

# TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS ENTERO-VESICALES

Dr. J. TRIAS PUJOL

Miembro Numerario de la Real Academia de Medicina

## Historia

**E**L griego Praxágoras describió, según ORTMOND<sup>1</sup>, el primer caso de fístula entero-vesical en el II siglo después de J. C.

En el siglo XIX encontramos ya un estudio muy detallado de JONES<sup>2</sup>, en 1859, basado en una autopsia. CRIPPS<sup>3</sup>, en 1888, describe el paso de gas y materias fecales a través de la uretra, haciendo notar que las inflamaciones de diversos órganos producían fístulas con mayor frecuencia que las lesiones malignas. HIGGINS<sup>4</sup>, en 1936, y KELLOG<sup>5</sup>, en 1938, publican documentados trabajos con estadísticas y bibliografías de lo publicado hasta aquella fecha. MAYO<sup>6</sup> publica en 1940 los resultados obtenidos en 54 casos, preconizando las ventajas de efectuar un ano previo en la porción proximal de intestino. BABCOCK<sup>7</sup>, en 1941, efectúa anastomosis con resección sin necesidad del empleo de colostomía previa.

## Naturaleza y Etiología de las fistulas entero vesicales

Del estudio de estos trabajos, deducimos claramente que sólo pueden ser de origen congénito, traumático, neoplásico e inflamatorio, con una frecuencia relativa que, según la estadística recogida por HIGGINS, es la siguiente:

Congénitas ... ..	18
Traumáticas. ... ..	59
Neoplásicas... ..	91
Inflamatorias ... ..	160

Aunque las estadísticas varían entre ellas, a consecuencia de los distintos modos de reclutar los enfermos según los servicios, en general todos están de acuerdo en reconocer que el mayor número lo producen lesiones inflamatorias, siguiendo luego las neoplásicas. Las congénitas quizás sean más numerosas de lo que aparece en las estadísticas, ya que en la mayor

parte de ellas la coexistencia con otras deformidades, las hace incompatibles con la vida. Es curioso observar que son mucho menos frecuentes en la mujer que en el hombre, ya que la interposición de los genitales en la mujer dificulta la comunicación entre vejiga y recto.

### Topografía

Aunque pueden estar localizadas en un segmento cualquiera de intestino, la mayor parte corresponden al *recto* o a la porción *sigmoidea*. Esta división marca una diferencia ostensible entre las recto-vesicales, no sólo por su sintomatología, sino también para la táctica quirúrgica a seguir.

### Anatomía patológica

Algunas fístulas entero-vesicales pueden estar abiertas a la piel (cutáneo-entero-vesicales), al útero (entero-vesico-uterinas) o a una cavidad anexial (pio-salpíx).

La comunicación entre intestino y vejiga puede ser simple, constituida por un simple estoma, de bordes delgados, a través de los cuales la mucosa vesical continúa con la mucosa intestinal, sin engrosamiento de los tejidos submucosos o, por el contrario, puede haber una cavidad interpuesta entre los dos órganos; tal ocurre cuando, por ejemplo, un pro-salpíx se abre por un lado al recto y por otro a la vejiga. En las fístulas debidas a procesos inflamatorios, los bordes están formados por tejidos infiltrados y aun esclerosados, mientras que en los casos debidos a traumatismo y los que se presentan en las deformidades congénitas, los tejidos presentan la consistencia y estructura normal.

### Sintomatología

*Sintomatología.* — Entre los síntomas, el más importante es la salida de *gases* por la *uretra*, así como la salida de heces y restos alimenticios. También la orina puede salir por el recto en las formas rectovesicales. Como consecuencia del paso de estos elementos pueden aparecer fenómenos de *cistitis* y *rectitis*, con tenesmo vesical y rectal. La *piuria* es frecuente. Los *dolores abdominales*, que a veces aparecen, no siempre puede localizarlos el enfermo y menos todavía atribuirlos a la vejiga o al intestino, si no van acompañados de otros síntomas. También pueden aparecer a título de complicación, *trastornos generales*, principalmente caracterizados por *fiebre* y *escalofríos*.

a) *Neumatúria*. — La neumatúria es el signo decisivo para diagnosticar una comunicación entre el tubo digestivo y el árbol urinario. Es cierto que la salida de aire puede depender de otras causas, pero en la práctica no es probable confundirse. Las infecciones pútridas pueden dar lugar a la salida de gases, motivada por ciertos microbios del grupo coli y b. aerógenos, etc., capaces de alterar los prótidos que puedan existir en la orina (piuria, albuminuria), originando la formación de H y de CO<sub>2</sub>. Más rara es todavía la fermentación de una orina cargada de glucosa, mediante la acción de ciertas bacterias y levaduras. La presencia de heces y restos alimenticios decide de un modo categórico la existencia de una comunicación entero-vesical.

