

## **Cirugía Conservadora del Tracto Uro-Genital**

*Dr. Fidel Torres León*

La cirugía plástica, expresión máxima de la cirugía conservadora, ya que es ésta, más el aporte artístico que aquella supone, está llamada a reinar soberana en el arte de la cirugía moderna, la cual en lo posible debe ser creadora por oposición a la cirugía antigua, eminentemente mutiladora, y ésta no podía ser de otra manera, puesto que en los albores de la cirugía antes de la era pasteuriana, y cuyo padre indiscutido es Ambrosio Poré, el cirujano no podía aspirar a más que a extirpar el órgano u órganos que ponían en peligro la vida, por carecer de medios para el diagnóstico precoz y sobre todo porque la asepsia, pivote de la cirugía plástica, era entonces desconocida. Vino la era pasteuriana y con ella la verdadera era quirúrgica, aunque todavía limitada por carecer de elementos para combatir los gérmenes, que, aunque ya bien conocidos eran terribles por no tener entonces otras armas que las preventivas de la asepsia, de tal suerte que la infección aparecida, hacía estragos en los campos quirúrgicos.

Nos tocó en suerte la era antibiótica, y aunque antes de ella ya la cirugía plástica había hecho su aparición, con ella llega a su mayor edad, pues gracias a los antibióticos hoy emprendemos operaciones que hace pocos años apenas imaginaran los audaces, y que no pudieron realizar por la certidumbre del fracaso debido a la infección.

Debemos pues revisar la historia quirúrgica en todos los campos, pues lo que fue bueno para los creadores de nuestro arte por el limitado campo en que obraban, puede ser mediocre o francamente malo a la luz de las nuevas armas con que contamos en nuestra época.

Pero aparte del factor "Antibióticos" que nos permite audacias que antes no soñaran, hay un factor permanente, que si siem-

pre lo tuviésemos presente nos habría abierto en este campo como en tantos otros, muchos y despejados horizontes. Es este factor el puramente humano y tan cristiano, de "No hacer a los demás lo que no quisiésemos para nosotros" que aplicado a la cirugía equivale a "No intentar ninguna nueva operación que no la quisiéramos para nosotros, de encontrarnos en el caso de nuestros pacientes". Digo ésto, porque lo que me ha guiado para intentar técnicas nuevas no ha sido el prurito de buscar migajas de celebridad, sino el de evitar intervenciones mutiladoras, cuando sospechaba que podía haber probabilidades de salvar órganos y funciones, aunque fuese a costa de trabajo y paciencia, pues, y aquí viene mi gimnasia mental, de encontrarme en el caso de mis pacientes, antes que la mutilación hubiera querido que hiciesen algún esfuerzo para salvarme el órgano y su función.

En los trabajos, objeto de esta tesis, todos mis pacientes, operados a Dios gracias con éxito, estaban condenados si me hubiesen guiado por la rutina de las técnicas clásicas, a sufrir la intervención consistente en la derivación de la orina hacia el intestino o hacia la piel y en los tres tipos de operación, logré salvar la vejiga y su función, por procedimientos distintos, pero siempre guiado por el faro del egoísmo bien dirigido, es decir, porque en cada uno de los casos me decía: y qué querrías tú que te hicieran si tu condición fuera la de paciente? E invariablemente venía clara la respuesta: intentar hasta donde fuese posible salvar el órgano, y que si el fracaso era el resultado de este intento, para la mutilación siempre habría tiempo.

Satisface hondamente el profundo agradecimiento de estos pacientes, quienes sabedores de la triste suerte que les esperaba, trocan en salud perfecta su hasta entonces triste condición y se dan tanto más cuenta del beneficio que han recibido, cuando ya se consideraban perdidos.

Me ha parecido importante el hacer conocer lo que ha sido mi guía en esta lucha diaria por el mejoramiento de las técnicas quirúrgicas, porque he creído que en ésto como en la práctica diaria de la medicina, las dudas se resuelven más fácilmente tomando la determinación que nos hubiese favorecido, de no ser médicos sino pacientes.

Presentamos en esta tesis tres clases de operaciones:

La primera sobre el tan trillado tema de las fístulas Vésico-

Vaginales, en la que creemos haber hecho un aporte de este delicado problema, con la creación de la sonda para succión permanente, el tratamiento de las cistitis incrustadas y la solución temporal de la continua pérdida de orina por medio de la introducción de una sonda de Foley por la fístula (siempre que ésta no sea tan pequeña que impida el paso de la sonda), con lo que se mejora considerablemente los tejidos sobre los que se va a intervenir. En cuanto a los otros tiempos de intervención, son los clásicos y apenas insisto sobre detalles que aunque ya conocidos, no deben olvidarse so pena de poner en peligro el éxito de la delicada operación.

Viene luego un trabajo sobre plastia perineal de la uretra en que presentamos la manera de hacer uretra de un tejido cicatricial que aunque queloide inicialmente, fue acondicionado por medio de irradiaciones. En este trabajo merece hacer resaltar la técnica de Duplay y Marion para el afrontamiento de superficies por medio del tubo de Gally e hilos metálicos. Por este sistema las plastias perineales y la operación de hipospadias se hacen con suma seguridad.

Y para terminar una operación reveladora de la readaptación de función vesical a pesar de la destrucción del cuello, y en lo que el autor emplea un sistema de su invención y que bautizó "Divulsión conducida", para reemplazar la uretrotomía externa. Pero considero que lo que merece más atención en este trabajo es el alto grado de efectividad de las *dilataciones uretrales con beniqué*, para tratar las incontinencias por operaciones en cuello vesical o uretra posterior.

### FISTULAS VESICO - VAGINALES Y SU TRATAMIENTO

Es mucho lo que se ha escrito sobre este tema, y muy diversas las técnicas que para tratar las fístulas véstico-vaginales se han escrito; sin embargo volvemos hoy sobre él, porque creemos hacer un aporte de real importancia a este delicado problema.

En el servicio de Urología del Hospital de San Juan de Dios del Profesor Miguel Antonio Rueda Galvis, se ha venido operando con gran fortuna estas fístulas, ya por vía trans-vesical, ya por vía vaginal, según que la fístula sea alta o muy cercana a la uretra, y el gran éxito que en estas intervenciones hemos tenido lo achacamos a varios factores: Desprendimiento amplio de la

vejiga y vagina, de manera que las suturas no queden tensas; sutura múltiple invaginante del plano distal; de vejiga si por vía vaginal, o de vagina si por vía trans-vesical (Fig. 1-A.). Succión permanente de la vejiga durante los 15 días siguientes, por medio del aspirador Stedman (Fig. 4) y la sonda que hemos ideado para tal fin (Fig. 4-D).

