

FISTULAS VESICOVAGINALES. PROBLEMAS QUE PLANTEAN EN NUESTRO MEDIO¹

DR. JAIME WOOLRICH²

Se hace una revisión panorámica del problema que plantean las fistulas vésico y vésico uretroaginales en el nivel de pacientes pertenecientes a un sector depauperado y muy amplio de mujeres de nuestro país. La comparación con lo que acontece en países de bajo y alto desarrollo económico social y consecuentemente médico, nos sitúa cerca de aquéllos y lejos de éstos, en el aspecto que tratamos.

Los resultados obtenidos en el manejo de este padecimiento con los medios de que se dispone actualmente, aunque no ideales, han permitido sentar las bases para propiciar mucho mejores logros; la parte decisiva la cumpliría sin género de dudas, la difusión de los conocimientos y las atenciones tocológicas fundamentales.

Si la atención obstétrica que se otorga en el Hospital General, a un costo bajísimo, se hiciera extensiva a núcleos amplios del país, disminuiría notablemente la frecuencia de este padecimiento.

Se exponen algunas aportaciones, productos más bien de las angustias y limitaciones del autor, que pueden ser útiles en el diagnóstico integral y en el manejo de este lamentable padecimiento. (GAC. MÉD. MÉX. 99: 327, 1969).

EL TEMA de las fistulas vaginales no ha tenido en México la atención que por su importancia merece y el motivo quizá radique, entre otras causas, en la circunstancia de que todas las secuencias de su manejo son dolorosas

para el médico, desde el encuentro y comunicación con pacientes de condición psicosomática lamentable hasta el acto de aquilatar los pobres resultados obtenidos después de los esfuerzos quirúrgicos tan frecuentemente fallidos. Esto se advierte particularmente en un medio poco propicio y de nivel semejante al del Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en el que se actúa con pacientes que

¹ Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, presentado en la sesión ordinaria del 13 de noviembre de 1969.

² Académico numerario, Hospital General de México, Secretaría de Salubridad y Asistencia.

adolescen de graves condiciones de indefensión, y que constituyen muestra viva de un amplio sector de la población depauperada del país que prosigue al margen de las instituciones médicas de seguridad social y, consecuentemente, apartadas de una cada vez más inalcanzable medicina privada. Quizá también intervenga como factor determinante la circunstancia de que nos lastime reconocer, cuando se juzga este problema a la luz de su significado socio-económico, que mientras subsistan padecimientos como éste en la proporción que adelante se señalará, no podrá legítimamente hablarse de nuestro despegue real hacia los verdaderos caminos del desarrollo económico social anhelado.

Este padecimiento es, en efecto, consecuencia natural y lógica de la miseria; lo padece, por regla general la madre totalmente abandonada; principalmente la madre en el vasto campo nuestro, que podría estar simbolizada en el olimpo o empíreo mexicano prehispánico por la Tlazolteotl (Fig. 1), "diosa de los amores carnales", también, simultáneamente "diosa de la basura" y "diosa de la maternidad" e irónicamente "otra Venus" para Sahagún; su miseria crónica atestiguada por su escualidez, la angustia patente y el esfuerzo supremo que con las manos realiza para abrirse y poder parir.

En la valiosísima Bibliografía General de esta H. Academia elaborada por Fernández del Castillo² y que abarca los trabajos publicados desde 1836 hasta 1956, sólo he encontrado menciones aisladas de orden técnico sin aporta-

ción de datos estadísticos referentes a la importancia del problema en nuestro país.

Fue hasta 1962 cuando el también muy distinguido académico Alfonso Alvarez Bravo se ocupó en el problema que se aborda ahora, en un simposium de la Sociedad Mexicana de Ginecología y Obstetricia³ con una extensión significativa y ya útil.

Se presentan aquí por una parte, los datos estadísticos obtenidos después de una revisión que acerca del mismo asunto se hizo en el Hospital General, con la cooperación de los pasantes Joel Quintero y Guillermo Sosa,⁵ con motivo de la elaboración de sus tesis profesionales, y con el Dr. Luis Goldberg, la cual abarca los años de 1958 a 1966 inclusive; por otra parte, algunos esfuerzos que hemos realizado con el propósito de mejorar resultados en el futuro, en el penoso recorrido del manejo de las fístulas vésico vaginales que va desde la frase de Sir James Young Simpson, quien afirmaba a mediados del siglo pasado, que "la fístula urinaria es un padecimiento que está más allá de todo alivio y toda esperanza", hasta el 100% de éxitos que afirma haber obtenido Moir en Inglaterra durante la presente década.⁶

MATERIAL REVISADO Y COMENTARIOS

En ocho años, de 1958 a 1966, se pudieron revisar 117 expedientes de pacientes con fístula vésico vaginal inter-nadas en el Pab. 5 del Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, una vez eliminados aquellos ca-

