

Revista Argentina de Urología

Organo oficial de la Sociedad Argentina de Urología

Año XXV

SEPTIEMBRE - DICIEMBRE 1956

Números 9-12

Sociedad *Argentina* de Urología

Presidente:.... Dr. Tomás Schiappapietra
Vicepresidente: Dr. Constante Comotto
Secretario:.... Dr. José Casal

5ª Sesión científica ordinaria - 23 de agosto de 1956.

Hosp. Alvear. Servicio de Urología
Jefe: Prof. Dr. Armando Trabucco.

FISTULA RENOVAGINAL

Por los Dres. ARMANDO TRABUCCO, FERNANDO J. MARQUEZ
y JUAN C. SIANO

Traemos a esta Sociedad un caso de fístula renovaginal que por su rareza, alternativas, evolución y terminación, merece ser comentado.

E. S. de V. de 47 años, argentina, que vive en una provincia del interior del país, baja a esta Capital para consultar por una pérdida involuntaria de orina que presenta desde hace un año. Relata la paciente que ha notado que pierde orina, que sale por su vulva, en los intervalos de la micción debiendo usar apósitos para poder así deambular.

Entre sus antecedentes, figura una operación realizada hace ya 7 años en su provincia natal de la cual trae una somera historia clínica, escrita por el médico tratante que dice:

Junio 16 de 1946: Colección purulenta en fondo de saco vaginal izquierdo que se drena por colpotomía.

Julio 1º de 1946: Gran colección purulenta que se drena por incisión iliaca externa derecha. Lavado de la cavidad supurante con penicilina y estreptomicina.

A los 14 días se sacan los tubos de drenaje.

18 de julio: Cierre completo de la herida.

La paciente nos informa que desde entonces hasta hace alrededor de un año no ha experimentado molestia alguna, hasta que notó en esa época la eliminación involuntaria de orina por lo cual concurre a la consulta.

Se practica en ese momento un examen urológico consistente en una cistoscopia.

La orina extraída por cateterismo vesical, es cristalina.

Cistoscópicamente se observa una mucosa vesical sana, con una desembocadura ureteral derecha en posición normal, viéndose salir orina con una proyección y ritmo también normal.

Del lado izquierdo no se encuentra orificio ureteral.

Al examen ginecológico se ve que del fondo de la vagina afluye una secreción, fluida, que parece ser orina.

Se indica entonces a la paciente una radiografía simple de árbol urinario y un urograma de excreción (Fig. 1).

Se observa en el mismo que no existe función del lado izquierdo y que tampoco se nota la imagen de la glándula de ese lado.

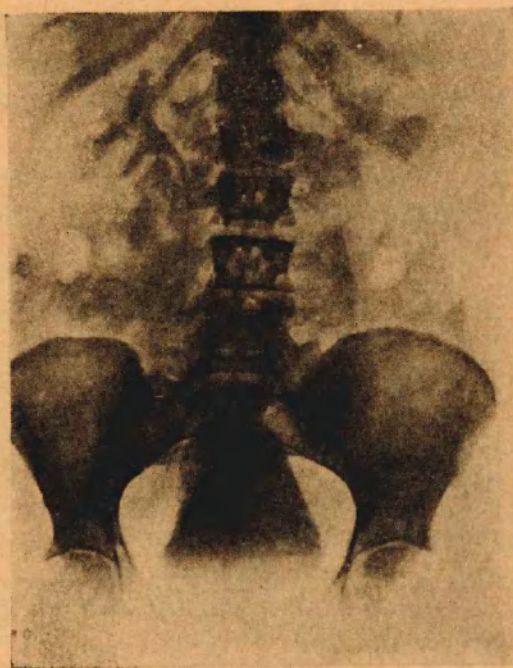


Figura 1

La función renal derecha es normal.

En vista de la aparente ausencia de la desembocadura ureteral izquierda, la falta de función renal de ese mismo lado, se llega al diagnóstico de una fístula uréterovaginal, cuya etiología es de muy difícil explicación debido al alejamiento del acto quirúrgico realizado hace ya tanto tiempo debiéndose pensar en algún otro factor concomitante.

Se propone entonces a la paciente una exploración lumbar para investigar la causa de la función renal, y la presencia de la glándula.

Se realiza la operación, practicándosele una exploración lumbar mediante una incisión oblicua lumbar. Se secciona la pared muscular, se abre la vaina de Zuekerkandl y se encuentra la fosa renal vacía.

Se explora el uréter no encontrándose.

Se palpa a través del peritoneo una masa blanduzca, que pudiera ser el riñón. Se incide el peritoneo, no encontrándose dentro de la cavidad peritoneal la glándula y siendo lo que se tocaba intestino grueso, adherido a la pared. Se procede a cerrar por planos.

Una vez repuesta la enferma del acto quirúrgico y persistiendo lógicamente la causa por la cual había concurrido se trata de cateterizar bajo anestesia la fístula por donde se veía salir orina.

Luego de impropio trabajo se consiguió con éxito lo deseado, inyectándose por el extremo distal del catéter ioduro de sodio al 12 %, y practicada la radiografía se vió que luego

de inyectar unos 15 c.c. se había relleno una cavidad de tipo anfractuoso, que rodeaba el extremo distal de la vagina, especialmente en la zona izquierda de la misma, del tamaño de una mandarina, rodeada de una sombra más opaca a los rayos que aparentaría ser el parénquima renal, siendo la pelvis la cavidad que rellena el ioduro (Fig. 2).

