

TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA RECTOURETRAL TRAS PROSTATECTOMÍA RADICAL MEDIANTE LA TÉCNICA TRANSESFINTERIANA POSTERIOR DE YORK MASON

Sandra Alonso ^a, Miguel Pera ^a, David Parés ^a, José Antonio Lorente ^b, Oscar Bielsa ^b, M^a José Gil ^a, Luis Grande ^a
^a Unidad de Cirugía Colorrectal, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario del Mar, Barcelona. ^b Servicio de Urología, Hospital Universitario del Mar, Barcelona. IMAS.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento del cáncer de próstata es la causa más frecuente de la fístula rectouretral adquirida, ya sea secundaria a la radioterapia o a la lesión de la cara anterior del recto durante la prostatectomía. En conjunto, la fístula rectouretral ocurre en menos de un 2% de pacientes a los que se les ha practicado dicha intervención. Se han descrito múltiples vías de

abordaje y técnicas para su tratamiento entre las que se incluyen la reparación transesfinteriana posterior, la vía perineal y el colgajo de avance por vía transanal. El objetivo de este trabajo es analizar nuestra experiencia en el tratamiento de la fístula rectouretral mediante la exposición transrectal transesfinteriana posterior de York Mason.

MATERIAL Y MÉTODOS

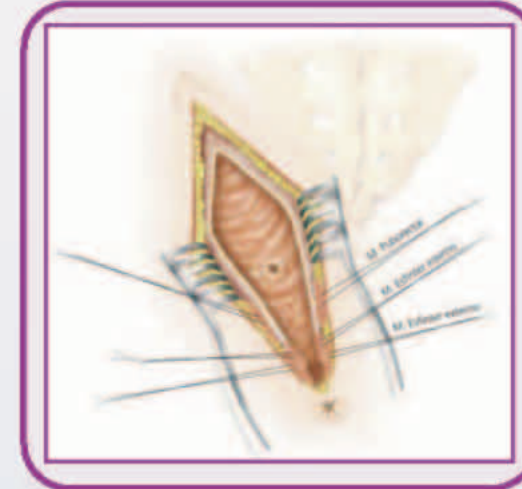
Estudio retrospectivo. Se han incluido todos aquellos pacientes intervenidos de fístula rectouretral tras prostatectomía radical. En todos los casos se realizó la técnica de York Mason tras fracasar el tratamiento conservador. Se han recogido las características clínicas de los pacientes, intervalo diagnóstico-tratamiento, datos relacionados con la intervención quirúrgica, morbilidad y resultado al final del periodo de seguimiento.

Descripción de la técnica
 Los pacientes reciben una preparación mecánica del colon, en caso de que no se haya practicado previamente un estoma derivativo, y profilaxis antibiótica. Realizamos en todos los casos una cistoscopia para identificar la localización de la fístula y su relación con los meatos ureterales. En aquellos pacientes en los que el orificio fistuloso está próximo a uno de los meatos es necesaria la introducción de un catéter ureteral para evitar su lesión durante la reparación.

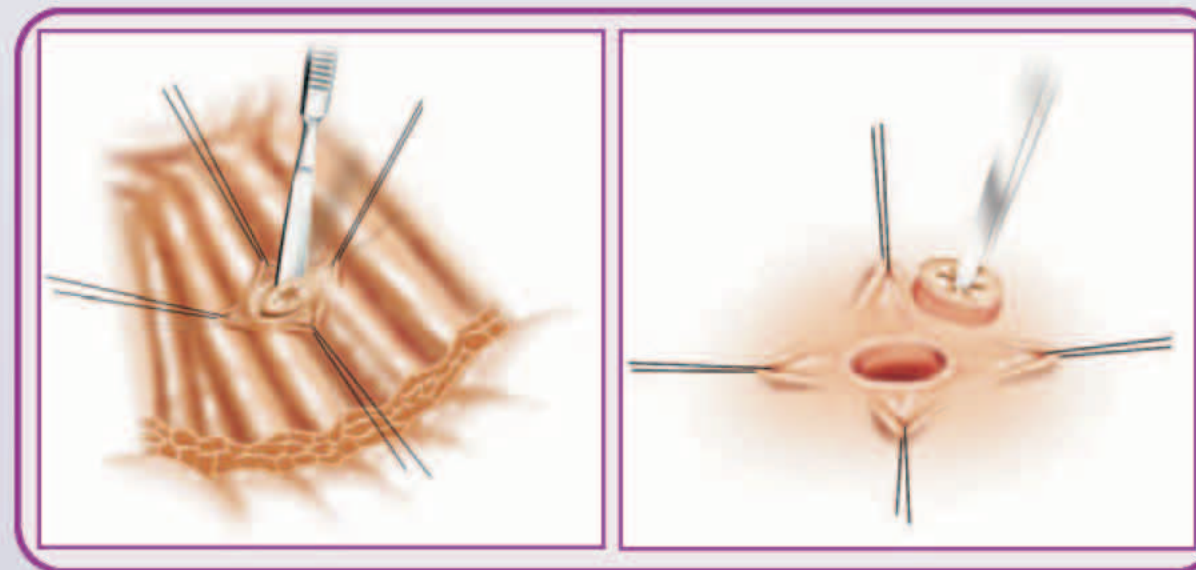
Figura 1
 Posición de navaja. Incisión parasacroccóigea izquierda que se prolonga hasta el margen anal (Figura 1).



