

## PROCTO-CISTECTOMIA PERINEAL

Dr. Guillermo Schmidt - Dr. Jorge Ortiz

La observación de un caso de fístula maligna rectouretral, y su extirpación por vía perineal, motivan esta presentación a la Sociedad de Urología.

D. B. de 70 años, es visto por primera vez en Diciembre de 1966 en el Servicio de Urología del Hospital Británico con queja principal de no orinar desde hacía varios días, mojándose en cambio, por vía perineal. Además nota progresiva dificultad con la evacuación intestinal. Un año atrás había notado la aparición de un pequeño bulto anal que sangraba ocasionalmente y podía reducir manualmente. Consulta un médico quien lo trató por hemorroides con baños de asiento e inyecciones parenterales. El bulto creció lentamente, siendo cada vez más molesto y duro, y finalmente produciendo picazón y ardor uretral, que cesó bruscamente al establecerse la imposibilidad de orinar y la fístula. Visto por nosotros, se interna, constatándose el siguiente estado actual:

### Antecedentes personales:

Fiebre amarilla a los 10 años.

Gastrectomía por úlcera péptica hace 14 años.

Herniorrafia derecha hace 3 años.

Síndrome de Raynaud en las manos desde hace varios años.

### Examen físico:

Paciente en regular estado general, crónicamente enfermo, algo desnutrido, ansioso. Febrículas ocasionales. Normotenso.

Cabeza, cuello: sin particular.

Corazón : ritmo sinusal, soplos no.

Pulmones : limpios, rales no.

Abdomen : se palpa borde anterior hepático de caracteres normales.

Examen rectal. (diapositivo) tumoración úlcero-vegetante que ocupa toda la circunferencia del ano, leñosa, que se extiende por todo el canal anal, no pudiéndose introducir un dedo. Se introduce sonda Nélaton por la uretra que aparece en el recto. Se toman biopsias del tumor.

Informe Dr. Croxatto: adenocarcinoma de recto.

Laboratorio inicial: Hematíes 4.630.000 - Hematocrito 42% - Leucocitos 10.900 - Fórmula con discreta desviación a la izquierda.

Proteínas 5.10 total. Albúmina 3.60, Globulina 2.10 - Eritro 33-61 - Urea 0.25 - Glucemia 0.82 - Fosfatasa ácida y alcalina normal - Resto normal.

Radiografía de tórax: normal - Urograma endovenoso: normal.

Se decide derivar la orina y materia fecal de la zona afectada, para luego tratar la patología primaria.

El 14-12-66 se interviene, siendo el extracto del parte operatorio como sigue:

Anestesia epidural continua. Amplia incisión mediana. No se encuentran metástasis ni adenopatías. Se palpa en el fondo del saco de Douglas una tumoración en el recto, sin evidencia de invasión ganglionar, peritoneal ni perivesical. Se disecan ambos ureteres, los cuales son de caracteres normales, y se prepara para efectuar la vejiga ileal. Luego se hace colostomía sigmoideo terminal y reseca el colon sigmoide hasta unión rectosigmoidea que se liga con doble ligadura de lino mediano y se deja en el hueco de la pelvis menor preparado para el 2º tiempo operatorio. A continuación se efectúa la vejiga ileal clásica, según técnica de Bricker, con la variante de hacer la anastomosis intestinal cerrada en un plano, sobre clamps de Furness, según técnica de Whitmore. Se li-

## PROCTO-CISTECTOMIA PERINEAL

bera la mitad superior de la vejiga y deja un drenaje preperitoenal marcando el límite inferior de la disección, como marcador para el segundo tiempo. Se peritoniza la pelvis dejando vejiga y recto liberado en el hueco pelviano.

El postoperatorio fue normal y hubo mejoría del estado general, 12 días después se efectúa la 2º parte, la proctocistectomía perineal.

Con el paciente en posición de litotomía exagerada, se hace incisión elíptica alrededor del ano y desarticulando el coxis y seccionando los elevadores anales a cada lado se libera completamente el recto en la fosa pre-sacra. Se entra luego por vía anterior dividiendo la uretra membranosa y por cara anterior de próstata se seccionan los ligamentos puboprostáticos, los pedículos vesicales inferiores y los vasos deferentes. Con esto la pieza se halla completamente libre y se extrae (diapositivo). Se hace cierre parcial de la enorme brecha que queda y se pone un pack tipo Milsulicz sobre plancha de polietileno y packs de gasa.

El postoperatorio se caracterizó por una infección perineal a piocianico que respondió al tratamiento habitual y por una lenta cicatrización y disminución del tamaño de la herida perineal. En ningún momento hubo molestias o complicaciones referentes a la vejiga ileal o a la colostomía. Al 15º día del postoperatorio se nota tromboflebitis izquierda que al no mejorar con tratamiento conservador necesitó una trombectomía ileo-femoral izquierda, con sondas de "Fogarty" (diapositivo).

Comenzó luego un período de franca recuperación, mejorando mucho el estado general. Se da de alta el 31 de Enero, a los 51 días de su internación. En los meses subsiguientes se nota aumento de peso de 10 kg. y cierre progresivo de la brecha perineal. Subsiste edema miembro inferior izquierdo que requiere vendas elásticas. No presenta ninguna complicación en lo que respecta al conducto ileal de Bricker ni a la colostomía. A los 6 meses de operado se encuentra una recurrencia perineal que se extirpa quirúrgicamente, aunque queda un induración sospechosa pre-sacra. Tratado con agujas de radium y más tarde con 5 Floro Uracilo, mejora lentamente. En Noviembre, a los 11 meses de operado, se mantiene el excelente estado general y se observa que los nódulos perineales son más chicos y algo más blandos. Se administra una nueva serie de 5 Floro Uracilo, continuando bien hasta nuestros días.

**Comentario:** Se presenta un caso de fistula recto-uretral maligna, notable por la posibilidad de su extirpación "enblock" junto a los órganos pelvianos y a la piel perineal. Se hizo conducto ileal de Bricker y colostomía simultánea, como primer tiempo anterior a la amputación perineal. El caso es excepcional por la rareza de una fistula recto-uretral maligna de origen ano rectal.