

Por los Doctores

FRANCISCO E. GRIMALDI
y RICARDO BERNARDI

CURACION DE UNA GRAN FISTULA URETRAL POR EL PROCEDIMIENTO DE LANDERER - BIDDER

LA fistula uretro-cutánea con gran destrucción de substancia, que trae como consecuencia lógica la pérdida casi total de la orina que se evacúa, constituye para el enfermo un grave achaque físico y moral, y para el cirujano que trata de remediar esa verdadera invalidez, una gran responsabilidad, dados los frecuentes fracasos que suceden a las intervenciones mejor concebidas y aun perfectamente realizadas.

En el caso motivo de este trabajo, estamos lejos de querer presentar algo brillante y, casi diríamos que se destacan en él en primer lugar, la paciencia del enfermo y después la insistencia de quienes pretendían aliviarlo no cejando en su propósito ante los repetidos fracasos.

Se trata de B. M., internado en nuestro servicio el 28 de junio de 1933, por ser portador de un gran tumor urinoso, con múltiples fistulas, consecutivo a una estrechez blenorragica de larga evolución.

Padecía de intensa disuria total, con chorro débil y abundante pérdida de orina y pus por sus trayectos fistulosos que se extendía en una amplia superficie del periné, llegando algunos de ellos hasta la porción interna del pliegue inguinal.

El calibre uretral, sumamente reducido, apenas permite el pasaje de bujías filiformes Nos. 2, 3 y 4, las que en algunas oportunidades no franquean la verdadera luz del conducto, apareciendo por los orificios cutáneos de las fistulas.

Como tratamiento inicial se realiza la dilatación con bujías filiformes no lográndose avanzar más allá de Nº 8 a costa de reacciones locales y generales que aconsejan la suspensión de la terapéutica.

Es después de esto que se inicia la serie de operaciones que muy sintéticamente pasamos a relatar:

13 de julio de 1933: Se practica una incisión que comienza a un través de

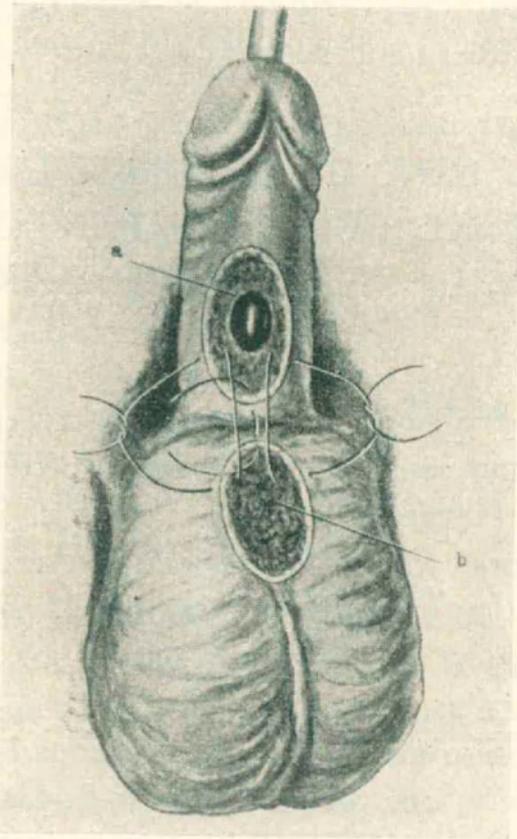


Figura 1

(De Bickham "Operative Surgery". Vol. V. Pág. 736)

Procedimiento de Landerer-Bidder: En la parte superior se aprecia el avivamiento de los bordes de la fistula (a). En la parte inferior se ve la superficie denudada en la cara anterior del escroto (b). Solamente tres puntos de sutura se muestran, dos correspondientes al borde interno de la fistula con la porción opuesta del escroto (anudado) y uno que realizará la unión del borde externo de la fistula con la parte similar de la superficie cruenta escrotal.

dedo por delante de la raíz del miembro y termina a dos centímetros del orificio anal; se resecan los trayectos fistulares y el tejido conjuntivo que lo rodea, llegando para esto hasta las ramas isquio-pubianas.

Después de esta intervención queda en la región peno-escrotal una pérdida de substancia de dos centímetros y medio de longitud por uno de ancho a través de la cual aparece la pared superior del conducto.

La dilatación de la uretra que se hace luego permite llegar a un calibre grande (57 beniqué), pero sin conseguir la más mínima reducción en las dimensiones de la fístula.

Para mejorar el deficiente terreno perineal en el que quedan aún algunos trayectos fistulosos se practica la talla vesical y la resección de aquéllos.

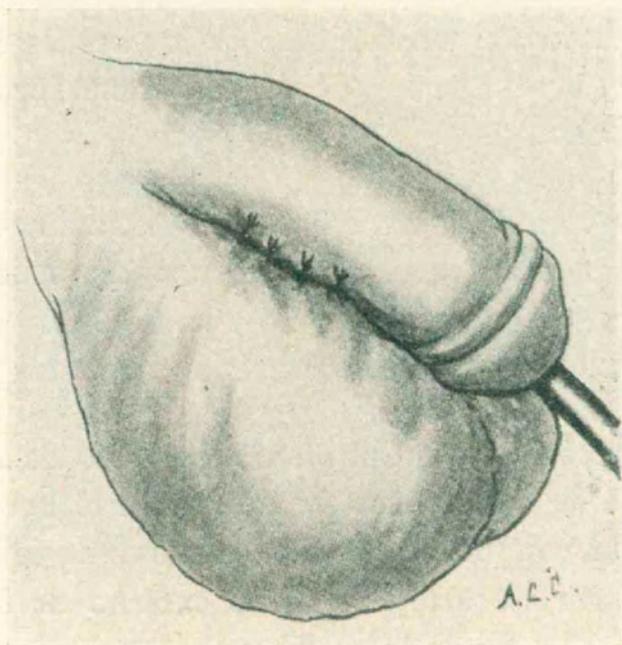


Figura 2

(loc-cit. *Procedimiento de Landerer Bidder*: Terminado: visto de perfil.