Halagados por una serie feliz de NUEVE casos, emprendimos el operar aún las de gran pérdida de tejido, sobreviniendo dos fracasos consecutivos, que pudieron ser reoperados con éxito; la fístula objeto de esta publicación era de gran pérdida de tejido: véstico-uretro-vaginal, (Fig. 1 -D y C-), situada entre los meatos ureterales, (los que desembocaban en los bordes de la fístula), y tercio medio de la uretra, con mucosa vesical ectropianada en la vagina.

Los bordes laterales adheridos a las ramas montantes del isquión. En suma un caso de los llamados inoperables o de resultado muy aleatorio.

Emprendimos sin embargo la tarea, confiados en que a la técnica ordinaria podía agregar un factor nuevo, los injertos de placenta que se habían venido usando en las fístulas estercorales, y que en nuestro servicio había tenido un éxito rotundo en una fístula lumbar consecutiva a lobotomía por perinefritis que el enfermo llevaba hacía 5 años.

Este caso es doblemente interesante por tratarse de una enferma que a su llegada al servicio presentaba a más de fístula, una cistitis incrustada muy dolorosa, la que había hecho descartar en un principio la posibilidad de operación sobre la vejiga, por la imposibilidad de tratar una tal cistitis con el agravante de la fístula.

Entonces se nos ocurrió aplicarle un gota a gota de la solución G. (1) para disolver los cálculos, obviando la dificultad presentada por la fístula, con la introducción por la misma, de una sonda de Foley de balón de 60 c.c., que con una pequeña presión de tracción obstruía la fístula y de esta manera se obtenía la cavidad cerrada. Dada la gran sensibilidad de estas vejigas, todas estas maniobras deben hacerse bajo anestesia, epidural o raquídea. Al cabo de una semana de ininterrumpido gota a gota, (2) las incrustaciones y la cistitis habían desaparecido. Las radiografías adjuntas (Fig.        y        ) muestran el estado de la

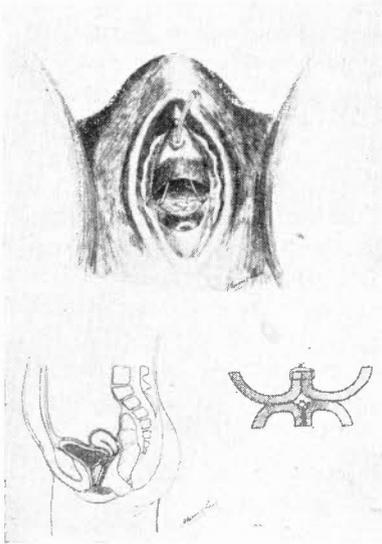


FIGURA 1

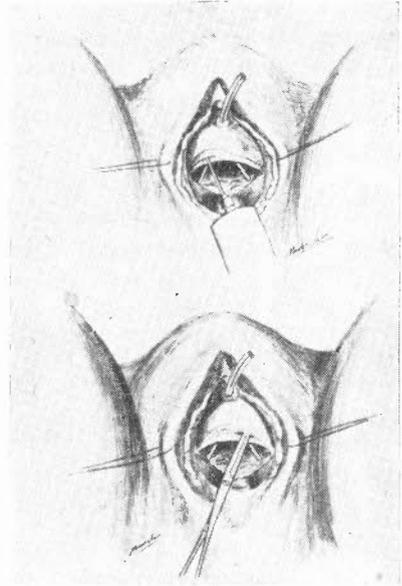


FIGURA 2

A

B

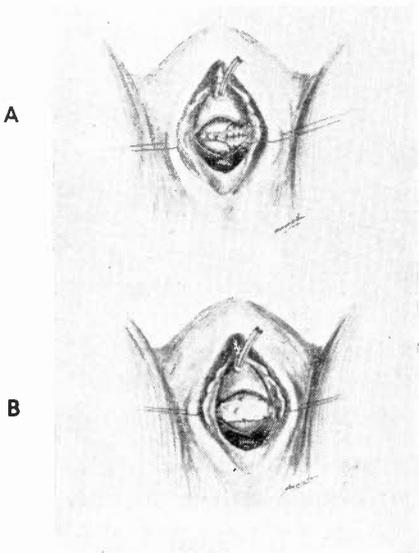


FIGURA 3

A

B

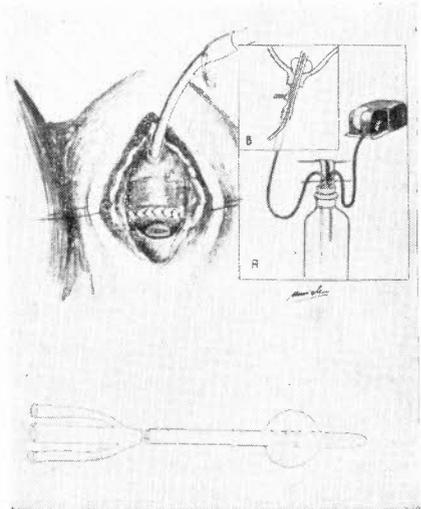


FIGURA 4

C

D

vejiga antes y después del tratamiento. Con un voluminoso taponamiento vaginal se logró hacerle una endoscopia que nos mostró el perfecto estado de las paredes vesicales.

Preparado así el terreno procedimos a operarla con la siguiente técnica:

PRIMER TIEMPO. *Cateterismo Uretral*.—Este se pudo hacer muy fácilmente y por vía vaginal, pues como ya lo dijimos,

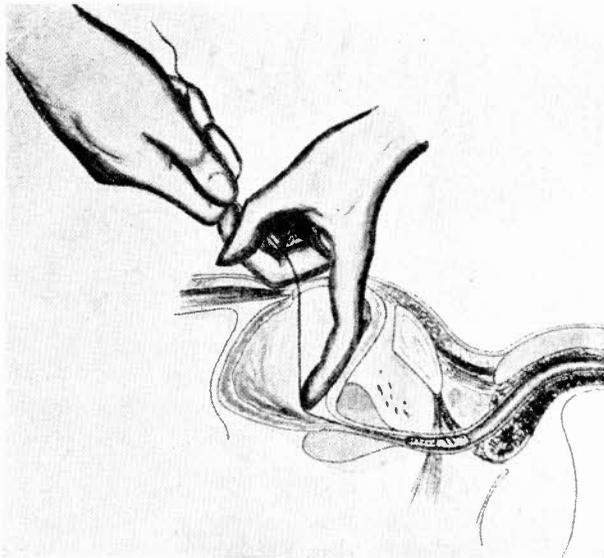


FIGURA 4

los meatos ureterales desembocaban en los bordes de la fístula y el cateterismo era indispensable, so peligro de interesar los uréteres, bien sea en el desdoblamiento o en las suturas.