Esta neumatúria no siempre es constante, como veremos al tratar de la casuística personal. Sin embargo, casi siempre la nota el enfermo por la sensación de ruido hidro-aéreo, que siempre produce una fuerte impresión al enfermo si es un adulto. La *cistitis* es muy corriente, pero a veces puede ser intermitente, si el paso de materias fecales no es continuo. También pueden producirse *hematurias*, pero en general son escasas y poco duraderas, salvo en los casos de naturaleza neoplásica.

b) La *salida de orina* por el recto sólo es apreciable en las formas recto-vesicales, principalmente en las formas congénitas en las que la comunicación puede ser amplia y el orificio tiene un contorno y unos bordes regulares. Al mezclarse con las heces, éstas se hacen líquidas y si bien el recto tolera bien la presencia de la orina, puede llegar a ocasionar una *rectitis* acompañada de fuerte tenesmo y deposiciones frecuentes, cargadas de mucosidades.

c) Pueden aparecer *dolores abdominales*, difíciles de localizar, ya que el enfermo no sabe precisar si dependen de la vejiga o del recto. En ciertas formas de origen inflamatorio, existen a veces *episodios dolorosos* acompañados de síntomas de oclusión intestinal, casi siempre de carácter parcial y pasajero, que acostumbran a aliviarse mediante una evacuación masiva de gas y materias fecales por la orina.

d) Cuando se presentan episodios de alteración general, como *fiebre* y *escalofríos*, casi siempre dependen de reabsorciones masivas por propagación a las vías urinarias superiores. No obstante, casi siempre son estos episodios transitorios, pues contra lo que podríamos imaginar, las vías urinarias superiores resisten muy bien esta clase de infecciones, a no ser que vayan acompañados estos episodios de fenómenos de obstrucción ureteral, como ocurre en los casos de fístula por neoplasia y en algún caso de fístula por proceso inflamatorio.

### Exploración diagnóstica

Al sospechar la existencia de una fístula entero-vesical, si bien el diagnóstico no es difícil, ya no es tan fácil conocer la *etiología y naturaleza* y, sobre todo, el *nivel* donde asienta la comunicación entero-vesical y su topografía.

La *cistoscopia* no siempre es demostrativa, ya que la comunicación muchas veces es intermitente y el orificio o hendidura de comunicación pueden ocluirse temporalmente, o pueden permanecer ocultos tras un relieve de la mucosa, como veremos en algunos de los casos examinados más adelante.

Tampoco la *cistografía* es siempre demostrativa, debido a las mismas causas y a veces se aprecia el paso de la substancia al recto, pero no podemos apreciar el sitio donde se localiza el orificio.

El *enema de bario* o el bario en *papilla por ingesta*, puede pasar a la vejiga, pero tampoco es fácil advertir siempre el sitio o nivel de la boca, como no sea en una proyección afortunada.

La *rectoscopia* y *sigmoidoscopia* son útiles en las formas bajas, ya que en esta clase de exploración podemos observar la existencia de una neoplasia, la presencia de divertículos visibles, estenosis, presencia de saculaciones, movilidad disminuída de la pared, etc., etc.

El *tacto rectal* será muy demostrativo en los casos de fístula baja, sobre todo de origen congénito.

La *instilación de líquidos teñidos* será demostrativa sobre todo combinada con la *proctoscopia*.

A pesar de todos estos medios, a veces es necesario recurrir a los datos de observación directa por laparotomía, ya que sólo en este momento podemos darnos cuenta de cuál es el asa intestinal fistulizada.

### Fístulas entero-vesicales congénitas

Esta lesión congénita va siempre unida a una imperforación rectal, que se aprecia en el momento de nacer, si el recién nacido es explorado como es debido, o a los pocos días al aparecer los signos de oclusión intestinal. Estas fístulas no son muy frecuentes, ya que estos recién nacidos mueren antes de poder ser sometidos a una cura quirúrgica y generalmente no figuran en las estadísticas en su mayor parte. La comunicación generalmente es muy baja y se establece ya en forma de conducto, ya en forma de orificio, que aboca unas veces a la uretra (f. recto-uretral), ya a nivel de la próstata, ya a nivel de la vejiga, unas veces en el triángulo y

otras en el trasfondo vesical. La vesícula está atrófica y el recto presenta su porción anal más o menos estenosada. Esta lesión es propia de los varones, debido a la presencia de los genitales en la mujer que se interponen entre recto y vejiga. En la hembra, el abocamiento anormal, en todo caso, tiene lugar a nivel de la horquilla vulvar.

Al nacer sólo nos damos cuenta a veces de la imperforación anal, pero después de tratada dicha imperforación, al cabo de unos días podemos apreciar la salida de orina mezclada de gases por la uretra y de la salida de orina por el recto.