Figura 2
 Tras identificar por separado elevador del ano, esfínter externo y esfínter interno se procede a la sección de los mismos. Se expone la cara posterior del recto que es seccionada en sentido longitudinal quedando expuesta la fístula y la salida de orina a través de ella. Utilizamos un separador de Lone-Star para mantener separada la pared rectal posterior.



Figuras 3A y 3B
 A continuación se procede a resecar el trayecto fistuloso y a disecar por separado los bordes de la uretra y de la pared rectal anterior. La pared rectal posterior es cerrada con una sutura continua de Vicryl 3-0. Finalmente se procede a la reconstrucción de las estructuras musculares seccionadas durante el acceso.



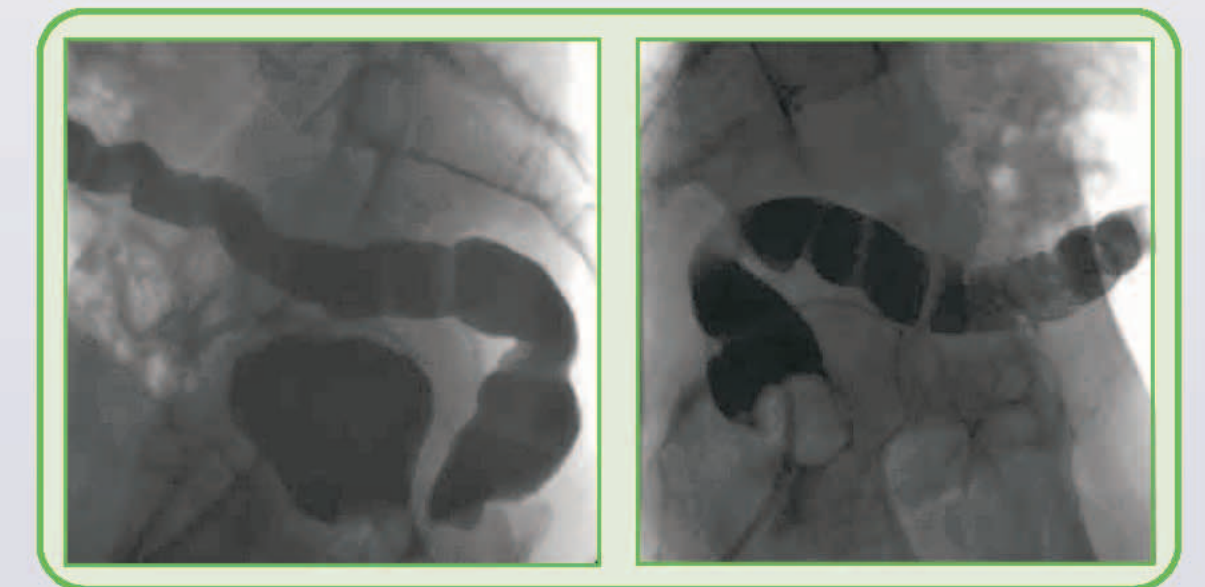
RESULTADOS

Durante los últimos 6 años se han intervenido 5 pacientes. La prostatectomía fue laparoscópica en todos los casos, siendo necesaria la conversión a cirugía abierta en 1 de ellos. En 2 casos se diagnosticó la lesión rectal durante la prostatectomía y se procedió a su reparación, mientras que en los otros 3 la lesión fue inadvertida. Se confirmó la presencia de la fístula mediante cistografía (Figura 4).

Tabla 1. Características de los pacientes y resultados del tratamiento

Edad	Síntomas	Cirugía-diagnóstico (días)	Derivación fecal	Diagnóstico-reparación (meses)	Morbilidad	Recidiva	Seguimiento (meses)
70	Orina por ano	35	Ileostomía	10	No	No	40
63	Orina por ano	25	Ileostomía	9	Dehiscencia de herida	No	36
71	Fecaluria	4	Colostomía	10	Infección herida	No	24
61	Fecaluria	15	Colostomía	5	Dehiscencia de herida	No	8
75	Fecaluria	7	Colostomía	10	Infección herida	No	4

El estoma ha sido cerrado en todos los casos tras la realización de una cistografía y un enema opaco con contraste hidrosoluble para confirmar la correcta reparación de la fístula y la ausencia de dehiscencia en la cara posterior del recto (Figura 5). La continencia es completa en todos los casos.



CONCLUSIÓN

La reparación mediante la vía de abordaje transesfinteriana posterior de York Mason proporciona excelentes resultados en el tratamiento de la fístula rectouretral.