



## V-056 - REPARACIÓN DE FÍSTULA RECTO-URETRAL POR ABORDAJE PERINEAL E INTERPOSICIÓN DE COLGAJO DE MÚSCULO GRACILIS

*M. Trallero Anoro, N. Carvajal Amaya, B. Flor Lorente, M. Frasson y E. García-Granero Ximénez*

*Hospital Universitario La Fe, Valencia.*

### Resumen

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente de 72 años, intervenido de reparación de fistula recto-uretral por abordaje perineal, mediante fistulectomía e interposición de colgajo de músculo gracilis pediculado.

**Caso clínico:** Paciente con fistula recto-uretral tras prostatectomía radical laparoscópica por neoplasia de próstata, hacía 1 año. En el postoperatorio se realizó colostomía sigmoidea en asa. Presentaba clínica de emisión de orina por recto, e infecciones del tracto urinario de repetición. El estudio preoperatorio se llevó a cabo con una cistografía uretral retrógrada, que objetivó un trayecto fistuloso entre uretra en su entrada a vejiga urinaria y el recto. En la colonoscopia y rectoscopia se observó un orificio en cara anterior de recto, próximo al margen anal, palpable por tacto rectal. La cirugía requirió un abordaje multidisciplinar con participación de cirujanos coloproctólogos, urólogos y cirujanos plásticos. El paciente se colocó en posición de litotomía. Mediante cistoscopia se introdujo una sonda Foley a través del orificio fistuloso, y exteriorizada por recto, que sirvió de guía. Se realizó una incisión en el rafe perineal para acceder al espacio entre recto y uretra. Se localizó el trayecto fistuloso, se realizó desconexión de la fistula y se cerró el orificio uretral y rectal. Se interpuso un colgajo de músculo gracilis pediculado del muslo izquierdo en la zona perineal. Se preservó el pedículo vascular principal del músculo, seccionando los pedículos accesorios. Se realizó rotación del músculo y se tunelizó en el espacio subcutáneo para ocupar el espacio recto-uretral, donde fue fijado. Se cerró la herida perineal por planos. La evolución postoperatoria fue sin complicaciones, siendo de alta al séptimo día postoperatorio. Tras la cirugía cedió la emisión de orina por ano y las infecciones urinarias. En la rectoscopia postoperatoria existe una zona granulomatosa en cara anterior rectal, sin orificio visible ni emisión de orina. Al sexto mes postoperatorio se realizó enema opaco sin observar fuga de contraste.

**Discusión:** Las incidencia de fistulas recto-uretrales iatrogénicas por cirugía o radioterapia prostática es baja (0,5-2% en distintas series). Supone un impacto en la calidad de vida del paciente, y la mayoría de las veces requieren una intervención quirúrgica para su reparación definitiva, previa derivación fecal o urinaria que disminuya la inflamación y contaminación local en la zona de la fistula. Existen distintas vías de abordaje quirúrgicas: transanal, transesfinteriana, transperineal o transabdominal. La elección de la técnica se basa en la localización, tamaño y etiología de la fistula, y en la experiencia del cirujano. El abordaje transperineal permite una adecuada exposición del recto, uretra y cuello vesical. Es uno de los procedimientos más utilizados y se asocia con baja morbilidad y tasas elevadas de cierre (80-90% en algunos estudios).