



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

## P-391 - Técnica de York Mason para el tratamiento de la fístula recto-uretral

Farre Alegre, José; Petry, Jorg Sven; Bretcha Boix, Pedro; Duarte Llanos, Maritza; Paz Yáñez, Alejandro; Farre Villalobos, Josep Oriol

Hospital Quiron Torrevieja, Torrevieja.

### Resumen

**Introducción:** La fístula recto-uretral tras prostatectomía radical es una complicación poco frecuente que ocurre en menos de un 2% de los casos. El objetivo es analizar nuestra experiencia en el tratamiento de una fístula recto-uretral mediante la exposición transesfinteriana posterior de York Mason.

**Caso clínico:** Paciente sometido a una prostatectomía radical por cáncer de próstata. El paciente presento de forma tardía fecaluria, neumaturia, infecciones recurrentes del tracto urinario y filtración de orina por recto. Al paciente se le hizo una colostomía de descarga. Después de varios tratamientos conservadores fue intervenido con la técnica de York Mason. El paciente fue evaluado, previamente a la cirugía, con rectoscopia, cistografía retrograda y cistoscopia y rectosigmoidoscopia, para confirmar el diagnóstico correcto e identificar el origen de los orificios fistulosos. El procedimiento, el paciente es colocado en posición de navaja. La piel es incidida desde la articulación sacro-coccígea hasta el margen anal y se incide el tejido subcutáneo. Los haces musculares del esfínter anal posterior son separados capa por capa y se colocan suturas para identificarlas y facilitar la reconstrucción del esfínter al final del procedimiento. El esfínter anal posterior es seccionado. En este punto, la mucosa del ano posterior y todo el espesor de la pared rectal posterior son separadas a lo largo de toda la longitud de la incisión. La superficie anterior de la pared rectal es expuesta claramente, utilizando un separador de Sauerbruch, haciendo visible el orificio de la fístula. Se realiza una amplia incisión y se reseca todo el tracto fistuloso, exponiendo el catéter colocado previamente en la uretra. El defecto uretral se cierra con suturas reabsorbibles separadas (Vicryl 3-0) en un plano, si es posible transversalmente, de manera de minimizar cualquier estrechez uretral. El defecto rectal es suturado sobreponiendo planos y la mucosa rectal con un solo plano puntos sueltos reabsorbibles. La mucosa anal se cierra con suturas reabsorbibles y todos los planos del esfínter anal son suturadas juntas con precisión. La fascia presacra y otros tejidos por encima se cierran con suturas separadas reabsorbibles. Se deja un pequeño catéter de drenaje en el espacio para-rectal unos pocos días. Se deja una sonda uretral y se efectúa un retrograma retrógrado postoperatorio, generalmente a las 3 semanas. La sonda de la orina se retiro a los 40 días. Recupero la micción normal y el tránsito intestinal después del cierre de la colostomía.

**Discusión:** El manejo conservador de las FRU no da buenos resultados y en la mayoría de los pacientes y la reparación quirúrgica sigue siendo el mejor tratamiento. Varias técnicas/abordajes operatorios han sido propuestas a través de los años, incluyendo el abordaje de York Mason, un procedimiento, transesfinteriano transrectal, que ofrece una tasa alta de éxito con baja morbilidad