



Fig. 1. Resonancia magnética pelviana axial GE T1. Nivel hidroaéreo en vejiga y burbujas aéreas en vesícula seminal derecha.

alta al cuarto día. Al décimo día reingresa con dolor y engrosamiento del testículo derecho, neumaturia y fecaluria. Con el diagnóstico de orquiepididimitis por posible fistula colovesical o colouretral. se realizaron tomografía computarizada y enema opaco, sin hallazgos. La resonancia magnética (fig. 1) mostró aire en vejiga y burbujas en vesícula seminal derecha con trayecto fistuloso entre el reservorio colónico y la vesícula seminal. Se instauró tratamiento con metronidazol, ciprofloxacino y finasteride durante 4 semanas; desapareció la clínica y se normalizaron las pruebas de imagen. Tras 27 meses de control el paciente se encuentra asintomático.

Las lesiones seminales tras cirugía y radioterapia del cáncer de recto no son tan infrecuentes; sin embargo, es excepcional su repercusión clínica, con sepsis pelviana, urinaria o testicular². La resonancia magnética es el mejor método diagnóstico³. Se puede iniciar un tratamiento médico en ausencia de sepsis. Si fracasa, el drenaje percutáneo, la vasovasostomía y la colostomía de descarga son las opciones terapéuticas ensayadas⁴. El finasteride añadido al tratamiento antibiótico reduce la secreción seminal y puede favorecer su curación⁵.

Carlos Placer, José Luis Elósegui, José Andrés Mujika y José María Enriquez-Navascués

Sección de Cirugía Colorrectal. Hospital Donostia.
San Sebastián. Guipúzcoa. España.



Artículo 166.248

Fístula coloseminal sintomática tras radioquimioterapia y cirugía de cáncer de recto

Sr. Director:

Aunque las lesiones de las vesículas seminales no son raras durante la cirugía del recto, la formación de una fistula coloseminal es un hecho excepcional¹.

Varón de 60 años, sin antecedentes de interés. Diagnósticado de adenocarcinoma de recto a 4 cm del margen anal uT3N0. Con criterio preservador de esfínteres se trató con radioquimioterapia preoperatoria. Tras 6 semanas de intervalo, se realizó una resección anterior baja asistida por laparoscopia, con exéresis mesorectal total, anastomosis coloanal con reservorio en J e ileostomía de protección. El estudio patológico no evidenció tumor residual y 14 ganglios negativos para tumor. Previa defecografía, a la 8.^a semana se cerró la ileostomía con

Bibliografía

1. Raman S, Shah P, Davies R, Haray P. Complex seminal vesicle fistula: a rare complication of abdomino-perineal resection. Internet J Surg. 2004;5(2). Disponible en: www.ispub.com
2. Goldman H, Sapkin S, Foote R, Taylor J. Seminal vesicle-rectal fistula. Report of a case. Dis Colon Rectum. 1989;32:67-9.
3. Carlin J, Nicholson D, Scott N. Two cases of seminal vesicle fistula. Clin Radiol. 1999;54:309-11.
4. Maeda H, Arai Y, Aoki Y, Okubo K, Okada T. Successful treatment of a persistent cutaneous fistula to the seminal tract: Imaging with three-dimensional computed tomography. Br J Urol. 1998;82:595-6.
5. Kollmorgen T, Kollmorgen C, Lieber M, Wolff B. Seminal vesicle fistula following abdominoperineal resection for recurrent adenocarcinoma of the rectum. Dis Colon Rectum. 1994;37:1325-27.