

# Sociedad Argentina de Urología

---

9ª Sesión científica ordinaria — 22 de Diciembre de 1961

*Presidente:* . . . . Dr. Gustavo F. Alsina

*Secretario:* . . . . Dr. Alberto J. Claret

---

## FISTULA CAPSULO-PROSTATICO-RECTAL POST-QUIRURGICA

---

Por los Dres. M. ALVARINHAS y JUAN  
MOCELLINI ITURRALDE

La aparición de las fístulas uretrorrectales o vesicorrectales se suele presentar con relativa frecuencia en la adenomectomía por la vía perineal. Las razones son obvias y de orden anatómico. La aparición de esta complicación en una adenomectomía transvesical es con mucho más infrecuente. Una tercera etiopatogenia la constituyen las secuelas de los grandes traumatismos del perine. Lloyd G. Lewis ha recopilado una importante serie de este tipo de complicaciones y en especial de las traumáticas (heridas de guerra).

J. J. Nugent, por su parte, trae una serie importante de fístulas uretrorrectales post-quirúrgicas secundarias a adenomectomía perineal.

Nosotros queremos contribuir a la casuística nacional (muy escasa por otra parte en este tipo de complicaciones) con un caso personal, tratando de hacer notar especialmente lo complejo y proteiforme de las soluciones que han de requerir para su reparación.

*Casuística:* J. P., español, soltero, 51 años, H. Cl. N° 11.650. Sala VI, del Hospital Fernández. Comienza su enfermedad actual con polaquiurea, disurea, chorro fino y de escasa proyección. Próstata aumentada de tamaño al tacto, con caracteres semiológicos de adenoma. Los estudios radiológicos y de laboratorio acentúan el diagnóstico de hipertrofia prostática por adenoma.

1ª Operación: 14 de febrero de 1960. Adenomectomía transvesical, cervicotomía en cuña y puntos de hemostasia en la loge. Se cierra vejiga dejando sonda uretral de Foley con balón de 20 cc.

Al séptimo día del post-operatorio aparece dolor uretro perineal y fecalurea por la sonda.

Al examen se constata fístula capsulo rectal a 8 cm. del ano con una luz pequeña pero que permite insinuar el pulpejo del dedo explorador en la misma.

Se retira la sonda de Foley uretral y se coloca gruesa sonda de Petser suprapúbica por una talla. Se practica un ano transverso según técnica de Wangestein.

La uretrocistografía tomada luego de este tiempo derivativo (figura Nº 1) muestra el amplio fluir de la sustancia radioopaca inyectada por uretra en la luz rectal, así como en vejiga.

A los cuatro meses de la primera intervención, lapso en el cual el enfermo permaneció tallado, con su uretra en reposo, y derivado por la colostomía, medicado con antibióticos y



Figura Nº 1. — Uretrocistografía obtenida al mes de practicada la derivación por colostomía transversa y estando el enfermo tallado. Se ve el amplio fluir de la sustancia radioopaca a la luz rectal, así como el relleno vesical.

bacteristáticos intestinales y urinarios, ante la persistencia de la fístula se decide tentar la reparación quirúrgica de la misma por la vía perineal.

2ª Operación. Por vía perineal, extracsfinteriana, con una incisión transversal y previa sección del núcleo fibroso del periné se llega a la zona cápsulo prostático rectal, asiento de la fístula. Se procede a la sección de la misma y acto seguido a la reparación de la solución de continuidad rectal mediante dos planos de sutura longitudinal con catgut cromado, el extremo vesical de la fístula se cierra mediante dos planos de sutura transversal con catgut simple. Se deja drenaje perineal, talla vesical y sonda uretral de plástico. El enfermo permanece derivado por la colostomía transversa (figura Nº 2).

Al quinto día del post-operatorio se produce dehiscencia de la herida perineal, constituyéndose una cloaca purulenta, y restableciéndose la fístula cápsulo rectal como puede verse en la uretro-cistografía practicada por la sonda Petzer de la talla (figura Nº 3), mostrando el amplio relleno de la ampolla rectal.

Dos meses después se decide tentar nuevamente la reparación quirúrgica según la técnica de Young y Stone.