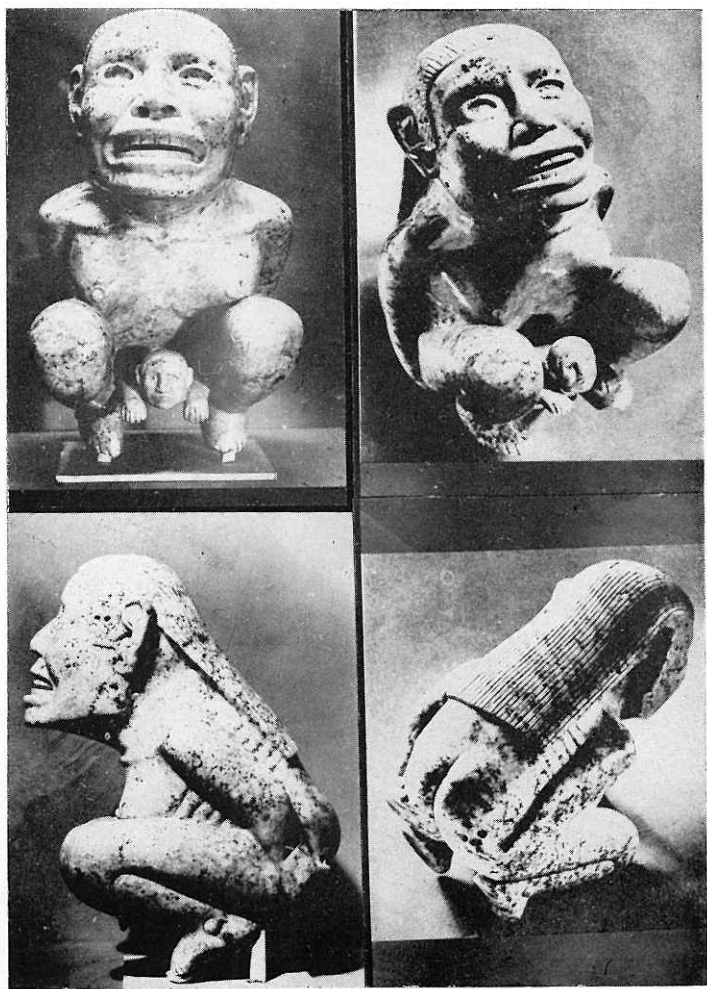


FIGURA 1

sos en que los datos consignados no eran completos o estadísticamente aprovechables. Actualmente disponemos de 54 pacientes más que no se han podido incorporar en este análisis.

De otros servicios del Hospital General en que se observan fistulas vésico vaginales se pueden dar los siguientes datos:

1. En 104,450 pacientes internadas en el Pabellón 30 de Maternidad, en la revisión realizada con Orta, hubo sólo siete fistulizaciones post-partum (0.006%), lo que parece una muy baja proporción; mucho menor que la de Cohen y Weinberg⁷ del Hospital Beth Israel de Nueva York, quienes tuvieron 4 fistulizaciones en dos años, lo que constituye el 0.08%.

2. En el Pabellón 25, de Ginecología, en la revisión practicada con Padilla, en 3,300 pacientes internadas, sólo cuatro, el 0.1%, fueron fistulas vesicovaginales consecutivas a cirugía este tipo de pacientes en el Hospital General, buscan el auxilio del urólogo más que del ginecólogo.

3. Finalmente, en la Unidad de Oncología (Pabellón 13), en una revisión de 15 meses llevada a cabo por Maldonado Hernández, entre 449 cánceres cérvicos uterinos, hubo 18 fistulas vésico vaginales consecutivas a cirugía radical, 7 en el curso de la evolución biológica del padecimiento y 2 por radionecrosis.

Etiopatogenia. El 37.9% de las fistulas vésico y/o uretro vaginales, motivo de este análisis, fueron consecutivas a partos prolongados, atendidos por "comadrona" personaie *sui generis* que en

nuestro medio social es una mujer frecuentemente vecina de la parturienta, que dice y puede tener algunos conocimientos empíricos relativos a la atención de partos, comúnmente por haber sido ella múltipara, y que actúa en ellos por necesidad económica, afición y/o amistad hacia la parturienta. Misma que es poseedora de una mezcla en proporciones muy variables, de los siguientes atributos antagónicos o contradictorios: "sangre fría" o arrojo, crueldad, indiferencia al dolor ajeno, agudo sentimiento de solidaridad humana, paciencia, impaciencia, fuerza física, ferocidad, amor, odio: algunos o todos estos estados anímicos surgen, se complementan o se suplantán por las oportunidades que ofrece un parto prolongado; pero siempre ostensiblemente matizados por la ignorancia.

Si sumamos estos partos a los partos prolongados atendidos por partera

Si sumamos estos partos a los partos prolongados por partera atendidos (2.5%); los de partos con aplicación de fórceps (14.3%), un parto prolongado con craneotomía (0.8%) y los partos resueltos por versión interna (2.5%), resulta que el 58% de las fistulizaciones fueron originadas por causa obstétrica, lo cual nos ubica más cerca de las áreas de reconocido subdesarrollo como Africa e India que de países avanzados como EE. UU. de Norteamérica e Inglaterra (Tabla 1).