Una vez cateterizados (empleamos sondas Nelaton N° 10) pasamos los pabellones de las sondas por la uretra de atrás hacia adelante (Fig. 1 y 8).

SEGUNDO TIEMPO. *Exposición de la fístula*.—Ello no fue posible primero porque el uréter estaba completamente fijo, y la

pinza no lo movilizaba absolutamente nada, y luego porque los bordes de la fístula estaban adheridos a las ramas montantes del isquión. Hubimos de compensar esta dificultad con un Trendelenburg forzado.

Fijamos los grandes labios con catgut a los respectivos muslos. No hubo lugar a usar la valva de Auvart por lo inextensible de la vagina, y pensamos en la necesidad de la episiotomía, pero intenté la operación sin ella, dejando este recurso para el caso de que se hiciese posible la realización de la operación en esa forma, y en efecto no hubo necesidad de la episiotomía.

**TERCER TIEMPO.** *Desdoblamiento vesico-vaginal.*—La iniciamos, como siempre que se trate de buscar planos de clivaje, con la inyección, entre los planos que se quieren separar, de suero fisiológico, al que se puede mezclar adrenalina (1 c.c. de la solución al 1 por mil, en 20 c.c. de suero). Hasta abombamiento de la pared (Fig. 2-A).

La incisión puede ser de avivamiento, recortando todo el reborde de la fístula, o bien incisión circunferencial siguiendo el borde que fue lo que en este caso hicimos, y que se facilita gracias al engrosamiento de la pared con la inyección de suero.

La separación de los planos se puede iniciar con pinza hemostática (Fig. 2-B).

La que se introduce cerrada por la incisión y se abre. Luego de libertado el labio vaginal, con pinza larga y un hisopo de gasa y de trecho en trecho cortando con tijeras los pliegues entre vejiga y útero, hasta llegar a peritoneo, como si se tratase de la disección que se usa para la interposición de útero entre vagina y vejiga. Esta disección amplia es recomendable para casi todos los casos, e indispensable en aquellos en que hay una gran pérdida de pared vesical.

A nivel de los uréteres la disección debe ser particularmente cuidadosa: el cateterismo descarta los riesgos de interesar los uréteres.

La disección de la vagina, que de ordinario es tan fácil, fue en este caso particularmente laborioso, pues como ya lo había anotado, los bordes de la fístula estaban adheridos al isquión, agregándose a esto el agravante de la inmovilización uterina. La disección se logró sacrificando el tejido adherido.

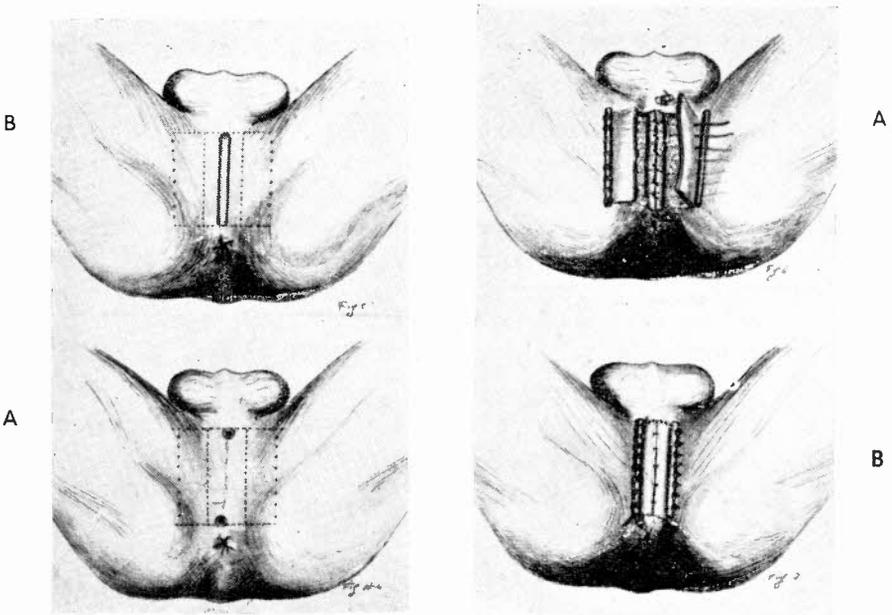


FIGURA 1

FIGURA 2

### SUTURA DE LA FISTULA

Es de anotar una vez más el principio fundamental para el buen éxito de esta intervención (Fig. 1-A) y que consiste, una vez hecha la liberación amplia de la vejiga, en hacer tres planos de sutura, ya sea sobre pared vaginal, si se intervino por vía transvesical, o bien sobre la vejiga si se escogió la vía vaginal, como en el caso que nos ocupa. El primer plano de sutura sobre el reborde vesical no debe ser perforante (Fig. 3-A) y con menor razón los otros, a fin de evitar que sobre el catgut puedan precipitarse sales calcáreas, lo que podía ser el punto de partida cistitis incrustada, además que podría comprometer el éxito de la operación.

Hmeos empleado siempre catgut 0, aguja pequeña, y los puntos a una distancia de  $\frac{1}{2}$  centímetro.

Sobre este primer plano de puntos se hacen otros dos en idéntica forma.

