

## FISTULA DEFERENTO - CUTANEA

Dres. A.J.Claret, C.A.Aguirre, P.J.Salguero.

La casuística mundial de este tipo de lesión fistulosa nos habla de que es bastante infrecuente. En casi todos los casos es secundaria a procesos quirúrgicos (adenomectomía con vasectomía) que han sufrido previamente infecciones de sus epididimos o sea que existe ya en ellos una circulación contracorriente notoria.

Diversos autores mencionan que deben existir condiciones previas para producirse el reflujo de orina a los deferentes, según Bessensen estas son: estrecheses uretrales en situación distal respecto de los conductos eyaculadores; deformación inflamatoria que vence la acción valvular de los conductos eyaculadores; extirpación del verum montanum en una operación difícil o ejecutada imperfectamente; extirpación de una o ambas vesículas seminales al practicar la prostatectomía, originándose una comunicación directa entre la vejiga y el conducto deferente.

Caso: E.L. 63 años, búlgaro, casado.

Ant. Fam.: sin particularidades.

Ant. Pers.: 1935 Hernioplastia derecha y apendicectomía. En 1940 operado de hemorroides. En 1960 epididimitis izquierda inespecífica curada con tratamiento médico. En 1962 epididimitis derecha inespecífica con varios episodios agudos que lo llevan a la epididimectomía con vasectomía hasta raíz de escroto, intervención que se realiza en 1966. No existen antecedente pulmonares de T.B.C.

Enf. Actual: Paciente con buen estado general que concurre por presentar salida de líquido en forma de chorro en la raíz de hemiescroto derecho juntamente con la micción y que él manifiesta es orina, lo que luego se confirma en análisis de laboratorio.

Exámen Urogenital: orina ambar. Tacto rectal: esfínter tónico, próstata de caracteres normales. Uretra: libre, calibre Nº 18 Charriere. Retención 0. Genitales: testículo lado izquierdo: s/p. Epididimo indurado en su cola, sin aumento de tamaño, no doloroso. Cordón espermático izq. s/p. Lado derecho: testículo hipotrófico. Epididimo: no se palpa cordón espermático, no se palpa deferente. Pene: de caracteres y tamaño normal. Figura Nº 1. Escroto: se observa orificio puntiforme en raíz de escroto derecho del cual sale líquido en el acto miccional en forma de chorro sin fuerza que se comprueba ser orina. Riñones no se palpan. No presenta puntos uretrales dolorosos. Puño percusión negativa.

Exámen Radiológico: Rx simple y Urograma: buena eliminación y morfología bilateral, no se observa patología, Cistograma: s/p.

Uretrocistografía: Figura Nº 2, se observa uretra y vejiga sin alteraciones anatómicas, sobre la cara derecha de la vejiga se ve una prolongación filiforme de la sustancia de contraste que corresponde al deferente intrapélvico. La fistulografía efectuada en la raíz del escroto figura Nº 3, nos muestra: deferente y vesícula seminal de un lado con llenamiento total también de la vesícula seminal del lado contralateral.

Rx de torax: sin alteraciones patológicas.

Análisis de laboratorio: orina, eritrosedimentación, Glucemia, reacción de Mantoux sin anomalías.

Tratamiento: previa disección de la fistula deferencial y cateterización con tubo de polietileno dejado a permanencia se inyecta con jeringa de insulina 0,3 cm<sup>3</sup> de Mono-Etanolamina (droga esclerosante), 2 veces por semana hasta completar 8 aplicaciones. Se observa el cierre de la fistula en la 4ta. semana quitando entonces el tubo de polietileno. El control efectuado a los 6 meses nos muestra un enfermo con buen estado general, con cierre total de la fistula quedando pequeña cicatriz en la raíz de hemiescroto derecho.