3ª Operación. Con anestesia peridural se procede a la disección intraesfinteriana del cilindro rectal, previa sección circular de la línea anocutánea. La disección de las caras laterales y posterior del recto se completa con relativa facilidad, no así la cara anterior, asiento

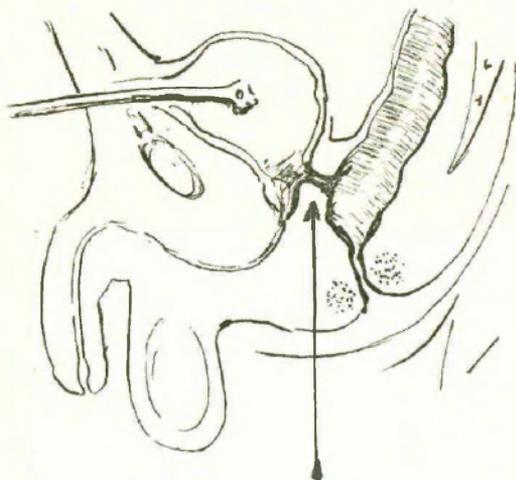


Figura N° 2. — Corte esquemático sagital, mostrando la localización de la fístula y la vía quirúrgica seguida en la 1ª operación reparadora. La flecha indica la vía perineal extraesfinteriana



Figura N° 3. — Uretrocistografía obtenida al mes de la primera operación reparadora por la vía perineal. Se ve la recidiva de la fístula con el pasaje de la sustancia radioopaca a recto, rellenar vejiga y escapar por la sonda suprapúbica.

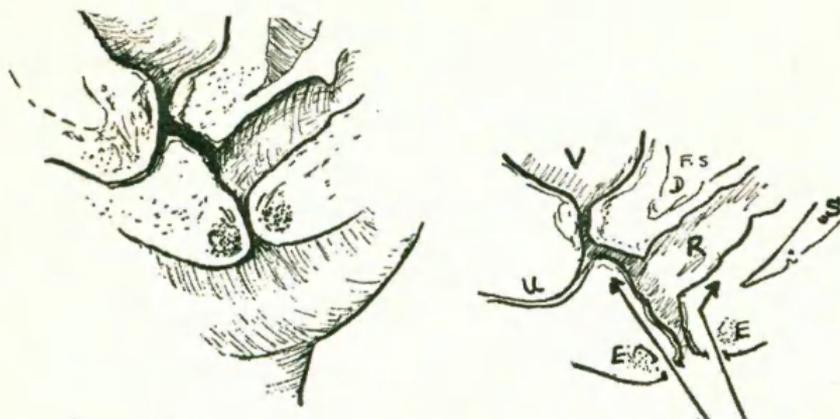


Figura Nº 4. — (a) Corte esquemático sagital, mostrando la ubicación de la fistula. (b) Corte esquemático sagital, mostrando la vía quirúrgica seguida en la segunda operación reparadora por la vía perineal intraesfinteriana.

