



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-034 - ABORDAJE ROBÓTICO DE FÍSTULA RECOURETRAL

Almoguera González, Francisco José; Reyes Díaz, María Luisa; Olmo Santiago, Rocío; Padillo Ruiz, Francisco Javier; de la Portilla De Juan, Fernando

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: Las fístulas rectouretrales suelen producirse tras intervención quirúrgica tanto de tracto digestivo, concretamente el recto, como del tracto urológico como en el caso de las intervenciones prostáticas o vesicales. Estas se producen por la agresión quirúrgica creando una unión entre ambas estructuras. La sintomatología principal es la fecaluria o neumatoria así como tenesmo o ITU de repetición. El abordaje inicial es la doble derivación tanto fecal como urinaria pero tras el fallo de esta intervención no encontramos tanto en la literatura. Nosotros exponemos este caso de un abordaje robótico de una recurrencia de la fístula con la instalación de fibrina.

Caso clínico: Varón de 75 años como antecedentes personales de interés es exfumador, cardiopatía isquémica e intervenido de hemorroidectomía y de hernia inguinal en dos ocasiones. El primer diagnóstico fue en diciembre de 2018 por hematuria por lo que acudió a urgencias siendo diagnosticado de carcinoma papilar urotelial de alto grado que infiltra la muscular por lo que se realiza tratamiento con quimioterapia neoadyuvante con posterior intervención quirúrgica. Esta consistió en cistectomía más linfadenectomía más confección de neovejiga en mayo 2019. En el posoperatorio precoz presenta salida de material fecaloideo a través de uretra siendo diagnosticado de fístula rectouretral realizando por total doble derivación, tanto urinario como fecal con un Bricker y un Hartmann. A pesar de la intervención quirúrgica continúa presentando sintomatología. Se realiza colonoscopia que no es eficaz en el control de síntomas. Tras fallo con tratamiento conservador se decide intervención quirúrgica por vía robótica. En el abordaje robótico de esta patología lo más importante es la colocación del paciente, en este caso decúbito prono. Debemos tener en cuenta que la colocación inicial de los trócares y brazos robóticos se nos antoja fundamental para realizar la cirugía de la forma apropiada y también de una forma ergonómica. La cirugía consiste inicialmente en la identificación de la fístula que se encuentra en la cara anterior, posteriormente refrescaremos los bordes de esta para reavivar la cicatrización. Instalaremos en su interior la fibrina, añadiendo esta técnica novedosa que pasará de líquido a una consistencia cada vez mayor hasta rellenar el orificio. Finalmente cerraremos con una sutura barbada el orificio.

Discusión: El paciente actualmente se encuentra asintomático, realizando una revisión con colonoscopia donde no se objetivan signos de recidiva. Queremos exponer el caso dado que es una patología poco frecuente tras la cirugía inicial y tanto por el abordaje como la novedad de la instalación con fibrina presentamos unos resultados muy prometedores.