

Fístulas vesicocutáneas y genitales

FEDERICO RODRÍGUEZ-RUBIO VIDAL, JAIME BACHILLER BURGOS,
MANUEL SOTO DELGADO

Hospital Clínico Universitario
Puerto Real (Cádiz)

FISTULAS VESICO-CUTANEAS

Comunicación de la cavidad vesical con el exterior. Se trata de una patología poco frecuente originada por muy diferentes causas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de ofrecer una terapéutica.

HISTORIA

La historia de las fístulas urinarias esta íntimamente ligada a la obstetricia y en los últimos lustros a la ginecología. Los traumas acaecidos durante el parto o por actuaciones quirúrgicas poco ortodoxas han dado lugar a que la frecuencia en la mujer sea mucho mayor que en el hombre.

Hace más de 1000 años Ibn-Sin (Avicena) en un tratado Al-Kannon describe por primera vez una fístula vesical. Bastantes años después empiezan a ser citados por autores como Plater (1553), Mercatus (1605), Fatio (1720), Pirogov (1837). Derry describe una fístula en una momia de la XII dinastía.

La primera intervención de una fístula vesical (vesicovaginal) la realiza Sim en 1849 utilizando para su cierre hilos de plata. Fue tal el éxito obtenido que creó en Nueva York el «Hospital Fístular» donde acudían enfermos de muchas regiones¹.

Aunque la literatura esta llena de citas relacionadas con las vesicocutáneas, la realidad es que desde que aparecieron los antibióticos los casos fueron desapareciendo poco a poco y en estos últimos lustros es una excepcionalidad.

La época en donde las enfermedades venéreas originaban complejas estenosis uretrales, la tuberculosis causaba grandes estragos, la talla era la cirugía princeps, la adenomectomía se hacia en dos tiempos y los tapo-

namientos del lecho prostático eran habituales, etc, afortunadamente forma ya parte de la historia, no tan antigua de la urología.

Tal vez en el momento actual los pocos casos están relacionados con los traumatismos (heridas por arma blanca o de fuego, fracturas pelvianas), cirugía de vecindad con lesión vesical desapercibida, y la patología tumoral de vejiga asociada a intervenciones reiteradas y a radioterapia.

ETIOLOGÍA

Traumatismos.
Patología previa vesical
Postoperatorias.
Congénitas.

TRAUMATISMOS

Suelen estar provocados por un instrumento punzante, arma blanca o de fuego. La fístula será de una longitud más o menos larga dependiendo del punto de entrada o de salida del objeto traumatizante. Lo más común es que el orificio cutáneo sea hipogástrico. En alguna ocasión puede ser perineal, inguinal o abierta a través del intestino.

Han sido descritas fístulas asociadas a fracturas óseas, generalmente pelvianas. Estas lesiones óseas, se pueden infectar dando lugar a osteítis supuradas con fragmentos, algunos libres, que acaban necrosándose. La pared de la vejiga se adhiere a estos focos necróticos debilitándola y aquellos que están libres pueden ponerse en contacto con la mucosa siendo el punto de partida de una posible litiasis vesical.

Este tipo de fístula entraña una situación muy temible y compleja en su evolución ya que los tratamientos antibióticos no suelen solucionar el problema que necesitan de una asistencia quirúrgica tanto traumatológica como urológica^{1,2,3}.

Quizás cuando estas fracturas se producen, una actuación adecuada y un estricto control evolutivo evitará la aparición de un absceso pubiano que abierto espontáneamente o por drenaje quirúrgico a veces se complica con posterior salida de orina.

PATOLOGÍA PREVIA VESICAL

La pared del detrusor debilitada por procesos infecciosos, neoplásicos, o de otro tipo pueden romperse poniendo en contacto la orina con el tejido celular adiposo prevesical y posteriormente abrirse a la piel.

Dentro de estos procesos destacan fundamentalmente los causados por gram negativos que asentados sobre determinados elementos extraños a la vejiga (litiasis, hilos no reabsorbibles después de una cirugía genital, divertículos, etc.) suelen acabar poniendo en contacto una orina infectada con el exterior⁴.

En ocasiones el proceso es al revés. Cuadros de infecciones repetidas dan lugar a lesiones de intensa cistitis de la pared vesical pudiendo dar lugar a litiasis que contribuyen aun más al debilitamiento de la misma. La extensión a los espacios perivesicales preceden a la comunicación entre el contenido vesical y la piel.