Las fistulizaciones del tracto urinario consecutivas a cirugía ginecológica, particularmente la amplia cirugía tipo Wertheim Tausig y las exenteraciones pélvicas, aumentan en países en los que

la medicina ya no se enfrenta a problemas planteados por cuestiones primarias o básicas como son las del parto; sino de mayor nivel como los de la lucha contra el cáncer.

Counseller,⁹ que tiene una cifra muy baja (12.2%) de fístulas vésico vaginales post-partum, tiene la más alta (80.2%) de las consecutivas a cirugía ginecológica; de las que nosotros tenemos sólo un 20.2% (Tabla 1).

SINTOMATOLOGÍA

La incontinencia urinaria es el síntoma fundamental, que puede presentarse acompañado de deseos de orinar ocasionales, en relación con el tamaño y localización de la fístula. (Tabla 2).

El prurito genital por maceración de tejido promovido por la orina y la infección secundaria, fue frecuente (17%).

Fiebre y dolor lumbar, como manifestaciones de posible pielonefritis fueron relativamente escasas, sólo 9%, si se considera que la vejiga que comunica con vagina debe estar fuertemente contaminada; pero el hecho mismo de no retener orina, impediría en cierto modo la infección ascendente por vía ureteral; mecanismo frecuente en pielonefritis.

La eversion de la mucosa vaginal como consecuencia del gran tamaño de la fístula y de su localización, abarcando trigono y porción retro trigonal, se presentó en 3 pacientes, en las que se podían cateterizar fácilmente los meatos ureterales expuestos a la simple vistavista (Figs. 2, 3 y 4), constituyendo una verdadera extrofia vesical.

Tamaño y sitio. Sólo el 29.5% de las fístulas fueron menores de 1 cm de diámetro; el 58.6% fueron mayores,

TABLA 1

Autor	No. casos	Obst.	Radioter y/o CA.	
			Quir.	Cerv. Uter.
Lavery* (Sudáfrica)	160	157	3	
Abbott	3 años	98.1%	1.9 %	
	"En Africa casi todos los casos son de origen obstétrico".			
Louw* (Sudáfrica)		78 %		
Krishnan* (India)	100			
Moir*	3 años			
Miller	230	27.4%	72.6 %	
Counseller y cols.	292	14.7%	45.2 %	
(Clínica Mayo)		12.2%	80.2 %	
Alvarez Bravo	En 3,268 histerectomías simples			
	2% heridas vesicales y 0% F. Ves.			
	Vags.			
Cohn-Weinberg	4		0.08%	
(Hosp. Beth Israel, N. Y)	2 años			
Carter y cols.	4			
	5 años			
Everett y cols.	149	18.7%	43.6 %	32.2%

* Falk, H. C.: Urologic Injuries in Gynecology. F. A. Davis Co., 1964, p. 15.

TABLA 2

FISTULAS VESICO VAGINALES. SINTOMATOLOGIA

Incontinencia	117	100%
Deseo de orinar ocasional	45	39%
Prurito genital	21	17%
Fiebre	6	5%
Dolor lumbar	5	4%
Hematuria	9	7%
Eversión de mucosa vesical	3	2%

hasta 5 cm, habiendo un 19.5% mayores de 3 cm. Si aceptamos que, en tesis general, las dificultades técnicas para la reparación quirúrgica de una fistula vesicovaginal está en relación directa con sus dimensiones, esto podría explicar en parte los resultados obtenidos en su manejo, ya que siendo

más frecuentes en trigono y porciones aledañas, en este grupo de pacientes se incluía casi todo el trigono, que sabemos que tiene de 2½ a 5 cm, por lado según que la vejiga esté vacía o distendida. Esto plantea problemas importantes de reparación, particularmente por el posible compromiso de los meatos ureterales.



FIG. 2. Eversión de mucosa vesical.

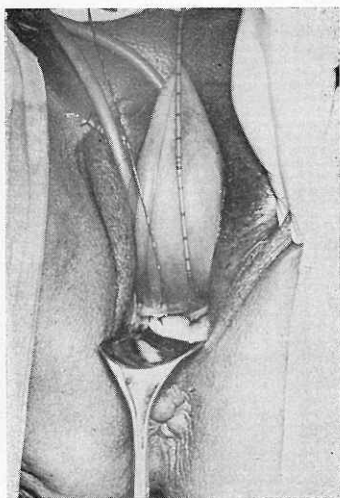


FIG. 3. Eversión total de la mucosa vesical. Meatos ureterales cateterizables desde el exterior.



FIG. 4. Gran fístula véscico vaginal. Destrucción de esfínter anal. Meatos ureterales cateterizables desde el exterior.

Patología asociada (Tabla 3). La exploración del aparato urinario alto por medio de la urografía excretora, reveló "normalidad" en el 70%; exclusión funcional de algún riñón en 1.12%; hidronefrosis e hidrouréter en el 17.5%. Presentaron cuadro clínico de pielonefritis aguda o crónica el 12.8%. Se advierte no muy alta, sin embargo, la repercusión en aparato urinario supe-

rior, lo que confirma que siempre es más dañina para éste la obstrucción que la incontinencia.

En 10.2% de los casos hubo litiasis vesical; siempre en relación con intentos previos de reparación con mala técnica quirúrgica o por el empleo de material inabsorbible en suturas perforantes de mucosa vesical.

