

Hospital Ramos Mejía. Serv. de Vías  
Urinarias. Jefe: Dr. Gilberto Elizalde.

## FISTULA URETRO-RECTAL CURADA POR EL PROCEDIMIENTO DE ALBARRAN

Por los Dres. FRANCISCO E. GRIMALDI y ARMANDO MENDEZ

*Datos.* — J. K., 43 años, casado, Polaco, Provincia de Santa Fé.

*Antecedentes hereditarios y Familiares.* — Los padres fallecieron a los 73 y 63 años, ignora la enfermedad. La hermana, esposa y dos hijos sanos.

*Antecedentes personales.* — Primera infancia y adolescencia sin enfermedades de importancia. A los 33 años es operado de hernia inguinal. No bebe, ni fuma.

*Enfermedad actual.* — El 4 de febrero de 1936, sufre un traumatismo (caída de una pila de bolsas de azúcar sobre la pelvis) a consecuencia del cual es transportado a un sanatorio de la localidad, donde a las 20 horas del accidente le practicaron una cistostomía suprapúbica por retención completa de orina. Pasó 4 meses en convalecencia, notando durante ella que cuando cerraba la sonda de la talla no podía orinar por la uretra. En junio del mismo año es re-intervenido, (reconstrucción de la uretra), permaneciendo veinte días con las dos sondas puestas (uretral y suprapúbica). Al mes estaba ya con el orificio vesical cerrado y sin sonda uretral. Aunque la micción se hacía por la uretra, parte de la orina iba al recto, necesitando ponerse en posición de defecar para darle salida por el ano. Intervenido de esa fístula uretrorrectal y no conseguido el cierre completo de la misma, fué dado de alta en enero de 1937. Trabajó 4 años en estas condiciones hasta que, aconsejado por un facultativo viene a Buenos Aires y se interna en este servicio en octubre de 1941.

*Estado actual.* — Excelente estado de nutrición. Psiquismo y deambulacion normal.

*Somático general.* — No ofrece nada de particular.

*Aparato urinario.* — Se observa en la región hipogástrica y sobre la cicatriz de la talla, una pequeñísima fístula, tamaño de la cabeza de un alfiler, por donde mana orina. Resto de examen negativo.

*Exploración uretral.* — Uretra infranqueable a una bujía filiforme.

*Tacto rectal.* — Próstata de tamaño, forma y consistencia normal. Por delante de ella y en la pared anterior del recto, se toca un rodete saliente, calloso, con una depresión central que da cabida al pulpejo del dedo índice.

### EXAMENES DE LABORATORIO

*Análisis de orina.* Normal *Urea en suero.* 0.395 por ciento. *Glucemia.* 0.85 por ciento. *Reac. Wasserman y Khan.* Negativas.

## EXAMENES RADIOGRAFICOS

*Uretrografía de frente.* Fig. 1. Se realiza con yoduro de sodio al 15 por ciento. Ramas isquio-pubianas del lado derecho desviadas (fractura mal consolidada) causantes de la rotura de la uretra membranosa. Uretra pene-escrotal normal. La uretra perineal muy dilatada, terminando bruscamente al nivel del fondo del saco del bulbo con algunos trayectos más visualizados por la substancia opaca (infiltración linfática). Hacia arriba y a la derecha se observa un

