

FISTULA RENO-BRONCO-CUTANEA

Dr. Grippo, L. - Dr. Solari, J. J. - Dr. Singer, E. D. - Dr. González, O. E. - Dr. Otero, A. P. J.

Resumen

Se presenta un caso de fístula reno-bronco-cutánea, secundaria a una pionefrosis calculosa. La terapéutica practicada fue la nefrectomía y resección del trayecto fistuloso. Se comentan algunos aspectos de la patología y clínica de esta enfermedad.

Summary

A case of nephro-bronchial-cutaneous fistula, secondary to a calculous pyonephrosis, is reported. Nephrectomy and resection of the fistula was performed. Some clinical and pathological aspects of this disease are discussed.

Traemos al seno de esta Sociedad un caso de fístula reno-bronco-cutánea que, por su rareza y las dificultades diagnósticas presentadas, creemos de interés hacer conocer.

Caso clínico

F. M. Sexo: femenino. Edad: 60 años.

Antecedentes personales:

Cirrosis hepática diagnosticada en 1960. Se le practicó colecistectomía en 1977; durante el posoperatorio inmediato de dicha operación, se nos solicita interconsulta, por presentar la paciente piuria macroscópica, la placa simple de abdomen mostró la presencia de una litiasis coraliforme derecha, siendo la semiología y los demás datos de laboratorio negativos. Se indicó en ese momento realizar el urograma excretor, cuando la paciente estuviese en condiciones clínicas de efectuarlo. No obstante fue dada de alta, sin completar el estudio urológico. Días después de ser dada de alta por su intervención quirúrgica de las vías biliares, presentó un primer episodio de hemoptisis, que remitió espontáneamente, no regresando a la consulta hasta mayo de 1979.

Enfermedad actual:

En mayo de 1979 concurre la paciente a consultar al Servicio de Cirugía General, con un cuadro que fue diagnosticado como absceso glúteo derecho, y que fue drenado en el consultorio externo, llamándole la atención al cirujano el material obtenido, ya que se trataba de un líquido purulento, pero muy fluido y abundante.

Dos días después es derivada al consultorio externo de Urología, por persistir una secreción hematurpurulenta fluida y abundante, por el orificio de drenaje.

Examen físico:

Se palpa en el hemiabdomen derecho una masa que se extiende desde el reborde costal hasta la fosa ilíaca, llegando hacia adentro hasta la línea media, y teniendo contacto lumbar. La superficie era irregular y de consistencia firme. En la parte superior de la región glútea se observa un orificio de borde irregular y sanioso, del que fluye intermitentemente la secreción antes descrita. No se palpa riñón izquierdo.

La paciente manifiesta broncorrea, episodios febriles y franco desmejoramiento de su estado general.

Análisis del medio interno:

Análisis de orina: piuria. Bacteriológico de orina: colonias incontables de *Escherichia coli*.

Hemograma: anemia hipocrómica. Eritrosedimentación: ele-

vada. Leucocitosis. Urea y creatinina: dentro de valores normales.

Placa simple de abdomen: litiasis coraliforme derecha.

Urograma excretor: buena eliminación del medio de contraste del riñón izquierdo. Ureteropielograma correspondiente normal. Cistograma: sin particularidades. No se observa eliminación del fármaco yodado por parte del riñón derecho.

La paciente refiere haber presentado un nuevo episodio de hemoptisis, por lo cual es enviada en consulta a Neumonología. Resultando la radiografía de tórax, tomografía y broncoscopia, normales. El estudio bacteriológico de esputo, muestra la presencia de *Escherichia coli*, *Candidas s.p.* y *Viridians*. Bacilos alcoholresistente: negativo.

En julio, se decide practicar fistulografía; al inyectarse 1 cm³ de sustancia de contraste (Hypaque al 75%), la paciente presenta un cuadro de broncoespasmo e intensa expectoración que obligó a suspender dicho estudio. Ante esta sintomatología se efectuó en ese momento una placa de tórax, que no aportó datos positivos.

La paciente es vista nuevamente por el neumonólogo, quien reitera la broncoscopia, que muestra una importante bronquitis congestiva, y efectúa una broncografía.

El informe broncográfico es el siguiente: se observa pasaje de sustancia de contraste al seno costo-diafragmático posterior. Ante este hecho se formula el diagnóstico presuntivo de "fístula bronco-retroperitoneal".