En seis pacientes hubo, además, fistulización rectovaginal y pérdida parcial o total del esfínter anal lo que nos ha planteado los problemas terapéuticos de más difícil solución, como consecuencia de la retracción cicatrizal, o por los intentos de reparación en los que se habían practicado verdaderas colpocleisis, con pérdida prácticamente total de la cavidad vaginal (Figs. 4 y 5). En dos de estas seis pacientes hemos intentado la formación de una neovagina, labrando una cavidad lateral, en espacio isquiorrectal, ya que creemos muy difícil lograr una buena reparación intentándolo por una brecha central rectovesical sin refistulizar a la paciente; esta cavidad se cubre con injerto libre de piel, para lo cual hemos contado con la colaboración del Dr. Gustavo Barrera, del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital General. (Figs. 6, 7, 8 y 9.)

TABLA 3

FISTULAS VESICO VAGINALES. PATOLOGIA ASOCIADA

Exclusión funcional urográfica de algún riñón	12.1%
Hidronefrosis e hidrouréter	17.5%
Pielonefritis	12.8%
Litiasis vesical	10.2%
Destrucción de tabique rectovaginal y pérdida del esfínter anal	5.1%
Pérdida de la cavidad vaginal	5.1%

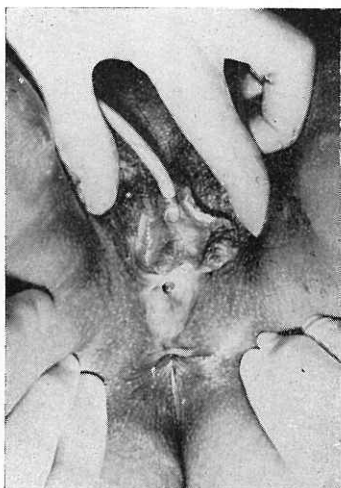


FIG. 5. Pérdida de la cavidad vaginal. Se ha hecho reconstrucción total de uretra empleando labios menores.

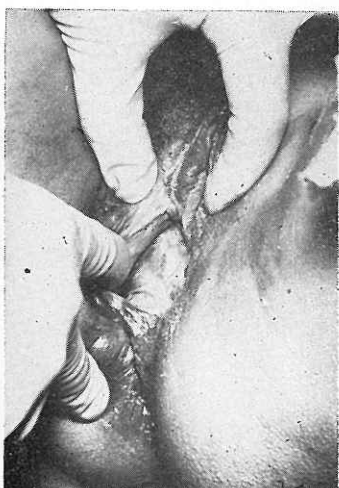


FIG. 7. La nueva vagina cubierta con el injerto libre de piel. (Caso 1).

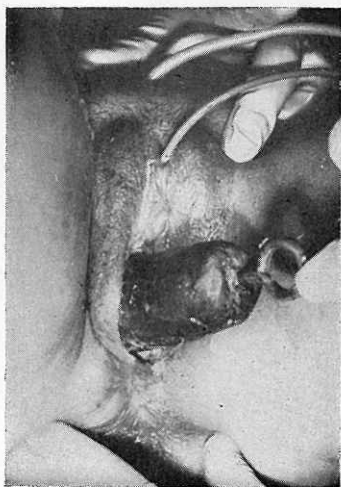


FIG. 6. Molde introducido en la nueva vagina (Caso 1)

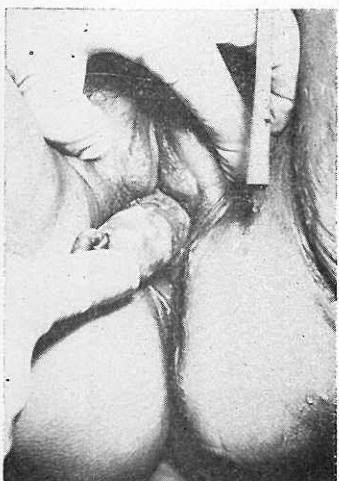


FIG. 8. Molde introducido en la nueva vagina

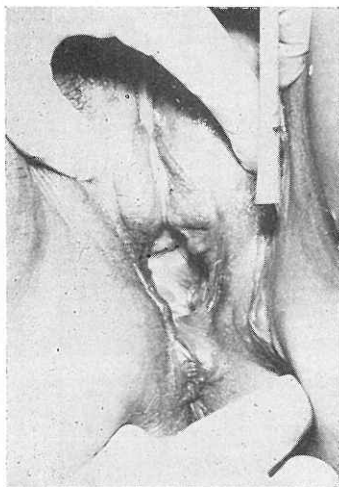


FIG. 9. La nueva vagina cubierta con su injerto. Uretra reconstruida con labios mayores. (Caso 2).

En doce pacientes, la fístula fue consecutiva a cáncer cervicouterino, que en México es el cáncer más frecuente; ocho de ellas después de radiaciones y cuatro como consecuencia de la evolución biológica de este padecimiento.

Hubo una paciente de 28 años que, aparte su fistulización que fue muy

amplia, sufrió fractura de pubis consecutiva a aplicación de fórceps para terminar con el trabajo de parto que duró 5 días.