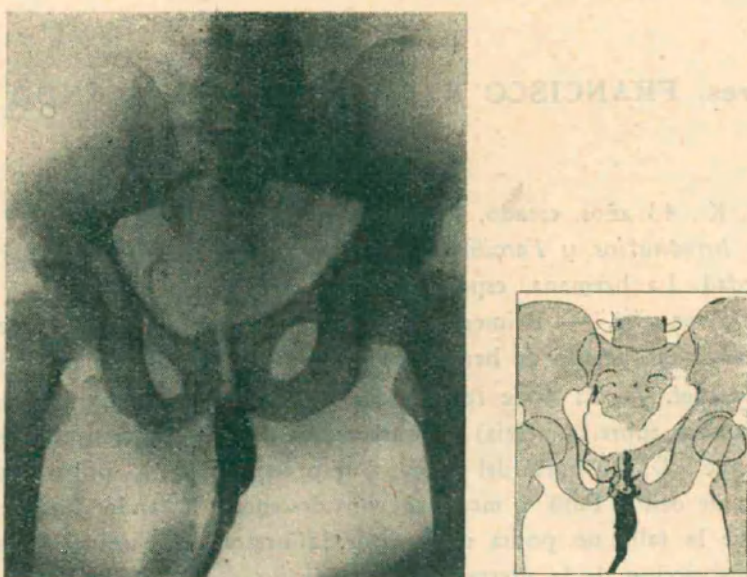


Figura 1. — Uretrografía de frente. Se realiza con yoduro de sodio al 15 por ciento. Ramas isquio-pubianas del lado derecho desviadas. Uretra pene-escrotal normal. La uretra perineal muy dilatada, terminando bruscamente al nivel del fondo de saco del bubo con algunos trayectos más visualizados por la substancia opaca (infiltración linfática). Hacia arriba y a la derecha se observa un tronco linfático infiltrado por el yoduro que termina en un ganglio del grupo hipogástrico. Uretra posterior desviada e irregular por la rotura en ese lugar.

tronco linfático infiltrado por yoduro que termina en un ganglio del grupo hipogástrico. Uretra posterior desviada e irregular por la rotura en ese lugar.

*Uretrografía de perfil.* — Fig. 2. — Se realiza con yoduro de sodio al 15 por ciento a fuerte presión. La imagen de la uretra pene-escrotal, igual que en la anterior, nada más que en posición oblicua. Vasos linfáticos inyctados por la substancia opaca. La uretra posterior, irregular, terminando en una vejiga pequeña y deformada. En la parte correspondiente a la

uretra membranosa, el yoduro hace una mancha pequeña, de la forma de un riñón, nosotros la interpretamos como la entrada de la fístula uretro-rectal.

*Tratamiento.* — Planteado el diagnóstico; uretra infranqueable (por rotura completa) y fistulas vésico-cutánea y uretro-rectal, se decide en primer término hacer una cistostomía supra-púbica; la que se realiza el 14 de octubre de 1941, sin inconvenientes, extirpando el tejido fibroso que formaba la cicatriz de la talla anterior. A los 8 días nuevo examen radiográfico.

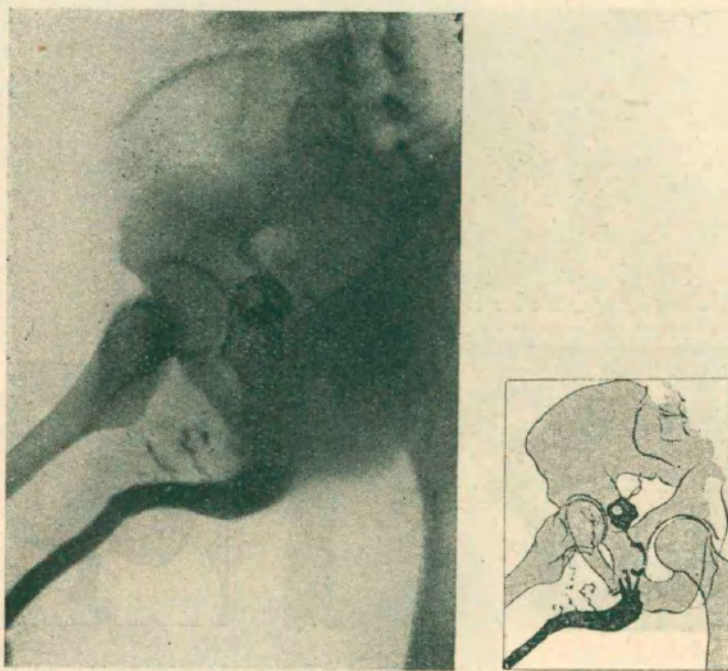


Figura 2. — Uretrografía de perfil. Se realiza con yoduro sodio al 15 por ciento a fuerte presión. La imagen de la uretra pene-escrotal, igual que en la radiografía anterior, nada más que en posición oblicua. Vasos linfáticos inyectados por la substancia opaca. La uretra posterior irregular, terminando en una vejiga pequeña y deformada. En la parte correspondiente a la uretra membranosa, el yoduro hace una mancha pequeña, de la forma de un riñón, nosotros la interpretamos como la entrada de la fístula uretro-rectal.