La tuberculosis ha ocupado en lugar muy destacado y la literatura de la primera mitad de nuestro siglo esta muy rica en citas de este tipo. Fístulas urinarias abiertas a hipogástrico, en ocasiones a la ingle o periné habitualmente relacionados con la extensión del proceso tuberculoso genitourinario con trayectos anfractuosos y recovecos solo explicable por la concomitancia de una afectación de genitales⁵.

Son conocidas las lesiones tan intensas que se producen en la pared vesical por la bilharziosis. Más frecuente cuando da lugar a un proceso neoplásico que puede invadir el espacio umbilico prevesical y aparece en la piel como un mamelón humedecido de aspecto tumoral. La bilharziosis produce úlceras en la pared vesical, responsable del dolor, de la hematuria y las infecciones crónicas. Si no son correctamente medicadas pueden terminar en una perforación de la pared o en una intensa fibrosis con disminución de la capacidad vesical, evolución que hace recordar a la tuberculosis^{1,6}.

La cistitis quística glandular, las placas blancas de metaplasia epidermoide, incluso áreas de carcinoma *in situ*, se alternan con zonas ulceradas que traducen la ablación del urotelio. La isquemia submucosa acompaña a estas ulceraciones y la pared vesical puede aun empeorar con el desarrollo de infecciones bacterianas secundarias pudiendo dar lugar a la aparición de cálculos, a la formación de fístulas o a una degeneración tumoral del epitelio.

El antecedente de una radiación pelviana nos debe poner en guardia antes de proceder a la apertura de la vejiga por cualquier causa. Las fístulas vesico-cutáneas, tras el abordaje quirúrgico de la vejiga para reparar la yatrogenia producida por una cirugía ginecológica seguida de irradiación, son consideradas de alta complejidad a la hora de valorar su resolución^{7,8}.

La evolución de determinados cánceres vesicales acaban en una lamentable y dramática fístula vesico-cutánea. No es necesario el antecedente de reiteradas resecciones endoscópicas para que esto suceda. La infiltración neoplásica, las infecciones sobreañadidas y en ocasiones la falta de cuidados médicos o locales contribuyen a la necrosis de la pared que precede a la rotura. Nosotros tuvimos ocasión de publicar en caso de rotura vesical espontánea por patología diverticular⁹.

POSTOPERATORIAS

Estas constituyen el capítulo más conocido dentro de la etiología de las fistulas vesico-cutáneas.

En general están relacionadas con un cierre defectuoso de una talla hipogástrica, el funcionamiento incorrecto de un drenaje y habitualmente con la presencia de un obstáculo cervico-prostático o una estenosis de uretra.

Una sutura de la pared vesical que deje los bordes evertidos produce un extrópon de la mucosa dando lugar a una cicatriz hipertrófica que se puede adherir a los planos más superficiales (músculo, fascia) originando una eventración.

El espacio prevesical debe quedar bien drenado después de una talla hipogástrica. La incorrecta colocación de un tubo de drenaje muy grueso o muy fino (bien por decúbito o por obstrucción) nos obliga hoy en día a utilizar sistemas de evacuación más modernos. Igualmente la pronta o muy tardía retirada de los mismos puede contribuir a la formación de trayectos fistulosos. Un examen detenido y frecuente de la herida evitaría el acumulo de exudados que en un principio no presentaban contenido urinoso pero que infecciones secundarias se desarrollan fácilmente sobre estos espacios dando lugar a abscesos de pared y posteriormente a la salida de orina⁶.

Las dificultades que suelen presentar un campo profundo y difícil para cerrar la vejiga, como sucede en el abordaje perineal para la cirugía radical del cáncer de próstata, puede dar lugar a una fistula perineal.

La formación de osteítis vesical, en el curso de acceso retropubiano a la cirugía prostática, con lesiones de esta zona ósea motivados por fijación de suturas no reabsorbibles para corregir la incontinencia urinaria en la mujer, han sido citados. Más recientemente y siguiendo con estas observaciones excepcionales fueron publicadas dos fistulas cutáneas² después de la colocación de prótesis totales de cadera.

