

Serv. de Clín. Urológica del Policl. J. A. Fernández  
Jefe: Dr. Roberto A. Rubí

## PARA FISTULA URETROCRRURAL TARDIA, CONSECUTIVA A UNA URETROPLASTIA POR TRAUMATISMO

Por los Dres. ALFREDO A. GRIMALDI, GUSTAVO F. ALSINA  
y JUAN A. GOLDARACENA

Torres León, de Bogotá, comunicó a la Sociedad Francesa de Urología el 19 de noviembre de 1951, una observación sobre un traumatismo del cuello vesical reconstruido exitosamente. En su descripción, nos interesa la referencia a las fistulas urinarias múltiples que presentaba el enfermo, una de las cuales, siguiendo el trayecto de un absceso, permitía la salida de orina cerca de la rodilla...

Nosotros hemos tenido oportunidad de tratar un caso de fístula uretro-crural, que si bien es cierto no presentaba la extensión de la observación de Torres León, constituye un hecho de observación excepcional dentro de nuestra experiencia.

El enfermo, residente en Trebolares (Prov. Iba Perón) sufrió el 23 de diciembre de 1950 un accidente que le provocó la fractura de los huesos de la pelvis y ruptura de la vejiga y uretra posterior. De inmediato fué cistostomizado en General Pico y posteriormente completó su tratamiento en un instituto especializado de esta capital, donde permaneció 5 meses, 4 de ellos con sonda en la uretra.

Reintegrado a su pueblo, le llamó la atención siempre, la sensación de que en los esfuerzos miccionales, la orina parecía infiltrarse en la cara interna del muslo derecho, con disuria terminal franca.

En Junio de 1953, apareció un absceso en cara interna del muslo derecho, a unos 10 centímetros del pliegue perineocrural. Los médicos de la localidad lo remiten a esta capital con el diagnóstico de periuretritis (?). En una Sala de Cirugía general del Pol. Fernández, le fué drenado el absceso, comunicándose luego que en cada micción era ostensible la infiltración fémoro-crural, a la que antes nos referimos.

Pasa en estas condiciones el enfermo a nuestro servicio de urología, internándose en la cama 16. Historia Nº 8582.

El estado general es satisfactorio. La uretra presenta una estrechez Nº 15 a nivel de la uretra membranosa; la orina ligeramente turbia, la fuerza de proyección del chorro escasa y discreta disuria; sin retención; el tacto rectal negativo. Pero lo que más nos llama la atención es el orificio que ha quedado después de la incisión del absceso, en la cara interna del muslo en su tercio superior, por donde sale lentamente orina en el transcurso de la micción (*figura Nº 1*).

La uretrocistografía y la fistulografía permiten completar el examen de este proceso (inclusivo se efectuó, cuando se consiguió calibre, uretroscopia) como puede apreciarse (*figuras Nº 2 y 3*).

Después de un periodo de sonda permanente con lo que se logra un amplio calibre, y excluyendo por examen endoscópico lesiones agregadas se procede a intervenir quirúrgicamente.

*Operación:* 2 de octubre de 1953. Bajo anestesia raquídea (novocaína-percaína) se efectúa la perineotomía longitudinal para abordar la uretra bulbar y membranosa. Reconocida la zona de esclerosis que se origina en la cara derecha de la uretra membranosa se reseca el callo de la misma y por una incisión que se extiende hasta el orificio de la fístula, se reseca todo el trayecto. (El examen anátomo-patológico, N° 19.311, Prof. A. E. Bianchi, dice: "Tejido fibromuscular con zonas inflamatorias crónicas no específicas".)



FIG. 1. — Se observa el orificio correspondiente a la incisión practicada en el absceso del muslo derecho, que por un trayecto palpable se extendía hacia el isquión hasta confundirse con la uretra perineobulbar.



FIG. 2. — Uretrocistografía de frente con Umbradil U. Se puede apreciar por encima de la dilatación bulbar la substancia de contraste, que desde la uretra se difunde hacia la cara interna del muslo.



FIG. 3. — Uretrocistografía oblicua derecha que permite establecer la zona de uretra donde se origina el trayecto fistuloso y la trayectoria de éste hacia el absceso crural, donde se ha introducido un catéter.

La solución de continuidad de la uretra restante después de la resección es parcial y no alcanza a un centímetro de extensión, se repara sobre sonda y aposición de tejidos vecinos. Drenaje perineal, cierre de la herida crural y de la perineotomía y cistostomía, estableciéndose un sin fin.

El post-operatorio no ofreció inconvenientes. El 13 de nov. de 1953, se retira la sonda uretral y se practica la uretrocistografía de control (*figuras 4 y 5*), observándose un pequeño trayecto fistuloso ciego, a nivel de la zona afectada. Aunque el resultado lo consideramos en principio exitoso, creemos prudente prolongar la permanencia de la sonda uretral un período mayor. En estas condiciones se halla actualmente.



FIG. 4. — Uretrocistografía post-operatoria con aceite yodado, de frente.



FIG. 5. — Uretrocistografía oblicua derecha post-operatoria. Se observa una perfecta continuidad del túnel uretral.

#### COMENTARIOS

El trayecto poco habitual de la fistula uretral consecutiva a una uretroplastía (o al traumatismo original) que observamos en este caso, su evolución tardía y la reparación que hemos intentado, confieren a esta observación características particulares que justifican la presente comunicación.

#### RESUMEN

Se presenta una observación de fistula urinaria que se extiende de uretra membranosa a tercio medio de muslo derecho.

Se practica la corrección quirúrgica resecaando el trayecto y abordando la uretra por perineotomía, además de la talla hipogástrica.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Torres León, F. — Reconstrucción del cuello vesical destruido por una herida de bala. Sociedad Francesa de Urología. J. d Urologie T. 57-1951, pág. 817.