



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-430 - MANEJO QUIRÚRGICO DE LA FÍSTULA RECTOSACRA EN PACIENTE CON COLITIS INDETERMINADA: ABORDAJE EN TRES TIEMPOS

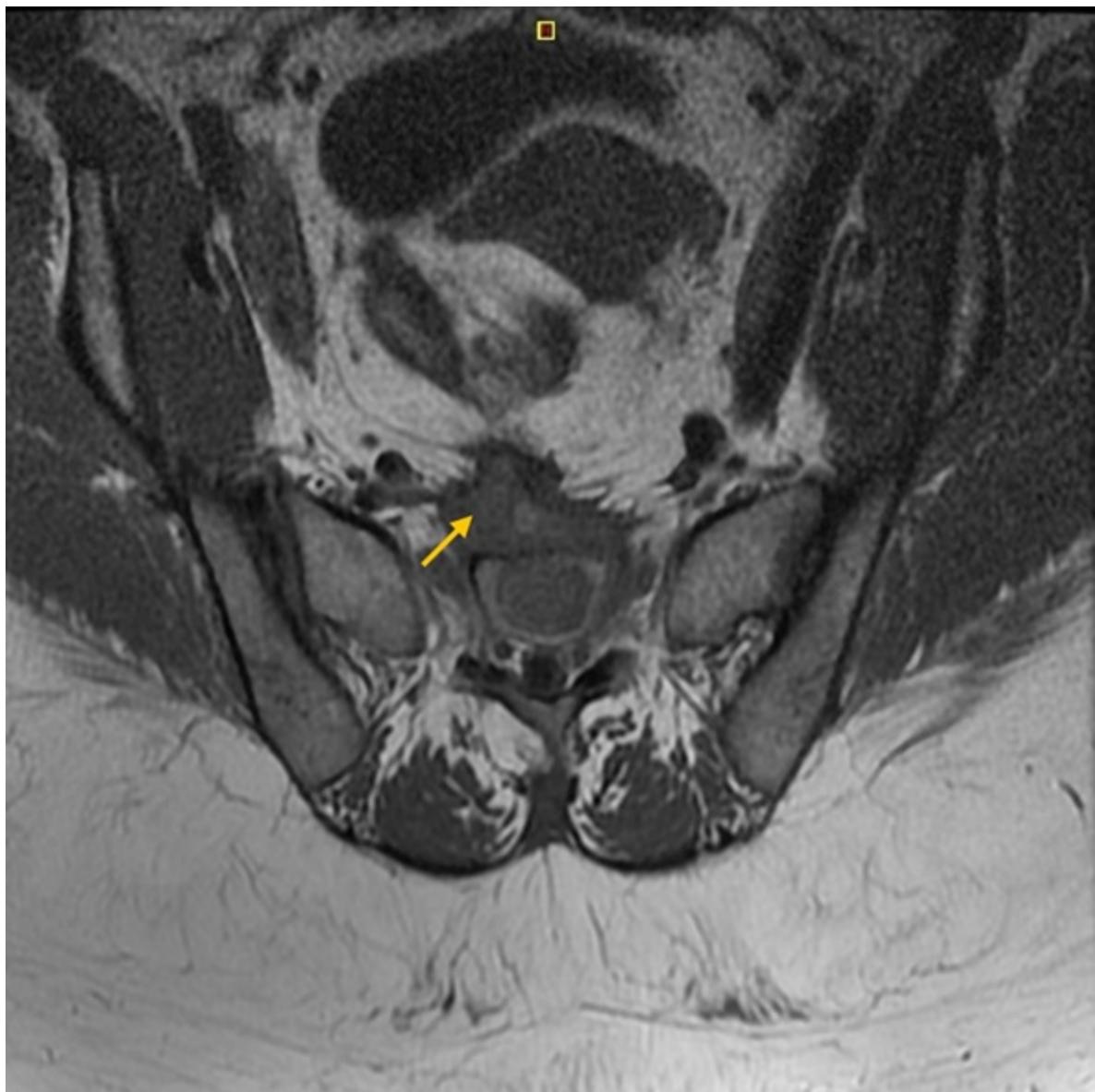
Pelayo Rodríguez, Julia<sup>1</sup>; Alaba Sorabilla, Andoni<sup>1</sup>; Loidi Lázaro-Carrasco, Oihan<sup>1</sup>; Gutiérrez Cantero, Luis Eloy<sup>1</sup>; Bolinaga del Pecho, Irene<sup>2</sup>; Martín García, Sara<sup>1</sup>; Gonzalo González, Rubén<sup>1</sup>; Gutiérrez Cabezas, José Manuel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Comarcal Sierrallana, Torrelavega; <sup>2</sup>Hospital Txagorritxu, Vitoria.

