo un afrontamiento correcto de todos los planos anatómicos.

6.- Se introduce en la vejiga una sonda durante 10 días, se hacen 2 veces al día lavados con solución bórica; vigilándose el correcto drenaje de la misma para evitar que la vejiga se distienda. Se pone un apósito vaselinado en el postoperatorio inmediato y penicilina intramuscular. Al cabo de 10 días, si la operación se ha practicado, siguiendo la técnica, el éxito es la regla y el fracaso la excepción.

OPERACION DE WATKIN: Ha sido preconizada por Pablowsky en Argentina. Consiste en diseccionar en forma independiente la vejiga, la vagina y la fascia endopélvica realizándose en vejiga una jareta inavaginante, un segundo plano afrontando la fascia y finalmente la sutura de la mucosa vaginal.

OPERACION DE SIMS: Se lleva a cabo la resección de la fístula que se realiza en forma de embudo desde la vagina hasta la vejiga, a la que sigue la sutura en 2 planos, el más profundo -

con catgut y el vaginal con hilo de plata o nylon.

OPERACION DE FUTH: Consiste en la disección en collarete de la mucosa vaginal. Es un procedimiento sencillo, eficaz y seguro para la reparación de las fístulas pequeñas, cuando los bordes son lisos, flexibles y bien irrigados. Se hace una incisión circular a 8 mm del borde de la fístula hasta el plano que separa la vagina de la vejiga, se hace una "bolsa de tabaco" con catgut fino en aguja atraumática, se invierte el collarete mediante una pinza introducida por la uretra formando un infundílo cerrando en bolsa de tabaco y un segundo plano con puntos separados de catgut crómico. Terminado esto, el hilo de tracción se retira jalando uno de los cabos.

OPERACION DE LATZKO: Se le conoce también como colpocleisis parcial. Esta técnica fué descrita por Latzko en el año de 1914. Se aconseja en las fístulas altas posthisterectomías y fístulas por irradiación. sus tiempos son los siguientes:

1.- Incisión circular de la mucosa 1.5 cm. del borde de la fístula.

2.- Se disecciona esta mucosa hasta el mismo borde de la fístula y se reseca.

3.- Sutura de la vejiga con puntos no perforantes.

4.- Puntos a la fascia endopélvica.

5.- Sutura de la mucosa vaginal.

TECNICA DE MARTIUS: Fue preconizada por Martius en 1928 y consiste en la utilización de un colgajo del músculo bulbocavernoso con la grasa que lo recubre. Una vez reseca la fístula por una incisión mediana, se realiza otra sobre el labio mayor del lado derecho, con el objeto de preparar dicho colgajo con base posterior el que se lleva sobre la fístula ya suturada a través de un túnel hecho por disección roma desde la herida vaginal.

TECNICA DE SCHAUTA WERTHEIM: Bengola realizaba una amplia disección desde el meato uretral hasta el cuello del útero y la movilización amplia de los colgajos laterales despegando, pre-

via sección del ligamento vesicouterino, la vejiga del útero - hasta el fondo de saco peritoneal.

TRANSPLANTE DEL RECTO INTERNO: Técnica de Ingelman-Sundberg. - Consiste en llevar a la brecha operatoria, un colgajo del músculo recto interno que se obtiene haciendo una incisión en el muslo.

VIA SUPRAPUBICA:

Se ha dividido a la vía suprapúbica en: transvesical, transperitoneal y extraperitoneal. De ellas, la más importante es - la transvesical.

VIA TRANSVESICAL: Se le denomina vía de Trendelenburg y fue - descrita por su autor en el año de 1888. Es, sin duda, la más utilizada de las vías suprapúbicas a pesar de que la mayoría - de los cirujanos limitan sus indicaciones. Ello justifica que hasta el año de 1953 Humada y Calandra de Argentina sólo hubie- ran reunido 261 casos de la bibliografía mundial, incluidas - sus 9 observaciones personales.

Indicaciones:

1.- Fístulas consecutivas a una Histerectomía Total, situa- das en el fondo de una vagina poco amplia, difícilmente acces- ibles.

2.- Casos de vaginas deformadas y estrechas por intenso pro- cesocicatrizial perifistuloso.

3.- Cuando el meato ureteral está muy próximo a la fístula.

4.- Coincidencia de procesos vesicales (papilomas, cálculo) y de una fístula ureterovaginal.

5.- Fracazos reiterados de la vía vaginal.

6.- Mujeres vírgenes o con vaginas atrésicas.

Técnica operatoria:

1.- Cistostomía amplia.

