



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-408 - REPARACIÓN DE FÍSTULA RECTOURETRAL TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL MEDIANTE INTERPOSICIÓN DE MALLA BIOLÓGICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fidalgo Martínez, Celia; Muñoz Rodríguez, Joaquín; Callau Pontaque, Javier; Gil Cidoncha, Lucía; Martín Rodrigo, Pilar; Torguet Muñoz, María Eugenia; Sánchez Movilla, Arsenio; Polaino Moreno, Verónica

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: La fístula rectouretral (FRU) es una patología poco frecuente, compleja y cuya incidencia está aumentando en los últimos años en relación a la curva de aprendizaje de la prostatectomía radical minimoinvasiva. La radioterapia pélvica, la cirugía y la combinación de ambas destacan como etiologías más frecuentes. La mayoría de las fístulas yatrógenas posquirúrgicas derivan del tratamiento del cáncer de próstata (85%). La heterogeneidad de los casos y variedad de abordajes técnicos disponibles (endoanal, posterior, transperineal y transabdominal), implica que su manejo no esté estandarizado hoy en día. El enfoque multidisciplinar facilita la optimización de los resultados en el tratamiento de esta patología. A continuación, presentamos el caso de un paciente con FRU tras prostatectomía radical abierta, sin curación tras meses de derivación urinaria y fecal, que se trató mediante la interposición de una malla biológica de origen bovino con un abordaje transperineal.

Caso clínico: Varón de 58 años, hipertenso y diabético tipo 2, intervenido de prostatectomía radical abierta por adenocarcinoma de próstata sin radioterapia adyuvante. El paciente presentó fecaluria y sepsis pélvica 15 días después de la cirugía, evidenciando la FRU mediante cistotomografía computarizada (cisto-TC). A continuación, se realizó derivación urinaria con talla vesical y derivación fecal confeccionando colostomía lateral. A los 3 meses, se realiza rectosigmoidoscopia y resonancia magnética pélvica, identificando FRU persistente de $0,5 \times 1$ cm, sin evidencia de recidiva tumoral ni estenosis uretral, a 1cm del margen anal interno. Seis meses después se llevó a cabo una intervención quirúrgica conjunta con Urología, donde se realizó cistoscopia con cateterización bilateral de uréteres y se identificó orificio fistuloso bajo y anfractuoso en uretra prostática de 0,5 cm que no permitió su tutorización. La altura de la fístula permitió un abordaje transperineal realizado en posición de litotomía y con una incisión transversa. Tras identificar el músculo transverso del periné, se dividió el tendón central y realizó la disección del trayecto fistulo, sobrepasando el espacio cranealmente 2-3 cm. Tras la sección de la fístula y desbridamiento, se realizaron suturas con puntos sueltos no alineadas del orificio uretral y rectal. Posteriormente, se interpuso una malla biológica de origen bovino reticulada con fibras de polipropileno de muy baja densidad recortada 3 cm ancho \times 5 cm longitud anclada con puntos sueltos. Se colocó un drenaje aspirativo perineal y se mantuvieron las derivaciones urinaria y fecal previas. El noveno día posoperatorio el paciente fue dado de alta, con antibioterapia oral y sin complicación en herida quirúrgica. Tras 2 meses de seguimiento se encuentra asintomático, pendiente de reconstrucción del tránsito.



Discusión: El abordaje transperineal se presenta como una opción viable en el manejo de FRU de localización baja y media. Como ventaja, permite una amplia exposición de la uretra y del recto evitando el área intervenida previamente. La interposición de tejido sano vascularizado y/o material protésico de origen biológico, ha demostrado ser una alternativa segura y con buenos resultados en tasa de curación.