### Resumen

**Introducción:** Las fistulas rectosacras son una entidad poco frecuente y de manejo complejo, especialmente en el contexto de enfermedades inflamatorias intestinales. La elección del tratamiento depende de la severidad de la fistula, la presencia de sepsis y el estado general del paciente. Inicialmente, el tratamiento médico con inmunosupresores y agentes biológicos puede ayudar a reducir la inflamación y mejorar la cicatrización. Sin embargo, en casos refractarios, como el que nos atañe, la cirugía se vuelve necesaria.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una mujer de 45 años con colitis indeterminada (CI) en tratamiento con ustekinumab, diagnosticada en octubre de 2022 de una fistula rectosacra con orificio fistuloso interno a 10 cm de margen anal, absceso presacro y entrada del trayecto fistuloso por los forámenes de conjunción de S1 y S2. Dada la ausencia de respuesta a antibioterapia endovenosa y ustekinumab se decide un abordaje quirúrgico en tres tiempos: ileostomía derivativa en diciembre de 2022 seguida de resección de recto con márgenes sanos, anastomosis termino-terminal e interposición de colgajo de epiplón a nivel presacro en agosto de 2023. Tras comprobar mediante enema opaco la integridad de la anastomosis y ausencia de actividad fistulosa, se procedió al cierre de ileostomía en marzo de 2024.



**Discusión:** Las fistulas en la CI resultan de la inflamación transmural crónica, que genera necrosis tisular y la formación de trayectos anormales entre el recto y estructuras adyacentes, en este caso, el sacro. La persistencia de la inflamación y la alteración en la cicatrización contribuyen a la perpetuación de la fistula, con episodios recurrentes de infección y abscesos. La cicatrización inadecuada y la afectación de la musculatura perineal pueden comprometer la función esfinteriana, aumentando el riesgo de incontinencia fecal. Inicialmente, el tratamiento médico con inmunosupresores y agentes biológicos puede ayudar a reducir la inflamación y mejorar la cicatrización. Sin embargo, en casos refractarios, como el presente, la cirugía se vuelve necesaria. Nuestra paciente evolucionó favorablemente tras cada procedimiento quirúrgico. La ileostomía permitió el control de la inflamación y la optimización del estado nutricional. La resección rectal se llevó a cabo sin complicaciones inmediatas, con una adecuada cicatrización de la anastomosis. La comprobación de estanqueidad mediante enema opaco confirmó la ausencia de dehiscencia, permitiendo el cierre seguro de la ileostomía. Durante el seguimiento a un año, la paciente no presentó recurrencia de la fistula ni disfunción evacuatoria significativa. De este caso podemos concluir lo siguiente: el manejo quirúrgico en tres tiempos permitió una resolución efectiva de la fistula rectosacra en una paciente con CI, minimizando riesgos y optimizando la recuperación. La ileostomía de descarga es una estrategia clave para reducir la inflamación y mejorar las condiciones del paciente antes de la resección definitiva. La evaluación preoperatoria de la anastomosis es esencial para evitar complicaciones posoperatorias. Este caso resalta la importancia de una estrategia quirúrgica escalonada y personalizada en pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales complejas. Un manejo multidisciplinario y un seguimiento estricto son fundamentales para garantizar resultados exitosos y mejorar la calidad de vida del paciente.