

FISTULA VESICO CUTANEA

Dr. E. G. PETRONE *

Son numerosos los casos de cuerpos extraños vesicales que han sido descritos, como así también variada la naturaleza de los mismos.

La vía de introducción puede ser por uretra, por pasaje desde la cavidad peritoneal o desde la luz intestinal.

En el caso que presentamos la migración del objeto que producirá la fístula vesico cutánea, se hace desde el espacio de Bogros, entrando en contacto con la pared lateral de la vejiga e introduciéndose en ella.

Historia clínica N° 015664. H. A. 42 años, argentino, soltero.

Antecedentes personales: apendicectomía a los 18 años. Operado de hernia inguinal izquierda en 1967, postoperatorio prolongado por repetidos procesos supurativos de la herida, con eliminación de hilos de sutura por diferentes puntos que se fistulizan temporariamente.

Enfermedad actual: hace dos meses comienza a sufrir episodios de cistitis con intensa disuria, que culminan con la retención completa de orina, observando el paciente al producirse este cuadro, la salida de secreción purulenta y de orina por un orificio fistuloso de la herida inguinal. Es sondado en esa oportunidad, sondaje que le intentan repetir sin éxito. Al segundo día de este episodio, recupera la micción con intensa disuria, eliminando al tercer día un hilo de sutura y a partir de ese momento deja de drenar orina. A los siete días nueva retención de orina concurriendo a este Servicio.

Estado actual: paciente febril, 39°. Fascies tóxica.

Aparato circulatorio: Pulso 100 por minuto, regular, igual. Presión arterial Mx. 130, Mn. 80. Tonos cardíacos normales, taquicardia.

Aparato respiratorio: murmullo vesicular normal.

Aparato digestivo: abdomen blando, depresible, doloroso en F. I. izq. y en hipogastrio. Cicatriz de Mc. Burney. Cicatriz en región inguinal izquierda, con proceso flemático y orificio fistuloso en su tercio inferior, que permite la introducción de un estilete hasta 2 cm. de profundidad. Por dicho orificio drena secreción purulenta y orina.

Aparato urogenital: zona vesical dolorosa a la palpación, con marcada contractura muscular voluntaria. Uretra: permeable, practicándose sondaje vesical evacuador, extrayendo 50 cc. de orina piúrica.

Tacto rectal: próstata de caracteres normales.

Examen radiográfico: Radiografía simple de árbol urinario no muestra alteraciones.

Urografía excretora: Riñón derecho con buena función, discreta dilatación ureteral, más acentuada en su tercio inferior; ureter visible en todo su trayecto. Riñón izquierdo con marcada dilatación calicial, no observándose relleno de pelvis y ureter (fig. 1). Cistograma disminuido de tamaño, contorno irregular e imágenes lacunares.

Fistulografía (frente y oblicua): Se visualiza trayecto fistuloso que llega a vejiga, relleniéndose su cavidad con facilidad con la inyección de sólo 30 c.c. de sustancia de contraste, que provoca la micción espontánea que permite obtener una cistouretrografía miccional. El contorno vesical es irregular, obser-

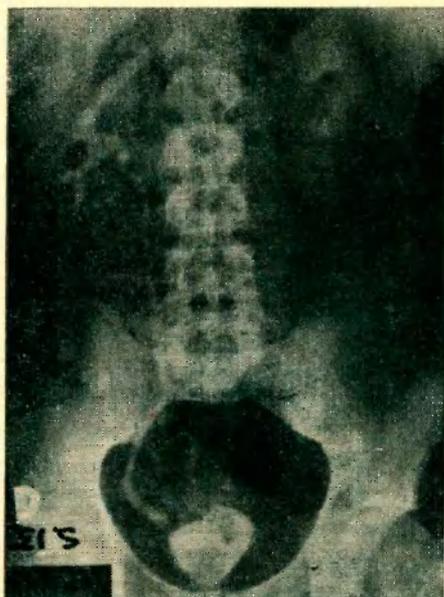


Figura N° 1



Figura N° 2

vándose una cavidad paravesical izquierda con zonas de falta de relleno en su interior. Uretra normal (fig. 2).

Análisis de laboratorio: Hemograma: Glóbulos rojos 4.200.000, Glóbulos blancos 8.900 L 18, M 6, N 73. Eritrosedimentación primera hora 117.

Orina sedimento: Células epiteliales, hematíes, abundante cantidad de piocitos, no se observan elementos renales.

Operación 16/4/70

Anestesia peridural.

Incisión pararectal externa izquierda.