Habría que incluir en este apartado aquellas perforaciones vesicales que pasan inadvertidas en el transcurso de una R.T.U. Incluso resecciones profundas de la pared vesical que producen debilitamiento de la misma y que posteriormente una hiperpresión, tal vez provocada por una obstrucción de la sonda, acaba rompiéndola por completo. En realidad este tipo de perforaciones entraña una patología muy severa que obliga a una actuación terapéutica de urgencia, probablemente mucho antes de formarse la fistula. Casos como estos son citados entre las posibilidades.

También tendríamos que recordar otras perforaciones desapercibidas de vejiga en el curso de intervenciones tales como herniorrafias, cirugía ginecológica, del rectosigma, osteosíntesis pelviana, laparotomías subumbilicales, etc.

En general podemos cerrar este apartado diciendo que lo habitual es que las fístulas vesicocutáneas de origen quirúrgico se producen como consecuencia de un obstáculo uretro-cérvico-prostático que origina una hiperpresión, estasis e infección. Todas ellas podrían evitarse, e incluso curarse en algunos casos, mediante un correcto drenaje de la orina.⁽¹⁰⁾

CONGÉNITAS

Aunque el capítulo de las fístulas congénitas es tratado aparte no hemos querido dejar de incluirlo aquí, con la única finalidad de completar las causas de las fístulas vesico-cutáneas y a la vez contribuir a un razonamiento más didáctico. Por otra parte no hay que olvidar que algunos de ellos (no es lo frecuente) son descubiertos en el curso de un traumatismo, postoperatorio, infecciones, etc.

Son poco frecuentes y resultan de la persistencia, después del nacimiento, del canal alantoideo.

Embriológicamente la vejiga deriva de la porción craneal del seno urogenital y de la alantoides. Normalmente la alantoides se transforma en el uraco y por condensación y fibrosis de sus elementos se oblitera dando lugar a un cordón (ligamento umbilical) que desde el ombligo desciende hacia el vértice de la vejiga. Por lo tanto, después del nacimiento no debe quedar comunicación alguna entre vejiga y ombligo y este ligamento obliterado solo recuerde una situación embrionaria⁴.

Una incorrecta evolución en el desarrollo podría dar lugar a la existencia de quistes uracales o a la persistencia del uraco. *Los quistes de uraco* se originan porque el pedículo alantoideo no se fibrosa en su totalidad y lo hace de forma parcial originando cavidades limitadas por zonas fibrosas. Estos quistes pueden ser más o menos voluminosos y presentan un revestimiento epitelial estratificado que contiene un líquido seroso o seromucoso. Se pueden manifestar por una tumoración supravescical e infraumbilical que se suele confundir con una vejiga en retención y que persiste después de ser evacuada por cateterismo. La infección, la abscesificación, el drenaje y otras causas pueden afectar a la pared vesical originando una fístula cutánea. Cuidado con las punciones ante la sospecha de un globo vesical¹¹.

La persistencia del uraco es poco frecuente. El trayecto es a menudo pequeño, comienza cerca del ombligo y termina a nivel del vértice de la vejiga en forma de embudo. La salida de orina a través del orificio puede observarse inmediatamente después de la caída del ombligo dando lugar a una fístula urinaria umbilicovesical, aunque en otras circunstancias aparece en diferentes momentos de la vida, incluso en la edad adulta lo que viene a justificar que el cierre del conducto se produjo pero de forma insuficiente⁶.

También existe otra forma clínica: la salida de la orina de manera intermitente. La clínica aparece en ocasiones en la edad adulta y no es rara relacionarla con un proceso obstructivo cérico-prostático. El diagnóstico se hace habitualmente por medios ecográficos y radiológicos, aunque previamente la inyección de un colorante nos puede orientar con mas facilidad. El tratamiento es lógicamente quirúrgico.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Las fistulas hipogástricas suelen tener un trayecto corto y recto. Por el contrario los que se abren en el periné, ingle o nalgas presentan un recorrido anfractuoso, lleno de recovecos que se suelen identificar mediante fistulografía tras inyección de contraste.

El conducto fistuloso presenta una luz en donde abunda un tejido de aspecto carnososo inmerso en una zona escleroinflamatoria incluso con depósitos calcáreos.

El extremo vesical de la fistula se encuentra como una zona deprimida y retraída de la vejiga, rodeada de unos pequeños mamelones, edematizados que confluyen en un punto.

