

FISTULA URETRAL POST-ADENOMEATOMIA POR VIA RETROPUBICA

Por el Dr. OSCAR A. TITTAMANTI LESCOANO

En esta época médica, señalada con caracteres sobresalientes por los bacteriostáticos activísimos, la complicación que relatamos de una adenomeatomía extravésical, por vía retropúbica, resulta sin duda alguna una consecuencia infrecuente de esa intervención quirúrgica.

Y tiene así el valor de recordar una circunstancia de vieja patología, disminuída en su frecuencia, hasta su casi práctica desaparición, por la acción de las drogas que disminuyen la vitalidad y agresividad de los gérmenes colocados por ellas, casi siempre, en situación de vencidos en la ecuación permanente bacterias-organismo.

Pero las viejas reglas de patogénesis conservan siempre su valor y así nos lo demuestra nuestro caso en que la sonda uretral en permanencia, en un enfermo adenomeatomizado, provocó la producción de una periuretritis y la formación de una gran fistula uretrocutánea, a pesar de encontrarse con medicación bacteriostática desde varios días antes.

Obligándonos, en consecuencia, a más de la incisión del absceso urinoso, a la derivación de la orina por una cistostomía temporaria, por la necesidad imprescindible del retiro de la sonda uretral.

Medidas que solucionaron el problema agudo del enfermo, pero que obligaron a un post-operatorio prolongado, muy distinto por cierto al que habitúa el uso de la operación en un tiempo por vía retropubiana y al que nosotros fundamentalmente esperábamos.

Indiscutiblemente pensamos que la penicilina y estreptomina que se le aplicaba al enfermo hizo que todo se concretara a un absceso urinoso y a un largo post-operatorio y que sin esas maravillosas conquistas de la medicina moderna que formalizaron el proceso inflamatorio, la evolución hubiera sido mucho más desagradable, cursando en un organismo evidentemente con un bajo nivel de defensas, disminuídas aún más por el acto quirúrgico a que había sido sometido.

Posteriormente ya rehabilitado el enfermo y recuperado su estado general le realizamos la plástica de la uretra, con completo éxito, que solucionó definitivamente el problema del enfermo, y lo restituyó a las condiciones de normalidad en que se mantiene hasta el presente.

Esta posibilidad se presentó también, sin duda ninguna, facilitada por la acción de los bacteriostáticos, que le dieron a la operación, en su evolución perfecta y sin accidentes, el aspecto que no hubiera sido realizada sobre tejidos que habían sufrido el grave proceso inflamatorio relatado.

Caso de observación personal: A. S. 66 años, casado, italiano, empleado jubilado.

Antecedentes hereditarios y familiares: sin importancia.

Antecedentes personales: Enfermedades comunes de la infancia. Niega haber padecido enfermedades venéreas. No recuerda haber padecido de ninguna enfermedad importante, sólo relata los comunes catarros estacionales, sin características especiales.

Enfermedad actual: Desde hace largo tiempo, varios años, padece de polaquiurea diurna y nocturna —2 a 3 veces por noche—. La misma se le ha ido acentuando últimamente, lo mismo que la disuria inicial que acusa desde la misma época.



La fotografía muestra la fistula uretrocutánea formada.

Hasta que sufre un episodio de retención completa aguda que requiere el sondeo vesical y se efectúa la intervención.

Estado actual: 15-X-948. Estado general deficiente, panículo adiposo escaso. Enfermo sin fiebre. Piel sana y mucosas bien coloreadas y un poco seca.

Cabeza: Ojos: motilidad y reflejos normales. Pupilas céntricas, regulares, iguales. Reaccionan bien a la luz y la acomodación. Boca: dentadura en deficiente estado de conservación, faltan piezas y otras cariadas. Fauces libres.

Cuello: no se palpa tiroides, no hay ingurgitación venosa.

Aparato respiratorio: examen físico sin particularidades patológicas.

Corazón: choque de la punta a nivel del quinto espacio intercostal, línea media clavicul- lar. Ruidos netos en los cuatro focos. Tensión arterial: máxima: 140 - mínima: 80 con baumanómetro. Pulso: regular, rítmico, igual. Frecuencia: 75 pulsaciones por minuto.

Abdomen: excavado, depresible. Hígado y bazo no se palpan, se percuten en sus límites normales.

Sistema nervioso: reflejos sin particularidades patológicas. Aparato motor y articular: sin particularidades.

Aparato urcgenital: uroscopia: orinas con algunos filamentos largos, livianos. Riñones no se palpan.