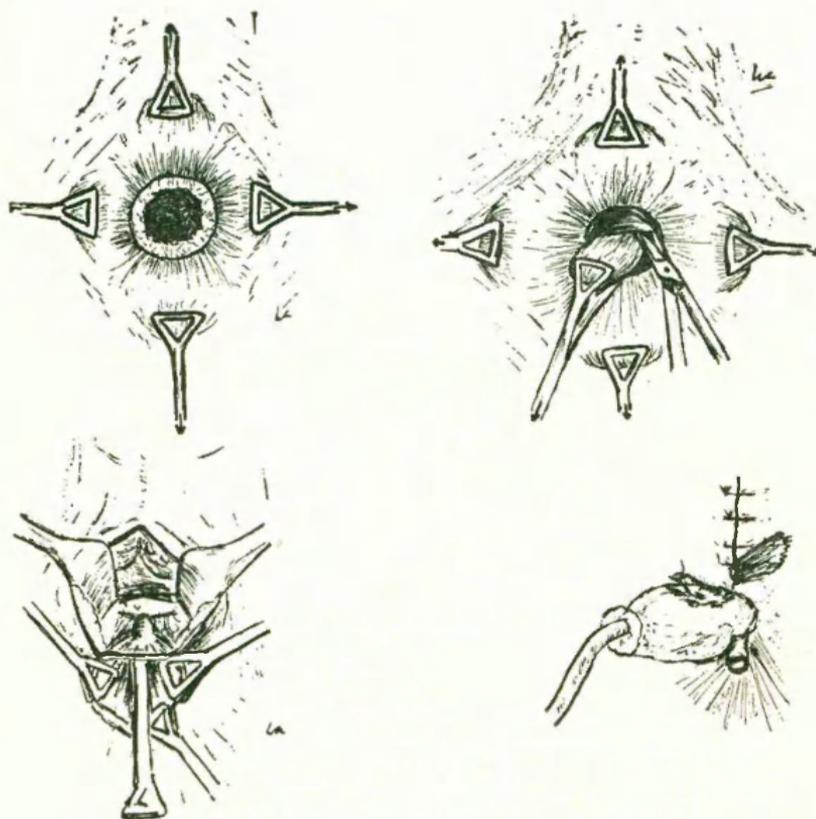


Figura Nº 4º — (c) Detalle de la técnica operatoria perineal intraesfinteriana. Sección circular de ano en la línea ano-cutánea. (d) El cilindro del canal anal es separado del anillo esfinteriano. (e) El cilindro ano rectal exteriorizado y desplegado cateterizar el trayecto de la fistula y seccionarla a nivel de su extremo vesical. (f) El cilindro ano rectal con la fistula es exteriorizado fuera de la línea anal.

del proceso fistuloso, con la intensa fibrosis que la persistencia de la fistula y las reintervenciones han determinado. Se separa la cara anterior del recto de la cara posterior de uretra y vejiga por disección aguda, resultando de la misma la pérdida de sustancia de la cara anterior de recto en una extensión algo mayor de 10 cm. en sentido cefálico.

Se procede a la reparación de la pérdida de sustancia vesicouretral y se desciende el cilindro rectal hasta que asoma por el esfínter externo pared rectal sana. Se reconstruye la línea cutáneo-mucosa con puntos separados de catgut. Se deja drenaje perineal retrorrectal (figura N° 4).

Tres meses después de esta intervención los controles radiográficos (uretrocitografías N° 5) muestran cómo la comunicación uretro-rectal se había restablecido, con la particularidad de encontrarse en posición trigonal. La mezcla radiopaca fluye ampliamente a la ampolla rectal, así como rellena vejiga, uretra y la sonda suprapúbica.

Así planteado el problema, teniendo en cuenta lo comprometido de la cara anterior de recto después de la última intervención, se decide la reintervención con miras a un descenso de sigmoide que coloque una pared colónica sana enfrente de la pared vesical a reparar.

4ª Operación. Con anestesia peridural continua, se decide abordar el problema con un descenso abdomino perineal con dos equipos simultáneos. Comenzando por el tiempo