Se reclina el peritoneo hacia la línea media y arriba, y se comienza la disección de la cara lateral de la vejiga, maniobra dificultosa por la intensa reacción inflamatoria de la atmósfera perivesical. Al llegar a la porción inferior de la pared lateral izquierda, se observa la presencia de un tejido extraño que al liberarlo se reconoce formado por una compresa de gasa, que al extraerla se comprueba que parte de ella se halla en el interior de la vejiga, dejando luego de su extracción una solución de continuidad en la pared vesical de aproximadamente 4 cms. de diámetro. Se intenta liberar los bordes para efectuar su sutura, pero ante el fracaso de repetidas maniobras se deja sin suturar. Drenaje en cigarrillo del espacio látero-vesical, sonda uretral. Cierre por planos.

Postoperatorio: Se observa la salida de líquido sero hemático por el drenaje, durante las primeras 48 horas, retirándose el drenaje al tercer día. La sonda uretral se retira a los 12 días con buena recuperación de la micción.

Comentarios

Es de destacar en el presente caso la buena tolerancia a este cuerpo extraño constituido por una compresa de gasa mediana, alojado en el espacio látero vesical durante una intervención por hernia inguinal, en el prolongado lapso de tres años, que sólo produjo en forma intermitente la eliminación por pequeñas fistulas del material de sutura no reabsorbible.

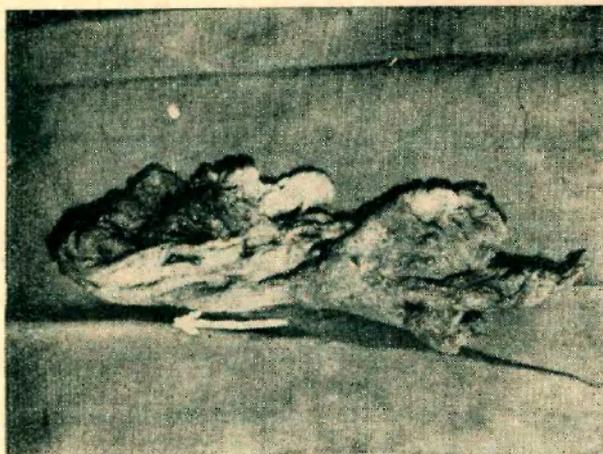


Figura N° 3 - Compresa de gasa mediana. La flecha indica la porción de la misma introducida en vejiga.

En este tipo de cirugía reparadora de la pared abdominal, con tiempos bien reglados y hemostasia bien controlada, es raro que se produzca el accidente descrito y, de producirse, la existencia de la brecha quirúrgica permite por lo general la eliminación del cuerpo extraño por dicha vía, previa supuración más o menos prolongada y no buscar su pasaje a un órgano vecino. En el período que tiene lugar el pasaje del cuerpo extraño a la cavidad vesical se produce una cistitis con intensa disuria, gran disminución de la capacidad vesical y por último la formación de una fistula vésico cutánea, que permite mediante el estudio radiográfico efectuar el diagnóstico preoperatorio de presunción.

DISCUSION

Dr. Paqliere. — Hace unos años, operamos un caso similar en que se trataba de un supuesto cálce intravesical. Intentamos una litotricia y al no poder realizarla, repetimos la cistoscopia una vez iniciada la litotricia y pudimos comprobar que había una gasa.

La enferma había sido operada de una colpoperineorrafia y una gasa había migrado del fondo de saco vaginal al interior de la vejiga.

Dr. Irazu (h.). — Hace unos años tuvimos el caso de una enferma que fue intervenida por vía vaginal; posteriormente, fue irradiada y alrededor de 4 meses después presentó un episodio de intensa cistitis, que no se pudo yugular con los medicamentos habituales.

Se le practicó un examen endoscópico y se encontró una gasa, que probablemente, había quedado entre vagina y vejiga y había pasado a la cavidad vesical sin dejar rastros del orificio fistuloso. Fue retirada la gasa por vía endoscópica y la mujer curó en pocos días.

Dr. Fredotovich. — Hace un año operé un paciente que había sido intervenido por una neoplasia con hernia, por deslizamiento de vejiga en el cual quedaron incluidos puntos de una sutura plástica de seda tomando la pared de la vejiga y provocando un flemón perivesical, que fue necesario eliminar.

Sr. PRESIDENTE (Dr. Rocchi). — En tren de curiosidades, diré que una chica fue operada de apendicitis en la guardia del hospital.

En la historia figuraba haber sido suturada en dos planos. Perdía líquido por la herida y tenía intensa cistitis.

Se le practicó una cistoscopia y se encontró la vejiga ocupada por una masa blanda. En el acto operatorio, se encontró un asa intestinal delgado introducido dentro de la vejiga, pero la chica no tuvo ningún problema de obstrucción intestinal.