

Hosp. Alvear. Serv. de Urología. Sala VI
Jefe: Dr. Armando Trabucco.

FISTULAS PENOESCROTALES CONGENITAS NO URINOSAS. DOS CASOS

Por los Drs. A. E. TRABUCCO, R. J. BORZONE y J. C. LURASCHI

Presentamos dos casos similares de fistulas penoescrotales no vinculadas a la luz uretral; pero originadas por alteración del desarrollo embrionario de la uretra anterior, con inclusiones epidermoides del rafe, manifestadas clínicamente en edades diferentes y que curaron radicalmente con la resección quirúrgica.

Los casos son los siguientes:

Caso 1. — H. C. 5495. E. V., 32 años, argentino, casado, obrero, domiciliado en San Martín. Entrado el 10-X-56. Su enfermedad actual comienza aproximadamente doce años atrás, con dolor y supuración en la zona media del escroto, algo lateralizados a la izquierda, que mejoran parcialmente con sulfamida. A los tres años recomienzan dolor y supuración en la misma forma y localización. Durante el año 1953 concurre a un dispensario antivenéreo, donde le hacen tratamiento arsenical y bismutado; pues según dice tenía serología positiva; cesó el dolor y la supuración se atenuó; pero sin desaparecer; nota y así lo muestra en la consulta, que la expresión digital del rafe escrotal, sin dolor ninguno, provoca salida de secreción mucopurulenta por un orificio apenas perceptible en el rafe penoescrotal. A veces sale también secreción por otro orificio del rafe escrotal, cerca del ano. Se efectúa un frotis de inmediato con la gota obtenida, cuyo examen microscópico no revela gérmenes y sí picocitos. Se interna para su tratamiento.

Antecedentes: Operado de hernia inguinal derecha y várices. Niega venéreas.

Estado actual: Ausencia de trastornos miccionales, orinas cristalinas. Riñones y uréteres sin particulares. Pene y uretra sin alteraciones. Vejiga, próstata y vesículas idem. Testículos y epidídimos, así como los cordones, normales. En el rafe penoescrotal, un poco por delante del ángulo penoescrotal se ve, sin alteración de la coloración del tegumento, un pequeño orificio, puntiforme, de donde mana secreción mucopurulenta a la expresión del rafe. La palpación de esta zona no revela empastamiento; pero, si a lo largo del rafe se aprecia una especie de cordón duro, desde el pene hasta tres centímetros del ano, que en dos o tres zonas se ensancha, dando la sensación de bolitas de distinto tamaño, la más grande del tamaño de una arveja y la más pequeña de un grano de arroz, adherentes al rafe. Según dice el paciente, a veces sale secreción de un punto posterior, que ahora no se ve, cerca del extremo preanal. No hay vinculación con uretra ni con las glándulas de Cowper ni con el ano, que es normal. Exámenes complementarios: Orina: D. 1015. Ausencia de glucosa, sedimento normal. Glucemia: 1.09 ‰; Urea: 0.48 ‰. Eritrosedimentación: 4 y 12 mm. G. R.: 4.500.000. G. B. 6.300. Hematocrito: 48 ‰. Tiempo de coagulación: 6 m.; de sangría: 1 m. Reacciones de Wasserman y Kahn: negativas. Estudio radiológico: se intenta fistulografía con yodolipol; pero el líquido opaco se difunde por el tejido subcutáneo, seguramente por efracción del conducto por la aguja. Con diagnóstico de conducto congénito del rafe, quístico, infectado y fistulizado, se opera el 18-X-56. Anestesia raquídea baja con novocaína al 5 ‰ (12 cg.), entre V. L. y I. S. Cirujano: Dr. Borzone, ayudante: Dr. Luraschi. Resección del rafe penoescrotal con tejido conjuntivo subyacente, hasta tejido sano, en una extensión de 20 cm. Los testículos y sus envolturas son normales. Sulfamida local, rubber-dam en la zona posterior y cierre en dos planos. Evolución sin incidentes, egresa en vías de cicatrización el 30-X-56. La pieza extraída está constituida por el rafe penoescrotal, de 5 mm. de ancho por 20 cm. de largo, con tejido

célulograsoso adherido, correspondiente a la zona del séptum escrotal. En el plano dérmico se ven varias formaciones quísticas, de color verdoso ocre, reunidas entre sí por un conducto de un mm. de diámetro, obliterado en zonas, que comunica con la piel en la zona del orificio fistuloso anterior, puntiforme. Los pequeños quistes, abiertos, dan salida a pus verdoso-ocre y sus paredes, así como las del conducto tubular, son de tipo epidermoide.