2.- Denudar el trayecto fistuloso.

3.- Movilizar la vejiga.

4.- Realizar las suturas sin tensión.

5.- Cierre de la brecha suprapúbica.

Se puede dejar sonda de Foley por uretra y sonda de Nelatón por la talla para mantener seca la vejiga.

VIA TRANSPERITONEAL: La técnica de Dittel, es una celiotomía y por consiguiente sigue la vía transperitoneal. Se abre el fondo de saco vesicouterino y se separa la vejiga del útero a fin de visualizar la fístula y suturar por separado el orificio - fistuloso de dichos órganos.

Legue sigue la vía transperitoneal y vesical. Se abre la vejiga a nivel de la fístula, se desdobra el tabique vesicovaginal y se cierran separadamente ambos orificios, previo avivamiento de la brecha de la vejiga. Estas 2 últimas técnicas tienen el inconveniente que abren el peritoneo en un campo séptico con el consiguiente peligro de una posible peritonitis.

VIA EXTRAPERITONEAL: se trata en realidad de una variante de la vía transvesical y ha sido preconizada por Braham y Marshal en el año de 1950.

Se llega a la fístula extraperitonizando la vejiga que luego se sutura desde afuera, para realizar finalmente una cistostomía.

VIA COMBINADA: En algunos casos se emplea la vía combinada vaginal suprapúbica; en algunos casos liberando la fístula por vía transperitoneal y en otros por vía transvesical, para suturarla luego por vía vaginal.

TECNICA DESCRITA POR TWOMBLEY Y MARSHALL EN EL AÑO DE 1946.

1.- Cistostomía amplia: se colocan catéteres en los ureteres como referencia y evitar así su lesión en el acto operativo. Un asistente coloca un dedo en el recto y rechaza la pared vaginal posterior contra la fístula, con un bisturí de hoja delgada se marca en pared vaginal posterior el reborde de la fístula.

2.- La enferma se coloca en posición ginecológica pasándose al tiempo vaginal: El tercio superior de la vagina se desnuda de su mucosa excepto en la zona previamente marcada por vía su

prapúbica.

3.- Se procede a la sutura de la brecha vaginal.

4.- Se pasa nuevamente al tiempo suprapúbico. Se colocan puntos separados a la mucosa vaginal tomando los bordes de la fístula.

5.- Sutura de la brecha vesical dejando en la parte más alta de la misma un tubo de cistostomía.

COLPOCLEISIS: Esta operación fue preconizada por Simon, la que transforma la vagina en un gran receptáculo o divertículo vesical; cuyas complicaciones obligadas (litiasis, infecciones, etc.), la han hecho caer en desuso definitivo como operación paliativa en el tratamiento de las fístulas inoperables. Estos resultados desfavorables de la colpocleisis se observan también en la colpocleisis parcial que se aconseja en las fístulas altas. Se excluirá de estas consideraciones a la operación de Latzko denominada también colpocleisis parcial en la cual se provoca la formación de un divertículo y cuyos resultados favorables se han destacado anteriormente.

Cuando las fístulas han destruido una amplia porción del tabique vesicovaginal, el problema estriba en que no hay tejido suficiente para llenar la porción faltante. Haciendo avivamiento y sutura o desdoblamiento simple, las suturas quedan tensas los tejidos se isquemian y se cortan por la tensión, fracasando la operación.

En tales condiciones se ha empleado en México, con éxito, el método de la colpocleisis parcial que realiza la cura de la fístula con un procedimiento absolutamente diferente. Se trata de establecer un tabicamiento de la vagina en sentido longitudinal para que la vagina cierre, no obstante que se reduzca el calibre de la misma. Como la vejiga no se puede estirar para seguir a la vagina en su desplazamiento, queda separada estableciéndose una cavidad entre vejiga y vagina que cierra posteriormente por granulación; la técnica de la operación es la siguiente;

A.- Con la enferma en posición ginecológica se practica una incisión curvilínea en la mitad anterior de la circunferencia del orificio vaginal, pasando un poco por debajo del meato urinario.

B.- Completa la incisión y hecha la hemostasia, se inicia un despegamiento que separa la uretra de la vagina y posteriormente la vejiga de la vagina. Hacia los lados se desprende la vagina del tejido paravaginal. Se continúa este despegamiento hasta sobrepasar ampliamente toda la extensión de la fístula, llevando el despegamiento, si es necesario hasta el cérvix o hasta el fondo del saco peritoneal vecouterino.