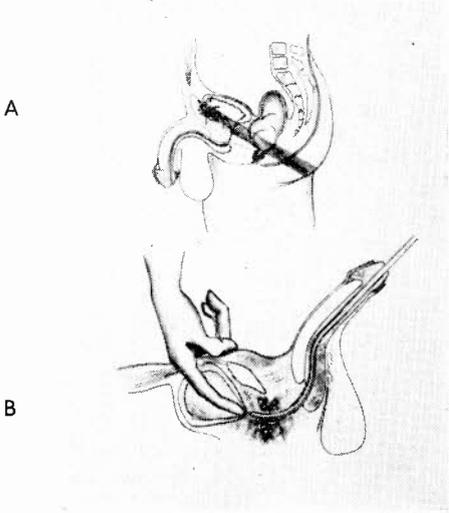


FIGURA 1

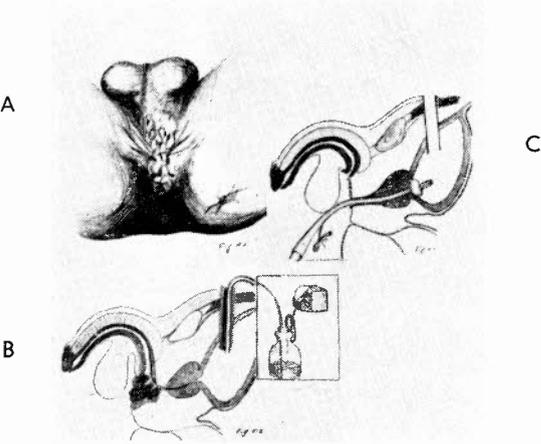


FIGURA 2

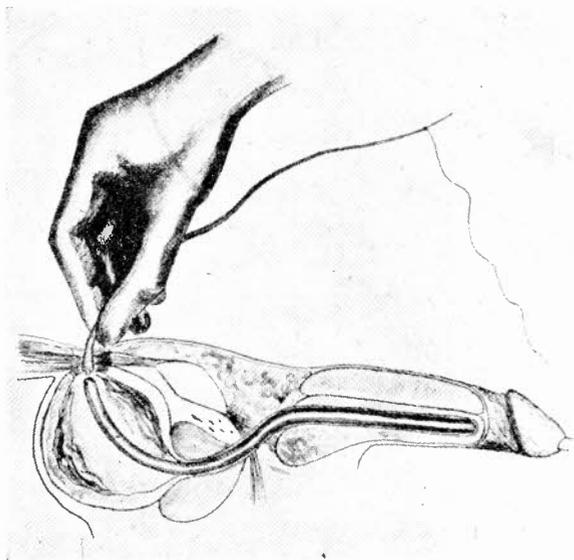


FIGURA 2

### OCCLUSION CON PLACENTA

A manera de remiendo de mendigo le aplicamos sobre la sutura vesical un colgajo de placenta de tres centímetros de largo por dos de ancho, y lo fijamos de sus cuatro ángulos más de dos puntos medios, con catgut cero (Fig. 3-B) poniendo la cara de los cotiledones hacia la vejiga.

Sobre este plano suturamos vejiga con un solo plano de puntos separados (Fig. 4-C). Dejamos taponamiento de gasa impregnada de sulfanilamida, y en vejiga sonda de Foley auto-retentiva, por la que se hizo durante 15 días succión permanente con el aparato de Stedman (Fig. 4-E). Es de hacer notar algunos detalles sobre la manera de aplicar la succión a permanencia, so pena de no poder realizarla, o hacerlo defectuosamente y ello puede comprometer el éxito de la difícil intervención.

Si se aplica la succión por la sonda de Foley, o por cualquiera otra, llega un momento en que al hacerse en vacío, la mucosa vesical succionada por los orificios de la sonda la obstruye, a más de ser dolorosa esta succión; para que ello no se produzca, ideamos un aditamento que permita llegar aire a la vejiga, de tal suerte que cuando no haya orina, el aparato succiona aire; así se

asegura el continuo funcionamiento y se evita el dolor. Este aditamento consiste en la introducción por la luz de la sonda, (Fig. 7-B), de una sonda ureteral (aprovechamos las sondas averiadas), tomando buen cuidado de bien obturar el orificio de la sonda o del tubo de caucho por donde sale esta sonda. Esto se hace con esparadrapo. La sonda uretral debe llegar hasta la extremidad de la de Foley. Insinuamos a la Casa Rüsck de Alemania, por conducto de Andía Ltda., la construcción de tales sondas, y en un tiempo récord nos contestó con el envío de unas muestras, (Fig. 4-D) en que realizan a perfección la sonda ideada e ideal. Es una sonda de Foley de tres conductos o irrigadora, en la que el conducto para la irrigación, que aquí va a servir para la entrada de aire, desemboque en la luz de la sonda en vez de al exterior y en las que en vez de dos o tres orificios grandes tenga diez o veinte pequeños, por los que siempre filtrará orina pero en cambio no dejan ni penetrar coágulos ni mucosidades que puedan obstruir la sonda.

El post-operatorio fue perfectamente normal y sin ningún incidente; al décimo-quinto día se le quitó la succión, quedando la enferma perfectamente continente.

## RESUMEN

Se trata de una fístula cérvico-vésico-uretro-vaginal, en una enferma ya operada con éxito por una fístula vésico-vaginal consecutiva a su primer parto distósico, y que necesitó el forceps. Hubo luego dos partos normales, pero en su cuarto parto con presentación de nalgas, volvieron a aplicarle el forceps con la secuela de la fístula descrita, que tenía cuando la vimos el agravante de la cistitis incrustada. Se logró tratar esa cistitis con la solución "G" para disolver cálculos, y luego se operó la fístula por vía vaginal, y se empleó un injerto de placenta, que se interpuso entre las dos suturas de vejiga y vagina. Se le puso succión a permanencia durante dos semanas, con el aspirador de Stedman, y con sonda especial quedando la enferma continente y con integridad ureteral.

## HISTORIAS CLINICAS

### Obs. Nº 1

B. M. de D., 30 años. Hist. Nº 142622.

Viene al hospital por pérdida constante de la orina, desde hace 21 meses, consecutiva a parto distósico en que hubo necesidad de aplicación de for-

ceps. Hace 5 años, después de su primer parto, en que hubieron también de aplicarle el forceps, le quedó fístula vésico-vaginal que fue operada con éxito por vía trans-vesical. Luego tuvo dos partos normales, y fue cuando su cuarto parto, en que de nuevo hubo necesidad de la aplicación de forceps, después de un trabajo de dos días, con presentación podálica, que le quedó una fístula cérvico-vésico-uretro-vaginal. A la fístula se agrega una cistitis intensa, incrustada, que cedió a la aplicación de gota a gota vesical de la solución "G", previa oclusión provisional de la fístula con un balón de Foley. Erosión de la vulva y cara interna de los muslos. Estas lesiones desaparecieron con la oclusión provisional. OPERACION: la descrita en el trabajo.

### Obs. N° 2

R. G. 14 años. Hist. N° 141143

Hace un año que sufre pérdida constante de orina, después de un parto a término en que el trabajo fue de NUEVE días, naturalmente con feto muerto. Menarquía a los diez años. A los doce quedó embarazada.

**Al examen:** fístula vésico-uretro-vaginal. Exámenes especiales no dan ningún dato de relieves.

Abril 20|49. Operación por vía vaginal, previo cateterismo, que se pudo hacer por vía vaginal. No se pudo hacer la exposición de la fístula por inmovilización uterina. Inyección de suero a todo alrededor de la fístula. Desdoblamiento de paredes, llevando la separación de la vejiga lo más amplio posible. Sutura de vejiga en bolsa invaginando este primer plano con dos más también en bolsa y con catgut 0, sutura de vagina con puntos separados, taponamiento vaginal con gasa impregnada con pomada de sulfa. Sucesión a permanencia con el aspirador Stedman.

Abril 22.—Se le quita el taponamiento vaginal, que no se reemplaza.