La radiografía de la pieza muestra en algunas zonas restos de la sustancia opaca inyectada y da una idea de la forma y tamaño del mismo.

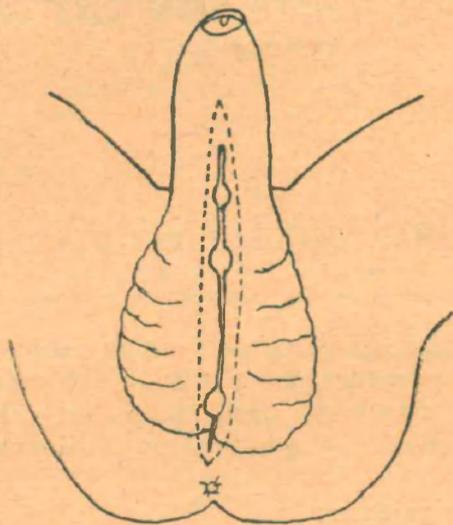


Figura 1

Caso 2. — H. C. Nº 5796. J. C. M., 7 años. Internado el 26-IV-1957.

Consulta por fístula congénita parauretral que la intervienen quirúrgicamente en dos oportunidades, en el año 1955, con resultado negativo.

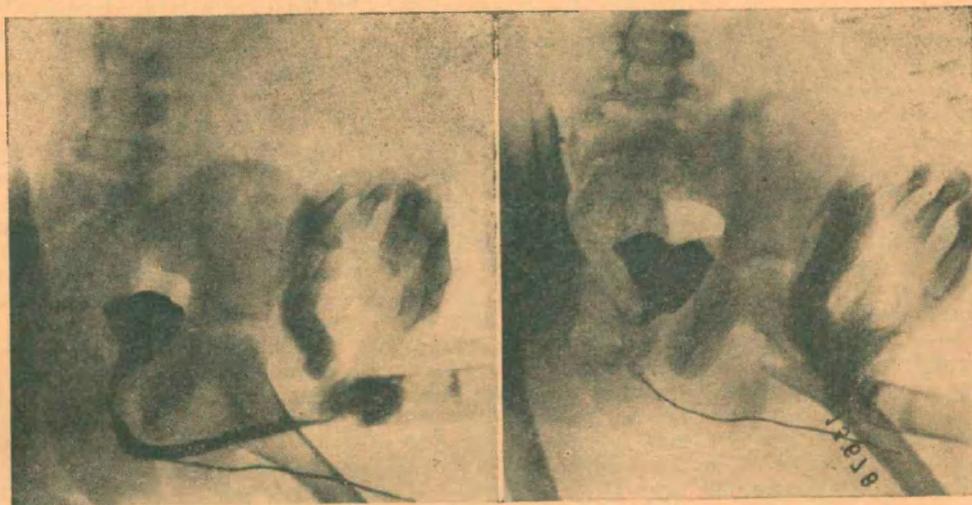


Figura 2

Figura 3

Al ingresar a este Servicio presenta una fístula cuyo orificio externo no se encuentra a nivel de la raíz del pene, en su unión con la bolsa escrotal, proyectándose hasta la uretra bulbar. Consistencia leñosa en su porción terminal; anterior a la compresión da salida a secreción purulenta. Niega pérdida de orina por dicha fístula.

Enfermo en buen estado general. El examen urológico revela orinas lípidas. A la palpación de ambas zonas lumbares, sin particular.

Testículos de tamaño y consistencia normales. Ambos en ascensor, pene normal, uretra libre, bolsa escrotal a nivel de unión con el pene, orificio puntiforme umbilicado y de bordes esclerosos.



Figura 4



Figura 5

Analisis: Dentro de lo normal todos ellos.

