

ESTRECHEZ URETRAL, FISTULA URETROPERINEAL Y URETRORECTAL DE PROBABLE ETIOLOGIA TUBERCULOSA. CRITERIO TERAPEUTICO SEGUIDO (*)

Por el Dr. MARIO F. VICCHI (**)
(Quito, Ecuador)

Vamos a comentar un caso que nos parece de interés porque se trata de un problema de difícil solución pero los resultados terapéuticos obtenidos han sido excelentes.

Nos referimos a un paciente sometido a operación con diagnóstico de apendicitis hace 12 años, la herida no cicatrizó, perdiendo orina por abdomen, fue reintervenido diagnosticándose tuberculosis intestinal. Se lo somete a tratamiento antituberculoso. Poco tiempo después nota dificultad para orinar, siendo las micciones muy penosas, saliendo orina por recto, escroto y periné. Es examinado por nosotros en noviembre de 1959 y del examen urológico se concluye que el enfermo tiene estrechez uretral que no permite el paso de una bujía Nº 12, fistula uretrorectal, uretro escrotal y perineal. Las radiografías de intestino no muestran nada de particular, pero al día siguiente el enfermo orina barío. Enfermo con muy mal estado general, se le indica tratamiento antituberculoso, vitaminoterapia, dilataciones uretrales, triamcinolona local y oral y alfatocoferoles. Mejora mucho y las micciones se hacen más fáciles, cierra la fistula escrotal pero continúa la pérdida de orina por periné y recto, esto último molesta mucho al paciente por lo cual se le aconseja intentar una solución quirúrgica.

El 21 de diciembre, bajo anestesia raquídea se aborda la fistula perineal reseándola, haciendo una completa separación de uretra y recto. Siguiendo las directivas de Boeminghaus se sutura el recto, pero no se intenta suturar uretra; se deja en la misma un tutor de polietileno y derivación de orina suprapública. Postoperatorio sin incidencias de interés. A las cinco semanas se retira el tutor de polietileno y se deja sonda uretral para obtener el cierre de la herida hipogástrica. Se somete al enfermo a dilataciones uretrales, las micciones se normalizan y la uretra se mantiene amplia pasando con facilidad un beniqué Nº 40, permaneciendo el paciente bien hasta junio de 1961 (18 meses), fecha en que se lo vio por última vez.

Herida perfectamente cicatrizada y no hay pérdida de orina por recto, micciones con caracteres normales. Durante todo este tiempo el paciente ha hecho tratamiento antituberculoso, triamcinolona local y oral durante algunos meses y alfatocoferol.

Hablan en favor de la etiología tuberculosa del paciente los antecedentes del proceso y los hallazgos anatómo-patológicos del tejido fistuloso extirpado.

CONCLUSIONES

1º Presentamos un caso de estrechez uretral y fistula uretrorrectal y uretroperineal de probable etiología tuberculosa, diagnóstico basado en los antecedentes del enfermo y los hallazgos anatómo patológicos en el tejido fistuloso extirpado.

2º Creemos que el tratamiento antituberculoso, la triamcinolona (LEDER-CORT) y los alfatocoferoles (Ephynal) han contribuido al buen éxito. El primero, facilitando la buena cicatrización y los segundos evitando la retracción uretral secundaria dada la gran tendencia retráctil de este proceso. El último control demostró uretra amplia (pasaba un beniqué N° 40).

3º Durante el acto quirúrgico hemos separado uretra del recto en forma completa, suturando bien el recto y dejando tutor uretral de polietileno. Hemos derivado las orinas por cistostomía suprapúbica. No hemos derivado las heces; para algunos autores la derivación de las materias fecales es conveniente para el buen éxito, pero no indispensable.

4º El paciente ha sido controlado durante 18 meses, encontrándose perfectamente bien. Último examen, junio de 1961.

Resumen de la Historia Clínica, Hospital Vozandes. Quito.

G. R. S.: 32 años. Sexo masculino.

Antecedentes: Hace 12 años operado por apendicitis. Postoperatorio complicado porque no cicatrizó la herida dando salida a orina por la misma. Se lo reinterviene y se comprueba tuberculosis intestinal. Se hace terapéutica antituberculosa. Desde entonces el paciente se ve casi imposibilitado de orinar, micciones muy dificultosas, orina gota a gota y hay salida de orina por escroto y periné. El paciente constantemente tiene pérdidas intestinales de heces totalmente líquidas que no se modifican con ningún tratamiento.

Estado actual: Enfermo muy decaído, mal estado general, micciones muy difíciles, salida de orina por periné y escroto. Eliminación constante de materias fecales líquidas. En algunas oportunidades ha eliminado por orina semillitas de frutillas que había ingerido.

Examen urológico: Orinas turbias. Estrechez que impide el pasaje de una bujía N° 12.

Tacto rectal: Próstata y vesícula seminal indurada y dando la sensación de que existe un proceso infiltrativo.

Urografía intravenosa: Se observa discreta dilatación de los cálices y pelvis del lado derecho. Lado izquierdo no hay alteraciones de significación.