Mayo 5.—Se le suprime la succión a permanencia, que funcionó sin interrupción durante los 15 días y sus noches.

Mayo 10|49.—Se le da de alta, curada de su fístula, y con regular capacidad vesical.

### Obs. N° 3.

T. S. 28 años. Hist. Clín. N° 119747.

Quince días después de un parto laborioso comenzó a perder orina por la vagina. Al examen se encuentra una fístula del tamaño de una moneda de 20 centavos.

Esta enferma había sido operada en enero del 48 de su fístula por vía trans-vesical, y le habían hecho una neo-uretra sub-umbilical, desgraciadamente sin resultado, pues persistió la fístula vésico-vaginal.

En mayo 25|48 intervenimos así: Bajo anestesia general, le hicimos una incisión de Pfannenstiel, y hubimos de abrir peritoneo, pues la vejiga era de capacidad muy reducida, y por la intervención anterior los planos habían sido muy transformados. Desperitonización de la vejiga y cierre del peritoneo. Al abrir la vejiga encontramos que su capacidad era tan reducida que impedía cualquier maniobra para el cierre de la fístula, y no nos fue posible localizar la fístula yéndonos por fuera de la vejiga. Resolvimos cerrar, colocando en la vejiga y a través de la neo-uretra una sonda de Foley. Se deja dren en el espacio prevesical, y se suturan los planos por separado. Naturalmente se le aplica la succión a permanencia con la bomba de aspiración con motor de inducción de Stedman, que se le deja por 15 días.

Al quitar los puntos el sexto día se encuentra hematona abundante en la región prevesical. Se la deja dren que se le quita a los tres días. A los 15 días se observa absceso pre-vesical que se drena. Se le quita la succión, y con gran sorpresa constatamos que la fístula había cerrado. Sale del Hospital el 23 de junio perfectamente continente.

#### Obs. N<sup>o</sup> 4.

C. S. de Ch. 26 años. Hist. Clín. N<sup>o</sup> 96508.

Pérdida constante de orina desde hace dos años, que le apareció ocho días después de su penúltimo parto. El último parto hace 8 meses no le agravó la fístula a decir del médico que la asistió.

Marzo 10|48. Intervenimos por vía vaginal, sobre una fístula localizada en el triángulo del tamaño de una moneda de diez centavos que deja pasar el dedo índice; cateterismo por vía vesical previo taponamiento vaginal.

Se expone la fístula con la tracción del cuello uterino. Se disocian planos con la inyección de suero.

Se disecan con bisturí fino y tijeras los planos, una vez reseca los bordes de la fístula, teniendo buen cuidado de hacer disección amplia.

Se procede a la sutura de la pared vesical, así: el primer plano con hilo fino no perforante en bolsa. Dos planos más invaginantes también en bolsa con catgut N<sup>o</sup> 1. Sutura vaginal en un solo plano, con puntos separados.

Se deja sonda de Petzzer por la uretra, y se hace aspiración continua, primero con frascos y al partir del tercer día con el aparato de Stedman.

Se deja tapón vaginal con pomada de sulfatiazol que se quita al tercer día. Al quinceavo día se retira la sonda; la enferma queda con ligera incontinencia que se le trata de medicación a base de estricnina; a los tres días queda perfectamente continente.

**Obs. N° 5**

A. B. 24 años. Hist. Clín. N°

Hace cinco meses tuvo un parto a término con niño vivo atendida en Soatá, por una comadrona, la que, al decir de la enferma le hizo maniobras internas después del alumbramiento, e inmediatamente después notó que le salía la orina. A más de la pérdida de orina aqueja escosor en la vejiga. Tuvo dos partos anteriores a éste, a término, y viven los niños. Al examen se encuentra fístula cerca al cuello uterino de un diámetro de un centímetro.

La operación por el sistema descrito, no presentó ningún hecho extraordinario. Se le aplicó la succión durante 15 días y aunque presentó ligera incontinencia al quitarle la sonda, ésta cedió a la aplicación de estricnina.

**Obs. N° 6.**

Z. R. B. 41 años. Hist. Clín. N° 134324.

Hace dos años y medio y a consecuencia de una intervención quirúrgica (colpografía anterior), le quedó una retención completa. Trataron de sondearla sin resultado, y durante algunos días le evacuaron la vejiga por punciones suprapúbicas repetidas. A los 22 días se rompió la vejiga, quedando la fístula véscico-vaginal. Posteriormente y a un mes de intervalo le fueron practicadas dos intervenciones por vía vaginal, sin resultado.

Octubre 22|48. Operación bajo anestesia raquídea. Incisión suprapúbica mediana de 8 cm. se encuentra vejiga un tanto atrofiada, por lo que fue imposible aplicar separador vesical. Suplimos ésto con la sutura de los bordes de la incisión vesical a los planos musculares separados.

Se hace el avivamiento de los bordes, previa inyección de suero adrenalinado alrededor de la fístula. Se separa ampliamente vejiga de vagina, y sobre esta pared se practican tres planos de sutura. Sobre la pared vesical un solo plano, con puntos no perforantes, y con nudo hacia dentro, menos el último que forzosamente hay que hacerlo perforante (Catgut N° 0).

Succión con el Stedman y buen resultado.

**Obs. N° 7.**

M. B. A. 21 años. Hist. Clín. N° 1414431.

Se hospitalizaba por pérdida de orina, consecutiva a parto laborioso (ocho días de trabajo) y distósico; hubimos de aplicarle forceps. Secundípara. Su primer parto, aunque laborioso no tuvo necesidad del forceps, aunque en él también el niño nació muerto.

Al examen se encuentra que los genitales externos están ulcerados, y a la aplicación de spéculo se aprecia una fístula baja del tamaño de una moneda de veinte centavos. Por el orificio de la fístula se la pasa una sonda de Foley,

la que se fija al muslo con esparadrapo y ligera presión de tracción, y se evita así el que la orina siga macerando los tejidos vecinos, los que sanaron gracias a ésto y a la aplicación de pomada de sulfá.

Se opera por el sistema corriente y tanto en la operación como en el post-operatorio no se presentó ningún incidente. Se le quitó la succión el décimo-quinto día, quedando desde un principio perfectamente continente.