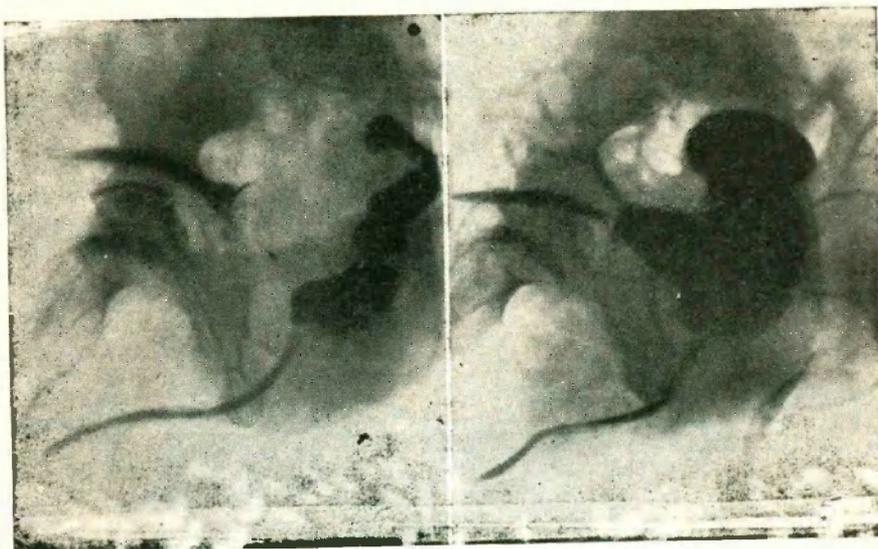


Figura N° 5. — Uretrocistografía obtenida al mes de la segunda operación reparadora por la vía perineal. (a) Obtenida por uretra: si bien no es posible ver el trayecto de la recidiva fistulosa, se constata el relleno del recto antes que la cavidad vesical, pues el medio de contraste escapa por la sonda suprapúbica. (b) Obtenida por la sonda Petzer de la talla vesical: se ve el relleno vesical y el amplio fluir de la sustancia radioopaca hacia la luz rectal. Figura N° 6. — (a) Corte esquemático sagital, mostrando la ubicación de la fistula y la vía quirúrgica seguida en la tercera operación reparadora: abdomino-perineal combinado en dos equipos simultáneos. (b) Corte esquemático mostrando detalle de técnica del tiempo abdominal: abierto el Douglas se llega a la fistula y se la sobrepasa, previa ligadura de la a. hemorroidal superior y ambas a. hemorroidales medias se moviliza ampliamente el recto sigmoide.

abdominal, se procede a la movilización del recto sigmoide hasta el plano de los elevadores seccionando y ligando los vasos hemorroidarios superiores y medios. Se lleva la disección de la cara anterior de recto hasta encontrar el sector de magma fibroso en el cual transcurre la fistula vesico rectal. Se reparan ambos uréteres y se procede a la disección por la vía perineal intraesfinteriana del cilindro ano rectal hasta encontrar la zona ya disecada de las caras laterales y posterior y por disección aguda en la cara anterior hasta seccionar la fistula.

Queda así desvinculado el cilindro rectosigmoide de la cara posterior de uretra y vejiga, en la cual se ve la amplia solución de continuidad, que se repara desde la vía perineal con dos planos de sutura con catgut cromado 00 con aguja atraumática, sobre sonda de plástico n° 18. Por el interior del círculo esfinteriano se desciende el recto sigma hasta enfrenar pared sana de sigmoide a la reparación de vejiga y uretra posterior. Se deja drenaje perineal