C.- Se hace una sutura longitudinal en la pared vaginal despegada para formar un pliegue hacia la cavidad vaginal. Hecha la primera sutura se hace otra encima y se continúa en varios planos hasta que quede una cresta longitudinal en toda la pared interior de la vagina, en la cual se incluye el orificio de la fístula que queda así cerrado.

D.- Se hace una sutura en bolsa de tabaco alrededor del orificio fistuloso de la vejiga, se pasa una sonda de Pezer a la vejiga y se cierra la jareta sobre ésta, la cual sale por la amplia cavidad que ha quedado entre la vejiga y la vagina. Esta gran cavidad se tapona con gasa impregnada de algún bacteriostático.

E.- A los 10 días aproximadamente ha cicatrizado en forma completa la vagina, habiéndose establecido un tabique firme de la cavidad artificial intervesicovaginal y la vagina.

Cuando esto ha sucedido, se extrae la sonda de Pezer y se coloca en la uretra. El pequeño orificio de la vejiga cicatriza rápidamente, como el orificio de una talla hipogástrica en buenas condiciones. La cavidad entre la vejiga y la vagina se acerca gradualmente y en un mes aproximadamente, la cavidad se ha borrado.

O B J E T I V O

Determinar la incidencia de fístula urogenital en pacientes que fueron sometidas a cualquier procedimiento quirúrgico Gineco Obstétrico en el Hospital de Ginecoobstetricia #3 del Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro de las complicaciones en cirugía Gineco Obstétrica, la fístula urogenital continúa presente, aunque en menor frecuencia, principalmente en los hospitales de concentración.

Sin embargo, aún cuando las técnicas quirúrgicas han mejorado, el manejo intervencionista ha aumentado en los últimos años condicionando que esta complicación se siga observando con cierta frecuencia dentro de la Especialidad.

Dado que es una complicación que por lo regular es inesperada, es necesario plantear puntos claves y formular conclusiones que sean útiles para conseguir un manejo óptimo de las pacientes que presentan este problema en la práctica quirúrgica.

HIPOTESIS

NULA: La fístula urogenital no se presenta como complicación en la cirugía Gineco Obstétrica.

ALTERNA: La fístula urogenital tiene alta frecuencia como complicación en la cirugía Gineco Obstétrica.

DE TRABAJO: La frecuencia de la fístula urogenital es baja como complicación de la cirugía Gineco Obstétrica.

MATERIAL Y METODOS

Se revisarán los expedientes de pacientes con diagnóstico de fístula urogenital como complicación de cirugía Gineco Obstétrica en el lapso del 1º de Enero de 1986 al 31 de Diciembre de 1988 en el Hospital de Ginecoobstetricia #3 del Centro Médico "La Raza" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se incluirán en el estudio pacientes con diagnóstico de fístula urogenital sometidas a cirugía en esta Unidad, sin antecedentes de malformaciones congénitas del tracto genitourinario y que tengan corroboración clínica o radiológica de la presencia de fístula.

Se excluirán del estudio aquellas pacientes con fístula urogenital a las cuales no se les haya realizado cirugía en esta Unidad, que no tengan corroboración clínica o radiológica de la fístula, con antecedentes de malformaciones congénitas del tracto genitourinario así como las pacientes que presentaron fístula urogenital como complicación de cirugía Oncológica o postradiación.

Se analizarán las causas de fístula urogenital en relación a los procedimientos quirúrgicos empleados, ya sea por causa Ginecológica (Histerectomía Total Abdominal, Histerectomía Vaginal reconstructiva, colpoplastías, Uretropexia Retropúbica) u Obstétrica (parto distócico, aplicación de fórceps, desgarros del canal vaginal, cesárea).

Se analizará la Historia Clínica con especial atención al examen ginecológico, tipo de cirugía Gineco Obstétrica (abdominal o vaginal), técnica empleada, complicaciones transoperatorias, tiempo de aparición de la fístula, técnica de fistulectomía, tratamiento previo y recidiva.

R E S U L T A D O S

Se revisaron 24 casos de fístula urogenital ocurridos del 1º de Enero de 1986 al 31 de Diciembre de 1988. De éstas, se excluyeron 3 por presentar fístula urogenital secundaria a radiación de CaCu; 5 que la presentaron posterior a cirugía Oncológica y 1 que presentó fístula posterior a cirugía pélvica en otra Unidad.

En el lapso de 1986 a 1988 se realizaron 1658 Histerectomías abdominales de las cuales 10 presentaron fístula vesicovaginal (0.6%); de las 242 Histerectomías vaginales reconstructivas, 2 desarrollaron fístula (0.8%); en 258 colpoplastías se presentaron 2 fístulas (0.7%) y de los 925 fórceps aplicados, una paciente desarrolló fístula urogenital (0.1%) (cuadro #1).

