

Qué hacer y qué no hacer en las Fístulas Vésico-vaginales

Definición, causas y clasificación

La fístula vésico-vaginal (FVV) es la comunicación que se produce entre la vejiga y la vagina como consecuencia de un parto obstruido, una violación, o tras una cesárea o histerectomía.

Una fístula es compleja cuando su diámetro es mayor de 4 cm y afecta el mecanismo de la continencia (la uretra está parcialmente ausente, la capacidad de la vejiga está reducida o ambas cosas); está asociada con fibrosis moderada/severa del trigono y la unión uretrovesical; y/o tiene múltiples orificios.

La fístula es incluso más complicada cuando es mayor de 6 cm en su dimensión mayor, particularmente si existe una fibrosis severa y la uretra está ausente y/o cuando está asociada a una fístula recto-vaginal, lo que ocurre entre el 5 % y 10% de los casos. Más del 70% de las FVV de tipo obstétrico y la mayoría de las que siguen a una violación instrumental, o todas, son complicadas.

Una fístula es simple cuando es menor de 2 cm, está por encima del trigono vesical y lejos de los mecanismos de la

continencia, siendo fácilmente abordable y presenta poca fibrosis. En la mayoría de los casos esta es la fístula de tipo iatrogénico. Una fístula simple cuya reparación inicial fracasó, es ya una fístula compleja

Frecuencia

Es difícil de establecer, porque la mayoría de las pacientes no consultan tras ser abandonadas por su marido y la familia, o no tienen acceso a un centro hospitalario donde puedan ser diagnosticadas, o no acuden por haber sido violadas, pero la OMS estima que la padecen unos 3 millones de mujeres en el mundo, con una incidencia de nuevos casos que oscila entre los 50.000 y 130.000 por año.

Etiopatogenia de la fístula obstétrica

En el caso de la fístula obstétrica la causa es un parto obstruido, que no puede ser atendido por profesionales para aplicar una ventosa, un fórceps, o realizar una episiotomía o una cesárea. Hay que tener en cuenta que en muchos de los países con escasos recursos, hasta un 90% de las mujeres no tienen acceso a centros de maternidad, o no pueden afrontar los gastos de un parto institucional.

Cuando el feto se queda encajado en esa pelvis estrecha, tantas veces infantil, entonces fallece, y hasta que no pasan uno o más días y se encoge no puede ser extraído. Durante ese tiempo que sus partes prominentes estuvieron comprimiendo la vagina contra la vejiga y/o el recto se produce la isquemia y posterior necrosis con el resultado de la fístula.

Diagnóstico

La pérdida de orina sin control es muy evidente desde que la paciente entra en la consulta por el mal olor tan característico. En general, las pacientes no se sientan cuando se les ofrece la silla, para no mancharla, y suelen adoptar una postura en cuclillas, pues así pierden menos.

Lo importante es hacer el diagnóstico diferencial con la incontinencia urinaria postparto.

Exploración

En la consulta simplemente debe constatar la pérdida de orina, sin realizar ninguna exploración digital ni instrumental, tan dolorosas para una paciente con una vagina fibrosa y por la falta habitual de una luz adecuada.

La exploración debe realizarse en el quirófano, con la paciente debidamente anestesiada y programada para tratar una FVV o una incontinencia urinaria

Aspectos claves de la exploración en quirófano

1. Posición.- La posición debe ser de litotomía con las piernas hiperflexionadas y las rodillas tocando el pecho. El periné debe sobresalir unos 10 cm del reborde de la mesa. Poner un rodillo debajo del sacro para levantar la pelvis y colocar la mesa en Trendelemburg forzado. Las perneras deben poder inclinarse hacia delante por si es necesario recurrir a la vía abdominal.
2. Luz.- Es un aspecto clave. No se debe empezar una operación de este tipo sin tener todo el campo perfectamente iluminado, sin zonas de sombra.
3. Cerrar firmemente el ano con una sutura en bolsa de tabaco con seda del 1, para evitar la contaminación intraoperatoria. Lo debe hacer el propio cirujano que va a operar.
4. Colocar la valva ginecológica con pesario y asegurarse de que durante la intervención no se va a caer al suelo. Es un instrumental imprescindible. Si no entra, por la fibrosis lateral de la vagina, hacer sendas incisiones transversales a las 3 y a las 9, hasta lograrlo.
5. Introducir una sonda vesical y lavar con suero y povidona iodada para ver por donde se producen las pérdidas. No hacerlo con azul de metileno, que manchará todo el campo dificultando los hallazgos. Si no se encuentran fugas, introducir una gasa seca en la vagina y ver si sale manchada de povidona iodada. Si no hay fugas evidentes por la vagina, casi seguro que se trata de una incontinencia urinaria, lo que se

