

Por el Doctor

RICARDO BERNARDI

## GRAN FISTULA PROSTATO-PERINEAL POR LITIASIS PROSTATICA EN COMUNICACION CON LA VEJIGA, LA URETRA Y EL RECTO

LA extrema rareza del cálculo prostático, propiamente dicho, dentro de la litiasis uretro-prostática, así como el desarrollo consecutivo de una gran fístula próstato-perineal, de tamaño de una moneda de veinte centavos, son razones poderosas que me inducen a molestar la atención de los distinguidos colegas, en la reunión de esta noche.

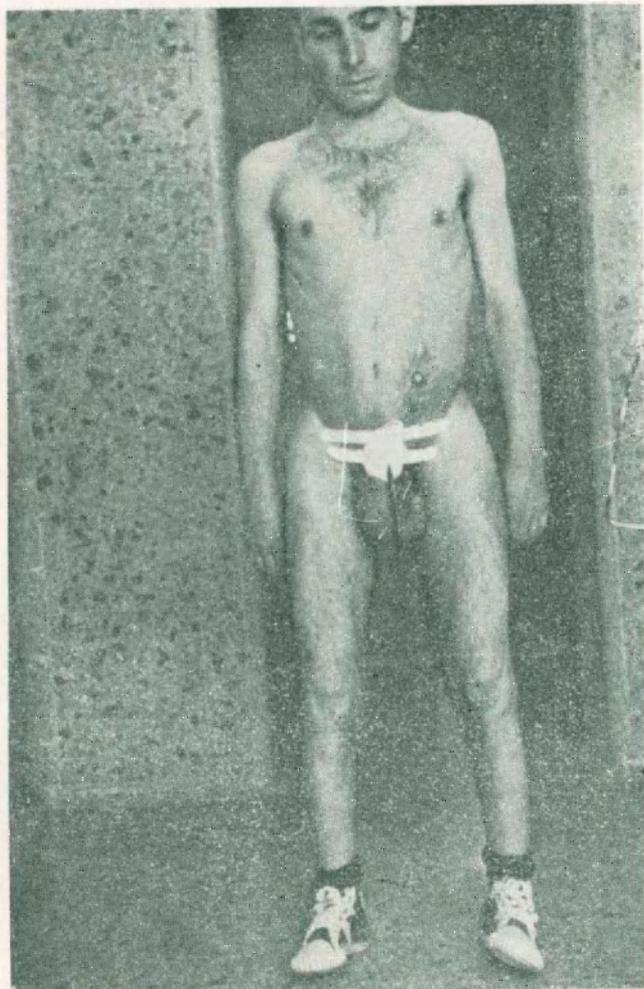
Las escasas pero interesantes observaciones sobre este tipo de litiasis, debidas a Guyon, Gayet, etc., en el extranjero y a los Profesores Castaño, Astraldi, Figueroa Alcorta, y otros más, entre nosotros, me eximirán de entrar en consideraciones que no sean las estrictamente necesarias para el conocimiento de este caso. Solamente agregaré que, de las 17 observaciones referidas por el Profesor Figueroa Alcorta en el Primer Curso para Graduados, dictado en la cátedra del Profesor Castaño, "ninguna pertenece, textuales palabras, a casos de litiasis prostática en el sentido etiológico de la palabra: todos han sido cálculos de la uretra prostática, secundariamente introducidos, algunos dentro de una celda prostática o aun dentro de la misma glándula, pero todos han pertenecido, en su origen, a la uretra prostática y, *por consiguiente, para su estudio, deben considerarse ubicados en ese segmento de la uretra*".

En cuanto al presente caso, si bien consideramos al cálculo de origen uretral, se hallaba alojado en plena glándula prostática, completamente separado de la uretra, y con un pequeño orificio de comunicación visualizado por el derrame del líquido instilado por la uretra, en el gran trayecto próstato-perineal, en forma de un pequeño chorro y las radiografías que exhibiremos a continuación.

HISTORIA CLINICA

Se trata de A. M., argentino, de 23 años de edad.

