

Servicio de Vías urinarias del Hosp.
Salaberry. Jefe: Dr. A. ASTRALDI

Por los Doctores

A. ASTRALDI y
J. S. FERNANDEZ

FISTULAS URETRO-ESCROTALES, EPITELIOMA PAVIMENTOSO ESPINO CELULAR DEL PERINE

ENTRE los enfermos heredados (temporariamente) en el servicio de vías urinarias citado, figura el que motiva estas líneas y que si lo damos a conocer es por la poca frecuencia, afortunadamente para los enfermos, de estas enormes periuretritis, que hoy ya no se ven desde que el nitrato de plata ha dejado de ser el agente de tratamiento de las uretritis gonocócicas; aunque en el caso presente, no es ni la blenorragia ni el nitrato de plata los imputables como causas etiopatogénicas; la complicación excepcional de que son asiento, al parecer, sólo los orificios cutáneos de tales trayectos fistulosos y por último, como deducción de lo anterior, de ser exacta nuestra búsqueda bibliográfica, sólo hemos encontrado una observación, la de Cantineaux, en el Journal Belge d'urologie que se titula "Fístula uretroperineal, epiteloma y espinos celulares", que no hemos podido consultar por imposibilidad de encontrarla en nuestro medio.

HISTORIA CLINICA

S. L. Italiano de 76 años, casado, quintero. Ingresó 3 de marzo de 1937.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Niega en forma absoluta haber padecido enfermedad venérea alguna. Hasta la edad de 4 años no recuerda haber estado enfermo. A esta edad nota, sin causa que lo explicara, la presencia de una tumefacción que se extendía en toda la longitud del pene, que adquiere por esta circunstancia el tamaño de una banana. Asegura que por el extremo de su miembro no salía pus; indoloro espontáneamente, pero lo era a la palpación. En este entonces las micciones eran dolorosas; cura en cinco días sin tratamiento alguno. Desde que recuerda, asegura el enfermo que tenía una fimosis congénita. Hasta la edad de 15 años el episodio ya descrito se repite periódicamente cada 20 días a un mes.

Desde que recuerda nos dice el enfermo que sufría de disuria, esfuerzos a las micciones, prolongada y con un chorro modificado en su calibre y fuerza de proyección. A la edad de 19 años puede notar en la porción visible del meato uretral la salida de un tumor pediculado (papiloma?) de color amarillento, indoloro y que aumenta paulatinamente de tamaño hasta llegar a 'adquirir la forma y tamaño de un poroto; el enfermo lo secciona estrangulándolo con un hilo de

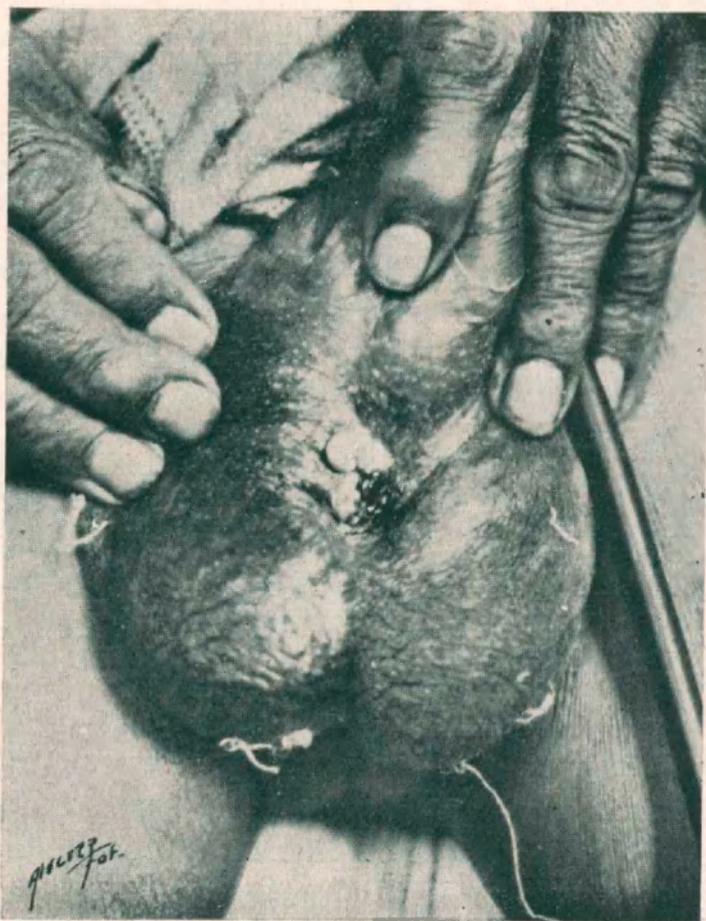


Figura N° 1.
Orificio cutáneo de la fístula pene-
escrotal.

