

ESCUELA PROFESIONAL Y CLINICA UNIVERSITARIA DE UROLOGIA
FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA
Prof. S. GIL VERNET

La nueva cirugía urológica ante las fístulas urogenitales complicadas

Por J. M.^a GIL-VERNET VILA, V. GONZALEZ y J. M.^a VERLY (*)

Los sorprendentes resultados conseguidos mediante la utilización de injertos intestinales excluidos del circuito digestivo tanto para el agrandamiento de las pequeñas vejigas tuberculosas, como en la sustitución total de la vejiga cancerosa, así como los obtenidos con la uretroplastia tubular para la reconstrucción de la uretra posterior en hombre — en los múltiples casos en que está indicada — nos ha llevado a ampliar las indicaciones de estas originales operaciones al campo ginecológico u obstétrico para la solución de las grandes fístulas urogenitales complicadas.

No pretendemos hacer un estudio anatómopatológico de estas fístulas; solamente un bosquejo que nos permita recordar las distintas formas anatómicas, ya que el tratamiento debe estar de acuerdo con ellas. En primer lugar, no existe una clasificación unánime como se refleja en las muchas pro-

puestas, lo que evidencia la dificultad de precisar la participación de los distintos segmentos del árbol urinario y genital, así como de los tejidos y órganos que las rodean (fístulas simples, combinadas y complejas o mixtas), muy variable según el factor o factores causales.

Las fístulas pequeñas, simples, no complicadas no constituyen un problema quirúrgico y no van a ser objeto de nuestra atención. Nos limitaremos al somero estudio de las grandes brechas vesicovaginales, de las fístulas combinadas (uretrovesicovaginales) y mixtas (uretrovesico-rectales, etc.), reiteradamente intervenidas sin éxito y en donde cada intento anterior agrava la situación. Son las fístulas calificadas de incurables y cuyo único recurso para su tratamiento era hasta el momento la derivación urinaria con todas sus conocidas secuelas.

Interesa mucho precisar la participación o no del esfínter vesical, ya que de hallarse afectado persistirá la incontinencia después

(*) Becario extranjero en la Escuela Profesional de Urología.

de la reparación de la brecha. A este concepto responden las clasificaciones de STOECKEL y STUDDIFORD.

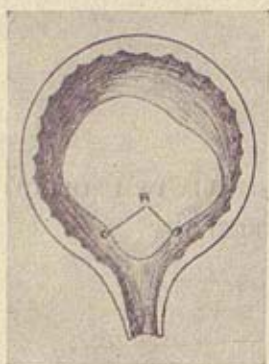


FIG. 1

Brecha vesíco-vaginal con gran pérdida de sustancia post colpohisterectomía y necrosis tardía por aplicación local de radium. El meato ureteral izquierdo se hallaba comprendido en el magma escleroso.

las vesicovaginales puras con gran pérdida de sustancia y fistulas uretrovesicovaginales con pérdida del sistema esfinteriano.

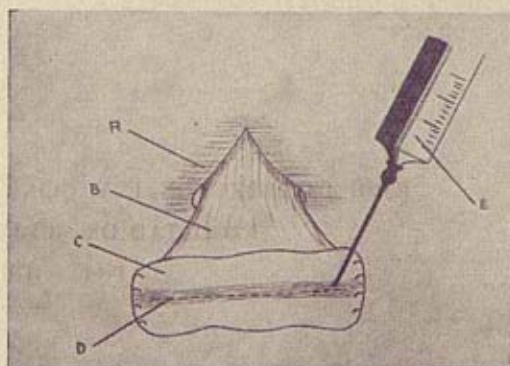


FIG. 2

Obtenido el injerto sigmoide y reconstruida la continuidad intestinal. A) Peritoneo parietal anterior. B) Meso el cual aporta los elementos vasculares al injerto. C) Injerto sigmoide de unos 10 cms. de longitud. E) Inyección de una solución bacteriostática dentro del injerto para su esterilización.

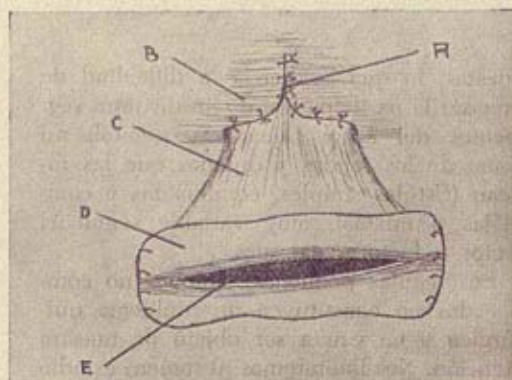


FIG. 3

Injerto preparado para sutura a la brecha vesíco-vaginal. A) Sutura del peritoneo parietal anterior alrededor del meso sigmoide, con lo que se obtiene la extraperitonización del injerto. B) Peritoneo. C) Meso sigmoide. D) Injerto, incisión a lo largo de la cintilla longitudinal y que constituirá la boca intestinal.