Entre sus antecedentes personales, figura como enfermedad de singular



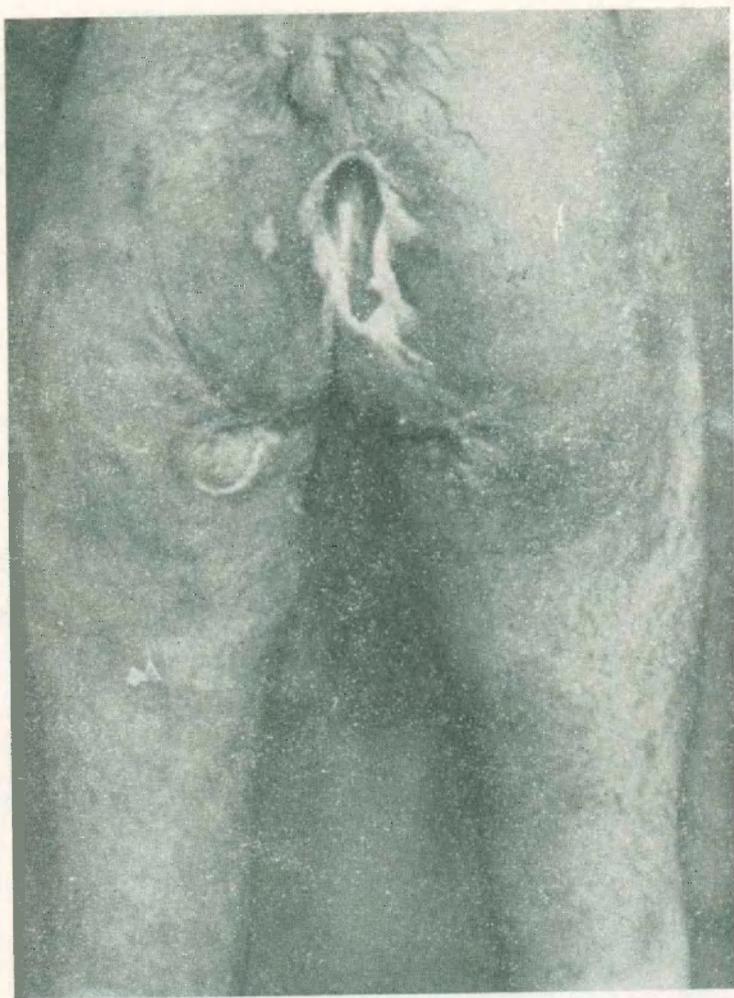
Fotografía 1

Enfermo de pié; se observa la talla hipogástrica; un gran hidrocele derecho y sus miembros inferiores deformados por la lesión medular.

importancia, el desarrollo de una espina bífida sacra, del tipo tumoral, al parecer, según se desprende de los escasos datos que pudo suministrar el difícil interrogatorio, dada su escasa lucidez mental. la localización de una cicatriz operatoria

a nivel de aquella porción de la columna vertebral (ver fotografías), y las radiografías.

Manifiesta que fué operado en 3 ocasiones: la 1ª vez cuando muy niño. "de la columna vertebral", y hace 10 años, aproximadamente, le practicaron 2 intervenciones abdominales (resección del simpático?) cuyas cicatrices pueden obser-