seda. Al año esta tumoración recidiva adquiriendo en el término de 2 años el tamaño de una uva; en esta época, a los 22 años ingresa al servicio militar, donde el episodio de las tumoraciones se repite, motivo por el cual el facultativo del cuerpo le practica un desbridamiento dorsal de la fimosis y la extirpación del tumor uretral, que aflúa por el meato. Hasta la edad de 36 años sólo le acompaña la disuria a que nos hemos referido. En esta época, por primera vez aparece una tumoración en el ángulo pene escrotal de la uretra (periuretritis supurada) que llega en 15 días a adquirir el tamaño de un huevo de avestruz, doloroso; entrando enseguida en retención completa de orina. Le abren la periure-

tritis dando salida a abundante cantidad de pus; en cuanto a la retención, a pesar del pasaje de una bujía (así se interpreta lo que dice el enfermo) no consigue vaciar la vejiga sino que espontáneamente por el meato y por el drenaje perineal. Hace notar el enfermo que desde entonces la disuria disminuye. La herida perineal cierra a los cinco meses dejando una fístula perineal por la que sale orina en cada micción.

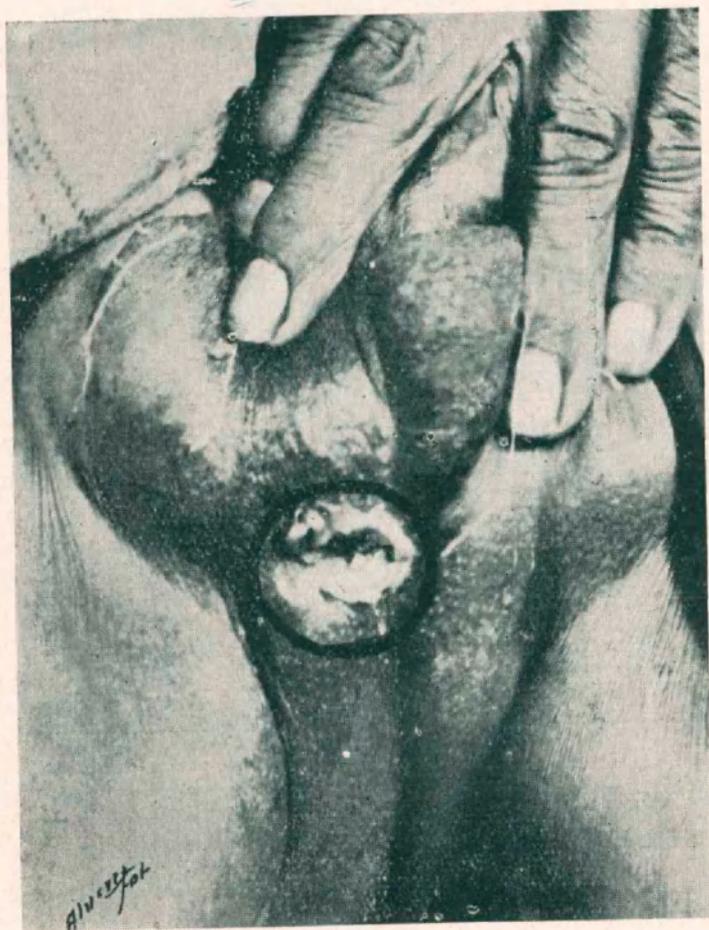


Figura N° 2
Orificio cutáneo de la fístula perineal.