Cistograma: Se observa saliencia de ambos lóbulos prostáticos.

Uretrografía: Estrechez uretral franca y se observa contraste que sale fuera de la uretra.

Radiografía de tórax: Nada de particular.

Tránsito intestinal: Nada de particular, pero después del examen, el enfermo orina bario.

Exámenes de laboratorio de interés: Orina con pus y albúmina. Cultivo presencia de coli. Investigación directa de B.K. negativa. Inoculación al cobayo negativa (orina).

Se inicia tratamiento antituberculoso con triple droga. Triamcinolona local y oral. Alfatocoferoles inyectable y oral, dilataciones uretrales.

El paciente mejora mucho, pero persiste la fístula uretro perineal y rectal.

21 de diciembre de 1961: Anestesia raquídea. Se aborda la lesión por vía perineal, se reseca el trayecto fistuloso separando bien la uretra del recto. Se sutura el recto, pero no se

intenta la sutura de uretra siguiendo las directivas dadas por Boeminghaus. Se hace cistostomía y se deja tutor de polietileno en uretra.

A las cinco semanas se retira el tutor uretral y la sonda hipogástrica. Se deja sonda uretral. Cierra la herida hipogástrica sin dificultad. No hay incidencias postoperatorias destacables.

9 de abril de 1960: Enfermo bien, herida totalmente cerrada, no pierde orina no por periné ni por el recto. Micciones fáciles. Pasa beniqué Nº 40. Durante todo este tiempo el paciente está con tratamiento antituberculoso, triamcinolona local y oral y alfatocoferoles.

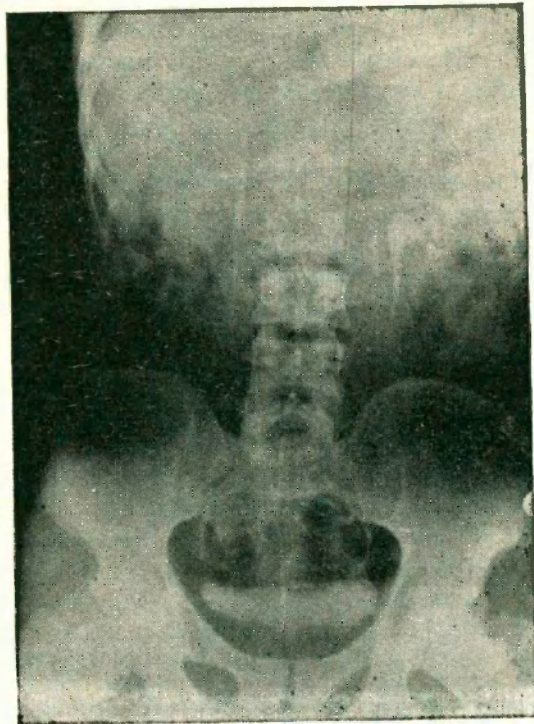


FIG. 1. — Uretrografía después de la operación. Se observa buen calibre uretral y el contraste se mantiene dentro de la uretra en todo su trayecto.

Ultimo control del paciente, junio de 1961: Enfermo sin ningún inconveniente local
Examen anatomopatológico de los tejidos extraídos durante la operación. — Tejido fistuloso: Se constata epitelio escamoso, carácter ligeramente papilomatoso en la abertura de la fístula. hay un fragmento recubierto de epitelio transicional con igual infiltrado que el anterior con células gigantes y folículos a células claras epitelioideas rodeados de linfocitos, hay pues caracteres granulomatosos de aspecto tuberculoideo, dado los hallazgos y los antecedentes, no es de dudar de que se trate de lesión tuberculosa.

Examen anatomopatológico de próstata: Negativo para lesión tuberculosa.