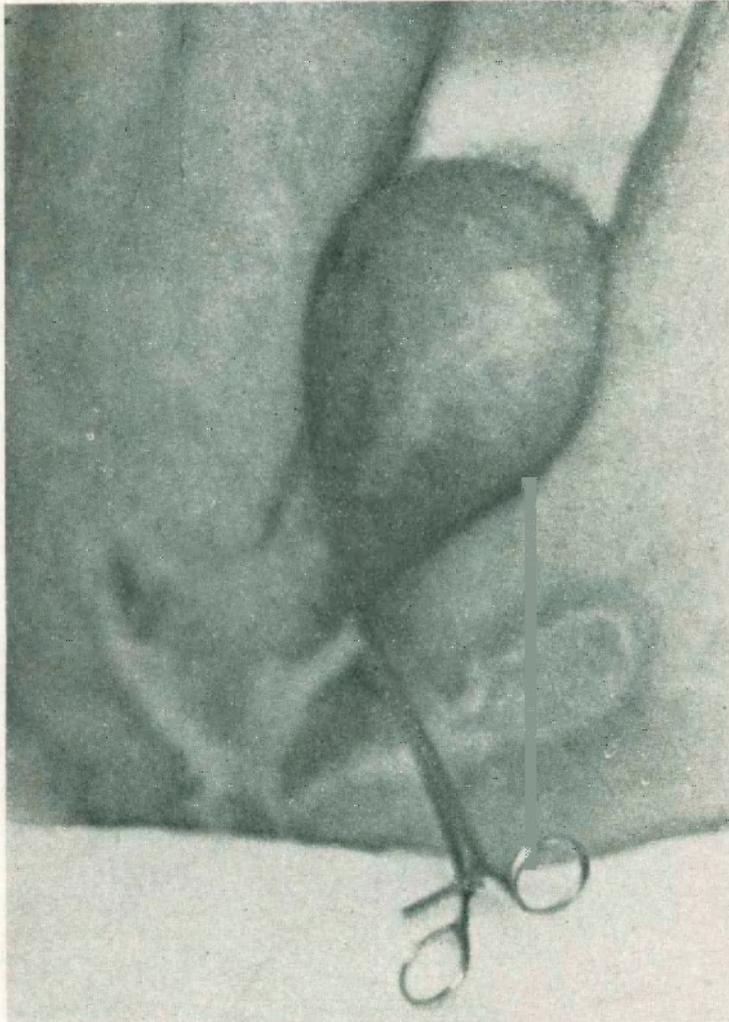
Fotografía 2

Enfermo de pié; se observa parte de la cicatriz operatoria realizada en su niñez y las escaras sacro-coxígea y glúteas debidas a su lesión medular.

vase en las fotografías adjuntas para tratarle: "la incontinencia total de orina y parcial de materias fecales", que se remontan a sus primeros años de vida.

En estas condiciones, lo vemos por primera vez en el Hospital P. Fiorito hace 1 año y medio, aproximadamente.

Vuelve 3 meses más tarde, quejándose de intensos dolores en la uretra producidos por una sonda a bequille N° 12, según calculamos, que le había sido colocada en un hospital vecinal, hacía 2 y medio meses, para tratarse la incontinencia de orina; por la falta más absoluta de cuidados, la sonda se había incrustado de sales



Fotografía 3

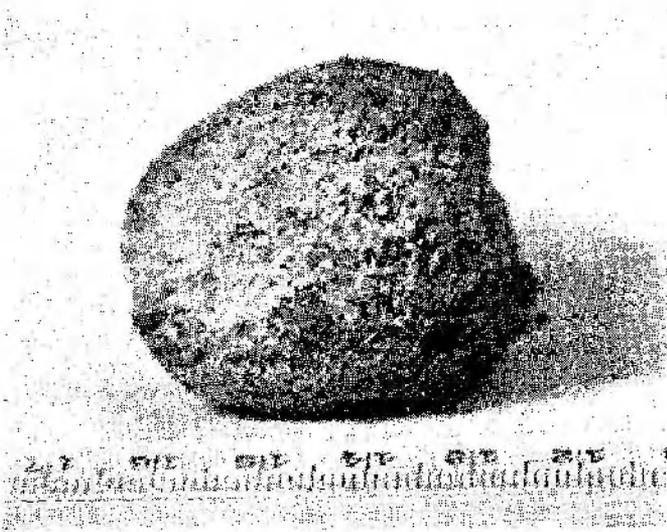
Enfermo en decúbito dorsal con los muslos flexionados sobre el abdomen; se observa el gran hidrocele y un clamp curvo introducido por la fístula, en vía de cicatrización.

y al intentar extraerla el propio enfermo, se rompió a nivel del meato uretral, 48 horas antes de nuestro 2° examen: no sin dificultad, conseguimos sacarla mediante una pinza de Kocker, introducida por el meato.