*Cistouretrografía.* — (Fig. 3). Se realiza con yoduro de sodio al 15 por ciento, poniendo por la sonda vesical, unos 80 c.c. (máximo de tolerancia) y luego por la uretra forzando la presión. Obsérvase la uretra pene-escrotal menos dilatada, más regular y sin infiltraciones periuretrales, quizá la talla derivativa mejoró su estado. La imagen de la uretra posterior igual que en la uretrografía N° 2. A la derecha se observa la sombra proyectada por la sonda Pezzer de la talla.

A los veinte días de la talla se resuelve intervenir la uretra, realizando su reconstrucción sobre sonda "bequille" con resección amplia del tejido cicatricial. Al poco tiempo cierre espontáneo de vejiga. En el término de cuatro meses se le dilata con una serie de beniqués hasta el N° 65. Compruébase a continuación la excelente permeabilidad de su uretra, como así también la persistencia de la fístula uretro-rectal, que fué motivo de un cuidadoso estudio radiográfico que a continuación detallamos, previo a la intervención.

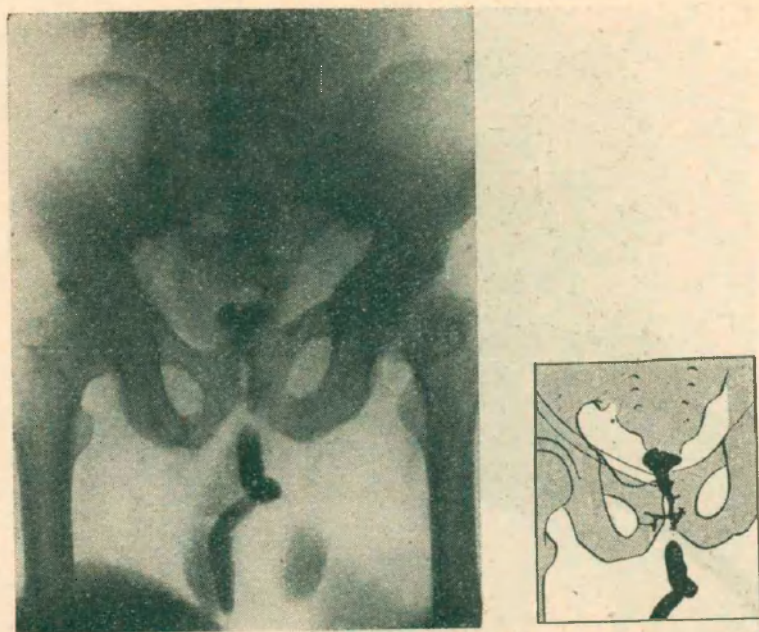


Figura 3. — Uretra pene-escrotal, más regular, menos dilatada y sin infiltraciones. Uretra posterior irregular. Vejiga pequeña y deformada. A la derecha sombra de la sonda Pezzer de la talla.

*Radiografía en oblicua.* — (Fig. 4). La ampolla rectal llena por enema opaca (Sulf. de bario). Un beniqué curvo N° 60 marca el trayecto de la uretra hasta la vejiga. A un centímetro del borde inferior de la rama isquio-pubiana y sobre el borde interior del beniqué, se observa una irregularidad poco visible, formada por la terminación del reguero de substancia opaca que ha pasado por la ampolla del recto; irregularidad que demuestra por primera vez en el estudio radiográfico la existencia de la fístula uretro-rectal.

*Radiografía en oblicua.* — (Fig. 5). Un beniqué curvo delimita el trayecto uretral hasta vejiga. Por tacto rectal, el dedo índice es colocado en el trayecto fistuloso, el extremo ungual, roza el beniqué, sin interposición de tejidos.

