

Sociedad Argentina de Urología

2^a Sesión científica ordinaria — 31 de Mayo de 1962

Presidente:.... Dr. Antonio Granara Costa

Secretario:.... Dr. Alberto Rocchi

FISTULA URETROGLUTEA POSTADENOMECTOMIA

Prof. Dr. ARMANDO TRABUCCO, Dr. OSCAR C. CARREÑO
y HORACIO A. LEVATI

Queremos traer a vuestra consideración la evolución accidentada de un paciente tratado en nuestro servicio y que logró su mejoría total después de una larga internación y repetidas operaciones.

Historia 24 - Serie 648 - Año 1959 - F.M.L. - Español - 67 años Viudo.

Comienza sus trastornos a principios de 1957 con polaquiuria diurna y nocturna que va en aumento hasta llegar a tener cuatro micciones nocturnas. Había abundante pus en la orina y hubo un episodio de retención completa. Lo sondaron extrayéndole orina que según refiere el enfermo era intensamente purulenta.

En setiembre de 1959 se interna efectuándose su estudio completo clínico, radiográfico y endoscópico. Se comprueba una litiasis coraliforme izquierda con anulación de la función renal; orinas piúricas y adenoma de próstata.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: hernia inguinoescrotal derecha. Tensión arterial que un año antes había llegado a 230 Mx. actualmente en 150 y 90 de Mx. y Mn. respectivamente. Episodios reumatoideos a repetición. Niega venereas. No fuma. No bebe.

Estado actual: Buen estado general. Aparato respiratorio: broncoenfisematosis crónica. Disuria marcada. Riñones: no se palpan; no duelen. Uretra libre. Vejiga: a la palpación no hay globo vesical. Pequeño residuo de aspecto purulento.

Endoscopia: vejiga de capacidad disminuída. No hay prociencia exagerada de lóbulos prostáticos. Cuello vesical y uretra posterior muy congestivos. El examen despierta muchas molestias en el paciente.

Tacto rectal: próstata del tamaño de una mandarina chica, de bordes bien delimitados, de consistencia mediana.

Vesículas seminales: no se palpan.

Testículos y epidídimos sin particularidades.

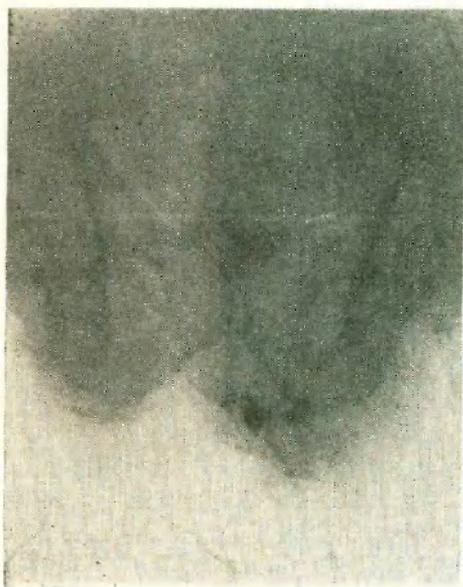
Laboratorio: Orina: ácida, densidad 1.015, contiene pus, vestigios de urobilina y albúmina.

Sangre: Urea: 0.45 gr %o. Glucosa: 1 gr.%o. Eritrosedimentación: 1º hora 25 mm., 2º hora 48 mm. I. K. 24.50. Tiempo de coagulación: 3'30": Glóbulos blancos: 8.100. Glóbulos rojos: 3.900.000. Hb. 75%. Hematocrito 36%.

Radiología: De la radiografía directa y urograma excretor se desprende el siguiente informe: Litiasis renal coraliforme con anulación de la función excretora del riñón izquierdo. Buena eliminación de la sustancia de contraste en el lado derecho sin que se observaran obstáculos en las vías canaliculares correspondientes.

El informe cistográfico nos dice que en la placa de frente la vejiga esta desplazada hacia la izquierda con borde vesical derecho que hace un pico en el tercio inferior como si se tratara de un doble saco.

El perfil muestra una vejiga alargada de límites no precisos sobre todo en la porción superior.



Repetido el examen se observa en la placa de frente un lóbulo medio y dos más pequeños laterales que hacen prociencia en el fondo vesical, y el lleno de cavidades prostáticas. En el perfil la elevación del fondo es bien evidente, observándose además la incurvación marcada y el elongamiento de la uretra posterior. Como en la otra placa se aprecia el lleno de cavidades prostáticas.

Completado así su estudio y ante la presunción de un clivaje difícil por la cavernosis prostática se decide efectuar una resección endoscópica —(3-X-59)—, evoluciona bien dándose de alta al paciente a la semana.

El 22-XII-59 se le realiza **Nefrectomía izquierda** que evoluciona bien localmente pero recomienzan empeorado sus trastornos prostáticos que obligan a sonda permanente y antibióticos. Se le da de alta el 8-II-60, siempre con antibióticos en observación.

5-III-60 — Reingresa por un absceso flemonoso a repetición en flanco izquierdo en el extremo inferior de la incisión lumbar. Se interpreta como debido a reflujo ureteral. La cistografía lo muestra. El problema prostático se ha agudizado.