Pacientes tratadas fuera del servicio:
A 42 pacientes, 35.8% del total, se les había practicado desde uno hasta 7 intentos de cierre de su fístula fuera de nuestro servicio. A 37 (88%) de este grupo se les había hecho de 1 a 3 intentos. Es indudable que esta circunstancia es un factor de interés en los fracasos que se señalarán enseguida, ya que hubo que luchar contra uno o varios de los siguientes inconvenientes; fibrosis cicatrizal importante, retracción vesical, cistitis, litiasis, pielonefritis y mal estado general.

TRATAMIENTO Y RESULTADOS

De la revisión de la tabla 4, se desprende que en la Unidad de Urología preferimos la vía vaginal que seguimos en el 58.4% de los casos; seguramente debido a que es la vía más tentadora por lo directa y porque la mayoría de las fístulas fueron postpartum, casi siempre de localización más delantera.

Practicamos la vía transvesical en 32.6%; por ser fístulas situadas profundamente en la vagina y consecutivas

TABLA 4

FISTULAS VESICO VAGINALES. VIAS DE ACCESO Y RESULTADOS

Vía de acceso	% casos	Curadas
Vaginal	58.4%	74.2%
Transvesical	32.6%	69.6%
Abdominovaginal	5.1%	Todas
Extrapertoneal	2.5%	66.6%
Mortalidad operatoria 1 en 101 = 0.99%		

a cirugía ginecológica, o bien porque estando muy cerca de los meatos ureterales se creía pertinente tener éstos bajo control visual directo.

Finalmente las vías abdómino-vaginal y la abdominal extraperitoneal se practicaron pocas veces, por razones cuyos análisis valdría la pena intentar en otra oportunidad.

Los resultados obtenidos están muy lejos de ser satisfactorios según puede inferirse de la tabla siguiente comparativa (Tabla 5).

De estos datos se desprende que curamos menos fistulas que Sims en sus 2 series y que Simon;¹⁰ ambos, grandes cirujanos que revolucionaron las técnicas de reparación de fistulas, pero que actuaron hace más de un siglo, sin antibióticos ni enzimas proteolíticas u otros supuestos antiinflamatorios; sin disponer de estrógenos y carentes de la amplia variedad y clase de material de sutura con que contamos ahora. Actualmente algunos cirujanos, como el inglés Moir⁶ afirman alcanzar éxito en todas sus intervenciones. Sólo podríamos argüir como razonamientos atenuantes de nuestros malos resultados

el que más de 135% de las pacientes ya habían sido operadas una o más veces; que 10% tenían cáncer cérvico uterino radiado o evolutivo; que un 20% fueron fistulas mayores de 3 cm., y que 6 enfermas tenían fistula recto vaginal con destrucción de esfínter anal y sobre todo, al hecho de carecer en nuestra Unidad de Urología de la atención continuada y cercana postoperatoria, factor tan importante en el manejo de este tipo de pacientes.

Sin embargo, abrigo la creencia de que podemos y debemos mejorar nuestros resultados; el primer paso puede ser este trabajo que nos coloca ante la realidad de los números. Debemos revisar y mejorar nuestras técnicas y elementos de trabajo y, sobre todo, asociarnos con el ginecólogo y el cirujano plástico en el manejo de estas pacientes.

Operaciones complementarias:

A cuatro pacientes se les practicó derivación ureteral a conduto ileal y a 4 ureterostomía cutánea; a una se le hizo neoureterocistostomía; a 2 se les practicó nefrostomía percutánea para conocer situación órgano funcional de riñones urográficamente excluidos.

TABLA 5
RESULTADOS

<i>Autor</i>	<i>Año</i>	<i>No. casos</i>	<i>Éxitos</i>
Sims	1852	312	230 (73.7%) 1er. uso del alambre de plata
Simon	1854	40	87.5%
Sims	1860	261	82.7%
Emmett	1878	175	87.1%
Aldridge	1946	92	92.3%
Moir	1954	100	100 %
Counsellor	1956	218	88 %
Unidad de Urología	1966	101	72.2%