El examen endoscópico permite observar los caracteres de este orificio. A través del citoscopio podemos ver con precisión si se trata de un orificio único o no, si es limpio dentro de una zona deprimida y retráctil, que nos permita ver los bordes, e incluso parte del interior de la fistula, o por el contrario esta incluido dentro de una zona inflamatoria, mamelonada que no deja ver ni los bordes ni la mucosa invaginada.

El extremo exterior, es decir el cutáneo, puede presentarse de diferentes aspectos y que traduce, en cierta manera lo que ha sucedido por dentro. Aquella fistula de trayecto directo, habitualmente de corta longitud, se presenta como un orificio puntiforme de bordes limpios y sin gran reacción inflamatoria. Suelen ser expresión de un proceso bien organizado, sin cavidades intermedias que retengan el contenido fistuloso y solo actúan de simples conductos entre vejiga y el exterior. En otras ocasiones el orificio se encuentra dentro de un tejido mamelonado, rojo, húmedo, rodeado de una zona de aspecto inflamatoria¹².

Cuando se trata de fistulas hipogástricas simples hemos visto durante su disección como la vejiga adquiere una forma de pera y la porción superior se encuentra casi en contacto con la piel, lo que hace que el conducto pueda ser muy pequeño.

En el momento de solucionar definitivamente este tipo de fistulas una vez constituida se impone la exploración quirúrgica aunque, como dijimos anteriormente, un buen drenaje a través de la sonda podría no solo evitarlas sino también resolverlas, si aún no se ha organizado el trayecto fistuloso.

La inyección de azul de metileno u otro colorante ayudará a conocer bien el conducto, ya que la exploración con un estilete no permite conocer las zonas anfractuosas. También hay que valorar la posibilidad de que en vez de uno haya más trayectos y se abran a vejiga o al exterior por más de una boca⁴.

SÍNTOMAS Y DIAGNÓSTICO

La aparición de orina por un orificio cutáneo nos permite llegar a la conclusión de que se trata de una fístula urinaria. La salida de orina se puede presentar de forma continua, de manera intermitente, solo cuando la vejiga esta llena o solo en el acto de la micción. En ocasiones surge la fístula después de drenar un absceso hipogástrico que ha sido continuación de un proceso de retención seguido de una reacción inflamatoria subumbilical (dolor, rubor y calor), estado séptico, que puede llegar a ser muy grave si no se instaura rápidamente un tratamiento antibiótico y el drenaje del contenido mucopurulento.

Una eventualidad que puede darse es la ausencia de salida de orina de forma espontánea. Esto puede significar el cierre de la fístula, aunque lo más común es que esta sequedad sea solo transitoria y días o semanas después se abra de nuevo y continúe así de forma intermitente. A veces esto puede suceder incluso en ausencia de obstáculo uretrovesical, pero lo común es que exista.

Si tenemos dudas sobre la naturaleza del contenido que mana por el orificio la inyección por vía endovenosa de índigo carmín puede poner en evidencia que se trata de orina. En ocasiones tenemos dudas sobre el origen de la fístula y para poder incluirla dentro de las vesicales la mejor manera es introducir a través de una sonda azul de metileno en la vejiga. La presencia de este colorante mezclado con la orina nos descartara la existencia de una fístula de origen ureteral.

La radiología puede también contribuir de manera especial a reconocer el recorrido y punto de partida de la fístula. Ayudándonos de sustancias yodadas mediante cistografías y fistulografías llegaremos a un conocimiento mejor del problema. En determinados casos sería aconsejable hacer una urografía intravenosa¹³.

El asunto que consideramos como el más importante es el llegar a conocer la causa que origina esta situación. Un interrogatorio nos permitirá de forma fácil saber si hubo una reciente intervención vesical y de que manera se hizo, así como la forma de terminar el cierre de la talla.

Un examen general puede descartar un globo vesical o un proceso perineal, perianal o escrotal. No estaría de más hacer un análisis de orina, en el que además de un sedimento o cultivo (probablemente estará infec-

tada), sería interesante realizar un estudio, pensando en un proceso tuberculoso o bilharziano. También recomendamos practicar una citología sospechando la posibilidad de un proceso tumoral.