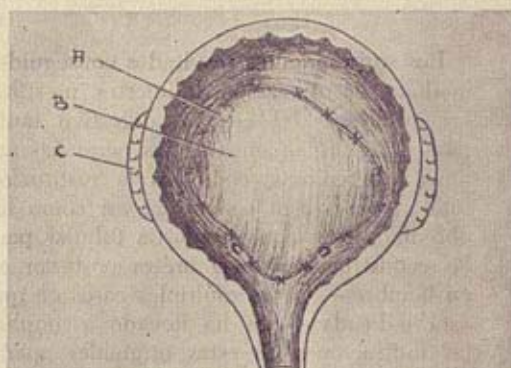


FIG. 4

Injerto anastomosado a la brecha vesíco-vaginal. A) Línea de sutura. B) Borde mesentérico del injerto. (Vista por dentro de la vejiga.)

Podemos agrupar las fistulas urogenitales incurables en dos tipos, para los que proponemos dos soluciones distintas: fistu-

Cualquier tipo de histerectomía y en particular la colpohisterectomía, es susceptible de provocar fistulas de esta naturaleza

cuando se dan determinadas circunstancias, tales como adherencias tumorales, inflamaciones vesicouterinas, necrosis parcelarias de la vejiga por traumas vasculonerviosos, etcétera, que pueden afectar directa o indirectamente a la pared vesical. La aplicación local del radium puede complicarse precoz o tardíamente de fistula urinaria, Precoz, cuando el radium aplicado junto al tabique vesicovaginal invadido por la neoplasia logra fundir el tumor; pero también y con él la pared vesical; tardía, cuando las alteraciones del trofismo celular (tromboangeitis, etc.) conducen a la radionecrosis profunda sobre la que se injerta la infección con la consiguiente escara y esfacelo.

En determinados medios, la defectuosa asistencia obstétrica unida a las estrecheces pelvianas, etc., la compresión de la uretra y pared vaginal entre la cabeza fetal y el plano óseo formado por el pubis y las ramas pubianas da lugar a extensas destrucciones uretrales y del cuello vesical (fístulas isquémicas).

Las pequeñas fistulas no complicadas son perfectamente curables por los procedimientos habituales. Ahora bien, las otras, las complicadas, plantean al cirujano un problema realmente de difícil solución.

¿Cuáles son las circunstancias que hacen el tratamiento de estas fistulas insolubles por los métodos conocidos y obligan a la recurrencia a aquellos métodos que sacrifican la integridad anatómica?

Son las siguientes:

- a) La pérdida del poder de cicatrización de los tejidos.
- b) La pérdida definitiva de la capacidad vesical.
- c) La destrucción del cuello vesical y sistema esfinteriano.

El conocimiento de estos hechos no es siempre fácil. El poder de cicatrización es un fenómeno biológico difícil de apreciar. A veces, sólo el fracaso de inútiles intervenciones sucesivas lo hacen ostensible. En las fistulas gigantes, la pérdida de orina es total y continua, y se hace muy difícil conocer el estado anatómico del detrusor y

su capacidad volumétrica, así como la tonicidad y estado del esfínter, no siempre demostrables a pesar de la precisión de los esfíntero-cistomanómetros.

Existen una serie de factores anatómopatológicos que condicionan las anteriores

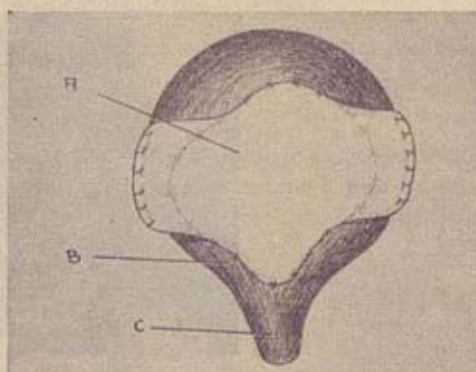


FIG. 5

Dibujo que representa la cara posterior de la vejiga. A) Injerto. B) Vejiga. C) Uretra.