Se mantiene el calibre uretral con dilataciones; se hace diaria antisepsia y cuando después de mucho tiempo (junio 1936) se considera que, sin ser el terreno ideal, puede intentarse una plástica, practicamos el procedimiento de Duplay.

Sólo queda, como beneficio del mismo, un pequeño puente transversal de pocos milímetros de ancho que en forma oblicua divide la fístula en dos.

En vista de ello y artibuyendo el fracaso al tejido tan pobremente irrigado en que debíamos actuar y a predominio conjuntivo con linfangitis reticular extensa, resolvimos posponer toda terapéutica quirúrgica hasta una substancial modificación del medio.

Así, el 21 de diciembre de 1937, decidimos efectuar el procedimiento de Landerer-Bidder, por ser, a nuestro criterio, el que nos brindaba mayores probabilidades de éxito al utilizar exclusivamente el escroto como tejido de aposición.

Nos permitimos recordar su técnica que no es, como se sabe, más que la aplicación a la hipospadias de la operación que Rosemberger creara para la epispadias.

Procedimiento de Landerer-Bidder:

- 1° Se practica un avivamiento de los bordes de la fístula mediante la extirpación de una franja cutánea de unos 6 mm. de ancho.
- 2° En la cara anterior del escroto, exactamente opuesta a la fístula, se reseca una superficie cutánea de iguales dimensiones, o mejor, algo más extensa, para asegurar la fácil aposición de las dos superficies cruentas.
- 3° Se efectúan a continuación dos tipos de suturas: a) con fibras de lino se une estrechamente el borde interno de la fístula con una superficie escrotal de igual tamaño; b) con crín se sutura el borde externo de la fístula con el mismo borde de la placa escrotal para que se adosen ampliamente.

El resultado fué discreto, pues a pesar de una ligera supuración de la herida, la fístula de 2 y 1/2 cm. de largo por uno de ancho como dijimos se reduce al perímetro de un grano de maíz.

12 de mayo de 1938: Repetimos el procedimiento, el que reduce el orificio a la mitad, por lo que en agosto de 1938 lo efectuamos por tercera vez.

Queda como resultado de esta intervención un orificio del tamaño de la cabeza de un alfiler. Vista su pequeñez consideramos que las dilataciones darán cuenta de él con facilidad. No obstante, después de siete meses la pequeña pérdida de orina se mantiene.

El procedimiento de Cathelin, que aplicamos el 8 de marzo de 1939, fracasa, por lo cual después de una prudencial espera se efectúa una cauterización con el electrodo de Luys, el que amplía por un tiempo el diminuto orificio que entra en franca cicatrización después.

Sólo el 18 de abril de 1940 sacamos la sonda Pezzer, que mantenía la cistostomía, resecaando la fístula hipogástrica con cierre de la vejiga en dos planos.

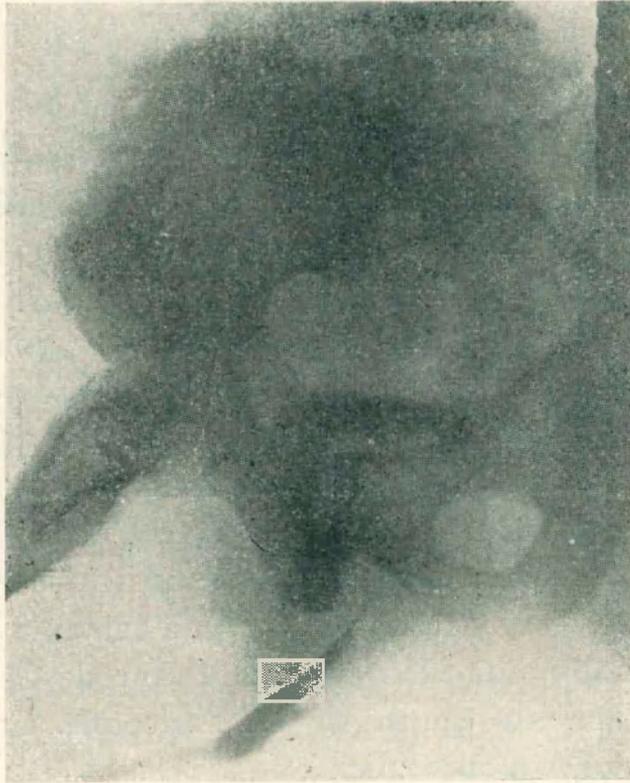


Figura 3
Uretrografía obtenida un año después del alta.

Actualmente, el calibre uretral se mantiene, como puede verse en la uretrografía que presentamos, existiendo un pequeño uretrocele que en nada se opone al buen funcionamiento uretral.