pondrá en evidencia al retirar la sonda, pues empezará a perder el suero de lavado vesical a través de la uretra

6. Material quirúrgico específico:

-**Bisturí del 11 con hoja triangular** para las incisiones peri-orificiales y extirpación de todo el tejido fibroso hasta dejar los bordes de las futuras suturas con vascularización óptima. **¡No usar el bisturí eléctrico!** Los vasos sangrantes se pinzan con un mosquito y se ligan con material reabsorbible.

-**Dilatadores de Hegar** para la uretra, si la fibrosis impide la colocación de la sonda vesical

-**Tijeras recta y curva de punta fina**

-**Bolitas de Corman**, para disección roma entre la vagina y la vejiga, hasta lograr **por lo menos 2 cm** de pared sana y bien vascularizada en ambas cavidades.

-**Catéteres ureterales** de diferentes tamaños. Cateterizar ambos uréteres si están a la vista, antes de realizar cualquier incisión y corte de la pared vesical o sutura, y mantenerlos bien fijados, exteriorizados a través de la uretra

-**Portas** que agarren bien. No hay nada más frustrante que no se pueda dar un punto difícil porque el porta no mantiene la dirección de la aguja.

-Vycril de 2/0 y 3/0 y Prolene de 4-5/0 para fijar los catéteres ureterales

Recomendaciones especiales

1. No operar hasta que no haya inflamación ni infección local.
2. No operar cansado y empezar por las difíciles a primera hora. Hay intervenciones que pueden durar hasta 8 horas.
3. A ser posible contar con la presencia de cirujano coloproctólogo, ginecólogo y urólogo.
4. No hacer la operación si no se está familiarizado con las diferentes técnicas tanto de cirugía, como de ginecología y urología, si no se cuenta con la colaboración de otros especialistas. Dar unos puntos sin haber aislado y disecado adecuadamente las paredes vaginal y vesical y/o rectal, o darlos sobre un tejido fibroso, no es exitoso nunca. Estar familiarizado con los flaps básicos para cubrir defectos grandes o proteger suturas.
5. Si tras una operación larga, al finalizar la intervención todavía hay pérdidas, no intentar repararlas en el momento. Volver al quirófano al día siguiente o esperar unos días si son mínimas y ver la evolución.
6. Fijar a la piel la sonda vesical y los catéteres ureterales con suturas firmes que impidan su movilización o salida. Lo debe hacer el cirujano que operó.
7. ¡No olvidarse de quitar la sutura anal, al finalizar!

Cuidados postoperatorios inmediatos

¡Son básicos! Las enfermeras deben entender mediante un simple esquema la operación que se hizo y mantener la sonda vesical siempre baja y permeable. Una buena operación puede verse penalizada por unos malos cuidados postoperatorios.

¡Recordar que el momento de curar una fístula es siempre la primera vez!

Recomendaciones tardías

Abstinencia de relaciones durante un mínimo de 3 meses.
Futuros partos mediante cesárea.

Bibliografía recomendada

-Practical Obstetric Fistula Surgery. Brian Hancock, Andrew Browning. The Royal Society of Medicine Press Ltd.

Email: publishing@rsm.ac.uk
direct. order@marston.co.uk
order@bookmasters.com

Website: www.rsmppress.co.uk

-International Journal of Gynecology and Obstetrics .
Issues in Clinical Management (2007) Vol 99

Available at www.sciencefirect.com

-Obstetric fistula: Where we currently stand. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2020) Vol 148, No S1