TRATAMIENTO

El cierre de una fístula de forma espontánea es posible aunque raro y de hecho debemos desconfiar de estas soluciones milagrosas. Sobre todo cuando se piensa en la existencia de un obstáculo miccional.

Las fístulas de origen traumático exigen una rápida intervención quirúrgica que incluya una exploración meticulosa hasta descubrir el orificio de entrada vesical del objeto causante y el de salida, si lo hubiera^{3,6}.

Atención especial requieren aquellas lesiones acompañantes de fracturas en donde la extracción y limpieza de las esquirlas óseas, así como la reparación de las mismas, necesita la ayuda de un traumatólogo².

Las heridas por arma blanca o de fuego deben ser abordadas mediante una laparotomía exploradora con detenida revisión del contenido peritoneal.

Cuando existe una alteración previa de la pared vesical, lógicamente el tratamiento primario irá encaminado a solucionar, si es posible, la enfermedad causal.

Si el origen remoto pudo ser una enfermedad de etiología infecciosa es lógico pensar que hay que luchar contra el foco séptico.

Si se trata de una vejiga tuberculosa, eventualidad rarísima, que suele evolucionar hacia la retracción y la fibrosis, pero podría presentarse como complicación de un absceso de los que antiguamente llamábamos fríos que tienen como punto de partida un mal de POTT cuyo contenido busca la salida, después de romper la vaina del psoas, por los espacios retro y laterovesicales; otras veces el origen del absceso es genital posiblemente prostatovesicular. Estas eventualidades forman, afortunadamente, hoy día, parte de la historia urológica de esta enfermedad, que fue tan importante y exhaustivamente estudiada hace apenas tres décadas. El reseñarla aquí es porque no debe ser totalmente olvidada, aunque gracias a los tratamientos antituberculosos prácticamente ha desaparecido en los países desarrollados⁵. En aquellos que no lo son la supresión o limpieza de focos y un buen drenaje de las orinas tal vez pueda evitar el proceso evolutivo de la enfermedad.

Algo parecido se puede decir de la bilharziosis endémica en determinados países de África. Antibioterapia, antiinflamatorios y también la correcta salida de orina harían posible no tener que llegar a una cirugía reparadora, incluso necesitar una cistectomía con derivaciones urinarias transintestinales o sustituciones ortotópicas^{6,8}.

Si el debilitamiento de la pared hubiera sido originada por el decúbito de una litiasis el tratamiento sería la extracción del calculo a la vez que se repara el origen, probablemente obstructivo, del mismo. Cuando se trata de una litiasis nacida a expensas de un hilo de sutura no reabsorbible, pensar que pudo ser el hilo y no la piedra la causa de la fístula. La eliminación de ese cuerpo extraño se impone¹⁴.

Si se tratara de una pared diverticular adquirida la resección del divertículo es obligada y como en el caso anterior, simultáneamente hay que eliminar el obstáculo que originó el citado divertículo.

Las vejigas radiadas que producen a medio o largo plazo fistulas por necrosis de la pared habitualmente van unidas a cánceres genitales en la mujer y más frecuentemente a neoplasias vesicales⁹.

Constituye una situación muy dramática, probablemente terminal, en el curso evolutivo de tumores vesicales operados por cistectomía parcial, multirescados por vía endoscópica y muy probablemente radiados en el postoperatorio. En ocasiones en las que se impone una actitud agresiva la cistectomía será la única acción posible. Al riesgo de esta intervención hay que añadir la problemática de escoger una derivación en estas condiciones⁸.

Las fistulas postoperatorias son generalmente consecuencia de errores quirúrgicos y por tanto si las operaciones se hacen correctamente será la mejor forma de evitarlas.

Hay que procurar no abrir una vejiga que pueda tener lesiones de tipo tuberculosa, bilharziosis, tumoral o rádica. Nunca se debe proceder a una talla vesical sin antes cerciorarse de que no existe un obstáculo cervicoprostatico o uretral. Antes de cerrar, explorar el pericistio limpiándolo de posibles esquirlas óseas, zonas de necrosis, realizar una hemostasia cuidadosa del espacio de Retzius, no dejar un divertículo, recordando que este es siempre consecuencia de un obstáculo¹⁵.

El cierre se debe hacer hermético, con hilos reabsorbibles, siempre concluir con un buen drenaje hipogástrico que debe permanecer bajo vigilancia solo el tiempo justo y necesario.