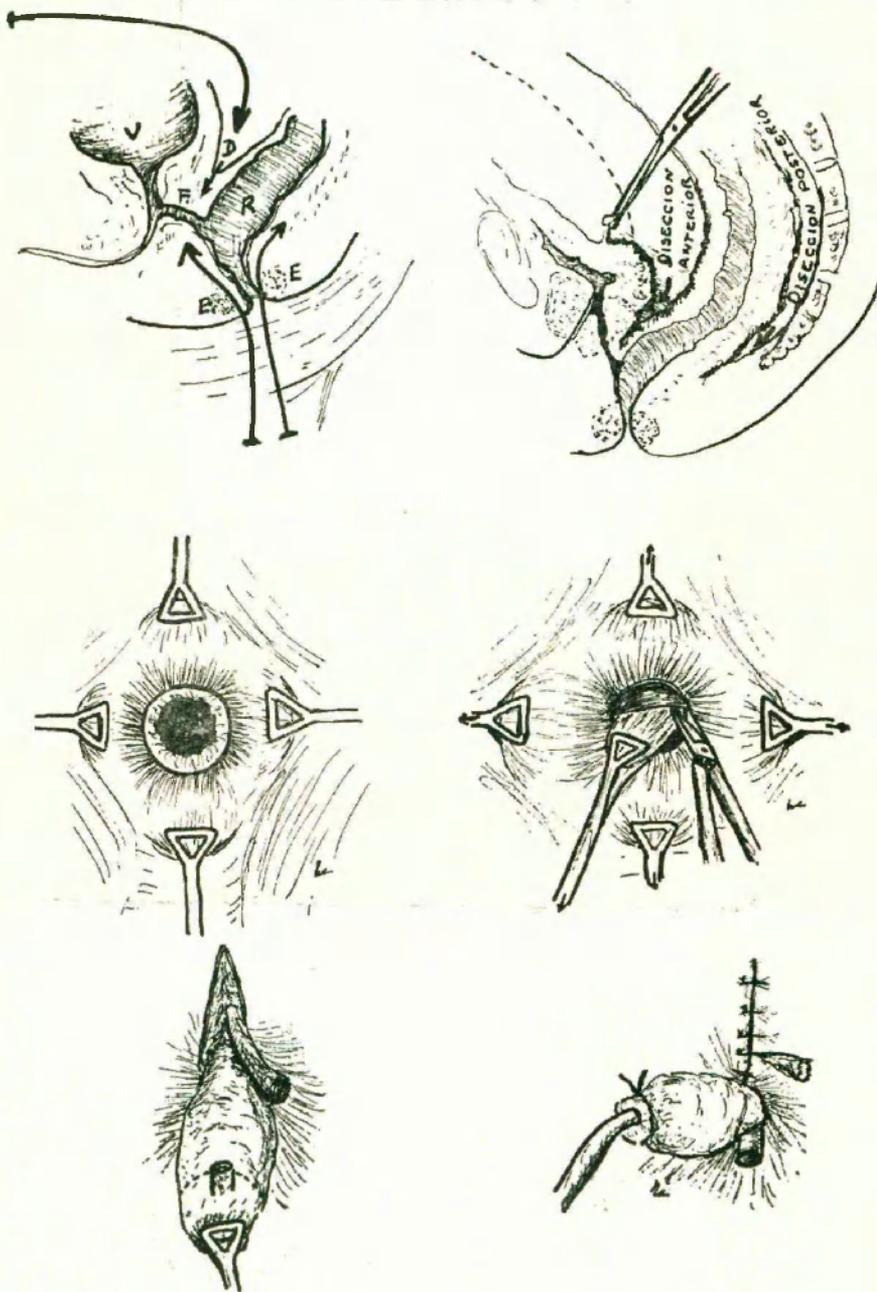


Figura N° 6. — (c) Detalle de la técnica del tiempo perineal, sección circular a nivel de la línea ano-cutánea. (d) Desprendimiento del cilindro ano rectal del anillo esfinteriano. (e) El cilindro ano rectal ya movilizado y desvinculado de la fistula que lo solidarizaba a vejiga es exteriorizado a través del anillo esfinteriano dilatado (se ve un drenaje perineal extraesfinteriano. (f) El cilindro exteriorizado, los drenajes en su lugar y el cierre de piel. La reconstrucción de la línea ano-cutánea se difiere algunos días.

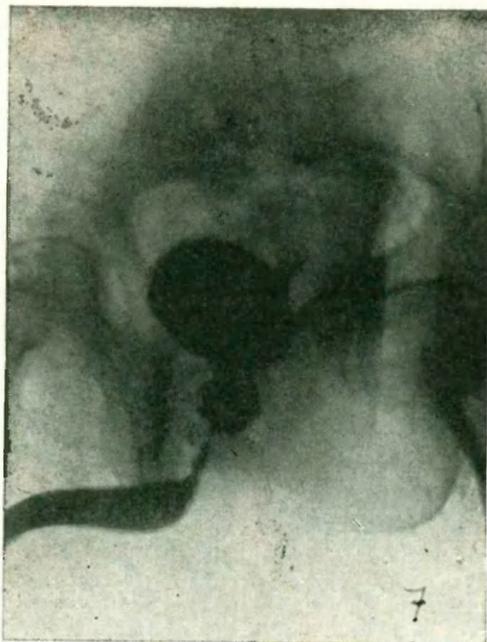


Figura Nº 7. — Uretrocistografía post-operatoria después de la tercera operación reparadora (vía abdomino-perineal). El cierre de la fístula vesico rectal está abonado por la buena capacidad vesical, el cierre de la talla vesical y la falta de comunicación con recto. Luego de este control se procedió al cierre de la colostomía.