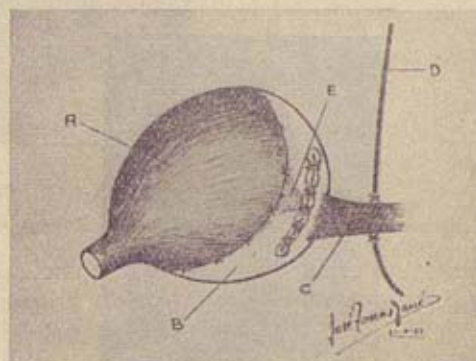


FIG. 6

Vista lateral de la colicistoplastia. A) Vejiga. B) Injerto. C) Meso. D) Peritoneo parietal.

circunstancias y que, por ser más objetivos, son los que hacen preverlas. Son éstos:

- a) Tamaño de la fistula. En las fistulas gigantes existe una destrucción total o casi total del tabique vesicovaginal o uretrovaginal; con frecuencia el triángulo aparece totalmente destruido, quedando los meatos uretrales incluidos en los labios del orificio fistuloso.

b) Localización. Es excepcional que una gran fistula no afecte a la vez la vejiga, cuello y uretra.

c) La afectación de los segmentos urogenitales contiguos (fistulas combinadas) y los tejidos y órganos que la rodean (fistulas

en extensión según la etiología, la antigüedad de la fistula, tentativas anteriores, etc., que la atrae y fija al plano óseo, los bordes fistulosos aparecen duros, rígidos y retraídos. Este proceso invade los tejidos perivesicales (pericistitis esclerosa o esclerolipo-



FIG. 7

Cistografía retrógrada después de la colocistoplastia en una paciente portadora de una gran brecha véscico vaginal. Obsérvese que a nivel de la cara superior de la vejiga sobresale parte del injerto intestinal, el cual actúa cerrando la gran fistula y aumentando la capacidad vesical.



FIG. 8

Urografía intravenosa preoperatoria del caso precedente. Riñón derecho normal ureter pelviano de curso anómalo. Riñón izquierdo con marcada dilatación pielocalicial, no se observa uréter por hallarse comprendido por tejido escleroso perifistuloso.



FIG. 9

Urografía intravenosa después de la intervención (colocistoplastia y ureterolisis). Se observa la total recuperación funcional de las vías excretoras del riñón izquierdo.

complejas) es de gran importancia para su pronóstico.

d) Extensión de la esclerosis. Alrededor del trayecto fistuloso se produce un proceso de fibroesclerosis cicatricial muy variable

matosa), y reduce enormemente la capacidad vesical, fenómeno al que contribuye en gran manera la cistitis constante y el reposo obligado (atrofia por falta de función).

Los trastornos locales son intensos, se

pierde la micción voluntaria, los fenómenos infectivos (cistitis, vulvitis, etc.) complican el cuadro y la acción constante de la orina sobre la vulva y cara interna de los muslos produce un cuadro de dermatosis.

Es notable su repercusión sobre el aparato urinario superior dando lugar a fenómenos de ectasia y pielonefritis, consecuencia de la infección baja, y del englobamiento de la porción final del uréter por el magma cicatricial (fig. 8).

La situación de estas enfermas con las ropas constantemente húmedas, el olor urinoso y las molestias locales, crean en ellas

calificativo de «incurables» dado a estas fístulas.

He aquí las tres soluciones que se ofrecen a estas pacientes a cual más desafortunada:

a) Derivación urinaria al intestino (ureterosigmoidostomía, Coffey).

b) Abocamiento de uréteres a piel (ureterostomía cutánea).

c) Colpocleisis.

La necesidad de recurrir a tales extremos, así como la elección de una u otra de estas operaciones es variable para los distintos



FIG. 10

Fístula gémito-urinaria con total destrucción de la uretra y cuello vesical. Pérdida del sistema esfinteriano.

un conflicto social y un cuadro depresivo al que Freud considera como la «única depresión psíquica que se cura con la intervención».

Los hechos enumerados hacen comprensible el fracaso de los métodos terapéuticos hasta ahora propuestos ya que no es posible con ellos seguir los principios básicos de esta cirugía: liberar la vejiga, desdoblarse los dobles de la fístula, lograr el buen confrontamiento de las superficies cruentas sin tensión, etc., si a ello se añade la gran pérdida de sustancia y del poder de cicatrización de los tejidos y de la capacidad vesical, se comprende el justo

autores en relación con los recursos y habilidad de cada cual.

Se trata de una terapéutica mutilante y representa por ello un fracaso de la verdadera cirugía actual, fundamentalmente conservadora y reconstructiva y es justo reconocer que el horizonte de estas posibilidades es de día en día más amplio.

¿Existe actualmente un tratamiento eficaz de estas fístulas sin necesidad de recurrir a la derivación urinaria o a la colpocleisis?