3-V-60 — **Adenomectomía y resección del ureter terminal.** Hacemos constancia que, tal como se había pensado, el clivaje prostático fue difícil. Postoperatorio sin particularidades, salvo cierta demora en el cierre de la fistula hipogástrica.

Informe anatomopatológico: Adenoma de próstata con infección periacinosa con reacción fibrosa. Algunas glándulas en estado de necrosis. Adenoma con infección crónica.

6-VI-60 — Alta.

28VI-60 — Reingreso. Lo hace por tenesmo y pérdida de gotas de orina por "atrás", como refiere el enfermo.

Se le coloca sonda permanente y se le practica una uretrocistografía que se informa de esta manera: placa de frente: la uretra peneana se continúa con una serie de trayectos divergentes, irregulares y anfractuados. Se observa el paso de la sustancia de contraste a la "loge" prostática y el lleno vesical, Placa de perfil; se tiene sustancia opaca a nivel del bulbo y se adivinan en uretra posterior además de los trayectos arriba descriptos dos más que se dirigen hacia atrás y que podrían ser fistulosos.

No hallando orificio perineal se le efectúa una rectoscopia para investigar una posible comunicación con el recto, descartándosela.

El 5-IX-60 — es dado de alta, sin pérdida de orina y mejorado pero con sonda permanente.

El mes de enero de 1961 es nuevamente reinternado por absceso edematoso y ca-



liente en periné izquierdo. La administración de antibióticos hace que la masa ceda de volumen, y desaparezan los signos inflamatorios. El 5-II-61 es dado de alta.

El 3-IV-61 se reinterna por nuevo proceso fistuloso, esta vez con orificio de salida en porción inferior de masa glútea izquierda, y el 18-IV-61 es tallado para dejar toda la uretra en reposo, mejorando.

En mayo le molestan las contracciones vesicales que frecuentemente le ocurren con pasaje de orina a uretra y pérdida de orina por la fistula glútea.

Su estado general en ese entonces es el siguiente, de acuerdo al informe del clínico tratante:

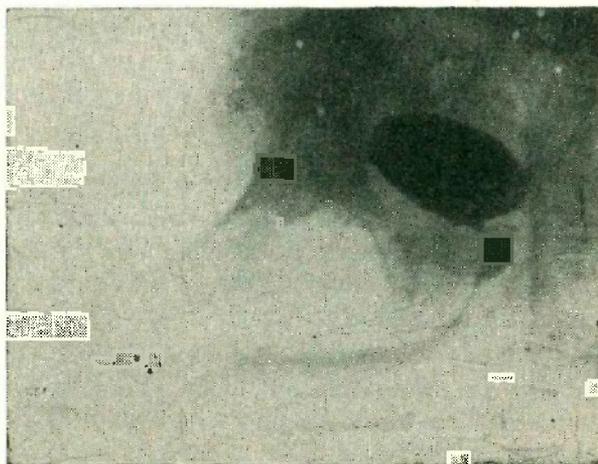
Broncoenfisematoso crónico.

Bronco-espasmo con bronquitis subcrónica reica.bronco
Parénquima pulmonar: sin particularidades. Tensión arterial: Mx. 185, Mn. 105. Tonos cardíacos normales.

Inicia un tratamiento paralelo para mejorar estos síntomas.

El estado estacionario del paciente y la repetición aunque más esporádica de las contracciones vesicales con pérdida de orina por la fistula y la uretra y el dolor quemante irradiado al meato uretral determina que el 8-VIII-61 se le reseque la fistula uretroglútea que ya había sido radiográficamente comprobada por fistulografía. Queda el paciente con un sinfín de polietileno que luego se quita, cerrando vejiga mientras el drenaje se efectúa mediante una sonda Foley uretral. El 15-X-61 se quita ésta y el 23-X-61 es dado de alta.

Las últimas placas uretrocistográficas de control muestran la buena permeabilidad de la sustancia de contraste, si bien el trayecto es irregular y en la placa de frente se muestra un fuerte rechazo hacia la izquierda en su porción prostática.



Las contracciones vesicales han cesado completamente y el paciente se encuentra en magníficas condiciones.

Ante tan complicada y larga evolución trataremos de explicarnos su mecanismo pero reconocemos que no hemos logrado darnos cuenta clara de éste.

Poseemos ante todo dos puntos de origen infecciosos: uno en la pionefrosis calculosa, otro en la cavernosis prostática.

La resección endoscópica previa, y que en este caso resultó insuficiente, fue la determinante del "incendio", por decir así, de la región prostática que necesitó de la intervención suprapúbica para su enucleación más radical y que seguramente por necrosis determinada por una trombosis, labró un pasaje a través de la lámina inferior de la aponeurosis perineal media (ligamento triangular) y la orina buscó salida. Podía haberlo hecho hacia el recto pero felizmente desembocó en piel.

Aparte, el caso señala con su absceso en flanco izquierdo una observación rutinaria: la necesidad de tener expedita la vía urinaria baja antes de intentar intervenciones en el tracto superior.