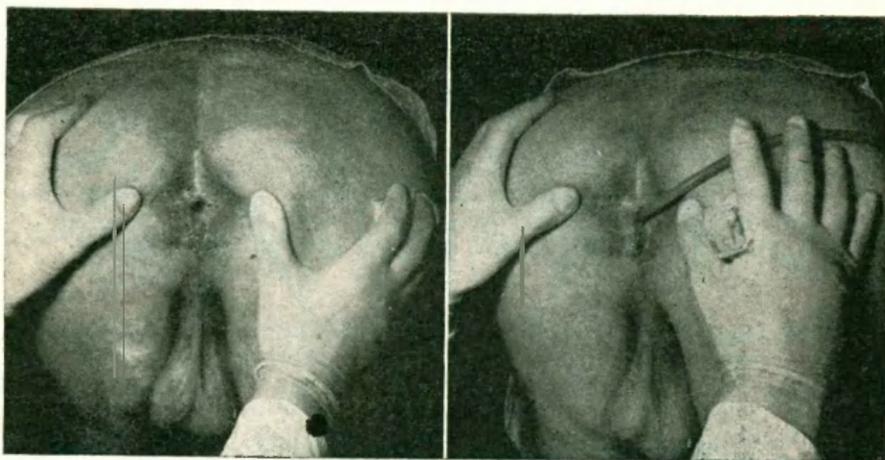


Figura Nº 8. — Fotografía de la región ano perineal del enfermo al ser dado de alta. Línea ano-cutánea restablecida y esfínter tónico y continente.

Figura Nº 8. — Fotografía de la región ano perineal del enfermo al ser dado de alta, mostrando la reconstrucción de la línea ano-cutánea. Una sonda de Nelaton en la luz anal para mostrar la ausencia de estenosis cicatrizal.

extraesfinteriano de lámina de goma. Se completa la intervención por vía abdominal reconstruyendo con el peritoneo el fondo de saco de Douglas y completando la peritonización según técnica. Cierre de pared con alambre, sin drenaje. El cilindro rectal exteriorizado se recorta para la reconstrucción de la línea ano-cutánea.

En estas condiciones de post-operatorio el enfermo permanece con su talla vesical, la derivación por colostomía transversa una sonda uretral, un drenaje de lámina de goma perineal y una pequeña gasa vaselinada en el ano.

El post-operatorio mediato transcurre sin inconvenientes, mostrando orinas límpidas y la buena cicatrización de las heridas operatorias. Al décimo día se retira el drenaje perineal y el tacto rectal efectuado a los quince días muestra un esfínter poco tónico, pero una pared recta sana y sin solución de continuidad. Los líquidos del lavado vesical no se pierden por el ano, pero sí hay un a pequeña filtración por el sitio del drenaje perineal. A los treinta días de la última intervención se efectúa el control radiográfico (uretrocistografía por la uretra sin sonda y ocluida la sonda suprapúbica) que muestra el buen relleno vesical sin que la sustancia radiopaca fluya a la luz rectal. Quince días después se procede al cierre de la colostomía y se retira una semana después la sonda suprapúbica quedando sólo la sonda uretral por otros diez días hasta que el cierre de la talla es total.

En estas condiciones se efectúa el último control radiográfico por uretrocistografía (uretrocistografía Nº 7) que muestra el buen relleno vesical la uretra de buen calibre y una marcada dilatación a nivel de la loge prostática, por debajo de la cual el calibre es marcadamente inferior al normal. Se efectúa un último control radiográfico, urograma excretor, para visualizar el funcionamiento de las vías urinarias superiores.

Luego del cierre de la colostomía el enfermo efectúa sus evacuaciones intestinales por sus vías naturales con buen control esfinteriano (la figura Nº 8 muestra la reconstrucción de ano) y el estado local luego de las reiteradas intervenciones por la vía perineal. Las micciones de frecuencia normal son de orinas límpidas.

A esta altura del post-operatorio consideramos al enfermo curado y le damos el alta.