Las vejigas que han sido abiertas no es de extrañar que durante dos o tres días estén drenando cierta cantidad por el drenaje. Cuando esta cantidad de orina permanece muchos días es conveniente revisar el estado de la sonda uretral, ya que el buen funcionamiento de ésta es la mejor forma de evitar un tiempo excesivo. Una sonda que funciona mal y un drenaje colocado muchos días son las condiciones previas a la instauración de una fístula¹⁶.

Un hecho importante a tener en cuenta cuando se quiere que una sonda vesical mantenga la vejiga vacía permanentemente es la elección del tipo de catéter. Las excelencias de las sondas tipo Foley no las vamos a resaltar aquí, pues son conocidas por todos, pero no hay que olvidar que el hinchado del balón origina que la boquilla de la sonda quede muy alta

y por tanto necesita un nivel de orina en la vejiga para que la salida de esta se produzca. Por eso es aconsejable cuando se mantiene demasiado tiempo el drenaje hipogástrico, que por otra parte no es conveniente retirarlo ya que esta reconduciendo la orina que debería salir por la sonda uretral, cambiar este tipo de sonda, por otra sin balón de manera que los orificios están lo más próximos posible a la mucosa trigonal. Estas sondas, que tienen el inconveniente de su fijación, resuelven en poco tiempo lo que la de balón no conseguía; lamentablemente los urólogos jóvenes las utilizan poco^{7,17}.

La cirugía correctora de una fístula vesicocutánea ya constituida requiere el conocimiento de varios principios que hay que seguir; sin ellos el fracaso es la regla.

Resección amplia de todos los planos que conforman toda la longitud del trayecto fistuloso y que comprenden la piel, la aponeurosis, músculo, grasa y vejiga. Esta resección debe llegar hasta estructuras normales que presenten un sangrado aceptable.

Liberación de la pared vesical mucho más allá de la zona fistulosa. La vejiga debe quedar libre, movilizada, separada de los planos superficiales, sin tracción alguna.

El cierre de la pared vesical se puede hacer en un solo plano, mejor dos, con hilos reabsorbibles. Se continuara con el músculo y fascia por separado, si es posible procurando que las suturas no queden unas encima de otras, quizás empleando una especie de solapado. Antes de terminar el cierre de pared se debe de colocar un drenaje. La sonda uretral escogida facilitara la correcta salida de orina⁶.

Cuando la brecha fistulosa vesical es muy grande, situación excepcional en las vesicocutáneas, más frecuentes en las vesicogenitales de la mujer tras grandes distocias, el empleo de segmentos de epiplon^{18,19}, músculo²⁰ o digestivos (estómago, intestino) intentan suplir la falta de sustancia. La colocación de materiales sintéticos no ha dado resultado. Igualmente la idea de taponar el orificio vesical utilizando elementos biocompatibles como el colágeno ha quedado como meros intentos. Lo mismo podría decirse de la resolución por vía endoscópica. Sólo aquellos casos de corta evolución en donde no se ha formado una verdadera fístula, podría beneficiarse de una resección transuretral que refrescaría los bordes del orificio y después confiar en que la sonda haga el resto.

FÍSTULAS GENITALES

El amplio estudio de las fístulas genitales de la mujer ha sido tratado en otros capítulos de esta monografía por lo que aquí solo vamos a ocuparnos muy sucintamente de las del varón.

Las acusadas diferencias anatómicas que existen en el aparato urogenital entre ambos sexos motiva que las fístulas genitales del hombre presentan poca o ninguna relación con el aparato urinario. De ahí que en la literatura moderna no hallamos encontrado citas de fístulas genitales comunicadas con la vejiga. Por otra parte, como también se trata en otro capítulo las de origen congénito, nos vemos obligados a revisar aquí solo aquellas genitales sin comunicación con la vía urinaria y que tienen su origen en procesos infecciosos, patología que por otra parte se recuerda, en el momento actual, como preantibiótica²¹.