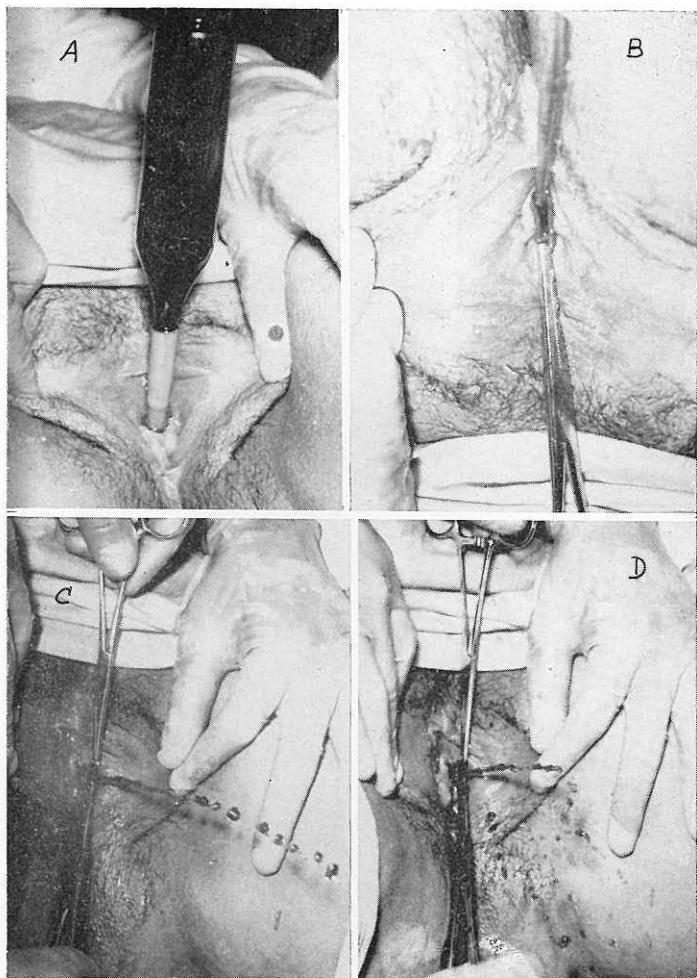


FIG. 10. A) Se introduce líquido a la vejiga con el globo en su interior. B) Se sostiene el extremo abierto del globo. C) La paciente orina. D) Detiene la micción.

La única enferma que falleció fue por shock, al intentarse la plastía de una muy grande fístula que abarcaba toda la base vesical.

DATOS ADICIONALES Y COMENTARIOS

Enfrentados al serio problema que suscitan las grandes fístulas vésico-vaginales que incluyen la uretra, y desconociendo, por tanto, si existen o están destruidos elementos musculares necesarios para la continencia después de su reparación; atentos a la necesidad de conocer la capacidad vesical para saber si después del cierre de la fístula la paciente va a tener micciones razonablemente satisfactorias y, finalmente, necesitando saber la ubicación de los meatos ureterales en relación con los bordes fistulares para un buen planeamiento quirúrgico, hemos ideado, de acuerdo con el Dr. Roberto García, el uso de un globo de goma o plástico introducido a vejiga por uretra, lo que nos ha permitido:

1. Distender con agua el globo introducido en la vejiga, haciendo que la paciente orine y detenga la micción para saber si los elementos musculares, contando con el apoyo de la pared correspondiente del globo, serán suficientes, después del cierre de la fístula, para permitir en control de la micción. (Fig. 10);

2. Poder practicar la revisión endoscópica, distendiendo el globo con agua para conocer, por transparencia, la localización de los meatos ureterales y otros datos (Figs. 11, 12 y 13);

3. Hacer cistogramas para conocer

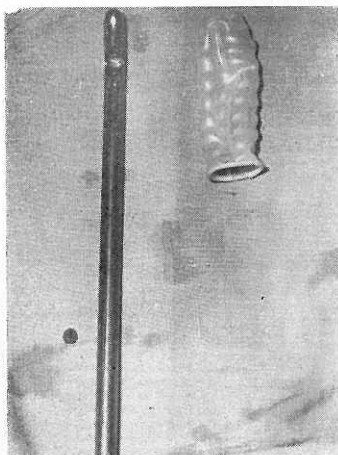


FIG. 11. Cistoscopio y globo empleados.

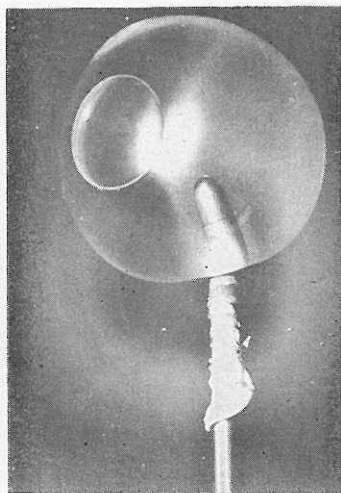


FIG. 12. Cistoscopio y globo distendido e iluminado.



capacidad potencial de la vejiga, distendiéndola con material de contraste (Figs. 14, 15 y 16).

Lo anterior nos parece útil en el manejo de fistulas vesicouetrovaginales, faltándonos hacer la valoración estadística de resultados.

Hemos usado también en las reconstrucciones de uretra, y con buen resultado, lo que nosotros denominamos "talla breve vesical". (Figs. 17 y 18). La técnica original parece atribuible a Elmer Belt; fue introducida en México por Alvarez Ierena y modificada por nosotros con el uso de una pinza de Satinsky en lugar de un dilatador

FIG. 13. Cistoscopia y globo introducidos en vejiga.



FIG. 14. Fístula de más de 5 cm.: capacidad vesical de 200 c.c.