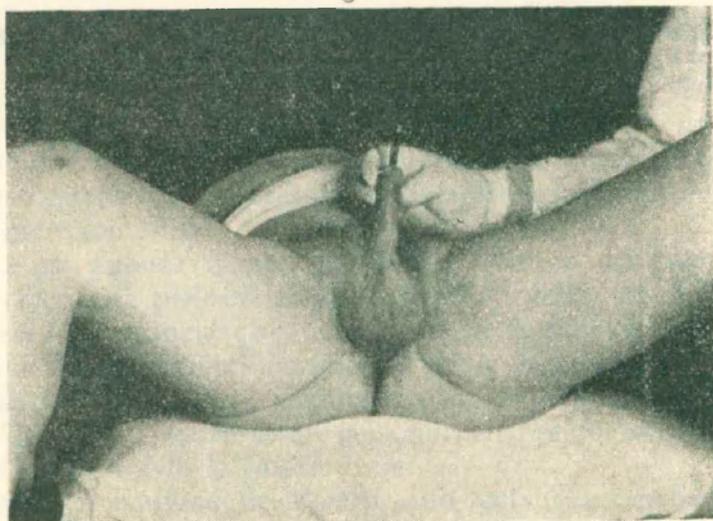
Citoscopia: Numerosas celdas y columnas. Cuello bilobulado. Meatos normalmente implantados, eyaculación con características normales de orina clara. Signo de Marion bilateral.

Tacto rectal: surco medio borrado. Uniformemente aumentada de volumen. consistencia adenomatosa, se palpan los bordes. Mucosa rectal desliza perfectamente.

Exámenes de laboratorio: 16-X-48. Urea en suero sanguíneo: 0.52^o %. Glucosa en sangre total: 1.10^o %. Tiempo de coagulación: 6'35", tiempo de sangría: 1'32". Numeración globular y fórmula leucocitaria: Glóbulos rojos: 4.100.000. Glóbulos blancos. 7.600. Hemoglobina: 78 %. Fórmula leucocitaria: Polinucleares neutrófilos: 70 %. eosinófilos: 6 %, basófilos: 0.5 %, linfocitos: 21 %, mononucleares grandes: 2.5 %. Examen de orina: límpida, sedimento escaso, densidad 1015, reacción ácida. Prueba sulfofenoltaleína: 60 %.

Operación: 24-X-48. Anestesia: Local infiltrativa, novocaína 1 %. Prostatectomía con técnica de T. Millin.

Postoperatorio: Desde el segundo día se observa edema del pene, que va aumentando hasta adquirir las características de un absceso urinoso.



Fotografía que muestra el resultado obtenido con la plástica de la uretra. Se encuentra colocada una bujía N^o 22.

29-X-48. Incisión del absceso urinoso, retiro de la sonda uretral y derivación de la orina por talla hipogástrica.

Desde el día 21-X-48 al enfermo se le ha estado inyectando 50.000 U. de penicilina cada 3 horas: habiéndosele agregado a partir del 26-X-48 medio gramo de estreptomina cada 12 horas. El absceso urinario da en su evolución la formación de una gran fístula uretrocutánea, y gran caída del estado general de por sí deficiente.

14-XI-48. Alta con sonda por talla hipogástrica, hasta que mejore su estado general.

8-IX-49. Completamente restablecido su estado general, se reinterna para el tratamiento plástico de su fístula uretrocutánea. Exámenes de laboratorio con las mismas características de los del año anterior.

Operación: 11-IX-49. Anestesia: de los cuerpos cavernosos y local infiltrativa, con novocaína al 1 %, sin adrenalina.

Se hace la reconstrucción de la uretra por plástica a dos colgajos laterales.

Postoperatorio: penicilina, estreptomina, lavajes con espadol. 19-IX-950. Perfecta cicatrización de la incisión quirúrgica, se coloca sonda por uretra, cuyo calibre se va aumentando hasta llegar a una sonda número 22.

29-IX-950. Perfecto cierre del orificio de la cistotomía. Se retira la sonda uretral.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Se presenta un caso de fístula uretrocutánea, penoescrotal, aparecida a consecuencia de un absceso urinoso, en el postoperatorio inmediato de una prostatectomía realizada por vía retropúbica. Complicación que se presentó a pesar de la medicación con bacteriostáticos que se le efectuaban en el enfermo, que no sirvió por cierto para evitar la aparición del proceso inflamatorio, pero a cuya acción, indiscutiblemente se debió que se circunscribiera el proceso, posibilitando posteriormente la realización, de una exitosa plástica de uretra.

DISCUSIÓN

Dr. Bernardi. — Simplemente quería decir que tuve un caso similar en un enfermo a quien le hicimos una adenomectomía tipo Millin. A continuación se hizo una osteoartritis de pubis que terminó con una fístula uretroperineal que exigió su intervención.