Así citaremos en primer lugar a los procesos prostáticos agudos o subagudos de origen canalicular. El proceso inflamatorio tiene como consecuencia lesiones esclerosantes de los conductos excretores y periacinosos con dificultad en el drenaje normal de las secreciones prostáticas. Se produce colecciones supuradas que evolucionan a microabscesos o abscesos verdaderos con cavidades que buscan salida hacia la uretra, pero que no llegan a curar por evacuación solo parcial del contenido supurativo. La comunicación con el aparato urinario da lugar a una mezcla de orina y secreciones prostáticas que favorece la persistencia del cuadro infectivo.

Cuando ciertas circunstancias coinciden con alteraciones locales (retencionistas, estenosis de uretra) o generales (diabéticos) el proceso sigue su curso y se forma el absceso. La infiltración periprostática puede adherir la cara posterior de la próstata a la pared anterior del recto o extenderse por otras zonas, siguiendo la disposición de los planos y fascias que rodean a la glándula.

La mayoría de los procesos infecciosos prostáticos se originan en la parte posterior de la próstata en donde la riqueza glandular es mayor, por eso la mayoría de las colecciones supuradas alcanzan la zona retroprostática. Desde aquí puede dirigirse en cuatro sentidos: hacia los espacios laterales y de ahí al Retzius, lo que no es normal; hacia el retroperitoneo siguiendo la dirección del deferente; hacia abajo buscando el perine (estos dos últimos amenazan el recto y los espacios perianales); la infección puede llegar a la fosa isquiorectal atravesando los músculos elevadores²².

El que se constituya una fístula supurada es excepcional y a ello pueden contribuir determinadas maniobras instrumentales: endouretrales, curas de procesos hemorroidales, fístulas coxigeas, etc., sin una cobertura antibiótica adecuada.

Las medidas preventivas que en la actualidad se toman tanto por parte de los enfermos como de los sanitarios, han hecho desaparecer estos procesos. De producirse, un tratamiento local con limpieza del foco y trayecto fistuloso, acompañado de cobertura antibiótica, sin dejar de pensar en posibles causas urológicas solucionarían el problema.

Siguiendo en la línea de otros procesos genitales en el hombre que puedan llegar a fistulizarse, no necesariamente en comunicación con las

vías urinarias y dejando al margen, por ser motivo de estudio aparte, ciertos procesos congénitos como las desembocaduras ureterales ectópicas en la vía genital (deferente, próstata, vesículas seminales, etc.), tenemos que referirnos a la patología infecciosa del testículo y epidídimo. Las relaciones entre uno y otro son tan estrechas que no se concibe la lesión de uno de ellos sin la participación del otro y por eso utilizaremos el termino de orquiopididimitis. Lo que sí hay que tener en cuenta es que el proceso se inicia o se desarrolla en uno mas que en otro. Así por ejemplo si se trata de un origen traumático, o la vía de entrada de los gérmenes fue vascular, será el testículo el órgano mas afectado (orquitis urliana). Si la infección llego por vía canalicular o linfática la contribución del epidídimo será mayor (tuberculosa, sifilítica, gonocócica) y aquellas que hoy se ven muy poco pero antes eran muy frecuentes y que Couvelaire denominó «epididimitis urinarias»³.

En general tanto las orquitis metastásicas o traumáticas como las epididimitis, pueden llegar a formar abscesos que evolucionan en el interior de la vaginal llegando a abrirse espontáneamente si no son antes drenadas o debidamente tratadas.

La forma epididimaria se observa por lo general en individuos jóvenes con antecedentes de uretroprostatitis a los que se añade, en ocasiones, un trauma uretral provocado por un sondaje vesical o una uretroendoscopia.

Suelen ser a gérmenes diversos y dan lugar a un intenso dolor, con fiebre muy alta, escalofríos y estado estuporoso. El epidídimo se encuentra engrosado y también el testículo, lo que impide una exploración de cada órgano por separado. Cuando la enfermedad evoluciona la piel se pone tensa, fina y los signos característicos de una colección supurada se hacen evidentes. La falta de un drenaje quirúrgico en su momento favorecerá la salida espontanea del contenido purulento^{3,7}.

La supuración puede mantenerse mucho tiempo generalmente de forma intermitente como consecuencia de falsos cierres y aparentes mejorías, lo que traduce que las lesiones del testículo o del epidídimo continúan.