Es de hacer notar que desde esa fecha comienza el cateterismo de la uretra con sondas N° 7 y 8. Estos cateterismos se los practicaba el mismo enfermo. Permanece 36 años, es decir, hasta los 72 con su disuria, sin tratamiento uretral y con su fístula cerrada. A esta edad entra un día en retención aguda de orina por lo cual se le pasa una filiforme que se aprovecha el día siguiente para practicársele una uretrotomía interna y dilatación posterior que llega hasta el N° 55 de Beniqué. Durante 2 años se le dilata la uretra a Beniqué una vez por semana, llegando así a los 74 años de edad. A esta edad se forma nuevamente una tumorcación periuretral de tipo supurada que obliga a un nuevo drenaje quirúrgico A

los pocos días se explora su uretra, pasando, según dicen, un explorador N° 18 sin dificultad. Cura en pocos días, quedando como secuelas dos fístula, una en la región pene-escrotal y otra en la perineal. Pocos meses después se interna nuevamente para tratarse sus fístulas, practicándosele entonces una resección de los tejidos fibrosos periuretrales y de parte de la uretra, dejando la herida abierta para que cierre por segunda intención. A nivel de la herida aparecen brotes carnosos que son cauterizados con nitrato de plata. La cicatrización se hace en forma incompleta, pues quedan 2 fístulas uretrocutáneas. En estas condiciones ingresa al Servicio en donde lo vemos.

Estado actual. — *Orinas de emisión:* turbias piúricas; *orinas de sedimen-*



N° 1. - Vista topográfica.

tación: turbias piúricas, abundante sedimento, líquido que sobrenada piúrico. Esta orina sale por los orificios fistulosos y no por el meato.

Micciones: De día, cada 4 horas. De noche, sin micción alguna.

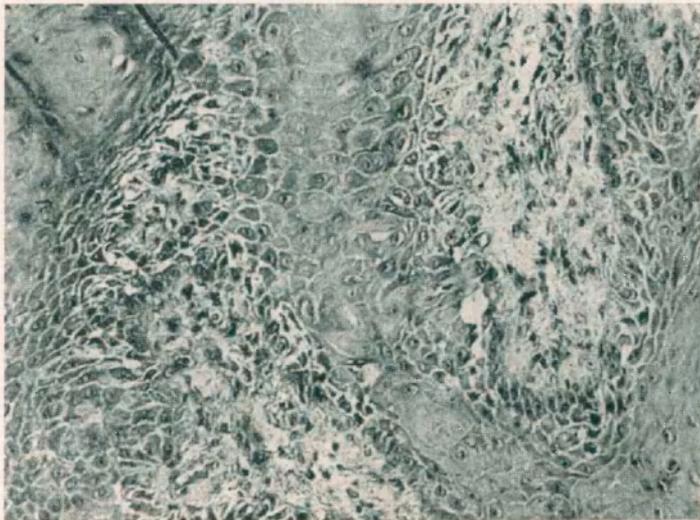
Riñones y uréteres: Semiológicamente nada de particular.

Uretra. — *Inspección:* Pene aumentado de tamaño en todos sus diámetros. Sínequias balano prepuciales que sólo dejan al descubierto 1/3 de su glande; meato uretral retraído que da salida a escasa secreción purulenta; en la uretra peneana, sobre la región que corresponde a la cara inferior, existe un pequeño orificio fistuloso que no es permeable a la micción. Sobre la cara anterior de las bolsas a nivel del ángulo pene-escrotal, sobre la línea media, existe un orificio de bordes irregulares, vegetantes, circundado por una zona de 4 por 2 centímetros de diámetro con caracteres de lesión neoplásica. Está recubierta de una secreción saniosa. Por este orificio, según el enfermo, en el acto de la micción sale orina. A nivel del periné anterior, sobre el segmento izquierdo de la línea

media, se encuentra otro orificio con las características de la anterior, pero más pequeño, redondeado de 2 centímetros de diámetro por el que sale también orina durante las micciones.

Palpación. — Por ésta se encuentra una induración de toda la uretra palpable. A nivel de los orificios fistulosos es íntima las adherencias con los planos cutáneos y sobre la región perineo-escrotal, la uretra hace cuerpo íntimamente con un tumor duro, resistente, leñoso, que se desplaza en sentido lateral muy poco e imposible en el vertical. Esta tumoración engloba a los cuerpos cavernosos, a los esponjosos y a los tejidos vecinos.