Se procede a intervenir nuevamente a la enferma, practicándosele una incisión paramediana infraumbilical izquierda. Se secciona piel y aponeurosis, se reclina hacia adentro al músculo recto del abdomen, se secciona la hoja posterior de la aponeurosis y se libera al peritoneo llegándose hasta una masa del tamaño de una naranja, que es el riñón. Se libera éste, muy dificultosamente de los vasos vecinos especialmente de la arteria y vena iliaca, con los cuales hace casi cuerpo.

En la zona correspondiente a la vagina, o sea el lugar donde se encuentra el trayecto fistuloso, es necesario resecarlo a tijera, conjuntamente con un trozo del tamaño de una moneda de 50 cts. de pared vaginal.

Se consigue así aislarlo en su totalidad, ligándose al final el pedículo en masa.



Figura 2



Figura 3

Se observa al hacer esta liberación que en la cara anterior del riñón existe un nódulo, duro de color blanquecino, pensándose en ese momento en una zona de infarto periférico.

Una vez extirpada la glándula se pasa a través de la brecha vaginal un tubo de drenaje, que se saca por la vagina hacia el exterior. Se procede a cerrar la pared por planos.

Terminada la intervención procedemos al examen de la pieza quirúrgica abriéndola longitudinalmente, por la pared que parecía la pelvis y nos encontramos con una masa tumoral proliferante, que ocupa toda la cavidad e invade la pared continente, destruyendo prácticamente todo tejido noble.

Se envía para su estudio al Dr. Julio César Lascano González quien informa: "Riñón ectópico paravaginal con una lesión carcinomatosa de doble estructura, papilomatosa en la superficie y nodular acélulas claras en la profundidad".

El postoperatorio se realizó normalmente quitándose los drenajes al 8º día, dándose como antibiótico terramicina bucal.

Al 12º día la paciente se queja de una colitis y una sensación de peso rectal.

Se supone que pueda ser la terramicina la causante suspendiéndose la misma.

Al día siguiente continúa con la misma sintomatología, por lo que se practica un tacto rectal, encontrándose con sorpresa con una masa dura, anfractuosa, nodular del tamaño de una mandarina, dolorosa al tacto.

En vista de ello se pide una radiografía de intestino por enema opaco, la cual nos muestra un proceso que abarca gran parte del asa sigmoidea y que debido a su gran extensión y a la rapidez en que se generó hacen pensar en un proceso inflamatorio (Fig. 3).

Pero como con el tratamiento instituido no mejoró la sintomatología se pidió la colaboración de un especialista proctólogo, quien informó que existía una lesión estenosante que no dejaba pasar el rectoscopio más arriba de los 10 c.c. del ano no pudiendo precisar diagnóstico.

Al cabo de un mes la enferma seguía cada vez peor, no pudiendo eliminar materias fecales, y si lo hacía era en forma diarreica con grandes dolores y con retención de gases, palpándose ya en ese entonces una masa tumoral que llegaba hasta el ombligo, por lo que se resuelve practicar una biopsia de la lesión rectosigmoidea, la que nos muestra nidos neoplásicos supiteliales de la misma naturaleza de la que tenía el tumor renal.

Fué necesario hacer un ano contranatura, puesto que la estenosis rectal era completa, comprobándose durante la intervención quirúrgica que existía una carcinomatosis generalizada.

A los pocos días la enferma fallece.

COMENTARIOS

El problema que plantea esta enferma es muy interesante y debemos pensar de acuerdo al estudio que se realizó que se ha tratado de un riñón ectópico pelviano, que pudo haberse confundido en un primer momento con una lesión parametrial obligando a una intervención ginecológica, practicada en 1949, donde posiblemente se resecó parte de la pelvis renal incluido el uréter, confundiendo con una colección parametrial.

Pero como la glándula no se extirpó en su totalidad, una uropionefrosis se formó, lo que obligó al drenaje de esta formación al poco tiempo de la primera operación, cavidad que se dejó cerrar, para reabrirse en el extraordinario tiempo de 6 años por la vagina, dando salida a la orina.

En tren de conjeturas, también podía haber quedado el uréter, que al obliterarse por procesos inflamatorios, haya obligado a la abertura espontánea del riñón por la vagina.

Desgraciadamente no tenemos datos suficientes como para afirmar ni lo uno ni lo otro.

La formación del tumor en riñón, es cosa factible y si hubiéramos tenido una seguridad en el mecanismo pielográfico del órgano tal vez lo hubiéramos podido interpretar con más precisión.

El hecho es que lo que interesaba en el momento era curar la fístula urinaria, cuyo diagnóstico de presunción era riñón ectópico, drenado en vagina.

Debemos advertir que ni la exploración de la cavidad abdominal por vía intraperitoneal, especialmente en la pelvis ósea, ni la exploración de la misma pelvis por vía extraperitoneal, reveló nada que pudiera hacer sospechar la presencia de un tumor metastásico. Creemos que la malignidad superlativa que acusó el tumor de esta enferma, puede ser debido a la siembra masiva ocasionada por un acto quirúrgico sumamente dificultoso.