Como tratamiento para el cierre de la fístula uretro-rectal, se usó el procedimiento quirúrgico descrito por Albarrán. Por su sencillez y el buen resultado obtenido haremos una descripción detallada del mismo.

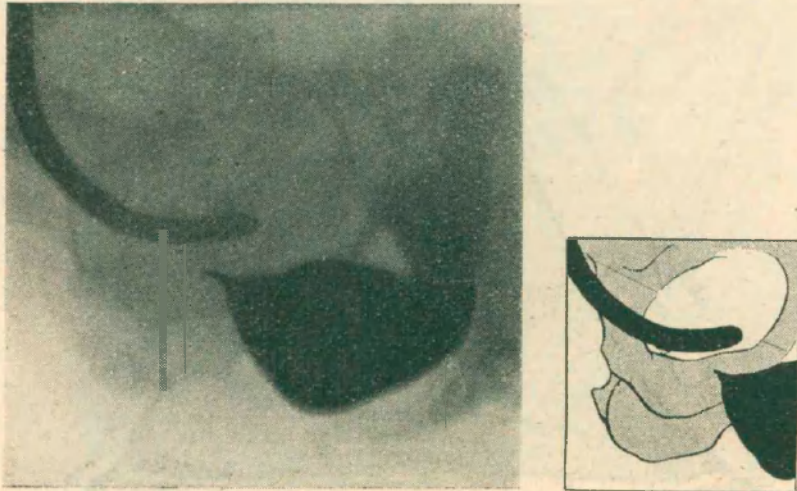


Figura 4. — La ampolla rectal forma un embudo en su parte superior, prolongándose en una extremidad que se afina hasta desaparecer. Sobre el borde externo del beniqué muesca irregular, interpretada como terminación de la fístula en la uretra.

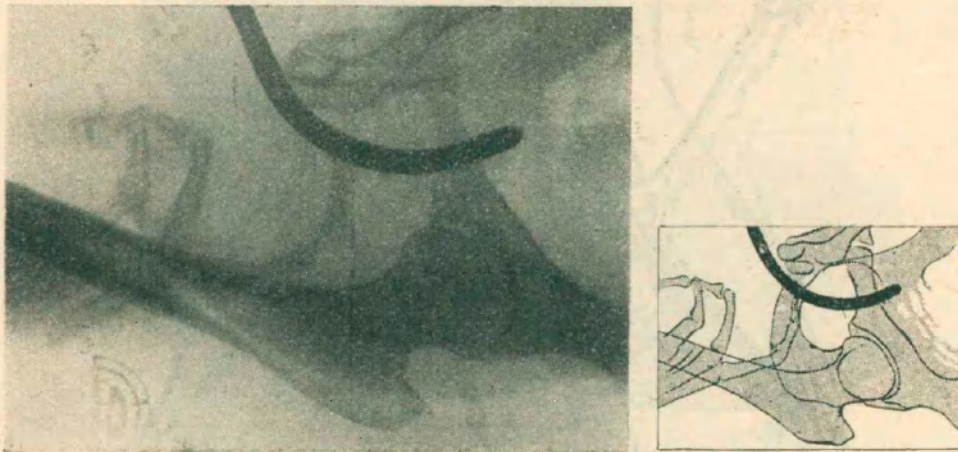


Figura 5. — El beniqué marca el trayecto de la uretra; el dedo índice introducido por el recto recorre el camino de la fístula hasta llegar al borde externo del beniqué sin interposición de tejido alguno.

*Anestesia.* — Raquídea con novocaína al 10 por ciento en polvo, disuelta en 3 c.c. de líquido cefalorraquídeo.

*Posición del enfermo.* — En decúbito dorsal, los muslos fuertemente flexionados sobre el abdomen y separados entre sí (posición ginecológica), de esta manera el periné se hace casi horizontal.