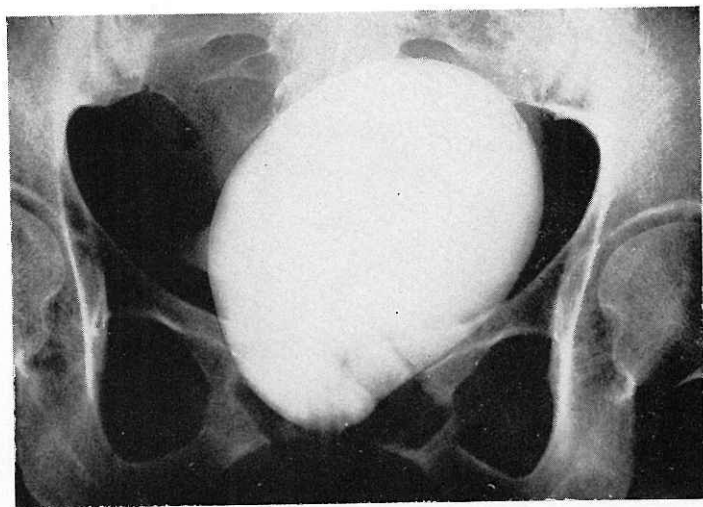


FIG. 15. Fístula con diámetro mayor de 5 cm., capacidad vesical de 400 c.c.

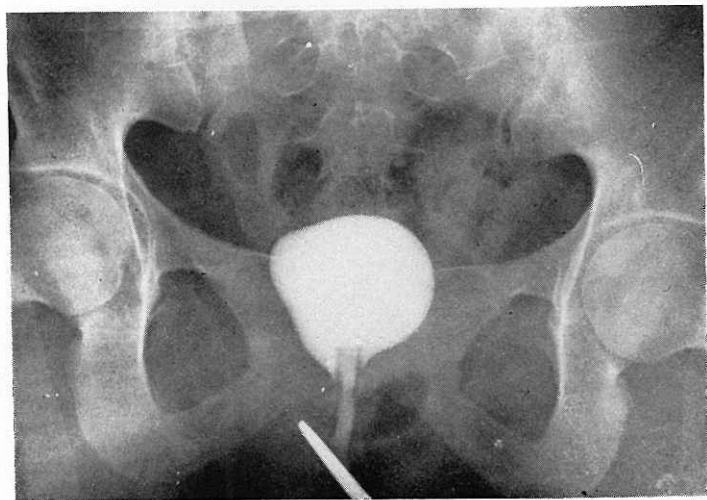


FIG. 16. Fístula de 5 cm. de diámetro, capacidad vesical de 30 c.c.

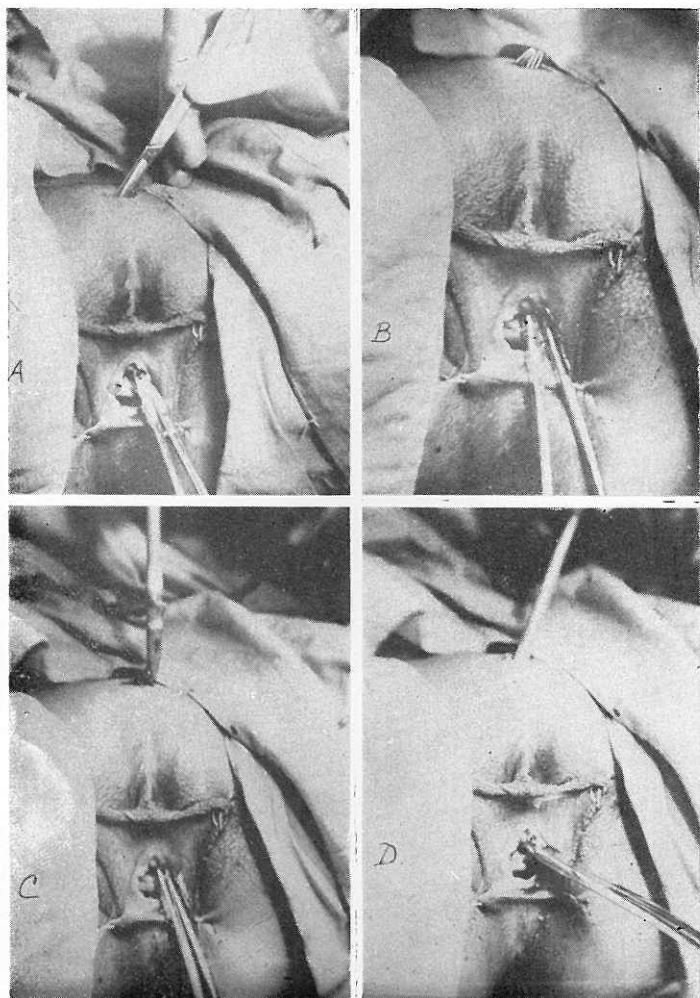


FIG. 17. A) Corte de planos en hipogastrio sobre la punta de la pinza de Satinsky. B) y C) Se toma la punta de la sonda. D) Se introduce en vejiga.