Estudio radiológico: Uretrocistografía revela uretra en posición de perfil, libre, superposición de su imagen con la del estilete colocado dentro de la fistula, no observándose comunicación entre ellos. (Fig. 2 y 3).

Fistulografía: Se observa todo el trayecto fistuloso con fondo de saco terminal, sin comunicación uretral. (Fig. 4.).



Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9

Tratamiento: Antibióticos.

Tratamiento quirúrgico. 2-5-57. Anestesia general: Dr. Monteverde. Flaxedil Kemital, Nov. endovenosa al 1 %, éter y oxígeno, intubación orotraqueal. Cirujano: Dr. Trabucco. Ayudantes: Dres. Márquez y Luraschi.

Incisión en losanje en boca de fístula prolongada por incisión longitudinal mediana. Se comienza la incisión hasta uretra y se disecciona hacia abajo observándose un gran trayecto fistuloso que se dirige hacia abajo e izquierda. Se halla muy adherida. No hay planos de clivaje y es necesario disecar con tijera.

La fístula se introduce en el cuerpo cavernoso hasta la parte media de su raíz izquierda, donde termina en fondo ciego. Es posible reseccionarla en totalidad. Se coloca sulfa. Se sutura el cuerpo cavernoso. Se reconstruye la aponeurosis superficial. Piel con Donatti.

Evolución post-operatoria sin incidentes. Egresada el 6-V-57.

Anatomía Patológica: La pieza operatoria es un conducto tubular de 8 cm. de largo,



Figura 10

con tejido fibroadiposo adherido en su porción anterior. La luz del mismo permite pasar un estilete en toda su extensión. (Fig. 5). Examen histopatológico: la figura 6 muestra un corte en la zona del orificio fistuloso, a pequeño aumento. Corresponde a una zona cicatrizal de las dos operaciones previas, con tejido fibroso, poco vascularizado y la luz del conducto, con desaparición del revestimiento epitelial por la fibrosis y la infección. Ello se ve con más detalle a mayor aumento, en la figura 7. El corte histológico de la zona posterior ciega, que estaba englobada por el cuerpo cavernoso izquierdo, figura 8, muestra la luz del conducto con epitelio epidermoide, corión fibroso y tejido cavernoso con lagunas vasculares. A mayor aumento, figura 9, se observa que el epitelio, netamente epidermoide, con capa basal, capa intermedia, de células vacuoladas, sin elementos espinosos y una capa superficial, con parte descamante, no queratinizada. Es pues un epitelio de tipo transicional, epidermoide para-malpighiano.

Consideraciones etiopatogénicas. — En el caso 1 la afección se mantiene latente hasta los 20 años de edad en que, con fenómenos inflamatorios agudos, se absceda y drena espontáneamente por uno o dos orificios en el rafe penoescrotal, manteniéndose una fístula crónica de secreción purulenta, que no responde a los tratamientos médicos instituidos. En el caso 2 ya en el momento del nacimiento existe una fístula penoescrotal, que no da salida a

orina, operada dos veces en forma incompleta, ya que sólo se reseca el extremo anterior del trayecto, con el consiguiente fracaso. En el primer caso la fistula provenía de un rosario de quistes del rafe penoescrotal, adherentes a él y comunicados entre sí por un trayecto tubular intermedio imposible de catetizar por su pequeño calibre, obliterado en partes. En el caso 2, se trata de un franco trayecto tubular, con luz única de calibre uniforme permeable a un estilete y alejado del rafe, próximo a la uretra esponjosa y con su extremo ciego posterior englobado por la raíz del cuerpo cavernoso izquierdo.