El tratamiento no se efectúa hasta pasados unos años, pero los trastornos urinarios de cistitis nos obligan a efectuar un ano contranatura para derivar las materias fecales. Describiremos un caso vivido por nosotros:

“En el año 1931 ingresa en el Hospital Clínico un niño con imperforación anal, el cual es tratado por el médico de guardia mediante una operación de urgencia, consiguiendo la salida del meconio y el restablecimiento del orificio anal. A los pocos días nos dimos cuenta de que salían gases por la uretra, mezclados con la orina, comprobando la comunicación por simple tacto rectal. Este niño creció normalmente, a pesar de presentar crisis diarreicas acompañadas de tenesmo, que le obligaban a efectuar deposiciones frecuentes llenas de mucosidades, hasta que en el año 1936 presenta fiebre con escalofríos, en vista de lo cual decidimos efectuar un ano contranatura, a nivel de la fosa iliaca izquierda. El niño perdió peso y desmejoró visiblemente, pero desde que quedó excluido el recto, cesó su tenesmo, la orina se puso transparente y el niño recobró su estado normal, adquiriendo un peso superior al que tenía antes de ser restablecido su nuevo ano. Esperamos que acabase de mejorar para proceder a una intervención para cerrar su fístula interna, pero a todo esto el Hospital tuvo que alojar a numerosos heridos de la Guerra y el niño abandonó el Hospital sin que se le efectuara tratamiento radical de su lesión. Según parece, en el año 1948 fué intervenido por medio de una cistostomía, para tratar una intensa cistitis que padecía, pero no sabemos si ha sido resuelto el problema quirúrgico principal, o sea cerrar su orificio vesico-rectal, cosa que ha sido por lo visto intentado varias veces. Parece lleno de dificultades cualquier método que sea empleado. Después de diecisiete años de llevar una fístula la cistitis debe ser intensa, a pesar de la exclusión rectal y la esclerosis de los tejidos representa un grave obstáculo para cualquier intento de reconstrucción de una vejiga que, además de ser atrófica desde el nacimiento, ha sido profundamente afectada por la infección.”

#### **Fístulas entero-vesicales de origen traumático**

No son poco numerosas y muchas de ellas tienen marcada tendencia a la curación, ya que no estando muy alterados los tejidos, se reparan unas espontáneamente y otras responden a tratamientos conservadores o a métodos quirúrgicos indirectos, siendo raros los casos en los que es preciso

emplear una operación radical para cerrar la comunicación anormal.

Podemos dividir las causas de estos traumatismos en tres grupos:

a) *Traumatismos por accidente.* — Las heridas por arma blanca son excepcionales y son mucho más frecuentes las producidas por arma de fuego, sobre todo en Cirugía de Guerra. En las heridas de pelvis muchas veces el proyectil atraviesa el recto y la vejiga, pero a veces pasa inadvertido, a no ser que la hematuria y la salida accidental de gases nos ponga sobre aviso. En los casos de heridas de recto altas, cuando el peritoneo está interesado, la intervención laparotómica permite rehacer la vejiga mediante suturas de la misma, cosa no difícil, ya que la estructura vesical está poco alterada. Cuando la herida es subperitoneal, basta colocar una sonda permanente y casi siempre la fístula se cierra espontáneamente.

b) *Traumatismos debidos a operaciones quirúrgicas.* — Las prostactomías, tanto por vía perineal como por vía transvesical, pueden originar una herida accidental del recto, sobre todo si existe una degeneración neoplásica que dificulta la disección y hace friables a los tejidos. También se han señalado casos desgraciados de litotricia, en los que una maniobra poco afortunada, ha dado lugar por pellizcamiento a una fístula recto-vesical. Nosotros hemos tenido ocasión de ver una de ellas consecutiva a una histerectomía ampliada en una época en la que se operaban neoplasias de cuello en períodos excesivamente avanzados, con graves infiltraciones de parametrios.

c) *Presencia de cuerpos extraños mal tolerados.* — Los cuerpos extraños situados en el interior de la vejiga o del recto, además del decúbido pueden originar abscesos peri-vesico-rectales, capaces de abrirse paso a través de los dos órganos. El mismo resultado pueden producir algunos cuerpos extraños abandonados por negligencia en el transcurso de una operación quirúrgica. Una gasa olvidada en el Douglas, un tubo de drenaje, un fragmento de sonda en una vejiga, un fragmento de hueso implantado en la pared rectal y toda la gama de cuerpos extraños que en la vejiga o en el recto se introducen los perturbados o los degenerados, pueden ser origen de una comunicación anómala entre vejiga y recto, que sólo curará con la extracción de dicho cuerpo extraño, siguiendo la vía que el cirujano estime más adecuada en cada caso concreto. La sonda permanente será de utilidad en muchos casos y más raramente la exclusión del intestino rectal mediante un ano artificial.