Exploración instrumental. — Sólo permite el de una filiforme que se de-



Nº 2. - De mayor aumento.

tiene a nivel del orificio fistuloso pene-escrotal. Inyectando líquido por el meato sale por las tres fistulas ya descritas.

Uretrografía. — No se practica por la pérdida del líquido de contraste.

Vejiga. — Inspección y palpación nada de particular. La exploración es imposible por falta de calibre uretral.

Bolsas. — *Continente:* A la inspección, en la parte anterior, en el ángulo pene-escrotal vemos la lesión vegetante ya descrita. En la parte posterior, en el ángulo perineo-escrotal la otra lesión igualmente descrita. En el rafe medio y uniendo ambas lesiones se observa la cicatriz de una herida operatoria. La piel vecina a las dos lesiones, es roja, húmeda, macerada. En el resto del escroto nada de particular.

Contenido: Lado derecho: Testículo y epidídimo nada de particular.

Lado izquierdo: Testículo normal. Epidídimo indurado en toda su extensión.

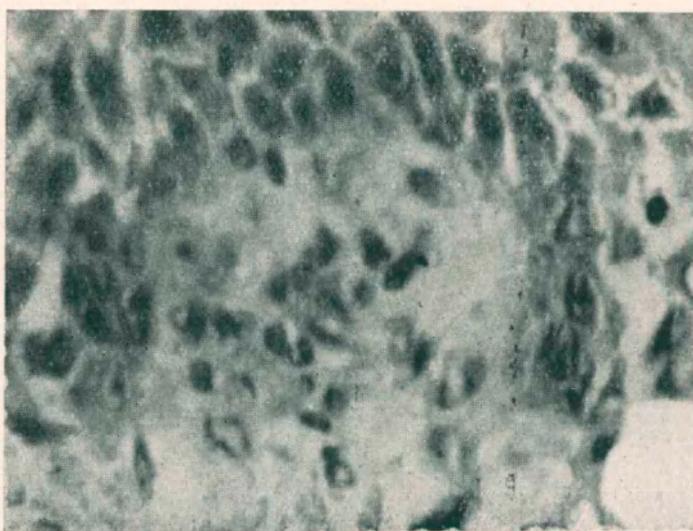
Cordones: Deferentes y paquetes vasculares normales de ambos lados.

Operación. — 9 de marzo de 1937. Dr. A. Astraldi y Dr. J. S. Fernández. Anestesia general con ciclopropane, Dr. Delorme. Cistostomía suprapúbica y biopsia de las vegetaciones.

Biopsia. — El examen histológico practicado por el Prof. Dr. Elizalde informa tratarse de un epiteloma pavimentoso espinocelular del periné.

Preparado N° 42439.

Marcha de la enfermedad. — 10 de marzo de 1937: Sin temperatura. En buen estado general y sin dolores; 11 de marzo, se quita el drenaje prevesical; 13 de marzo, se le indica purgante (aceite de ricino); a la palpación de la tu-



N° 3. - Células atípicas.

moración podemos observar que ha disminuído de tamaño: 15 de marzo, lavajes vesicales y uretrales con permanganato de potasio al 0.25 ‰; 16 de marzo, se le sacan los puntos de sutura: la tumoración disminuye de volumen y consistencia; 20 de marzo, sigue en buen estado local y general; 27 de marzo, a la palpación de la tumoración, es posible la diferenciación de los cuerpos cavernosos a su nivel, que antes se encontraban enmascarados; 30 de marzo, se da de alta para que concurra al Instituto de Medicina Experimental para que se le aplique radioterapia profunda, dado que el proceso uretral puro o asociado a la lesión cutánea imposibilita por él y por la edad del enfermo a intentar una emasculación total.

COMENTARIOS

Muy de tarde en tarde, aún vemos, bien por cierto en hombres de edad avanzada, estas enormes masas periuretrales que aún suelen denominarse con el antiguo léxico urológico, tumores urinosos. En estos enfermos casi siempre y recordando las expresiones de

Legueu, pertenecían a los tiempos en los cuales, los que así los trataban, habían heredado el clásico procedimiento alemán, las instilaciones de nitrato de plata, que Neisser el descubridor del gonococo, había instituído para el tratamiento de las uretritis producidas por su agente.