Continuó el enfermo su asistencia, muy espaciada, en el Consultorio Externo, durante 2 meses, aproximadamente, para reaparecer 1 año más tarde en las siguientes condiciones:

Manifiesta que, desde hace 4 meses siente dolores de escasa intensidad en el periné y en la uretra, y que, en el último mes, observa una *ulceración por delante del ano, a través de la cual pierde totalmente sus orinas*.

Al examen de la región perineal, nos llama inmediatamente la atención una superficie ulcerada situada en el periné posterior a 1 centímetro por delante



Fotografía 4  
Cálculo de 4 cms. de ancho.

del ano, del tamaño de una moneda de 20 centavos, de bordes irregulares, descoloridos y esclerosos y por la que fluye abundante orina con un fuerte olor amoniacal.

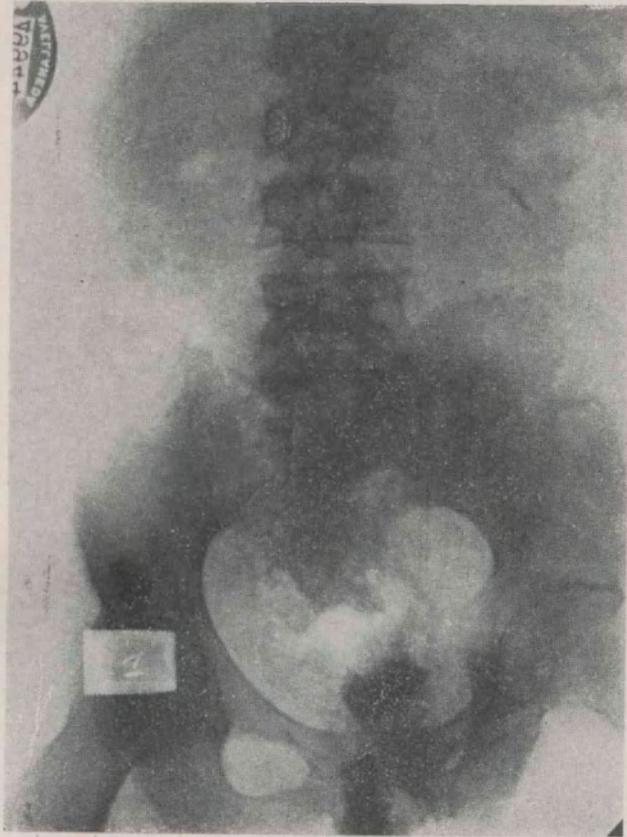
En la profundidad de la fistula, observamos un cuerpo extraño, de color parduzco, de consistencia "pétreo", irregular, muy fijo, con todos los caracteres de un cálculo. Previa extracción con pinza, por la fistula, obtenemos una radiografía simple en la que se observaba con toda nitidez la sombra calcúlosa por detrás y debajo del pubis, en la glándula prostática.

El trayecto fistuloso era de tal amplitud que permitía la cómoda introducción del dedo índice y su examen ocular en toda su extensión, con el enfermo en decúbito dorsal, con los muslos flexionados sobre el abdomen.

La superficie interior, previa higiene, era rojiza, brillante, lisa, con 3 orificios perfectamente reconocibles; el posterior en comunicación con el ano, del tamaño de una lenteja y en el que cabía la punta del dedo índice; el anterior y superior del tamaño, algo menor que una cabeza de fósforo.

—Reacción de Wasserman y Khan débilmente positiva.

—Urea en suero sanguíneo 0.32 por mil gramos.