El 10 de agosto de 1979, bajo anestesia general y con respiración asistida, se introduce un catéter K-30, por el orificio fistuloso de la región glútea, instilando 10 cm³ de líquido radiopaco, con lo que se observa el pasaje de sustancia de contraste a la cavidad torácica (fotografía nº 1).

El 24 de agosto de 1979, se opera con el diagnóstico de fístula reno-bronco-cutánea, secundaria a perinefritis crónica poslitiasica.

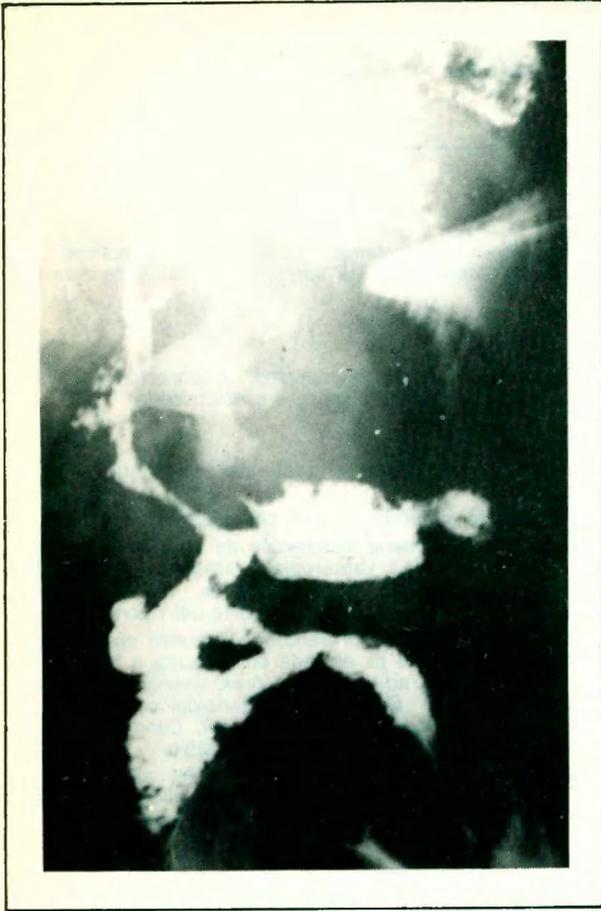
Operación:

Se practica una incisión sobre el 11º espacio intercostal, con resección de la 12ª costilla. Se explora espacio subdiafragmático, desgarrándose la pleura y el diafragma en las maniobras de despegamiento. Se llega al trayecto fistuloso, que se reseca, se repara pleura y diafragma. Luego se realiza la nefrectomía subcapsular, por la intensa perinefritis esclerolipomatosa. Se deja drenaje tubular intrapleural y de la fosa lumbar. Cierre de la pared por planos. A los 7 días después es dada de alta, con buena evolución posoperatoria.

Anatomía patológica:

Riñón: pielonefritis crónica inespecífica, con focos de supuración. Litiasis coraliforme.

La paciente es vista por última vez, en diciembre de 1980, con franca recuperación de su estado general, cicatrización



Fotografía nº 1. Obsérvese el recorrido del amplio trayecto fistuloso, que permite una nítida visualización del pasaje del medio de contraste, desde el orificio fistuloso glúteo derecho, hacia las estructuras intratorácicas homolaterales. En un segundo plano, se puede apreciar la silueta de la litiasis coraliforme renal derecha.

completa del orificio fistuloso de la región glútea y desaparición de la sintomatología bronco-pulmonar.

Comentario

Las fistulas reno-bronco-cutáneas constituyen una patología poco frecuente, cuyo número ha ido disminuyendo en los últimos años, quizá debido al precoz tratamiento de las afecciones renales, causantes de las mismas y a la terapéutica antiinfecciosa en continuo avance.

Caberwal y colaboradores encuentran, hasta 1977, sesenta y cuatro casos de fistulas reno-bronquiales, en su revista bibliográfica. García y colaboradores, hallan sólo veintitrés observaciones en el período que va desde 1900 hasta 1972, de las cuales tres fueron publicadas en la Revista de la

Bibliografía

1. Algave, P.: "Fistulas renales". Encyclopédie Française d'Urologie (tome III). Ed. Octave Doin et Fils, Paris, 1914.
2. Astraldi, A.; Brea, L. M.; Massei, E.; Torroba, J. P.: "Fistula reno-pulmonar". Rev. Arg. Urol., 7:305, 1938.
3. Caberwal, D.; Katz, J.; Reid, R.; Newman, H. R.: "A case of nephronchial and colonobronchial fistula presenting as lung abscess". J. Urol., 117:371, 1977.