El total de estos procedimientos fue de 2973 de los cuales 15 desarrollaron fístula urogenital (0.5%) y en su totalidad fueron vesicovaginales.

Del total de las fístulas, las secundarias a Histerectomía total abdominal representa el 66.6%; de las secundarias a Histerectomía vaginal reconstructiva el 13.4%; las secundarias a colpoplastías el 13.4% y la que se presentó consecutiva al uso de fórceps el 6.6% (cuadro #2).

La distribución por grupo de edades de estas pacientes se observa en el cuadro #3. Así, en el grupo de 20 a 30 años una paciente la presentó (6.7%); de 31 a 40 años de edad fueron 8 pacientes (53.3%); en el grupo de 41 a 50 años de edad, 2 pacientes (13.4%) y en el grupo de 51 a 60 años de edad, 4 pacientes.

Todas las pacientes se sometieron a exploración ginecológica con observación directa del orificio fistuloso en 11 de ellas (73.3%); se hizo corroboración con la prueba de azul de metileno en 13 pacientes (86.6%), la urografía excretora en 3

pacientes (20%), sin embargo a ninguna se le hizo cistoscopia y el tamaño de la fístula se determinó en 6 pacientes (40%) - (cuadro #4).

El tiempo de aparición de la fístula varió de 7 a 90 días - para una media de 48 días.

El tratamiento seleccionado fue el siguiente: Fistulectomía vaginal en 10 pacientes (66.6%); fistulectomía transvesical intraperitoneal en 3 pacientes (20%) y tratamiento médico en 2 - pacientes (13.4%), consistiendo éste último en aplicación de - sonda Foley a permanencia y gravedad con cambios periódicos, - antibióticos y acidificantes urinarios.

Dos pacientes presentaron recidiva (13.4%), una de ellas -- posterior a fistulectomía vaginal realizándose la misma técnica en la reintervención con éxito. La otra paciente que presentó recidiva fue posterior a fistulectomía vaginal realizándose fistulectomía transvesical intraperitoneal con buena evolución posterior.

El porcentaje de curación obtenido en la fistulectomía de - primera intención fue de 86.6% (13 pacientes).

Tres pacientes presentaron lesión vesical transoperatoria - y a pesar de su reparación se advirtió la fístula vesicovaginal a los 7, 12 y 35 días posteriores al acto quirúrgico.

C U A D R O No. 1

PROCEDIMIENTO	NUMERO	FISTULAS	%
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	658	10	0.6
HISTERECTOMIA VAGINAL RECONSTRUCTIVA	242	02	0.8
COLPOPLASTIA	258	02	0.7
APLICACION DE FORCEPS	925	01	0.1

TOTAL DE PROCEDIMIENTOS : 2973

TOTAL DE FISTULAS : 15

PORCENTAJE : 0.5%

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 2

CAUSA DE FISTULA	NUMERO	PORCENTAJE
HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL	10	66.6
HISTERECTOMIA VAGINAL RECONSTRUCTIVA	02	13.4
COLPOPLASTIA	02	13.4
APLICACION DE FORCEPS	01	06.6
TOTAL :	15	100.0

CUADRO No. 3

GRUPO DE EDADES

EDAD	FISTULAS	%
21 - 30 años	01	6.7
31 - 40 años	08	53.3
41 - 50 años	02	13.4
51 - 60 años	04	26.6
TOTAL :	15	100.0

C U A D R O No. 4

METODO DX	NUMERO	%
COMPROBACION CON AZUL DE METILENO	13	86.6
UROGRAFIA EXCRETORA	03	20.0
CISTOSCOPIA	0	0
TAMAÑO DE LA FISTULA	06	40.0

CUADRO No. 5

TRATAMIENTO	NUMERO	%
FISTULECTOMIA VAGINAL	10	66.6
FISTULECTOMIA TRANSVESICAL	03	20.0
TRATAMIENTO MEDICO	02	13.4
TOTAL:	15	100.0
RECIDIVAS:	02	13.4

COMENTARIO

La frecuencia de fístula urogenital ha disminuido en la última década, sin embargo continúa siendo una complicación importante en la cirugía Ginecoobstétrica llegando a ser molesta e incapacitante para la paciente por lo que el ginecólogo debe estar familiarizado con los métodos de diagnóstico y el abordaje quirúrgico de dicha complicación.

En este estudio, la fístula urogenital secundaria a Histerectomía Total abdominal representó el 66.6% comparable con el reportado por Guerra y cols. de 64.7% (16) y Tancer de 67% en su serie (15).