*Resumen y conclusiones:* Se presenta un fístula capusuloprostácticorrectal post-adenomectomía transvesical, en el cual el accidente operatorio tuvo origen, seguramente, en la solución de continuidad creada al efectuar alguno de los puntos de hemostasia de la loge, y cuya corrección quirúrgica se obtuvo luego de tres intervenciones, dos perineales y una abdominoperineal, que en conjunto pasan revista a las posibilidades quirúrgicas de corrección de esta patología asociada.

Se desprende de ello las siguientes conclusiones:

1) No se requiere un gran trauma para la aparición de la fístula vesicorrectal, puede bastar una efracción capsular que interese al recto, una zona desvascularizada o la infección sobregregada para que el accidente se presente.

2) La derivación de la corriente fecal por colostomía es de necesidad.

3) La derivación de la orina por sonda suprapúbica es la conducta más expeditiva para poner en reposo la vejiga.

4) El fracaso de las plásticas por vía perineal no son imputables a la vía en sí, sino al hecho de que en la práctica de las mismas no se logró el desiderátum de enfrentar una pared rectal sana a la zona de la reparación vesicouretral. La última y definitiva intervención abdominoperitoneal, logró su éxito al descender el sigmoide enfrente de la plástica vesicouretral.

#### DISCUSION

*Dr. Schiappapietra.* — Me parece muy importante el trabajo que nos han traído los doctores Alvarinhas y Mocellini. El doctor Borzone ha de recordar dos casos que tuvimos en el Instituto de Perfeccionamiento, pero de distinta etiología. Los mismos eran por causa de perforación anal; uno era un muchacho al que defendió mucho el doctor Jorge —porque lo había conocido desde sus primeros pasos— en el Hospital de Mar del Plata. La fístula se hacía en el ano, pero en la vertiente rectal. El otro, se trataba de un enfermo al que se

había agenciado la enfermera del consultorio. El primero de esos dos enfermos pudo ser curado con una cauterización con del trayecto reseca-  
do la parte de la mucosa simplemente y manteniendo la sonda uretral con mucho cuidado. Ese chico hizo un largo trayecto, oblicuo, que se le hizo como tratamiento de prueba. Durante dos años ha tenido noticias del mismo y eso no se repitió.

Al otro chico lo operamos dos veces. Una vez hicimos la separación perineal de la parte prostático-uretral con dificultad, porque es un periné muy chico, e hizo la recidiva. Hicimos un ascenso que no fue satisfactorio y meses después tuvimos una recidiva. Ese muchacho es estudiante y se resistió a ser nuevamente operado.

En adultos hubo un caso cuya primera curación se hizo también por separación transversal del periné, con una talla hasta la cúspide, reseca-  
do parte de lo que podía ser seccionado.

*Dr. Alsina.* — Como contribución al caso que ha sido felizmente resuelto por el comunicante, desco recordar que en la Sala VI del Hospital ..... hemos atendido a niños con una fístula uretro-rectal coexistente con una perforación anal que fue muy bien tratada en las primeras horas del nacimiento, pero el niño no orinó nunca. El despegamiento del trayecto uretro-rectal no fue difícil y no se hizo dehiscencia, cierre de la brecha rectal y cierre transversal de la brecha uretral.

*Dr. Schiappapietra.* — Ese enfermo, ¿fue cistotomizado?

*Dr. Alsina.* — Cuando se operó.

*Dr. Schiappapietra.* — La cistotomía favorece mucho e, incluso, asegura el drenaje.

Olvidé decir que tuvimos un accidente en un chico travieso, que se sentó sobre el eje de un velocípedo roto y como consecuencia se hizo una sección cortante que no curó porque fue en primer término atendido en la guardia del Hospital; a ese chico lo cistotomizamos y el tratamiento se hizo con la talla vesical, asegurando el drenaje y haciendo la separación del recto a la parte uretro-prostática.

#### CIERRE DE DISCUSION

*Dr. F. Alvarinhas.* — Agradezco la contribución de los doctores Schiappapietra y Alsina al trabajo que hemos presentado.

Siempre pensamos en la solución más económica para el enfermo, dejando para el final el descenso como solución cruenta, ante el fracaso, lógicamente, de la solución económica.

---