### **Fístulas vesico-rectales consecutivas a neoplasias**

Estas son muy frecuentes, pero tienen poco interés, ya que representan, en general, uno de los episodios terminales de un proceso lamentable que escapa a toda curación. Sin embargo, las molestias que dicha comunicación anormal ocasiona, son tan penosas, que vale la pena someterlas a un tratamiento que si no es radical, puede no obstante beneficiar mucho al enfermo. Todos los órganos contenidos en la pelvis pueden ocasionar esta clase de fístulas por adherencia entre vejiga y recto seguida de necrosis del tejido neoplásico. No obstante, debemos citar entre estos casos, en primer lugar, el cáncer de recto, el de sigmoidea y el del cuello de matriz. El cáncer de vejiga raras veces, ya que parece que las paredes vesicales ofrecen mayor resistencia a la propagación de la neoplasia en profundidad, al contrario de lo que ocurre en el cáncer de recto. El cáncer de próstata tampoco acostumbra a producir esta posible complicación, sin duda por la tendencia que tiene este cáncer a producir masas escirrosas, con más tendencia a la fibrosis infiltrativa que al esfacelo. El cáncer de cuello en la mujer produce con más frecuencia esta complicación, que al mismo tiempo comunica con la vagina, sobre todo en los casos avanzados tratados por radium. El tratamiento sólo paliativo de estos procesos, consistirá en una ílaco de derivación, que es susceptible de aliviar mucho a las enfermas, salvo a las que la fístula está abierta en la vagina, en las que la salida constante de orina es el motivo dominante de su malestar, que no puede ser aliviado ni con la sonda permanente, ni con ningún otro medio.

### **Fístulas entero-vesicales de origen inflamatorio**

Cualquier proceso inflamatorio capaz de originar una adherencia entre un segmento de intestino y vejiga puede ser causa de una fístula entero-vesical. No obstante, entre estos procesos hay algunos muy frecuentes y otros excepcionales. A veces se trata de procesos agudos y a veces flogosis de carácter crónico. Entre los procesos agudos figura como más importante la que es debida a una *diverticulitis* del colon sigmoideo. Para darnos una idea de este predominio, podemos citar el dato de que en un examen global de enfermos a los que se explora radiológicamente el colon un 5 ó 10 por 100 presentan diverticulosis (MAYFIELD) <sup>8</sup>; el 12 por 100 padecen diverticulitis, y de entre éstos el 8 por 100 presentan una fístula entero-vesical. Desde luego los hombres sufren esta complicación con más frecuencia que las mujeres, primero porque la diverticulosis, no sabemos por qué, es más frecuente entre los primeros y, además, porque generalmente el útero y los anejos actúan de pantalla protectora al cubrir la

vejiga e interponerse entre ella y la sigmoidea. Desde el punto de vista sintomático, el cuadro de la enfermedad es en general exclusivamente urológico y la orina pasa en pequeña cantidad o ninguna al intestino, siendo muy escasos o nulos los signos de intolerancia intestinal. Lo más característico de esta clase de fistulas, es la evolución, ya que en muchas de ellas podemos encontrar un episodio inicial de dolores abdominales, ya sean producidos por un absceso, ya simulando una obstrucción intestinal, que termina bruscamente con la aparición de síntomas urinarios (tenesmo, piuria y, sobre todo, neumatúria con expulsión de heces). No siempre se dibuja claramente este cuadro, pero cuando existe la aparición de la neumatúria coincide con la mejoría rápida del cuadro de oclusión o del absceso, desapareciendo la agudez de los dolores abdominales, que luego son reemplazados por el síndrome urinario, que generalmente es intermitente, ya que en muchos casos la comunicación se cierra periódicamente para volverse a reanudar al cabo de unos días o semanas. Es digno de mencionar el hecho de que la vejiga, aunque presente una intensa piuria, no tiene tendencia a propagar la infección a la parte superior del árbol renal y en general cede rápidamente toda inflamación vesical al cerrarse quirúrgicamente la abertura entero-vesical.

Mucho menos frecuente es la fistula vesico *apendicular*, que también recae casi siempre en el hombre, por la citada protección de los anejos y útero, que cubren en parte a la vejiga; sin embargo, un absceso apendicular consecutivo a una apendicitis, se encuentra en condiciones muy parecidas a las de un absceso consecutivo a una sigmoiditis, aunque en este último caso la proximidad con la vejiga es mucho más extensa que la que pueda presentar un apéndice de dirección pelviana. Describiremos un caso vivido por nosotros y operado hace unos años en la Clínica de Operaciones de esta Facultad:

“Se trataba de un hombre de constitución robusta de unos treinta años de edad, que manifiesta padecer de la orina en forma de crisis muy dolorosas. El enfermo refiere que cada unos días, o cada unas semanas, presenta unas crisis caracterizadas por micciones frecuentes muy dolorosas, durante las cuales expelle junto a la orina gran cantidad de gases y una substancia oscura que, por su aspecto y olor, recuerda la substancia excrementicia. Manifiesta que después de unos días de padecimiento de pronto la orina sale clara y no percibe molestia alguna, no pudiendo precisar lo que duran estos intervalos libres de molestia, pero según el enfermo las crisis cada vez se presentan con mayor frecuencia. Como antecedentes, recuerda el enfermo haber padecido una enfermedad que duró varias semanas, que fué diagnosticada de infección intestinal, durante la cual tenía fiebre y dolores de vientre. Después de esta enfermedad, el enfermo empezó a sentir necesidad imperiosa de orinar y comenzó a expeler gases, con gran alarma del enfermo, por el conducto de la orina. Parece ser que las

medicaciones que le han ordenado no han influido gran cosa en estas crisis que cada día se manifiestan con mayor frecuencia.