Sociedad Argentina de Urología, y pertenecen respectivamente a los Dres. Gutiérrez, V., y Serantes, A.; Astraldi y colaboradores y Schiappapietra y colaboradores.

La etiología puede responder a causas muy diversas, ocupando el absceso perinefrítico primario el primer lugar, seguido en segundo término por la pionefrosis calculosa y, en tercer orden, la tuberculosis renal. Se pueden mencionar además, pero con una frecuencia menor, la pionefrosis no calculosa, el quiste hidatídico, la hidronefrosis, la pielonefritis, la ruptura de un riñón ectópico torácico y las lesiones por arma de fuego.

En lo que respecta a su mecanismo de producción, se piensa que son dos las vías, por las cuales el proceso perinefrítico, común a las tres patologías ya mencionadas (perinefritis, pionefrosis calculosa y tuberculosis renal), puede alcanzar el árbol bronquial. La primera forma sería a través del músculo psoas, y la segunda, por necrosis del diafragma, en un mecanismo indirecto que produce, al principio, una reacción pleural, con derrame, luego adherencias pulmonares basales que fijarían el pulmón al músculo diafragmático, el cual al ser perforado permitiría el drenaje del contenido purulento del perinefrio en las vías aéreas. En lo que respecta a la anatomía patológica debemos destacar la presencia simultánea, en algunas oportunidades, de otras fistulas comunicantes o no con la reno-bronquial, tal el caso de Marcé, citado por Algave, en la "Enciclopedia Francesa de Urología", de una fistula que unía el riñón con el pulmón y el colon. El de Friederich, citado por Astraldi, de una fistula reno-bronco-duodenal, y el de Caberwal de fistula reno-bronquial, concomitante con otra que comunicaba el colon con los bronquios.

El cuadro clínico puede ser de lo más variado, pero podemos identificar dos situaciones. Una en la que la sintomatología pulmonar es la predominante y otra en donde lo es el síndrome urológico. El aspecto más difícil es relacionar los síntomas y signos bronquiales, habitualmente una vómica o el aliento urémico en un paciente sin insuficiencia renal, con un proceso litiásico o con una tuberculosis renal, enfermedades ambas de evolución crónica y muchas veces silenciosas. Es interesante mencionar que en el caso de Astraldi, en el de Schiappapietra, en el de Caberwal, el hecho que permitió la orientación diagnóstica fue el relleno del árbol bronquial en el curso de una pielografía ascendente, que se tradujo clínicamente por accesos de tos y expectoración del líquido de contraste.

Algunos autores aconsejan la broncografía como procedimiento diagnóstico más inocuo, en el caso de sospechar la presencia de una fistula reno-bronquial.

La terapéutica, en la mayoría de los casos publicados, fue la nefrectomía, si bien en el caso de García y colaboradores fue necesario practicar, además, la lobectomía.

Conclusiones

1. La fistula reno-bronquial es de carácter excepcional, pero debe ser tenida en cuenta en aquellas enfermedades renales que afectan el perinefrio.
2. Se deberá tener presente el peligro de la pielografía ascendente, como método exploratorio en esta patología, y la necesidad de emplear otros procedimientos diagnósticos, entre ellos la broncografía.
3. Por último señalamos la eficacia terapéutica de la nefrectomía, que permitió la cura completa de esta afección en la gran mayoría de los casos.

4. García, M.; Mallo, N.; Matz, J. A.: "Fistulas perinefro-bronquiales secundarias a abscesos perinefríticos. A propósito de 1 caso". Anales de la Fundación Puigvert, 2:200, 1972.
5. Gutiérrez, V.; Serantes, A.: "Pionefrosis con vómica en antiguo litiásico. Nefrectomía. Curación". Rev. Arg. Urol., 3:416, 1934.
6. Schiappapietra, T.; Felman, L.; Ghibaudi, A.: "Absceso perinefrítico con fistulas bronquial y lumbar. Secuelas fistulosas por abscesos reno-fluentes". Rev. Arg. Urol., 11:434, 1942.