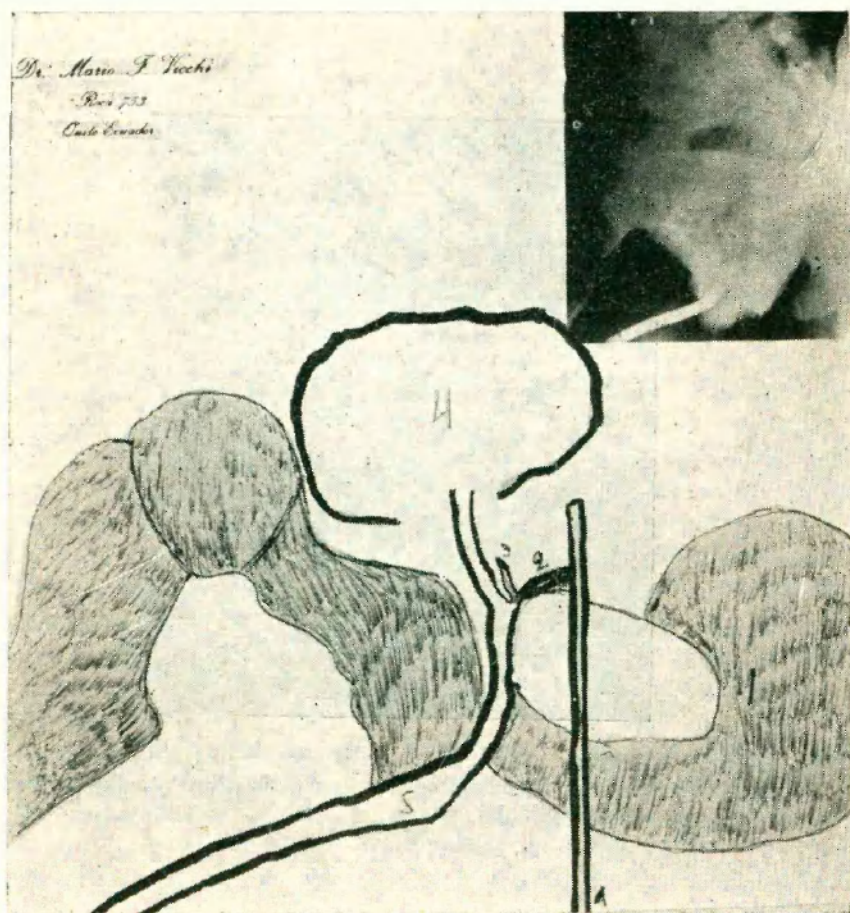


FIG. 2. — La reproducción fotográfica de la uretrocistografía obtenida antes de la operación es muy poco clara y por lo tanto no resulta demostrativa por lo cual hemos hecho una reproducción esquemática de lo que se ve en la placa radiográfica original. 1º) Sonda opaca colocada en el recto; 2º) Trayecto transversal que une uretra y recto; 3º) Cavernosis prostática; 4º) Vejiga; 5º) Uretra. Uretrografía obtenida después de efectuar dilatación uretral al paciente.

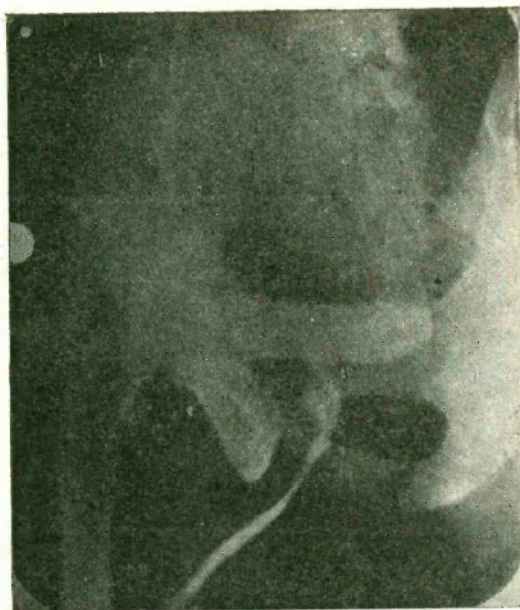


FIG. 3. — Urografía intravenosa. Muy discreta dilatación de pelvis y cálices del lado derecho. No hay mayor alteración de la morfología de las vías excretoras superiores.

(*) Agradezco a los Laboratorios Lederle, el Ledercort racinado para esta experiencia.
(**) Calle Roca 753 - Quito, Ecuador.

COMENTARIO DEL DOCTOR OSCAR CARREÑO SOBRE EL TRABAJO
ESTRECHEZ URETERAL, FISTULA URETROPERINEAL Y URETRO-
RECTAL DE PROBABLE ETIOLOGIA TUBERCULOSA DEL DOCTOR
MARIO VICCHI

Nuestro compatriota y consocio, el Doctor Mario Vicchi ha enviado desde Quito un interesante trabajo sobre un caso de una complicada fístula uretroperineal y uretrorrectal. La mesa directiva de la Sociedad Argentina de Urología me ha encargado su relato. Agradezco la designación.

Coincido con el Doctor Vicchi que el uso de los corticoides, en este caso la triancinolona, son de gran utilidad, preparando los tejidos para la intervención quirúrgica, la que en definitiva es la que resuelve el problema.

El autor piensa en la probable etiología tuberculosa del proceso. Para ello se apoya en el antecedente del diagnóstico de tuberculosis intestinal que le hicieron años antes al paciente y en el informe anatómopatológico del trayecto fistuloso resecaado. La búsqueda del bacilo de Koch por examen directo e inoculación fue negativa. De todos modos el tratamiento antituberculoso, sumado a la triancinolona y al tocoferol, han sido de gran utilidad, lo que nos hace pensar en la razón que lo asiste al Doctor Vicchi en su interpretación etiológica.

Hubiese sido de interés aclarar el motivo de la pérdida de orina por la herida operatoria consecutiva a la intervención que le efectuaron doce años antes. También creo que hubiese sido muy ilustrativo conocer las dosis y el tiempo en que el paciente estuvo sometido a la medicación prescripta.

Quiero felicitar al autor por el feliz resultado que se ha obtenido con tan difícil caso.