Examinado el enfermo, presenta un abdomen flácido, sin dolor alguno apreciable a la presión y orina normalmente, una orina casi del todo clara. Creímos que todo era una fantasía del enfermo, pero la declaración del médico que le vió en plena crisis era taxativa, ya que el mismo había tenido ocasión de ver al enfermo pudiendo observar la expulsión de gases que salían con violencia junto con la orina, con un ruido parecido a la salida de gases por el ano.

El examen radiográfico mediante ingestión de papilla no aporta ningún dato. Nada por tacto rectal. Efectuada una cistoscopia, se observa una mucosa normal y no aparece ninguna señal de orificio anómalo que pueda indicar una comunicación entérica.

Efectuadas estas exploraciones, todas de carácter negativo, de pronto una mañana nos llama el enfermo mostrando cómo salía de nuevo su orina mezclada con gran cantidad de gases y fuertemente teñida por materias excrementicias, en las que algunos grumos examinados en el microscopio señalan restos vegetales evidentes.

Decidimos efectuar una laparatomía, y colocado el enfermo en posición de Trendelenburg, aparece un peritoneo al parecer sano, con pocas adherencias. La región de la vejiga libre, pero en el lado derecho aparece un apéndice muy voluminoso cuya punta desemboca en la vejiga. Lo curioso es que este apéndice no presenta en su trayecto ningún signo de inflamación ni existen masas de epiplon adherido como sería de esperar. La sección del apéndice a nivel de la vejiga previa ligadura del muñón y su invaginación, seguida de extirpación del apéndice, producen una curación instantánea y definitiva de su proceso urinario.”

En este caso se trata evidentemente de un proceso apendicular que se vació en la vejiga, siendo curiosa la dificultad diagnóstica que sólo pudo resolverse por laparotomía. Es también digno de mención el hecho de la tolerancia de la vejiga en presencia de materias fecales, que sólo produjeron en este caso una irritación pasajera, que cesaba en cuanto dejaban de llegar excrementos, sin dejar lesión residual alguna. La falta de lesiones periapendiculares indica también una curación completa del proceso flogístico, que seguramente tuvo lugar antes de perforarse el apéndice en la vejiga. El apéndice era, no obstante, largo, de paredes gruesas pero uniformes y a nivel de la boca no había engrosamiento alguno, como si hubiese sido una anastomosis vesico-apendicular efectuada quirúrgicamente. Esta boca anastomótica es curioso que sólo funcionara con intermitencias, no siendo fácil explicarnos el mecanismo de dicha intermitencia funcional. La sigmoiditis puede, en realidad, reproducir el cuadro de una apendicitis y no es de extrañar que ambos puedan dar lugar a un absceso que ponga en comunicación el intestino con la vejiga.

Otro proceso agudo que puede determinar una fístula vesico rectal es la *anexitis*. Un absceso pelviano, o un pio-salpinx, puede abrirse en la cavidad del recto y de la vejiga, dando lugar a una fístula recto-vesical, pero

casi siempre el orificio rectal y el vesical están en comunicación a través de una cavidad intermedia, siendo por lo regular una comunicación intermitente y poco franca. El mecanismo de esta fístula está descrita en todos los tratados de Ginecología; la perisalpingitis adhiere el órgano al recto y a la vejiga simultáneamente; una vez establecidas estas adherencias, en general es mucho más frecuente la abertura en el recto, cuyas paredes son mucho menos resistentes y más propicias a la infiltración, el tabique intermedio se adelgaza y el saco anexial se abre en el recto. Esta abertura va generalmente precedida de síntomas de rectitis, como tenesmo, y una infiltración perceptible por tacto rectal y vaginal, siguiendo luego frecuentes ganas de defecar, con expulsión de heces diarreicas y sanguinolentas. Esta abertura rectal produce un alivio considerable a la enferma, pues cesan los dolores, la temperatura desciende y el estado general mejora extraordinariamente, pero la mejoría es temporal, ya que la comunicación puede cerrarse, el saco vuelve a retener el pus y reaparecen los dolores y la fiebre hasta que vuelve a vaciarse. Estas alternativas de evacuación y retención no acostumbran a conducir a una curación definitiva, si no se interviene extirpando los anejos enfermos. La abertura en la vejiga es mucho menos frecuente, ya que las anexitis tienen más contacto con el recto dada su tendencia a situarse en el Douglas, pero cuando alcanzan cierto volumen también se adhieren a la vejiga y pueden perforarse en su cavidad, aunque dicha perforación es mucho menos frecuente que en el recto. Aparte de su contacto menos extenso, las paredes vesicales presentan mucha menos tendencia al esfacelo, siendo mucho más resistente que la pared rectal. En general, cuando se perfora el pio-salpinx en las dos cavidades, no lo hace simultáneamente, sino que la abertura vesical se hace más tardíamente. En uno de los episodios de abertura en el recto, penetra sin duda materia fecal y al sobrevenir un período de retención, tal como hemos descrito anteriormente, la virulencia exaltada del contenido del saco favorece la abertura en la vejiga. Aquí ocurre algo de lo que ya señalamos anteriormente, o sea que aparte de unas molestias más o menos intensas en el momento de la abertura y entrada de materias pútridas mezcladas con heces, en general apenas hay verdadera cistitis, pues aunque se aprecia piuria la mucosa se altera poco y esto sin duda explica la poca tendencia a que se produzcan infecciones ascendentes por el uréter hacia el riñón. Se citan casos de 10 años de piuria, sin que la enferma presentara síntomas alarmantes del lado vesical. (*Muller et Petit Jean*, citado por FORGUE<sup>9</sup>.)