El 53.3% de las pacientes se encontraba en la cuarta década de la vida; Kursh y cols. reporta una edad media de 43.6 años (16).

Es de hacer notar que dentro de los procedimientos de diagnóstico, a ninguna paciente se le realizó cistoscopia, método que es importante para establecer la relación con el trigono vesical y evitar lesiones de los meatos ureterales (17).

llama la atención la ausencia casi total de esta complicación en los procedimientos obstétricos pues sólo se reporta una fístula como complicación de aplicación de fórceps. Esto probablemente se deba al tipo de atención obstétrica y por otro lado, las pacientes con fístula urogenital atendidas en nuestro hospital son derivadas directamente a un servicio de Urología por sus Unidades de Medicina Familiar y prácticamente no las tomamos en cuenta como complicaciones.

La vía de elección para la fistulectomía es este estudio fue la vaginal que se utilizó en 10 de 15 pacientes siendo semejante a la reportada por otros autores (14, 18).

La vía vaginal para el Ginecólogo es la de elección y será aún más según el éxito que con ella se haya obtenido. En realidad cada enfermo ofrece un problema en particular y la elección de la vía dependerá de la localización del orificio

fistuloso, el número de intentos anteriores, la cantidad de te
jido sano adyacente a la fístula y la experiencia particular -
del cirujano en cualquiera de las vías (18).

CONCLUSIONES

- 1.- La frecuencia de la fístula urogenital en el Hospital de Ginecoobstetricia #3 C.M.R.
- 2.- El ginecólogo debe apegarse al protocolo de estudio y manejo de estas pacientes.
- 3.- Es muy importante realizar estudio cistoscópico a estas pacientes para establecer la relación de la fístula con el trigono vesical para evitar una lesión ureteral, y poder determinar la vía de acceso .
- 4.- Evitar y detectar oportunamente las lesiones vesicales durante la cirugía para poder establecer un manejo adecuado desde el postoperatorio inmediato.
- 5.- Toda fístula urogenital detectada en forma tardía deberá seguir el manejo médico conservador de 3 meses mínimo para dar oportunidad al restablecimiento de los tejidos dañados y de esta manera obtener mejores resultados quirúrgicos.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Gallo D C : Urología Ginecológica 1969 pág. 325
- 2.- Danforth: Tratado de Ginecología y Obstetricia.
4a. Edición 1987 pág. 937
- 3.- Hdleund H: Urovaginal fistulas; 20 years of experience -
with 45 cases. J Urol May 1987 137:926-28
- 4.- Barcelo L: Fístula Genitourinaria.
Rev Mex Urol 1959 5:261-65
- 5.- Leonard Richard: Historia de la Ginecología.
Editorial Salvat 1948 págs. 180, 198.
- 6.- Moir J C: Injures of the bladder.
Am J Obstet Gynecol 1961 82:124-31
- 7.- Oernnanhuacano B: Historias de las fístulas Genitourina---
rias. Rev Ginec Brasil 1956 7:38-43
- 8.- Elkins: Vesicovaginal fistula revisited.
Obstet Gynecol 1984 72:307
- 9.- Hoskins W J: Repair of urinary tract fistulas with bulbo-
cavernosus myocutaneous flaps.
Obstet Gynecol 1984 63:508
- 10.- O'Conor V: Review of experience with vesicovaginal fistu-
la repair. J Urol 1980 123:367-69
- 11.- Ercole R: Fístula vesicovaginal.
Rev Fac Ciencias Médicas (Rosario) Argentina 1960 2:47-71

- 12.- Falk H C: Urologic Injuries in Gynecology
J Urol 1957 5:257
- 13.- González Merlo: Atlas de Operaciones Ginecológicas.
Tomo II 1984 pág. 168.
- 14.- Guerra et al: Fístulas vesicovaginales.
Ginec Obstet Mex Feb 1980 47(280):111-18
- 15.- Tancer: The post-total Histerectomy (vault) Vesicovaginal fistula. J Urol Jun 1980 123:839-40
- 16.- Kursh et al: Prevention of the development of vesicovaginal fistula. Surg Ginecol Obstet May 1988 166:409-12
- 17.- Zacharin: Grafting as a principle in the surgical management of vesicovaginal and rectovaginal fistulaes.
Aust N Z J Obstet Gynaec 1980 20:10-17
- 18.- González y Estrada: Fístula Vesicovaginal (vía transvesical vs vía transvaginal).
Ginecol Obstet Mex 1985 53:197-200