

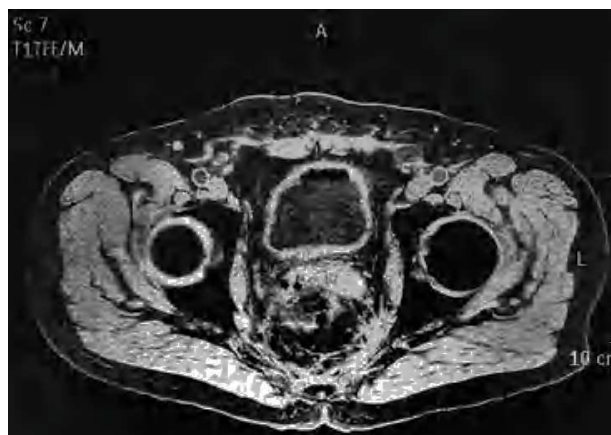


## Fístula coloseminal sintomática tras radioquimioterapia y cirugía de cáncer de recto

**Sr. Director:**

Aunque las lesiones de las vesículas seminales no son raras durante la cirugía del recto, la formación de una fístula coloseminal es un hecho excepcional<sup>1</sup>.

Varón de 60 años, sin antecedentes de interés. Diagnosticado 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 mesorrectal 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



*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, neumatúria y fecalúria. Con el diagnóstico de orquiepididimitis por posible fístula 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 testicular<sup>2</sup>. La resonancia magnética es el mejor método diagnóstico<sup>3</sup>. 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 ensayadas<sup>4</sup>. El finasteride añadido al tratamiento antibiótico reduce la secreción seminal y puede favorecer su curación<sup>5</sup>.

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

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

### 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](http://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.