



P-466 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE EVISCERACIÓN Y FÍSTULA URETROPERINEAL TRAS AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL POR CÁNCER DE RECTO

Correa Bonito, Alba; Montalbán Ayala, Paula; Menéndez Anta, Lucía; Álvarez Hernández, Marta del Carmen; Muñoz Sanz, Sara; Arellano Plaza, Paloma; García Septiem, Javier; Martín Pérez, María Elena

Hospital Universitario la Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: La amputación abdominoperineal como tratamiento quirúrgico del cáncer de recto localmente avanzado, sigue siendo a día de hoy un reto quirúrgico con una morbilidad significativa, íntimamente relacionada con la radioterapia previa y el intervalo desde la misma, pudiendo asociarse a potenciales complicaciones posquirúrgicas graves.

Caso clínico: Se presenta el caso clínico de un varón de 59 años que se diagnostica en 2022 de un adenocarcinoma de recto medio-bajo cT3d-4 (contacto con vesícula seminal izquierda y cara posterior de próstata) N2a, M1 (metástasis suprarrenal izquierda de 8 cm). Ante la afectación metastásica, se decide iniciar tratamiento sistémico con FOLFOX + panitumumab con posterior suprarrenalectomía izquierda en marzo/23. Posteriormente, en mayo/2023 el paciente recibe radioterapia pélvica de ciclo corto con posterior tratamiento con FOLFOX. En julio/23, 11 semanas tras recibir la radioterapia, se interviene el tumor primario, siendo una cirugía técnicamente compleja por el importante componente fibrótico de los tejidos. Durante la disección, se produce una lesión en la uretra prostática que se repara intraoperatoriamente por Urología. Durante el posoperatorio inmediato, se realiza derivación urinaria con nefrostomías bilaterales y sonda vesical ante persistencia de la fístula urinaria a pesar de la reparación quirúrgica de la misma. Dada la refractariedad de la fístula uretral a pesar de la derivación urinaria, se plantea la realización de cistoprostatectomía que debe posponerse ante hallazgo de nueva metástasis suprarrenal derecha. Se decide reiniciar tratamiento sistémico con TOMOX-panitumumab con posterior suprarrenalectomía derecha (enero/2025). Por otro lado, de forma concomitante a este proceso, el paciente desarrolla evisceración perineal con prolapso intestinal a través de herida perineal y salida de orina a través de la misma. Con todo ello, se plantea reparación en un solo acto quirúrgico de la fístula urinaria y evisceración perineal. Se realiza cistectomía simple con reconstrucción tipo Bricker y respecto a la evisceración, se coloca malla Ovitex en la parte alta de la pelvis con colgajo de epiplón en pelvis, caudal a la misma para relleno de pelvis (imagen B-pre y C-post). Para la reparación del defecto perineal se realiza reconstrucción con colgajo V-Y bilateral. El paciente presenta buena evolución posoperatoria, pudiendo retirarse ambas nefrostomías sin incidencias y con buena evolución a nivel perineal.

Discusión: La lesión uretral es una complicación poco frecuente pero que puede ocurrir en casos de

tumores rectales localmente avanzados en los que se intenta evitar la prostatectomía durante la intervención. Su reparación no suele ser exitosa debido a las características poco favorables de los tejidos previamente radiados y la ausencia de tejido adyacente de sustento, siendo en la mayoría de los casos necesaria la realización de una cistoprostatectomía con relleno pélvico de sustento mediante un colgajo. Respecto a la evisceración perineal, debido a la escasa evidencia científica disponible al respecto, el tratamiento quirúrgico a día de hoy no se encuentra estandarizado. Por ello es importante conocer las distintas alternativas quirúrgicas a las que podemos recurrir para su reparación, siendo en la mayoría de los casos necesaria una técnica de reconstrucción pélvica mediante colgajos.