Felizmente a partir de la era en que Jannet, impone el tratamiento a base de grandes lavajes, hace que tales procesos no se vean sino muy raramente. El enfermo que presentamos, entre las causas etiológicas no está ni la blenorragia ni el nitrato de plata en juego, circunstancias estas que no son óbice para que este proceso se haya llevado a cabo.

De la lectura atenta de los antecedentes personales, nuestra interpretación tiene como punto de partida una fimosis congénita que se complica ya a la edad de cuatro años de una balanopostitis actuando ella sin cesar hasta la edad de 22 años en que obliga a un desbridamiento dorsal. Es ella a nuestro entender la causante de la uretritis y del tumor uretral (papiloma?), elemento, la primera, para explicar la producción de un proceso que reviste tres características: es esclerosante, es estenosante y es hipertrofiante en su última etapa. La periuretritis en este caso, como la formación de sus fistulas tiene la patogenia de todos conocida, lo que no necesita explicación alguna. En cuanto a la participación de los cuerpos cavernosos nada mejor que recordar a Escat, quien nos dice: "las lesiones evolucionan desde el principio al rededor de las periuretritis por fenómenos de celulolinfangitis, llegando a incluir a los cuerpos cavernosos por un proceso de pericavernitis".

En nuestro enfermo, fué suficiente la supresión del aporte incesante de los colibacilos que con la orina llegan al foco, por medio de una simple talla vesical para ver retroceder este proceso de pericavernitis, tanto más acelerado en su regresión a partir del momento en que la radioterapia profunda hizo conocer sus efectos.

Tan exacto es la acción benefactora de la supresión microbiana al foco para los procesos periuretrales que tratamos, que Legueu, aconseja por intermedio de Missillitch Miloche (de Yugo eslavía) la simple cistostomía para hacer cesar en un lapso de pocos meses todo el block de periuretritis y sin ningún tratamiento local; confirmamos lo anterior por experiencia personal.

Nosotros creemos necesario hacer recordar, aunque es ya elemental dentro de cirugía urológica, que toda cirugía uretral debe ser precedida de una talla hipogástrica temporaria.

Ahora bien, en cuanto a la complicación que sufren los orificios cutáneos de los trayectos fistulosos, de acuerdo al examen histológico, es un elemento que debe ser tenido muy en cuenta en su concepto clínico, es decir, poder asegurar si tal complicación sólo tiene por asiento los ya mencionados orificios cutáneos o el o los trayectos fistulosos, o bien todo el block de la periuretritis. Nosotros estamos por lo primero por: la evolución clínica y por el examen histológico que revela que la anarquía celular tiene por asiento la piel.

Cuando examinábamos en nuestro enfermo, antes de la cistotomía, el block que abarcaba e incluía a los cuerpos cavernosos, recordábamos a Escat cuando sostiene que el diagnóstico diferencial entre la pericavernitis por periuretritis y el cáncer de los cuerpos cavernosos, es de difícil solución, tanto más cuanto Halle, ha demostrado cómo el cáncer se puede desarrollar a nivel de las estrecheces y de los trayectos fistulosos; al igual que Guiard, quien en 1883 ya sostiene la posible degeneración epiteliomatosa en los trayectos fistulosos nacidos de una periuretritis blenorragica. Este autor, al igual que el anterior, asevera la casi imposibilidad de tales diagnósticos diferenciales, a menos que se reconozca el tumor uretral (cáncer) antes de la formación de las fístulas. Es digno de hacer notar a este respecto, que la formación fistulosa es para Genouville, en el cáncer de la uretra, precoz con respecto al de una simple periuretritis, es decir, que en éstas aparecen tardíamente.

En conclusión: por lo dicho confirmamos lo anterior, que por la evolución clínica del proceso periuretral; la duración de éste; el tiempo transcurrido entre la existencia del proceso y la formación de las fístulas; el estado del enfermo; y el resultado del examen histológico, hacen que lo presentemos como degeneración neoplásica de la piel que circunda los orificios externos de los trayectos fistulosos, con integridad no neoplásica, de los trayectos y del block periuretral.