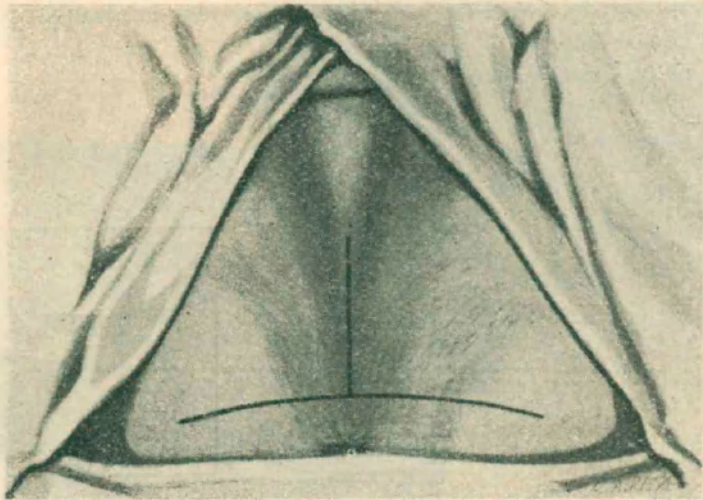


Fig. N° 6. — Incisión cóncava que va de una tuberosidad isquiática a la otra y pasa a un centímetro y medio por delante del ano

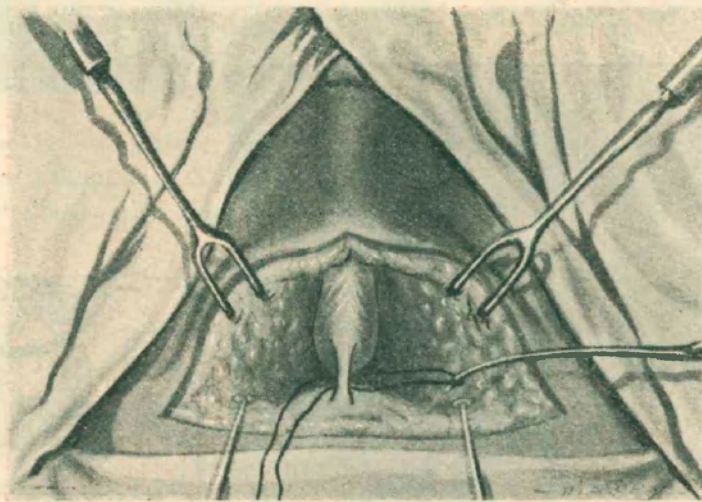


Fig. 7. — ligadura del trayecto fistuloso

*Operación.* — Colocar un beniqué curvo por uretra hasta vejiga.

*Incisión.* — (Fig. 6). Cóncava que va de una tuberosidad isquiática a la otra y pasa a un centímetro y medio por delante del ano. En la parte media de esta incisión se completa con otra longitudinal que sigue el trayecto del rafe perineal en una extensión de 4 cms.

Se incide el tejido celular subcutáneo y se llega por disección roma al espacio celuloso que separa el bulbo uretral del recto. En ese lugar se percibe el trayecto fibroso que forma

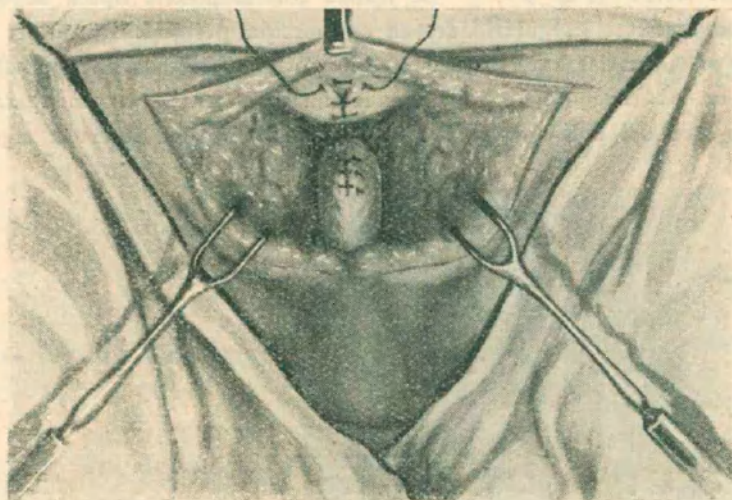


Fig. N° 8. — Cierre de la ampolla rectal con doble plano de sutura

la fístula, ligándolo con Catgut N° 0 en la parte más próxima al recto e invaginándolo hacia la luz del mismo (Fig. 7). Se completa el cierre con un doble plano de sutura, cuidándonos



