CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):712

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-339 - FÍSTULA RECTO-URETRAL TRAS RESECCIÓN LOCAL DE TUMOR RECTAL. REPARACIÓN CON MÚSCULO GRACILIS

Asanza Llorente, Juan Antonio; López López, Antonio; Santiago Peña, Juan Carlos; Cruz Romero, Pilar; Arriero Ollero, Laura; Calderón Duque, Teresa; Garrido Escudero, Rafael; Martínez Cortijo, Sagrario

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Resumen

Introducción: Las fístulas recto-uretrales son poco frecuentes, casi siempre motivadas por intervenciones en pacientes por cáncer de próstata y en la mitad de los casos con radioterapia (RDT). Los casos de pacientes tratados de cáncer de recto son menos habituales y no hemos encontrado ninguno publicado como complicación de una resección local.

Caso clínico: Paciente de 78 años, hipertenso, que se diagnostica de adenocarcinoma de recto, localizado en cara anterior de canal anal, con afectación, según ECO y RNM, de esfínter anal interno (EAI). Se decide por Oncología tratamiento neoadyuvante con QT + RDT, tras el cual se comprueba mejoría clínica. El paciente es reacio a colostomía definitiva y, forzando la indicación (UT2), se propone resección local para decidir posteriormente si precisa la intervención radical según resultado de anatomía patológica y función esfinteriana. Se procede a resección interesfinteriana comprobando que en el centro existe un área más fibrótica por lo que en esta zona la exéresis es de grosor completo. El postoperatorio inmediato transcurre sin complicaciones retirándose la sonda vesical y dándose de alta al séptimo día. Tres días después acude por salida de orina a través de ano. En la cistouretrografía retrógrada se evidencia la fístula con uretra bulbar y prostática. El estudio histológico revela un adenocarcinoma moderadamente diferenciado con áreas de fibrosis, ypT3, con bordes y margen circunferencial libres de tumor. No se observa permeación linfática ni vascular, pero sí perineural. Se indica amputación abdominoperineal que se realiza por vía laparoscópica, talla suprapúbica y reparación de la fístula rectouretral con sutura reabsorbible, sellante de fibrina y plastia con músculo gracilis transpuesto desde muslo izquierdo. El postoperatorio transcurre con seroma tardío en muslo, sin otras complicaciones, retirando la sonda suprapúbica tras comprobar cierre de la fístula con uretrocistografía. El paciente está con buena función urinaria. En la pieza quirúrgica no hay evidencia de tumor residual ni afectación ganglionar.

Discusión: La resección local de un tumor localizado en cara anterior de canal anal tiene un riesgo de producir este tipo de fístula, especialmente si ha habido fibrosis post-RDT como en este caso. La indicación no fue buena por esto y porque además había afectación de EAI como poco. En pacientes radiados una fístula recto-uretral no cerraría con tratamiento conservador y se recomienda un colgajo muscular como dartos, puborrectal, gracilis, etc. Según la bibliografía el abordaje perineal con gracilis tiene buenos resultados en más de un 90% de casos. No siempre es necesaria la derivación fecal pero se aconseja sobretodo en fístulas de más de 2 cm y pacientes con

comorbilidades. En el presente caso el estoma es definitivo y el músculo gracilis permitió rellenar también parte de la cavidad residual, por lo que parecía una buena opción. En un TC de control se aprecia el músculo en su posición, sin colecciones. Las resecciones locales de tumores invasivos de recto muy bajos, en cara anterior tienen riesgo de fístula recto-uretral. La RDT aumenta notablemente este riesgo. La plastia con músculo gracilis puede ser buena opción en estos casos.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados