

A PROPOSITO DE UN CASO DE FISTULA VESICO-PERINEAL

Dr. Rebaudi, Sergio A.(*) - Dr. Abriata, Rubén O.(**) - Dr. Correa, Carlos A.(***)

Resumen

Se presenta un caso de fístula vesico-perineal. Se comenta etiología, cuadro clínico y tratamiento de la afección.

Introducción

La escasa frecuencia de presentación, en los últimos tiempos, de una fístula de Loge prostática-perineal debida a una intervención quirúrgica posprostatitis, es lo que nos ha motivado a presentar este caso donde el tratamiento obtenido ha sido totalmente satisfactorio, a la vez que insistimos en que todo tratamiento debe ser indicado cuando se tiene la etiología del factor causante.

Antes de introducirnos en el caso, hacemos un breve repaso de las fístulas urinarias, y más específicamente de las vesico-perineales. La comunicación por medio de un trayecto fistuloso de la vejiga a periné, o con un órgano vecino, puede ser, como resultado de un acto quirúrgico, por propagación de un proceso patológico de la vejiga hacia órganos vecinos, o viceversa, o lo que es más frecuente, por un traumatismo o por tratamiento radiante.

En los procesos infecciosos, en su período agudo (muchas veces mal tratado), evolucionan hacia la cronicidad produciendo secuestrados, espacios virtuales, donde todo el tejido destruido es arrastrado, formándose celdas y conductos, que por declive y favorecido por cavidades no elásticas que no se colapsan espontáneamente, llegan a lugares de mucha debilidad donde se abocan.

Una vez establecido el o los orificios se usa azul de metileno o verde brillante de cresil, que además de tener la propiedad de teñir fuertemente el tejido de granulación permitiendo extirpar totalmente su trayecto, sin dejar trozos granulantes, pone de manifiesto las distintas comunicaciones. Desde ya la radiología brinda hoy en día el mayor elemento explorador mediante los contrastes adecuados de viscosidad variable y adaptable en cada caso particular.

Material y métodos

Paciente Z. E., H. C. 151567, 54 años de edad; comienza con sintomatología urinaria en diciembre de 1975, caracterizado por disuria, acompañada de polaquiuria. Examinado en el interior del país, muestra una próstata aumentada de volumen y consistencia, muy dolorosa al tacto, conservando límites y formas. Se informa, impresiona como probable Ca. Se medica con estrógenos, pero el paciente no vuelve más a la consulta hasta noviembre de 1976, con recidiva de dolor y dificultad en la micción, refiriendo el enfermo una operación por fístula perineal. El examen permite comprobar piuria y la existencia de un orificio fistuloso persistente en periné. Se opera en la misma ciudad por segunda vez el 17 de marzo de 1977. Se aborda por vía retropúbica y al abrir la cápsula prostática se evacua un gran absceso y restos de glándulas, que se envían para estudio histopatológico, informándose hiperplasia con múltiples microabscesos. Se deja sonda permanente en uretra

Bibliografía

- "Fístulas Urogenitales Iatrogénicas". R. S. Obstetricia y Ginecología, 53, 1974.
- "Fistulas Urinarias Perineal Posperiuretritis. Su tratamiento". Congreso de Urología, Mendoza 1968, 10.
- "Fistulas Ureterorrectales congénitas, 5 casos". Revista de Urología de Rosario, Nº 1, 1964.

por 6 días, pero al retirarla, reaparece orina por orificio fistuloso. Se le comenta al paciente la posibilidad de otra operación, a la que se niega, solicitando ser examinado y tratado en P. F. C.

El paciente ingresa —del interior del país— el 24 de mayo de 1977, en buen estado general, siendo significativa una eritrosedimentación de 99 % y un orificio en periné, de donde viene orina. Se realizan diversos estudios, con valoración clínica, cardiológica y nefrológica completas, además de un U. E. y una fistulografía que mostramos. Pero el estudio más importante es la endoscopia que muestra un orificio de 0,5 x 1 cm, de cara superior de Loge prostática de donde emerge el catéter que se colocó por orificio perineal. Este curioso trayecto se repite en la fistulografía. Se opera el 13/6/77, con diagnóstico de fístula de Loge prostática a periné. Incisión mediana infraumbilical, con resección de anterior cicatriz. Se llega a espacio prevesical resecando adherencias. Se reconoce a 1 cm del cuello hacia la izquierda, el orificio fistuloso, se abre vejiga longitudinalmente y se coloca Béniqué por uretra. Se reseca en un radio de 1,5 cm del orificio y 1 cm de profundidad, se coloca bujía por fístula perineal y se la ve aparecer alejada de los planos resecados. Se hace cierre en dos planos de orificio fistuloso, se cierra vejiga en dos planos, previa colocación de sonda Pezzer por cistotomía, drenaje prevesical y cierre por planos. No se dejó sonda por uretra. Se realizó el acto quirúrgico bajo anestesia peridural. Posoperatorio inmediato, buena recuperación anestésica, buena evolución. Se retiran los puntos al 7º día y la sonda Pezzer a los 15 días, cerrando fístula hipogástrica al 5º día. El paciente no refiere incontinencia de orina, sólo ardor miccional, medicándose con A. T. B., dándosele el alta. Regresa al mes para control, muy buen estado general, fístula curada, se da alta definitiva.

Comentarios

La observación de varios pacientes, derivados de otros centros asistenciales a nuestro servicio, con fallas de indicaciones en los tratamientos sin los adecuados estudios, junto con la rareza del caso, motivó la presentación de esta comunicación.

Los datos más sobresalientes, que nos llevaron a interesarnos en forma particular del caso, fueron que ante el interrogatorio, deducimos el comienzo de una clara prostatitis. Es medicado con estrógenos después de un tacto rectal. Luego, ante la inseguridad de un Ca. o un proceso infeccioso, se indica la operación que desafortunadamente llevaría a la fístula.

Nosotros preferimos, ante cualquier duda en un tacto rectal, el pequeño traumatismo de una punción biopsia de próstata por vía rectal.

Belt, E. Ebert, y Furber, A. C.: "A new anatomic approach to perineal prostatectomy". J. Urol., 41, 482, 1939.

Nolasco, J.: "Fistula Uretropeneana. Tratamiento quirúrgico". Rev. Arg. de Urol., 1955.

Ronillick: "The Practice of Urology". Chicago, U.S.A., 1954.

(*) Médico de Staff y Presidente de la Sociedad Argentina de Urología.

(**) Médico Residente de Urología.

(***) Médico Concurrente de Urología.