Fig. 9. — Uretra anterior normal. La porción perineal ligeramente irregular. Uretra posterior muy poco dilatada

de no perforar la mucosa con el primero. La parte uretral de la fístula es reseca hasta la pared de la uretra y la incisión que queda suturada a puntos separados con Catgut N° 00 (Fig. 8).

Cierre de la pared por planos sin dejar drenaje.

El éxito obtenido no pudo haber sido más alentador, como lo demuestra el estudio radiográfico hecho un año más tarde.

*Uretrografía de frente* (Fig. 9). — Se realiza con la mezcla opaca de bario. La uretra anterior normal con discretas irregularidades en su porción perineal. El calibre se ha reducido (comparar con las uretrografías anteriores). Uretra posterior ligeramente dilatada.

*Uretrografía en oblicua*. (Fig. 10). — Realizada con la mezcla opaca de bario. Al nivel del fondo de saco del bulbo y en la uretra membranosa se observan algunas irregulari-

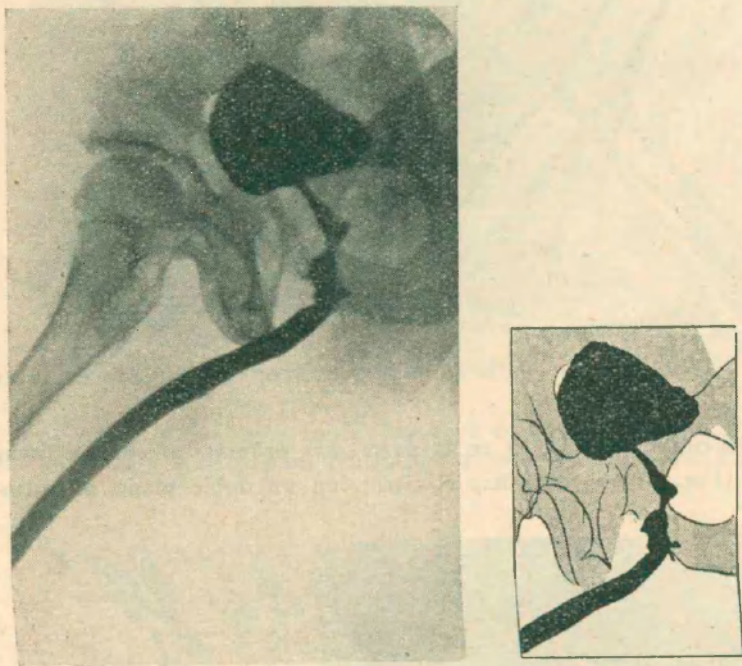


Fig. 10. — En fondo de saco del bulbo y uretra membranosa, se observan contornos irregulares

dades en su contorno, atribuidas a las intervenciones practicadas. La imagen que aparecía en la uretrografía N° 2 y que atribuimos a la entrada de la fístula uretro-rectal, ha desaparecido.

### COMENTARIOS

Teníamos ante nosotros después de haber elaborado un buen conducto uretral por el que la orina se eliminaba a voluntad con perfecto dominio del esfínter externo, un enfermo que parcialmente orinaba en su ampolla rectal. Sin los graves peligros de las fístulas vésico-rectales, que justifican cualquier intervención, ¿estábamos autorizados a someter al paciente a una nueva operación en la que, quizás, su uretra membranosa, no saliera indemne? Confesemos nuestro titubeo. Pero, ante la forma didáctica y sencilla que el gran Albarrán presenta su operación a aplicar en similares circunstancias, nos decidimos por ella con el éxito que ilustra nuestra comunicación.