#### Obs. N° 8.

A. de H. A. 22 años, Hist. Clín. N° 145770.

Desde hace 4 meses y 1/2 inmediatamente después de su primer parto, pérdida constante de orina. Es de hacer notar que no hubo aplicación de forceps y que su hijo nació vivo. Acusa dolor en la vagina. Antecedentes personales y familiares sin importancia. Al examen se encuentra una vulva con escoriaciones, y en vagina fístula vésico-vaginal del tamaño de una moneda de cinco centavos. Cuello y fondos de saco normales. Exámenes de laboratorio buenos. Se procede a operarla por la vía vaginal. Exteriorización fácil del cuello. Inyección de los bordes con suero adrenalinado. Incisión de la pared vaginal antes y después de la fístula y sección del reborde fistuloso. Separación fácil de los planos vaginal y vesical. Sutura del plano vesical en tres planos, el primero en bolsa y los otros con puntos separados. La pared vaginal en un solo plano con puntos separados de Corachán con catgut N° 0.

Se deja mecha impregnada en pomada de sulfas por dos días en vagina. Sonda de Foley y succión a permanencia. Como en todos los casos: penicilina 300.000 unidades diarias durante cinco días, comenzando la víspera de la intervención.

A los quince días se le quita la sonda, pero queda incontinente cuando camina. Se le formula Genostriquina a razón de 5 cgrms. diarios (5 gránulos de 2 mmgrs., o 60 gotas, o una ampolla de 1 cgrm.) y a los dos días de este tratamiento desaparece la incontinencia.

#### Obs. N° 9.

M. V. P. de H. 38 años. Hist. Clín. N° 125571.

Pérdida constante de orina desde hace 3 años, a raíz de un parto laborioso, con 4 días de trabajo; nació el niño vivo, para morir a los diez días; la pérdida de orina apareció a los 20 días del parto. Soportó este estado por un año, durante el cual tuvo otro embarazo con parto sin complicaciones.

En exámenes de laboratorio nada importante qué señalar. Al examen del aparato genital hay que buscar la localización de la fístula por medio de la inyección de azul en vejiga y se la localiza a igual distancia de meato urinario y cuello uterino. Tiene además rectocele. Al examen endoscópico se encuentra la fístula en el trígono a igual distancia de los meatos.

Operación por vía vaginal. Exteriorización fácil del cuello uterino. Inyección de suero adrenalinado en los bordes de la fístula. Incisión amplia de la pared vaginal anteroposterior, siendo la fístula el centro de la incisión. Separación amplia de vejiga y vagina; sutura en bolsa de la brecha vesical, en tres planos. Plano vaginal con puntos separados.

En seguida se procede a la corrección del rectocele por medio de la perinorrafia. Se le deja gasa impregnada de pomada de sulfa y se le pone como de rutina su succión a permanencia durante quince días, al cabo de los cuales sale la enferma completamente curada.

#### BIBLIOGRAFIA:

- G. MARION et JEAN PERARD. *Technique des operations plastiques sur la vessie et sur l'uretre*. Masson Editeurs, Paris Vic.
- W. STOECKEL. *Tratado de Ginecología*. Javier Morata Ed. Madrid.
- COUNSELLER, V. S. *Am. J. Obst. & Gynec.* 33:234, 1937; *J. Urol.* 47:711, 1942; *N. Y. State J. Med.*, 45:987, 1945.
- DEMING, C. L.: *Surg., Gynec & Obst.*, 62843, 1936.
- FAHRST, I. J., *J. Urol.* 44:279, 1940.
- REAVES, J. *UROL.*, 57:65, 1947.
- TURNER, B. W. 58:359, 1947. *J. Urol.*
- HUNNER, G. L. *J. Urol.*, 52:238, 1944.

### *PLASTIA PERINEAL*

(Contribución al tratamiento de las fístulas perineales múltiples)

Las fístulas perineales provienen en la mayoría de los casos de estrecheces uretrales no tratadas. Otras, de rupturas de la uretra por traumatismos, con intervención o sin ella. En el caso que nos ocupa estas fístulas se debieron a un accidente tauromáquico, con efracción con el cuerno de los tejidos y órganos siguientes: glúteos, ampolla rectal vejiga.

El tratamiento más usitado para las fístulas perineales, es la uretrotomía externa y uno menos usado aunque más efectivo, la uretrorrafia circular de Duplay y Marion.

En el caso que presentamos se había realizado la primera en repetidas ocasiones, con resultados muy pasajeros y no había ya indicación para la uretrorrafia circular, por la enorme pér-

dida de sustancia, secuela natural de las múltiples fístulas y retidas intervenciones.

Ante este cuadro, que parecía no tener otra solución que el abocamiento de los uréteres al sigmoide y de esta manera por lo menos hacerle la vida menos desgraciada, se nos ocurrió practicarle una plastia de la uretra a expensas de la piel del periné.

### C. S. 18 años. Hist. Clín. N°

Hospitalizado por fístulas perineales múltiples (Fig. 1-A y B) y fístula supra púlica. Buen estado general. A la edad de doce años sufrió accidente consistente en cornada, con efracción de la cara antero superior e interna del muslo, y atravesando el cuerno la ampolla rectal, vejiga, y saliendo sobre el pubis. Fue atendido en provincia en donde lograron tratarle la fístula estercoral, pero en cambios las repetidas operaciones por el periné no solamente no lograron cerrar la fístula sino que aquel había tomado la forma de poma de regadera. Ante la imposibilidad de hacerle una Uretrotomía externa, se me ocurrió que lo más indicado era resecarle aquellos tejidos fistulosos y proceder a hacerle una plastia de la uretra a expensas bien fuera de los tejidos del periné o de la cara interna de los muslos.

### Descripción de las intervenciones quirúrgicas.

#### Primera intervención. TALLA VESICAL.

Ante este cuadro de fístulas múltiples, y de abscesos, (Fig. 1) era de rigor derivar la orina por medio de la talla vesical supra-púlica la que se realizó no sin algunas dificultades provenientes de las repetidas intervenciones a que lo habían sometido por esta vía. Se le colocó tubo de Freyer-Marion y succión a permanencia con el aspirador Stedman (Fig. 1-B), se le aplicaron antibióticos (Penicilina sulfas) y se hicieron curaciones locales en los abscesos perineales, hasta curarle completamente la región perineal.

#### Segunda intervención. RESECCION DE LA ZONA FISTULOSA.

Una vez desinfectado el periné, procedimos a la resección de todo el trayecto fistuloso de la uretra y de la piel perineal correspondiente, abocando el cabo proximal de uretra a la piel, a dos centímetros del ano y el cabo distal a la raíz del escroto. Como había una gran pérdida de tejido, procedimos a disecar ampliamente la piel adyacente a fin de que la sutura no quedase tensa; cateterizamos el cabo posterior con sonda de Foley (Fig. 1-C).

El postoperatorio no presentó ningún incidente.