A pesar de su diferente exteriorización temporal: fistulización secundaria a los 20 años en el primer caso y fístula existente al nacer en el segundo, ambas fístulas corresponden a malformaciones congénitas, pues como ya observara Mermet en 1895, congenitalidad patogénica no significa congenitalidad sintomática y ambas malformaciones, diferentes en su morfología: moniliforme en el primer caso y ampliamente tubular en el segundo; diferentes en su topografía: adherente al rafe la primera y alejada de él la segunda, responden a un idéntico mecanismo en su génesis formal, común con la de los quistes solitarios y las uretras accesorias completas, como lo demuestra el estudio de la embriología de la uretra anterior. Si recordamos la disposición del aparato genital externo al comenzar el tercer mes de gestación, similar a la que representa el corte de embrión de conejo (fig. 10), ya pasada la etapa cloacal y al comenzar la etapa perineal, los repliegues urogenitales empiezan a acercarse entre sí, por delante del ano, haciendo de la gotera uretral un canal profundo que irá cerrándose por aposición y soldadura de los mismos, de atrás adelante y de la profundidad a la superficie, creándose así la uretra anterior en toda su extensión. Dichos repliegues forman asimismo el escroto y están constituidos por ectodermo y mesénquima. Si nada obsta a la fusión de los mismos, se constituirá el periné, las bolsas y la uretra anterior normales. La falta de adosamiento o fusión total o parcial en sentido anteroposterior, crearán un hipospadias, perineal, penoescrotal, peneano o retrobalánico según el sitio de detención del proceso de coalescencia posteroanterior. La falta de fusión localizada en el trayecto uretral, creará fístulas uretrales congénitas. Finalmente, las malformaciones que nos ocupan, se generan por adosamiento deficiente de los pliegues en profundidad, dejando elementos ectodérmicos incluidos en la línea media, en plena masa de mesénquima, entre el suelo uretral bien constituido y el rafe cutáneo. Los malos adosamientos precoces originan los conductos parauretrales, como en el segundo caso, ya que la soldadura se hace de la profundidad a la superficie y de atrás adelante. El englobamiento de los elementos ectodérmicos en el seno del mesénquima, donde luego se organizarán las formaciones eréctiles esponjosa y cavernosa, explica que una parte del trayecto epitelial esté incluido por el cuerpo cavernoso, como sucedió en ese mismo caso. Las soldaduras defectuosas tardías, dejarán constituidos los conductos y quistes del rafe, pues se hacen por pellizcamiento ectodérmico al crearse éste último. La diferencia entre los quistes aislados —únicos o múltiples— y los conductos tubulares es de grado solamente, siendo los trayectos moniliformes o en rosario, intermedios entre unos y otros. A este tipo pertenece nuestro primer caso. Este último nos muestra, también, cómo, en el momento de nacer puede existir la inclusión ectodérmica totalmente ciega, y fistulizarse secundariamente en cualquier momento de la vida extrauterina —20 años después del nacimiento

en el caso presente— por infección agregada, abscedación y drenaje, espontáneo o quirúrgico.

El estudio histológico presentado, está de acuerdo con la patogenia de la malformación, siendo el epitelio de revestimiento del trayecto anómalo, de tipo netamente epidermoide.

R E S U M E N

Se presentan dos casos de trayectos para uretrales congénitos fistulizados en el rafe penoescrotal, en forma secundaria el primero y primitivamente el segundo. Se analiza su patogenia, netamente embriológica y se muestra el examen histológico que concuerda con su origen ectodérmico.

B I B L I O G R A F I A

- 1) *Legueu, F.* — Tratado Médico-Quirúrgico de las Vías Urinarias. Salvat. Barcelona, 1927. p. 753.
- 2) *Levy et Planson.* — Les canaux anormaux sous-urétraux. J. d'Urol. I: 419, 1914.
- 3) *Lowsley, O. S. & Kirwin, T. J.* — Clinical Urology. Williams & Wilkins Co. Balt. 1944. p. 626.
- 4) *Mermet.* — Les kystes congénitaux du raphé génito-périneal. Rev. de Chir. XV; 382; 1895.

DISCUSION

Dr. Granara Costa. — Tuve oportunidad de observar dos casos similares a los relatados por los comunicantes.

Entiendo que la inyección de azul de metileno facilita la operación de este tipo de enfermos, sin los fracasos señalados en el 2º caso.

Dr. Borzone. — Agradezco la contribución del doctor Granara Costa y le hago notar que las intervenciones previas del 2º caso, no fueron realizadas por nosotros. Era tan evidente en este paciente la continuidad del conducto, que pudo cateterizarse con el estilete hasta el fondo ciego, sin dificultad para su resección.