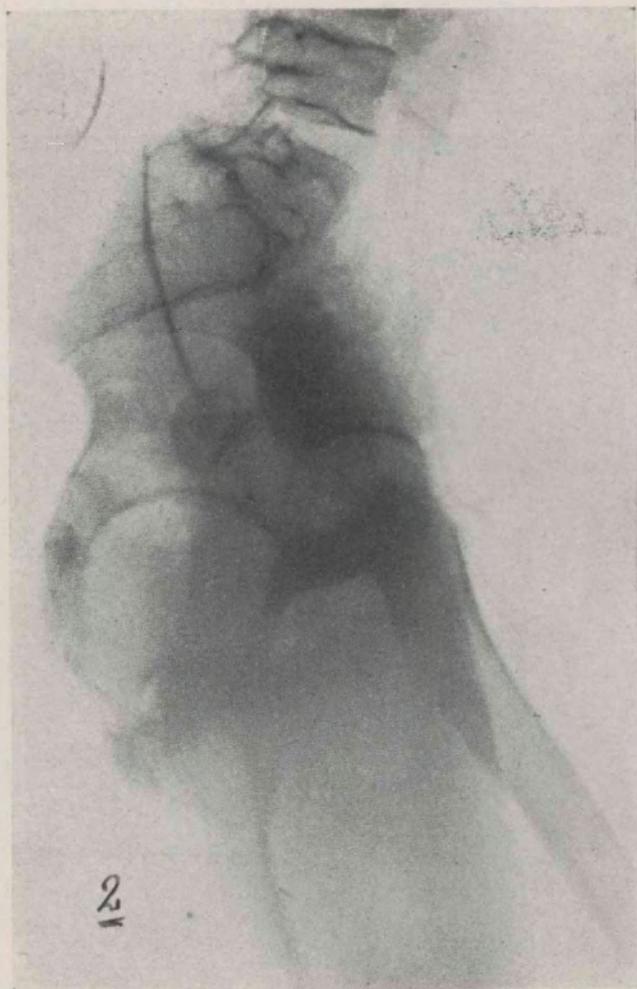
Radiografía 1

—Cálculo constituido, principalmente, por sales de fosfato de calcio y magnesio.

El 5 de septiembre del corriente año le practicamos la talla hipogástrica sumamente dificultosa en virtud del pequeñísimo tamaño de la vejiga —nuez grande— en completo estado de vacuidad desde el nacimiento.

En los días siguientes tratamos de precisar la situación y relación de las comunicaciones de la fístula próstato-perineal con los órganos vecinos, inyectando para ello una solución coloreada con azul de metileno, por distintas vías.

Así, si la inyectábamos por la sonda hipogástrica y observábamos la fístula, veíamos salir el líquido por el orificio superior, vesical, exclusivamente; si lo instalábamos por la uretra aparecía bajo la forma de un chorro fino y potente



Radiografía 2

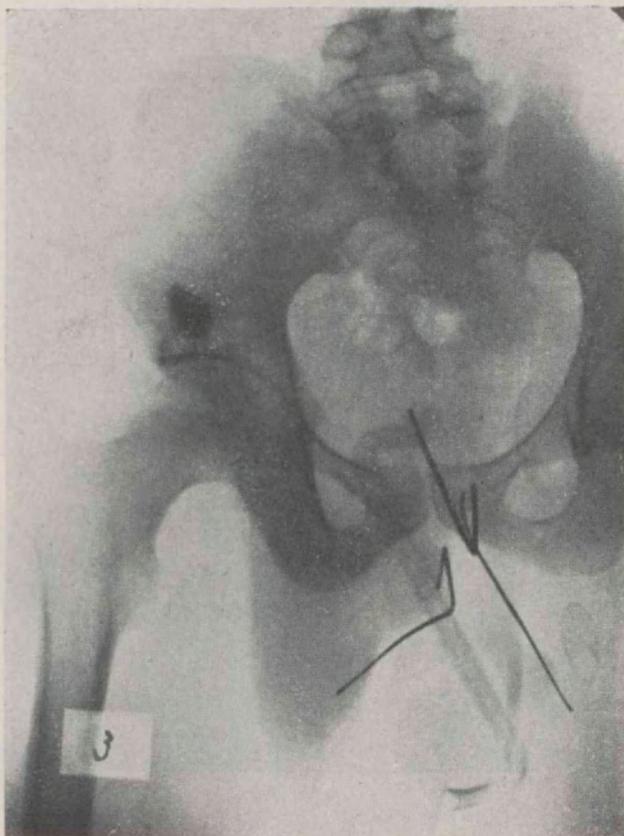
perfectamente visible por el orificio uretral, únicamente, situado en la pared anterior; mientras que, por la fístula posterior despedía materia fecal.