## FISTULA DEFERENTO-CUTANEA

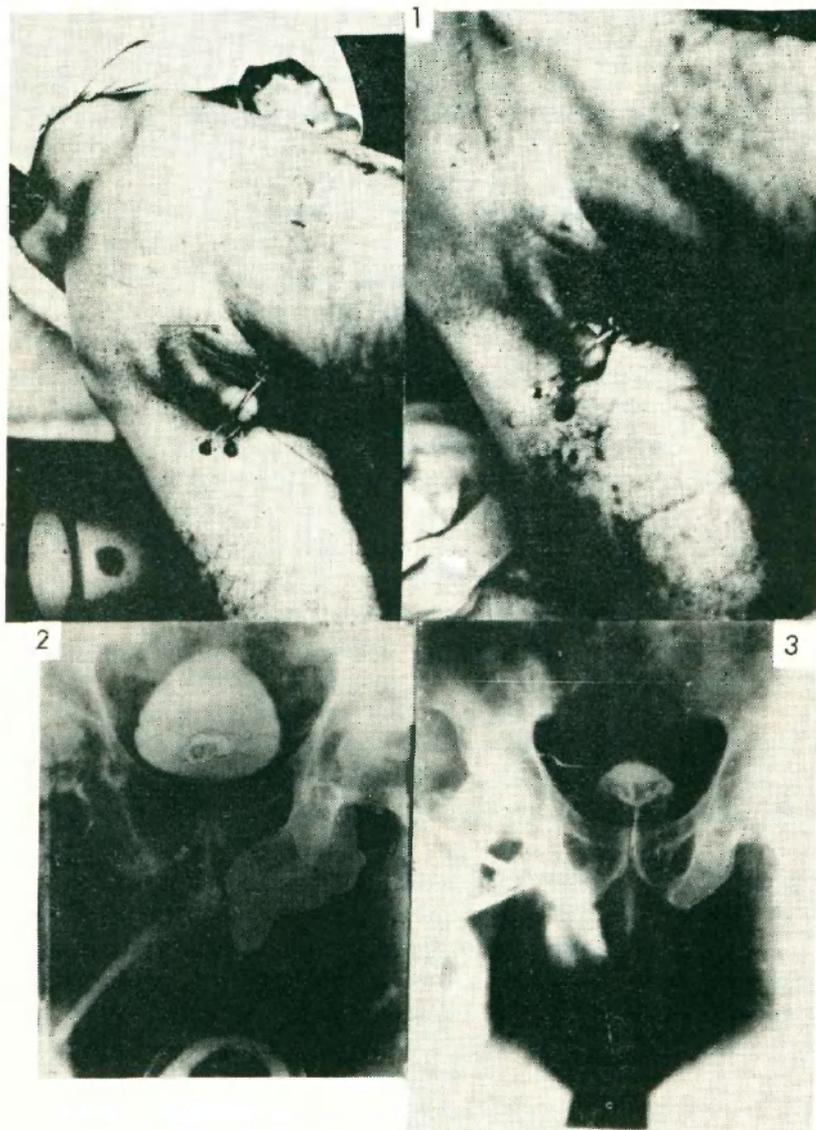
**Resumen:** Se trata de un paciente que no presentaba las condiciones mencionadas anteriormente, de existencia para la producción de la fístula.

1º) No hay antecedentes de operaciones previas de la próstata ni estrecheces en el tremo distal de la uretra, pero existe antecedente de una epididimectomía del lado afecto.

2º) Como única causa favorecedora de producción de fístula existe la repetición de epididimitis en ambos lados.

3º) Tanto la literatura nacional como extranjera publican escasos casos de fístulas deferenciales, la mayor parte de ellas con las condiciones precitadas de prostatectomía previa.

4º) Tratamiento: debemos destacar el resultado óptimo del tratamiento local con sustancia esclerosante ya que produjo el cierre total de la fístula en solo 4 semanas.



## BIBLIOGRAFIA

- Bessensen D. Urinary fistula of vas deferens, Urol. y Cuten. Rev. 36, 432- 1932.  
Hanley H. Urinary fistula following scrotal vasectomy, Brit. J. Urol. 17, 54- 1945.  
Meade H.S. Urinary fistula following vasostomy Brit. J. Urol. 19, 35- 1947.  
Cobb E., Lane F., Anderson E. Vasocutaneous fistula, Jour. of Urol. vol. 95 N° 6, 788  
1966.  
Herbut P. Urol. Pathol. II: 1043, 52.

## DISCUCION

Dr. Pagliere.- Me parece muy interesante el caso presentado por los comunicantes, tanto más cuando en un artículo aparecido en 1965 en la Revista de las Clínicas Médicas de Norte América, titulado Epididimitis, Hechos y Fantasías, se negaba el recurso de la posibilidad del reflujo, como factor determinante de las epididimitis.

Dr. Fazio.- Quisiera preguntarle que producto se usa.

Dr. Salguero.- La droga utilizada es la monoetanolamina, que se expende en el comercio bajo el nombre de Varisclerin.

Agradezco al doctor Pagliere su contribución al tema.