Nuestra experiencia nos autoriza a una contestación afirmativa. Desde que empeza-

mos a utilizar el injerto intestinal en el campo urológico, entre las muchas indicaciones surgió el de este tipo de fistulas complicadas. Los resultados como puede verse en el caso que presentamos son excelentes habiendo obtenido la completa curación anatómica y funcional. Esta recuperación no sólo se refiere al aparato urinario bajo



FIG. 11

Dibujo esquemático. Por vía retropúbica y siguiendo la línea punteada se procede a la resección de la cara anterior de la uretra. La línea punteada marca la sección a nivel del cuello vesical.

sino también al superior. En las pielografías puede apreciarse la total regresión de la ureterohidrofrenosis.

Hemos distinguido dos tipos anatomoclínicos de «fistulas incurables» para las cuales presentamos dos soluciones distintas puesto que unas plantean un problema de capacidad, las otras de continencia.

Para el tratamiento de las vesico-vaginales proponemos la COLOCISTOPLASTIA, operación consistente en anastomosar a la brecha fistulosa un segmento de colon excluido de la circulación entérica con lo que se logra: 1.º) aportar a modo de parche la cantidad necesaria de tejido para cubrir la pérdida de sustancia por mayor que sea. 2.º) Agrandar la capacidad volumétrica de la vejiga. 3.º) Proporcionamos a los tejidos desvitalizados que circundan la fistula un

nuevo abastecimiento vasculo-nervioso, lo que facilita su cicatrización.

Para las fistulas uretrovesicovaginales la operación más eficaz es la URETROVESICOPLASTIA TUBULAR. Con ella, conseguimos los dos objetivos esenciales: primero, construir una nueva uretra; segundo, lograr la continencia o control urinario.

Al describir esta técnica (Gil-Vernet Vila) para la reconstrucción de la uretra posterior en el hombre después de la prostatectomía total ya apuntábamos este tipo de fistulas como una indicación precisa.

La continencia obtenida con esta intervención se explica porque en la reconstrucción de la uretra utilizamos un colgajo músculo-mucoso de la misma pared vesical, cuya tonicidad mantiene en contacto permanente las paredes del tubo entre sí a la que coadyuva la propiedad especial de adherencia recíproca de las mucosas, con lo que la luz de la neouretra queda en estado virtual. Con ello se logra crear un factor importante de resistencia uretral, que combinado a la acción de los músculos perineales determina la buena continencia resultante.

Tratándose de un colgajo bien vascularizado y formado por mucosa y muscular se explica que carezca de tendencia retráctil como sucede con los injertos libres de piel u otras plastias a expensas de los tejidos vecinos (mucosa vaginal, etc.) que se han sugerido. Este tipo de intervenciones así como la formación de un sistema esfinteriano con plastias musculares, la operación de Marion y derivadas (tunelización con un trocar, etc.) son operaciones hoy en desuso de las cuales por lo tanto no haremos comentario. Si bien han tenido una gran difusión en la literatura médica ha sido más por el prestigio de sus inventores que por los resultados con ellas conseguidos.

En los casos en que a la extensa fistula uretrovesicovaginal coexista la pérdida de la capacidad vesical debe practicarse en un primer tiempo la uretrovesicoplastia y en un segundo tiempo la colocistoplastia.

Con estas intervenciones hemos solucionado fistulas consideradas como incurables

bles. Ello nos lleva a admitir que si bien la derivación urinaria era hasta este momento justificable, en modo alguno puede ser

total de la vejiga por el injerto sigmoide (vejiga artificial funcionante), nos creemos autorizados a sostener que la derivación



FIGS. 12 Y 13

A nivel de la cara anterior de la vejiga se recorta el colgajo vesical.



FIGS. 14 Y 15

La plastia debe tener una longitud de unos 4-5 centímetros de largo por 2 de ancho

aceptada desde ahora en esta dolencia. Es más, a la vista de los resultados obtenidos en las vejigas cancerosas con la sustitución

urinaria es una operación llamada a desaparecer incluso en el campo de la cancelogía vesical.



FIG. 16

Tiempo de obtención del colgado terminado.



FIG. 17

Sutura del colgajo sobre el catéter autorretentivo con catgut del 000.



FIG. 18

Sutura de la vejiga con catgut del núm. 0.



FIG. 19

Operación terminada. Ha quedado construida la nueva uretra. Su extremo se sutura al antiguo meato uretral.

Con esta aportación creemos que la denominación «fistulas urogenitales incurables» debe desaparecer.

Esperamos que este nuevo capítulo de la cirugía urológica haga más feliz y real la referida frase de Freud.