La cisto-radiografía N° 1 obtenida de frente con inyección por la sonda hipogástrica y habiendo taponado suavemente la fístula próstato-perineal, con gasa permite observar una vejiga pequeña, en forma de embudo, con su extremo inferior afilado, situado en su cuello o más en su proximidad, por el que escapa el

líquido de contraste hacia aquella cavidad, teniendo el conjunto el aspecto aproximado de un reloj de arena.

En la de perfil N° 2, muy mala, no es posible llegar a ninguna observación.

Para localizar mejor los trayectos de comunicación le colocamos a través de la fístula próstato-perineal 3 estiletos metálicos y obtuvimos las radiografías Nos. 3 y 4 en las que se visualiza el 1° de ellos, dirigido hacia la vejiga

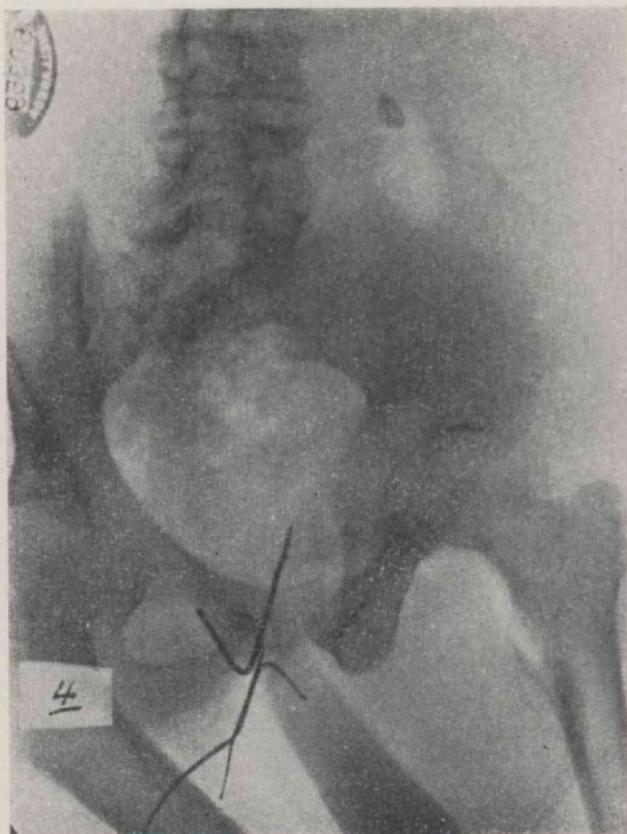


Radiografía 3

y en contacto con la sonda; el 2°, de pequeña curvatura, introducido en la fístula uretro-prostática, y el 3°, de mayor curvatura, en la fístula próstato-rectal.

Con el propósito de conocer exactamente la existencia real o aparente de los 2 orificios vesicales —vésico uretral y vésico fistular— para los que solicito la colaboración de los colegas presentes, es que le hicimos estas 2 uretro-radiografías, (5 y 6) que por ser poco nítidas, no nos aclaran, por cierto, la situación.

Sin embargo, una sonda uretral N° 13 introducida por la fistula próstato-vesical elimina perfectamente el líquido inyectado por la sonda hipogástrica, mientras que el instilado por la uretra, estrecha (calibre 6 de Charriere) sale por la fistula próstato-perineal en vez de hacerlo por cualquiera de las sondas anteriores.



Radiografía N° 4

Pregunto entonces a los distinguidos colegas:

¿Cuál es la razón para que el líquido inyectado por la sonda hipogástrica salga exclusivamente por el orificio vésico-prostático y el inyectado por la uretra, lo haga por la fistula uretro-prostática, sin llegar a la vejiga, e independientemente uno de otro?

—¿Es que existe una doble comunicación vésico-uretral (la normal) y otra vésico-prostática, por decúbito, debida al cálculo?

Esta es, para nosotros, la verdadera situación, que un estudio más completo podría precisar mejor: vale decir, que nos hallaríamos en presencia de una vejiga medular, por espina bífida sacra, con una gran fístula próstato-perineal, de origen calculoso, en comunicación con la vejiga, la uretra y el recto, existiendo un *doble orificio* que pone en comunicación a la vejiga con la uretra y la fístula próstato-perineal.

---