Presentaremos una historia resumida de una enferma operada por nosotros hace unos años en el Servicio de la Cátedra de Operaciones.

“Se trata de una enferma de unos treinta años que se presenta en el Hospital con una piuria, y al comprobar el urólogo que presenta una gran tumoración pelviana, la traspasa al Servicio de Cirugía general, por creer que se trata de una piuria secundaria a un proceso anexial. Dicha enferma refiere que ha tenido crisis muy dolorosas de bajo vientre y en el transcurso de una de ellas presentó una diarrea, con expulsión de sangre por el recto. Después de una temporada de alivio en la que la enferma se creyó curada, repitieron las crisis dolorosas y empezó a padecer al orinar, hasta que expulsó una orina maloliente y oscura que, según expresión de la enferma, parecía que orinaba excrementos, no pudiendo precisar si expulsó gases por la uretra, ya que, en general, cuando orinaba esta orina espesa y oscura, se veía también obligada a evacuar. Examinada la enferma, se aprecia una voluminosa tumoración por tacto combinado con todas las características de una anexitis subaguda, ocupando principalmente el fondo de saco izquierdo y rechazando el útero hacia la derecha. Por cistoscopia no se aprecia orificio de comunicación alguno y por tacto rectal no se aprecia más que un recto abombado por la masa anexial. No se practica rectoscopia, ni sigmoidoscopia. A la intervención, enorme pio-salpinx, de paredes gruesas, difícil de despegar, sobre todo a nivel de vejiga, pero no es posible distinguir el orificio vesical. El recto está muy adherido y se produce una abertura a nivel de la sigmoidea, que puede ser suturado eficazmente, pero no es posible efectuar lo mismo con la vejiga, ya que no se encuentra el orificio, en vista de lo cual decidimos instalar un voluminoso taponamiento en forma de saco a lo Miculizk, colocando una sonda permanente en la vejiga. Con gran satisfacción vemos disminuir la piuria al día siguiente de la intervención y al quitar el drenaje varios días después, no apareció ninguna fístula rectal, sin duda porque las paredes del intestino estaban, a pesar de la perforación, menos alteradas de lo que temíamos. La enferma curó en breve plazo y desapareció por completo su piuria.”

En este caso es digno de notar el grado de resistencia de la mucosa vesical a la infección, tanto de la bolsa anexial como del contenido fecal, cuya entrada hay que convenir en que sólo era intermitente. Tanto el orificio rectal como el vesical presentan en estos casos una marcada tendencia a la curación, por estar alejados ambos órganos por la bolsa anexial interpuesta entre los mismos, claro está que a condición de extirpar la bolsa intermediaria.

Entre las inflamaciones crónicas capaces de establecer una fístula entero vesical figura en primer lugar la tuberculosis intestinal, sobre todo en aquellas formas en las que predominan las lesiones de tipo pseudo-tumoral, con tendencia a la supuración y degeneración caseosa. En general estas fístulas se abren a nivel del intestino delgado cuando son de origen intestinal y a nivel del recto cuando son de origen anexial.

La gravedad de estos procesos, poco apropiados en general a toda clase de intervención quirúrgica, relegan a un lugar accesorio al proceso fistuloso, quedando subordinado tanto en su evolución como en su pronós-

tico y tratamiento, a las características del proceso que lo ha originado. También se han descrito casos originados por sífilis, actinomicosis, amibiasis, ileítis terminal, etc., etc.

### Tratamiento de las fístulas entero-vesicales

El tratamiento de las fístulas entero-vesicales fué resumido ya hace años por CUNNINGHAM<sup>10</sup>, enumerando los cuatro métodos que se podían emplear.

- 1.º Laparotomía, separación de la vejiga del intestino y sutura de los orificios.
- 2.º Incisión por *vía perineal*, separación del recto de la vejiga, drenaje con sonda permanente de la vejiga y taponamiento de la herida, esperando que cicatrice por segunda intención.
- 3.º *Colostomía*.
- 4.º *Cistostomía supra púbrica* o hipogástrica.

Estas operaciones pueden ser combinadas y ser efectuadas en varios tiempos.

Además, en cada caso, el cirujano adoptará la táctica operatoria que crea más adecuada. Por de pronto, podemos establecer que la *vía perineal* sólo podrá ser empleada en los casos de fístula recto vesical; en todos los demás, estamos obligados a adoptar la *vía abdominal*.