Como este enfermo tenía gran tendencia a hacer cicatrices keloides le hicimos irradiar todas las heridas con rayos Roentgen, que al mismo tiempo que impidieron la formación de keloides, sirvieron para depilar la zona. Depilación que no fue perfecta pues ulteriormente hubimos de completarla con electro

coagulación. Todo ello a fin de preparar la futura pared uretral que debía salir de esta zona cicatricial. Dejamos transcurrir varios meses para asegurarnos la buena consistencia de estos nuevos tejidos, y durante este tiempo se practicaban dilataciones con beniqué, de los cabos uretrales.

### Tercera intervención. PLASTIA:

El enfermo en posición de litotomía, se señala con tinta o azul de metileno y por medio de puntos penetrantes con aguja hipodérmica, lo que va a constituir la futura uretra perineal y se trazan también los colgajos que van a recubrir la neouretra (Fig. 2-A). Estos colgajos, proceden más de la cara interna de los muslos que del propio periné.

Este tiempo de la demarcación de las incisiones, es primordial, pues una vez hechas las primeras incisiones al recogerse la piel, hace que se pierdan todas las relaciones y los colgajos quedarían, a más de asimétricos, posiblemente defectuosos.

Hecha pues la demarcación se introduce una sonda por el meato, la que del orificio distal se le hace pasar por el proximal hasta la vejiga (Fig. 2-B). Escogimos el número 24 F. que nos irá a servir para moldear sobre ella la neouretra. Incisión de la piel por la línea de demarcación, junto con su tejido celular subcutáneo y sutura con surjete simple y con hilo metálico cuyos extremos se hacen pasar a distancia de las extremidades de la sutura de afrontamiento. Las extremidades anteriores y posteriores de este primer colgajo deberán suturarse con catgut fino a los bordes de los neomeatos que previamente se habrán desdoblado y de cuyos labios, el extremo irá a suturarse al colgajo superficial de que hablaremos más adelante.

Viene ahora un tiempo fundamental, cual es el afrontamiento por encima de la neo-uretra, de los colgajos que provienen de la cara interna de los muslos. En este afrontamiento no debe olvidarse que por la pérdida de tejido cutáneo (que se empleó para el lecho de la uretra), las suturas quedarán forzosamente en tensión, y que una sutura hecha por el sistema ordinario, estaría condenada irremediamente al fracaso. Por estas consideraciones recurrimos a un sistema de suturas que debemos a Duplay y Marion y cuyo principio enunciado por Marion, es el siguiente: afrontamiento de amplias superficies con el fin de que la reunión de los colgajos quede lo más seguro posible y para ello el afrontamiento amplio se logra gracias a tallos metálicos (que podríamos llamar de Marion).

(Fig. 7) Tallo metálico y tubo de Gally.

Los hilos que en esta sutura se emplean deben ser metálicos y finos. Enhebrados en aguja ordinaria, penetran en la base del colgajo de un lado, pasan por debajo de la superficie de avivamiento, salen a un milímetro de distancia de la superficie mediana y recorren del otro lado de manera simétrica (Fig. 3-A).

En suma, estos hilos van de la base de un colgajo a la base del otro, pasando por debajo de toda superficie de avivamiento. Los hilos deben colocarse a distancia los unos de los otros de una longitud igual a la distancia que

separa los orificios de los tallos metálicos. Para lograr con exactitud ésto, marcamos con tinta en la base de los colgajos, y valiéndonos del tallo metálico, el sitio exacto por donde irán a pasar estos hilos y se procede así: una extremidad del hilo se pasa por el orificio de un tallo y se enrolla en él; la otra, o sea la enhebrada, una vez hecho su recorrido bajo la superficie de avivamiento, pasa por el orificio correspondiente del otro tallo, y una vez pasados todos los hilos los dos tallos se acercan y se fijan en la forma siguiente: un tubo de Gally (pequeños tubitos de plomo) se coloca sobre un hilo y mientras este hilo se mantiene por su extremidad por medio de una pinza, el tubo de Gally cogido por otra es empujado hasta que se estime que el acercamiento de los tejidos es suficiente (Fig. 3-A). En este momento la pinza aprieta el tubito de plomo y en esta forma los tallos metálicos se mantienen fijados. Idéntica operación con cada uno de los otros hilos. Terminada la sutura, se retira el hilo metálico que pasado en surgete nos sirvió para afrontar los bordes del primer colgajo, y se obtiene esto muy fácilmente halando sobre una extremidad del hilo. Sobre la piel se colocan puntos de seda (Fig. 3-B). Se deben hacer curaciones diarias tocando la herida con metafén y otro desinfectante, cuidados que no deben olvidarse debido al peligro de contaminación por la vecindad del ano.

Debe tomarse la precaución de estreñir al paciente durante seis días, que son los considerados suficientes para mantener esta sutura.

Con suerte y lujo de precauciones debiera terminar con esta intervención el proceso quirúrgico. Desafortunadamente en nuestro caso tuvimos incidentes y casi accidentes que con menos voluntad nos hubiesen impedido alcanzar el éxito. Consistió el primer accidente, en que al proceder a la dilatación, bajamos demasiado el pabellón del beniqué y como la sutura era reciente, cedió en toda su longitud. Hubimos pues de repetir este tiempo quirúrgico dejando transcurrir naturalmente un tiempo prudencial y entre tanto se continuaron las dilataciones con intervalos de 5 días. Los dos cabos de uretra se dilataron hasta el número 56.

Repetida esta intervención con éxito, vino un incidente: uno de los puntos de sutura se infectó y dejó una fístula.

Procedimos al cierre de ésta, haciendo la fistulectomía, avivamiento de los bordes y afrontamiento de éstos por el procedimiento de los tallos metálicos y tubitos de Gally, viendo esta vez coronados por el éxito nuestros esfuerzos. Se continuaron las dilataciones, las que iban en el número de 54 cuando el paciente dejó el hospital.

Como apunte gracioso, el mismo enfermo aprendió a dilatarse, y para asegurarnos del éxito de la intervención, que dependía de las dilataciones, le obsequiamos una serie de beniqués con lo que creímos haber completado nuestra obra.

Dos años después de esta última intervención vimos al enfermo en perfectas condiciones, gracias en gran parte a que él, muy cuidadoso no ha olvidado sus dilataciones.

## BIBLIOGRAFIA:

- LOWSLEY, O. S. y HUNT, R. W.: *Plastic operations in urologic Surgery*. "South M. J. Tomo 35, Pag. 676, 1942.
- MARION G. y PERARD J. *Technique des opérations plastiques sur la vessie et sur l'uretre*. Masson -Paris.
- OMBREDANNE, L.: *Précis clinique et opératoire de Chirurgie infantile*, Masson Paris.
- WERMOOTEN, VINCENT. *Traumatic surgery of the genito-urinary trac*. "Practioners" Library of Med. Surg. T. 5. 1934.