BIBLIOGRAFÍA

1. RODRÍGUEZ-RUBIO, F.: «Fístulas Urinarias» en Urología Vesalio. Cap. XVII. Pag 373. ENE ediciones. Madrid 1992.
2. TREMEAUX, J. C.; LALOUX, E.; STRINFILNG, V.; BRIET, S.: «Fistule vesicocutanée trans-trochanterienne après prothèse totale de hanche». Ann Urol (París) 1989; 23: 123-125.
3. CLÍNICAS UROLÓGICAS DE NORTEAMÉRICA: «Traumatismos urogenitales». Ed. Medicina Panamericana 1977.
4. PONTONNIER, F.: «Fistules génito-urinaires. Formes anatomiques et étiologiques. J Urol (París) 1983; 89: 772-773.

5. DESGREZ, J. P.; VERGES, J.: «A propos d'un cas de fistule tuberculeuse caecovesiculaire. *Ann Urol (Paris)* 1982; 16: 252-253.
6. MARSHALL, F. F.: «Vesical fistulas» en *Cambell's Urology* (Walsh, Retik, Vaughan, Wein). Seventh Edition. Cap. 105 p. 3295. Ed. W.B. Saunders. Philadelphia 1998.
7. BORKOWSKI, A.; KRZESKI, T.; WESOŁOWSKI, S.: «Notre expérience dans le traitement des fistules vesicovaginales (FVV) consecutives a la curie et a la radiothérapie (postradiation). *J Urol (Paris)* 1983; 89: 771.
8. LAVENET, F.; SORET, J. Y.; BARRE Ch.: «Fistules vésico vaginales postradiochirurgicales. Bricker de Dérivation. Presentation de 2 cas». *J Urol (Paris)* 1983; 89: 771-772.
9. CASTIÑEIRAS, J. y Cols.: «Rotura vesical expontanea por patologia diverticular». *Actas Urol Esp.* XIII, 4, 1989.
10. SCHRECK, W. R. and CAMPBELL, W. A.: «The relationship of bladder outlet obstruction to urinary umbilical fistula». *J. Urol*, 108: 641;1972.
11. BERMAN, S. M. et al: «Urachal remnants in adults». *Urology*, 31: 17, 1988.
12. COUVELAURIE, R.; PATEL, J.; PETIT, P.: «Fistulas urocutaneas y urointestinales». En «Nuevo manual de patologia quirúrgica». Tomo VI, Cap. XII, pp. 558-566. Edic. Morata. Madrid. 1963.
13. FONKALSRUD, E. W. and LINDE, L. M.: «Succesful management of vesicointestinal fissure, Report of 2 cases». *J. Pediatr. Surg*, 5: 309. 1970.
14. MAHAPATRA, T.P.; RAO, M.S.; RAO, K.; SHARMA, S.K.; VAIDYANATHAN, S.: «Vesical calculi associated with vesicovaginal fistulas: management considerations». *J Urol* 1986; 136: 94-96.
15. SOPER, R. T. and KILGER, K.: «Vesico-intestinal fissure». *J. Urol*, 92: 409, 1964.
16. RIVERO, L.: «Fistulas renointestinales» en VIDAL SANZ J., *Fistulas enterourinarias*. pp. 5-15. Barcelona. 1979.
17. RICKHAM, P. P.: «Vesicointestinal fissure». *Arch. Dis. Child.*, 35: 967. 1960.
18. KOURI, C.; BOTTINE, Y.; ABBOU, C.C.; DENIS, B.; AUVERT, J.: «L'épiplooplastie dans les fistules urogénitales». *J Urol (Paris)* 1983; 89: 768.
19. JANEZ, J.: «Utilisation du grand épiploon dans le traitement des fistules vésico et urétrovaginales complexes». *Ann Urol (Paris)* 1985; 19: 267-268.
20. DAOU, N.; ECHINARD, E.; HOARAU, T. et coll: «Fermeture d'une fistule vesicovaginale par plastie musculaire». *J Urol (Paris)* 1986; 92: 255-256.
21. BOCCON-GIBOD, L.: «Fistule vesico-vaginale. *Encycl Med Chir. (Paris, France)*. Techniques Chirurgicales, Urologie Gynécologie, 4117 5, 7-1987; 9 p.
22. DELGADO, H.: «Orquitis y epididimitis» en *Urología Práctica*. (F. Hughes and H. Schenone). Cap. 44. Editorial Interamericana. Buenos Aires 1971.