Si los bordes de la fístula están infiltrados por la inflamación y su nutrición está amenazada, no bastará la simple sutura y nos veremos obligados a resecar estos bordes hasta donde sea necesario, lo cual nos obligará a veces a resecar un segmento de intestino, lo que agrava notablemente la operación. Además, cuando resequemos una cantidad más o menos extensa de un segmento intestinal, será conveniente establecer en un tiempo preliminar una derivación mediante una colostomía, de preferencia a nivel del colon transversal, en el cuadrante superior y derecho del abdomen, de modo que no pueda perturbar la resección del colon sigmoideo en un tiempo ulterior, tal como preconizaba MAYO<sup>6</sup> y otros autores. Modernamente, BABCOCK<sup>7</sup> efectuó una resección segmentaria sin colostomía previa bajo el amparo de los bacteriostáticos o antibióticos (sulfa-guanidina, sulfa-ftalidina, sulfa-suxidina, aureomicina, etc.), que efectúan una marcada desinfección intestinal. También en ocasiones se ha conseguido el cierre espontáneo de la fístula, mediante la derivación de las materias fecales por colostomía, o la derivación de orina por medio de la talla hipogástrica

o la simple sonda permanente. En general estos métodos coadyuvantes se asocian a tratamientos directos de la fístula.

La táctica quirúrgica deberá adaptarse a cada caso concreto, que según sus características nos obligará a seguir una conducta determinada. Sin embargo, podemos resumir en forma sintética los métodos empleados en cada grupo de fistulas según la naturaleza y topografía de las mismas.

### **1.º - Fistulas recto-vesicales congénitas con imperforación del ano**

Como dice NUBOER<sup>12</sup>, la imperforación del ano no es muy frecuente y ha sido calculada su frecuencia en 1 por 5.000 y según otros en 1 por 1.500. Esta deformidad va generalmente acompañada de fístulas vesico-rectales, aunque a veces son recto-uretrales o también recto-perineales.

La deformidad recto vesical, muchas veces coexiste con deformidades y anomalías (cardiopatías congénitas) en un 30 por 100 de los casos, algunas de ellas no compatibles con una vida prolongada. Es de suponer que esta proporción irá aumentando, a medida que sean mejor conocidas por los médicos.

Estas deformidades rectales corresponden a una detención del desarrollo normal correspondiente a la octava semana, debiéndose considerar dos partes, una perineal y otra rectal. La porción perineal puede estar relativamente desarrollada a pesar de la imperforación, con un esfínter más o menos rudimentario. En cuanto a la porción rectal, según NUBOER, no termina en un fondo de saco, sino en un infundibulum que precisamente es el que se aboca a la vejiga, o a la uretra. La porción más próxima a la piel no es la porción terminal, sino una parte lateral más o menos distendida por el contenido. La disposición de las fibras musculares viene en apoyo de esta interpretación mantenida por NUBOER, que da la impresión de ser muy acertada y sirve de fundamento al método quirúrgico que preconiza. La conducta a seguir, según este autor, será la de establecer un ano ilíaco lo más alto posible, antes de que se presenten los síntomas de oclusión. Más adelante, a los seis años y antes de la edad escolar, se practicará la operación radical por vía sacra, aislando el recto como lo haríamos para operar un cáncer de recto. Al llegar a la comunicación con la vejiga esta comunicación se cerrará con una simple ligadura si dicha comunicación es estrecha o con una sutura en dos planos invaginada hacia el interior de la vejiga. El extremo del infundibulum se introducirá en un túnel practicado a nivel del esbozo de ano no perforado, aprovechando el esfínter más o menos rudimentario que exista a este nivel. El exceso de recto será resecaado y se efectuará la sutura del mismo a la piel, quedand-

do constituido el ano definitivo. Cuando el esfinter es insuficiente se puede practicar una plastia tipo Wreden-Stone (plastia de fascia lata) en forma de dos asas cruzadas a través del ano y suturadas en el glúteo mayor.

De 24 operados, dos murieron en la operación de colostomía y ninguno en la operación siguiente.

Este método tiene una gran superioridad sobre otros anteriores, ya que LADD y GROSS<sup>13</sup>, con otros autores americanos partidarios de la operación radical precoz, obtienen cifras de mortalidad muy elevadas (enfermos operados 13 con 11 muertes).

Una vez quedan reconstruidas las paredes del recto y la vejiga sólo resta efectuar el cierre del ano iliaco, pudiendo aplazarlo hasta que la reconstrucción obtenida quede bien estabilizada, pudiendo al mismo tiempo efectuar una fistulización cecal, para mayor precaución.

### **2.º - Fístulas E. V. de origen traumático**

El tratamiento de las mismas es mucho menos complicado. Si dicho traumatismo afecta al peritoneo, la laparotomía permitirá al cirujano la reconstrucción de los destrozos ocasionados, siempre que la operación no sea demasiado tardía. En los casos en que no esté afectado el peritoneo, casi siempre la derivación por medio de sonda permanente o talla hipogástrica facilitarán la curación espontánea, a lo que alguna vez tendremos que añadir la colostomía por encima del obstáculo, pudiendo ser emplazada a nivel del colon sigmoideo.