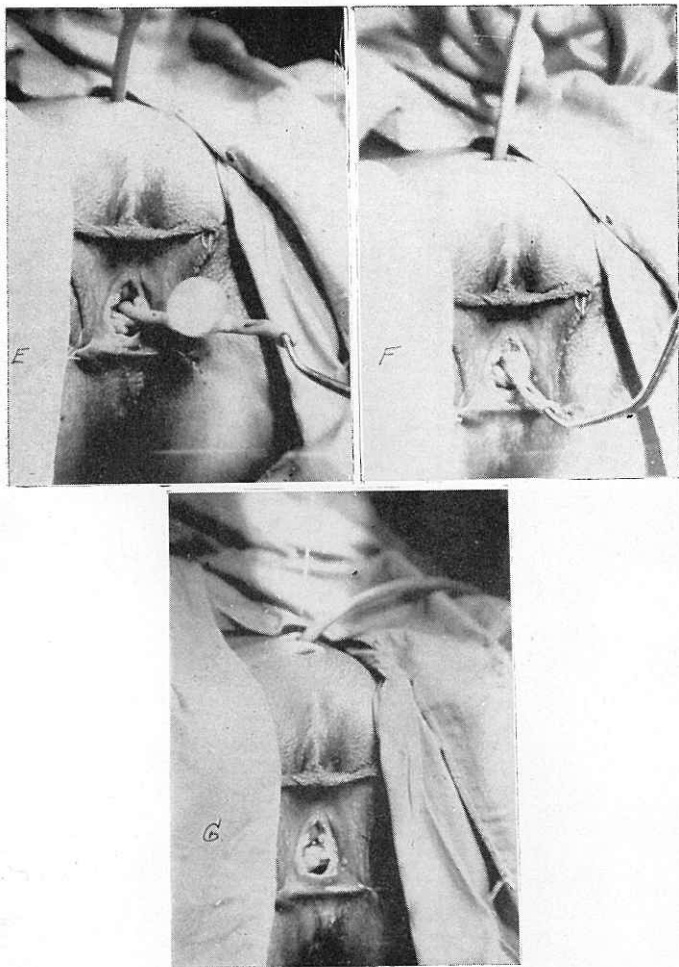


FIG. 18. *E)* Exteriorización de sonda por uretra. *F)* y *G)* Reintroducción de la sonda y punto de sutura, hemostático, en planos de la incisión hipogástrica.

de Beniqué; esta talla es breve tanto por el tiempo empleado en llevarla a cabo como por la mínima apertura de tejidos que requiere. Ella nos permite en las reconstrucciones de uretra no dejar sonda en el lecho quirúrgico, lo que creemos que es ventajoso para una buena cicatrización. Esta "talla breve" puede tener aplicaciones en urología, por ejemplo, el drenaje de vejigas neurológicas atónicas o de obstrucciones prostáticas inoperables.

REFERENCIAS

1. Diccionario Porrúa de Historia, Biografía y Geografía de México. México. Edit. Porrúa, S. A. p. 1469.
2. Fernández del Castillo: *Bibliografía General de la Academia Nacional de Medicina*, 1836-1956. México. Edit. Fournier, S. A., 1959.
3. Alvarez Bravo, A.: *Symposium sobre infecciones vaginales y fistulas urogenitales*. Ginec. Obst. de Méx. 17: 87, 1962.
4. Quintero, J.: *Fistulas vesicovaginales. Fisiopatogenia. Casuística de 5 años en el Hospital General, S.S.A.* Tesis. México. U.N.A.M., 1965.
5. Sosa Velázquez, G.: *Fistulas vesicovaginales como problema médico-social y su manejo en nuestro medio*. Tesis. México. U.N.A.M., 1966.
6. Moir, J. C.: *The vesicovaginal fistula*. Am. J. Obst. Gynec. 71: 476, 1956.
7. Cohn, S. y Weinberg, A.: *The urinary bladder during parturition: a consideration of its location injury and repair*. Amer. J. Obst. Gynec. 60: 363, 1950.
8. Falk, H.: *Urologic injuries in gynecology*. Philadelphia, F. A. Davis, Co., 1964 p. 15.
9. Counseller, V. S.: *Vesical and entero-vesical fistulas*. Surg. Clin. N. Amer. 30: 1233, 1950.
10. Youssef, A.: *Gynecological urology*. Springfield, Charles C. Thomas Publ., 1960.

COMENTARIO OFICIAL

DR. EDUARDO CASTRO¹

ES DE LAMENTARSE, como lo señala Woolrich, que este tema no haya sido tratado en comunicaciones escritas por personas que tuvieron experiencia.

A más de los artículos que menciona Woolrich en su bibliografía señalo como especialmente dignos de leerse los de Petrone, de Gerez, y el primer artículo sobre el tema que apareció en la literatura nacional, el de José Romo de la Vega en 1931, si es que se descuenta la tesis de Hurtado Suárez de 1903 que lleva por título "Complicaciones

vesicales en algunas enfermedades uterinas", que no he podido consultar.

Pero todos estos trabajos no consideran el aspecto nacional en el cual ha insistido el autor; el haber trabajado en un medio idéntico al nuestro del Juárez hace resaltar más la importancia de sus conceptos. Creo que si se logra una estadística semejante a la presente que abarque también al Hospital de la Mujer; a la Maternidad Isidro Espinosa de los Reyes, al Instituto Nacional de Ginecología, como integrantes del grupo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia; después al Veinte de Noviembre, al Centro Mé-

¹ Académico numerario. Hospital Juárez.