*RECONSTRUCCION DEL CUELLO VESICAL*

(Destruído por herida de bala)

Es este un trabajo muy instructivo, sobre la capacidad de recuperación de la fisiología de la vejiga, y en éste como en otros casos, nos sirvió como guía el principio enunciado en la introducción de esta tesis a saber: de que si nuestro intento por conservar-le la micción voluntaria no se lograba, nos quedaba como último recurso la anastomosis uretero-sigmoide.

Felizmente aquí también fuimos recompensados, pues en un caso al parecer desesperado, al cabo de 13 intervenciones el paciente recuperó a perfección su fisiología miccional.

He aquí su historia.

M. A. L. 28 años Hist. Clín. N° 30611 Junio 4/48.

Es trasladado al servicio de Urología del S. de traumatología a donde había ingresado en el mes de mayo a consecuencia de un disparo de fusil que le entró por cara posterior del muslo izquierdo cerca de la nalga, y saliéndole a nivel del pubis. Le atravesó la ampolla rectal, uretra posterior y fragmentándose a nivel del pubis lo destrozó en forma tal que la observación del servicio de Traumatología dice que encontraron esquirlas óseas dentro de la vejiga (Fig. 1-A).

En ese servicio le prestaron los primeros auxilios y le operaron con éxito la fístula rectal, pero en cambio las suturas que hicieron sobre vejiga no prendieron y cuando fue trasladado a Urología, había infección intensa en toda la zona púbica y las fístulas urinarias, a pesar del drenaje por un tubo de Pezzer eran múltiples y una siguió un trayecto de un absceso y le salía orina por cerca de la rodilla.

Estado general muy deficiente y acusa fuertes dolores a la movilización. Dolor abdominal, vómito y estado de Shock.

Se retira la sonda de Pezzer que estaba en parte obstruída y se cambia por un tubo de Marion, al que se adapta un dispositivo para hacerle succión a permanencia. Se le hacen lavados diarios y se le aplican antibióticos.

En cuanto hubo mejorado su estado general, procedimos a drenar el Retzius que mantenía la temperatura en 39. Esto y la succión permanente con el aspirador de Stedman, mejoró muchísimo, tanto el estado general del paciente como la infección local. La temperatura bajó a lo normal, y el enfermo permanecía seco mientras se le mantenía la succión.

Procedimos entonces a eliminar las fístulas, abordando la vejiga a través de incisión suprapúbica. Al abrir vejiga encontramos que su cara anterior estaba desgarrada por esquiras que se habían abierto paso hacia su interior y sobre los que se estaban acumulando sales de calcio. Se resecaron y procedimos a cerrar esas brechas con suturas de catgut no perforantes e invaginando el primer plano.

Pero había algo más grave que a primera vista parecía insoluble y era que de la uretra posterior no quedaba más que una delgada cinta, luego para poder impedir que las fístulas continuasen, no quedaba otra solución que cerrar el cuello vesical para tratar ulteriormente de abrir la uretra. En efecto procedimos a cortar la uretra y cerrar el cuello. Dejamos pues la vejiga drenando únicamente por el tubo de cistostomía, y drenes en el Retzius. Al mes de esta intervención en que el estado general del paciente mejoró considerablemente, procedimos al restablecimiento del conducto uretral por medio de un sistema que bautizamos bajo el nombre de **Divulsión conducida** y que consiste en abrir la uretra por medio de un beniqué guiado por el índice intravesical (Fig. 1-B), de modo que el beniqué irrumpiera en la vejiga por el sitio aproximado en que estaba el antiguo cuello.

Una vez el beniqué en vejiga se atornilla una bujía filiforme a la que se ha atado una fuerte seda (Fig. 3).

Se saca el beniqué que trae tras de sí la bujía y la seda. La extremidad que aparece en el meato se hace pasar con aguja por el extremo de una sonda de Foley a que le va a servir de conductor-tractor. (Fig. 4). Pasada ésta a la vejiga se infla el balón y se cierra la brecha de cistostomía. La sonda la dejamos una semana y al quitarla se establecieron las dilataciones.

En un principio hubo incontinencia absoluta, pero gracias a las dilataciones recuperó la continencia en muy pocos días. Se le dió de alta.

Al año volvió porque estaba incontinente. Como sospechase que el pubis había podido desgarrar la vejiga le hice practicar una radiografía, simple y cistografía, que demostraron en efecto que en vez de cuello había una como prolongación de la vejiga hacia la próstata y en este sitio zona opaca por po-

#### **Nueva y Ultima Intervención.**

Incisión de Pfanestiel. Separación de rectos y cistostomía. Todo ésto con

la dificultad inherente a una pared que se había bierto no menos de diez veces.

Al explorar el cuello encontramos que había sido desgarrado por esquiras óseas y que en el sitio correspondiente a la próstata había gran cantidad de cálculos todos formados sobre periostio del pubis que desafortunadamente se había anidado allí. Lo que quedaba del cuello estaba completamente esclerosado, por lo que juzgué que la función esfínteriana estaba definitivamente comprometida. Decidí ante este hallazgo, cambiar de sitio el cuello, llevarlo a donde hubiese tejido sano. En efecto fuíme por vía retro-púbica, desprendí el cuello de lo que quedaba de pubis, al que adhería fuertemente, corté la uretra transversalmente y con sutura invaginante cerré la brecha. En seguida pasé por la uretra un beniqué delgado que hice aparecer en la región ex-prostática y con el índice intravesical guié el baniqué que divulsionó la pared vesical.

Idéntica maniobra que en la operación anterior, del beniqué, bujía seda y sonda, cierre de vejiga, drenes en el Retzius y cierre de pared.

La sonda uretral se le dejó durante una semana y al quitársela, la incontinencia era absoluta en todas las posiciones. La moral del enfermo no decayó con ésto, porque estaba advertido de que al quitarle la sonda la incontinencia duraría semanas o meses.

Desde este momento comenzó la labor de paciencia, consistente en las dilataciones, gimnasia miccional, (se instruye al enfermo que al orinar retenga la orina y lo haga en varios tiempos). En un principio no es posible, pero pronto comienza a retener algo y entonces esa gimnasia es efectiva.

La continencia apareció electiva de posición comenzando por la posición acostado.

A medida que las dilataciones avanzaban, la continencia era mejor, y apareció la continencia en posición de pies, pero condicionada al tacto constante del pene, de tal suerte que el paciente debía caminar con la mano en el bolsillo de los pantalones. Esto duró dos semanas. En cuanto la dilatación pasó del N° 56 (Beniqué), la continencia fue perfecta, lo que se logró a los cuatro meses de la operación.