### **3.º - Fístulas E. V. de origen neoplásico**

Sólo podrá emplearse el tratamiento paliativo a base de la derivación anal y vesical.

### **4.º - Fístulas E. V. de origen inflamatorio**

Una vez separados por laparotomía la vejiga y el intestino, la simple sutura de los orificios casi nunca será factible, ya que la alteración de las paredes del intestino y de la vejiga producida por la inflamación obligará a una resección más o menos extensa de estos bordes antes de proceder a la sutura de los mismos. A nivel de la vejiga, la extensión de la pared revestida de peritoneo, permitirá generalmente el cierre del orificio vesical a costa de una limitada resección de la pared. Si el intestino está constituido por el apéndice, la cosa se reducirá a una simple apendicectomía. Si la perforación está motivada por una anexitis, la operación radical exi-

girá la extirpación de los anejos enfermos. Si la comunicación está situada en el colon sigmoideo, la cosa ya será más complicada, pues exigirá una resección más o menos extensa de todo el colon, el colon alterado. La operación en este caso requerirá los siguientes tiempos:

- 1.º Colostomía a nivel del colon transversal en su porción proximal situada en el lado derecho.
- 2.º Resección más o menos extensa del colon afecto por la diverticulosis.
- 3.º Exteriorización o sutura de los extremos cólicos.
- 4.º Sutura de la vejiga.
- 5.º Cierre del ano contranatura.

Este método, adoptado por la mayor parte de cirujanos, tiene el inconveniente de obligar al enfermo a someterse por lo menos a tres actos operatorios, por lo cual algunos, a imitación de BABCOCK y gracias a las garantías ofrecidas por los antibióticos actuales, prefieren efectuar la resección intestinal con sutura primitiva, prescindiendo del ano contranatura previo.

Algunos urólogos, como MARION , recomiendan también la vía *trans-vesical*, en los casos en que no hay cavidad supurante entre los dos orificios, con una técnica parecida a la seguida en las fístulas vesico-vaginales, pero este método parece ser que no ha sido muy divulgado por las dificultades que presenta. En cambio, en los casos en los que existe una cavidad supurante entre los dos orificios y cuando éstos son de difícil acceso y sutura imposible por la rigidez y friabilidad de las paredes, el simple drenaje del absceso y el taponamiento y drenaje de la pelvis a lo Miculikz, ha conseguido algunas curaciones (véase nuestro caso núm. III), o por lo menos ha preparado el camino para una operación ulterior.

Las dificultades que presentan estas operaciones ponen a prueba la pericia del cirujano, que en cada caso concreto se ve obligado a elegir el método más adecuado y la táctica operatoria más apropiada. Son muchos los cirujanos de gran experiencia que como LOCKHART-MUMERY<sup>11</sup>, prefieren los procedimientos en varios tiempos. Esperamos, no obstante, que con el auxilio de los modernos antibióticos, estas intervenciones serán cada día más benignas y más eficaces, pudiendo efectuar operaciones con suturas primitivas sin colostomía previa. Además, hay que tener en cuenta que si evitamos por métodos médicos o quirúrgicos las complicaciones tardías de procesos como los anexiales, las diverticulitis, o apendicitis cada día serán más raras estas fístulas entero-vesicales.

**Bibliografía**

1. J. ORTMOND. — Vesicointestinal fistulas. Surgery Gynecology and Obstetrics. p. 411, v. 89, n.º 4, 1949.
2. JONES, S. — Communication between the sigmoided Flexure and the Blader Tr. Path. Soc. London, 10, 131-132, 1859.
3. CRIPPS. — Passage of Gas and faeces Trough the Urethra; Colotomy Lancet, 2, 619-620, 1888.
4. HIGGINS. — Vesico-Intestinal Fistula. J. Urology, 36, 694-706, 1936.
5. KELLOC. — Vesico-Intestinal Fistula. Amer. J. Surg. 41, 135-186, 1917.
6. MAYO. — Vesicolonic Fistula. Etiology and Treatment. Proc. Interstate Postgraduate. M. A. North America, p. 145-148, 1940.
7. BABCOCK. — Diverticulitis. Rev. Gastroenterol. 8, 77-92, 1941.
8. MAYFIELD. — Fístulas sigmoideo-vesicales. Anales de Cirugía, V. C. p. 1208. V. 8. N. 8. 1949.
9. FORCUE. — Tratado de Ginecología. Edic. Española, p. 175.
10. Traité d'Urologie.
11. LOCKHART-MUMMERY. — Late Resultats in Diverticulitis. Lancet, 2, 140, 161, 404, 1938.
12. NUBOER. — Imperforation du rectum. Journal de Chirurgie, 1951. V. 67, n.º 3, p. 209.
13. LADD y GROSS. — Abdominal Surgery of Infancy Chidhood, 1947.