

Cierre espontáneo de la fistula uretrorrectal

Spontaneous Closure of the Urethrorectal Fistula

Aceptado para publicación: junio 2009.

Dres. Militello, José;

Militello, Ignacio.¹

INTRODUCCIÓN

La fistula uretrorrectal es poco frecuente, habitualmente es una consecuencia de lesiones quirúrgicas, traumáticas u otras intervenciones prostáticas como la braquiterapia. También existen casos publicados de fistula uretrorrectal en la enfermedad de Crohn^{7,8}. El cierre espontáneo es raro y generalmente se necesita un abordaje quirúrgico para su tratamiento.

La técnica de *York-Mason* es la más utilizada con resultados excelentes⁶.

Se presenta un caso de una fistula uretrorrectal traumática con cierre espontáneo de la misma.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 68 años de edad con antecedente de prostatectomía radical retropúbica en diciembre de 2005 por adenocarcinoma de próstata *Gleason*⁷. Consulta en la Guardia del Hospital por retención aguda de orina donde se intentó colocar sonda uretral con mandril.

Al ser derivado al Servicio de Urología se realiza una cistografía por la sonda uretral observando el relleno del recto con contraste. Con este hallazgo se decidió realizar una cistostomía más colostomía (Figura 1).

A los seis meses indicamos una cistouretrografía retrógrada de control y constatamos el cierre espontáneo de la fistula uretrorrectal (Figura 2). Posteriormente se diagnosticó una esclerosis del neocuello vesical que se resolvió mediante una resección transuretral.

¹ Servicio de Urología Hospital San Bernardo. Salta, Argentina.

Dr. José Militello
Servicio de Urología Hospital
San Bernardo
25 de Mayo 153
Salta, 4400, Argentina
Tel 0543874220276
josemilitello@hotmail.com
Conflictos de interés: ninguno.



Figura 1.



Figura 2.

DISCUSIÓN

La fístula uretrorrectal es poco frecuente, habitualmente es consecuencia de una lesión quirúrgica, traumática o posterior a la braquiterapia de próstata¹. Anteriormente la causa más común de fístula uretrorrectal era la cirugía de la patología prostática benigna o la biopsia prostática transperineal. El cierre espontáneo es poco probable, por lo que el tratamiento quirúrgico es el recurso más utilizado, existiendo para el mismo distintos abordajes^{2,5}.

Actualmente un mayor número de pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata localizado son tratados con braquiterapia o con la combinación de radioterapia externa y braquiterapia, siendo la complicación más severa luego de estos procedimientos la fístula uretrorrectal³.

Para la resolución quirúrgica una de las técnicas más empleadas es la de *York-Mason* con muy buenos resultados. La serie con mayor número de pacientes fue reportada por *Fengler y col.* en 1998 con 24 casos en 30 años de experiencia. Del total de los casos 18 fístulas ocurrieron como consecuencia de una cirugía prostática y 11 pacientes fueron reparados en un solo tiempo sin derivación urinaria o fecal.

Fueron reparadas en forma satisfactoria 22 de las 24 fístulas y no tuvieron ningún caso de incontinencia fecal o estenosis anal⁶.

Wilbert y col. describieron una técnica menos invasiva en la cual se utiliza la vía transrectal con resección, sutura de la fístula y la vía transuretral con fulguración más la aplicación de fibrina. La casuística es de sólo 2 pacientes con un seguimiento de 18 meses y el éxito en ambos casos².

Culkin y col. reportaron su experiencia inicial con el abordaje transanal, transesfinteriano para la corrección de la fístula uretrorrectal adquirida en 5 pacientes. La edad media fue de 56,6 años (rango 37 a 72). En tres casos la etiología fue la lesión quirúrgica durante la prostatectomía radical, traumática en 1 caso e idiopática en otro. Los 5 pacientes presentaron infección urinaria y neumaturia. El tratamiento conservador fracasó en todos los casos. El tiempo entre el diagnóstico y la corrección quirúrgica de la fístula fue de 4 semanas a 4 años. En los 5 hombres se les realizó la resección y

cierre de la fístula con colostomía. El cierre de la fístula fue del 80% de los casos con continencia urinaria y un adecuado tono del esfínter anal. Un paciente (20%) con antecedente de trauma perineal y proctitis activa recidivó 6 semanas luego de la cirugía. Dentro de las ventajas de esta vía de abordaje se describen el fácil acceso y la mejor identificación del trayecto fistuloso con una buena exposición de los tejidos.⁴

En nuestro caso, la fístula uretrorrectal fue de causa traumática durante el intento de colocación de una sonda uretral en un paciente con esclerosis del cuello vesical posterior a una prostatectomía radical. Durante la revisión de la literatura no encontramos comunicaciones de cierre espontáneo de fístula uretrorrectal a pesar de que el cierre espontáneo es mencionado como poco frecuente en algunos trabajos. En nuestro paciente el cierre espontáneo de la fístula fue probablemente debido al diagnóstico temprano y al tipo de lesión traumática, sin grandes áreas de injuria y desvascularización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bukowski T.P., Chakrabarty A., Powell I.J., Frontera R., Perlmutter A.D. y Montie J.E.: Acquired rectourethral fistula: methods of repair. *J. Urol.* 153:730-733,1995.
2. Wilbert D.M., Buess G. y Bichler K.H.: Combined endoscopic closure of rectourethral fistula. *J. Urol.* 155:256-258,1996.
3. Lane B.R., Stein D.E., Remzi F.H., Strong S.A., Fazio V.W. y Angermeier K.W.: Management of radiotherapy induced rectourethral fistula. *J. Urol.* 175:1382-1388,2006.
4. Culkin D.J. y Ramsey C.E.: Urethrorectal fistula: transanal, transphincteric approach with locally based pedicle interposition flaps. *J. Urol.* 169:2181-2183,2003.
5. Youssef A.H., Fath-Alla M. y El-Kassaby A.W.: Perineal subcutaneous dartos pedicled flap as a new technique for repairing urethrorectal fistula. *J. Urol.* 161:1498-1500,1999.
6. Fengler S.A. y Abcarian H.: The York Mason approach to repair of iatrogenic rectourinary fistulae. *J. Urol.* 159:2267-2268,1998.
7. Paparel P., Francois Y., Lifante J.C., Gilly F.N. y Vignal J.: A case of recto-urethral fistula in Crohn's disease. *Prog. Urol.* 11:331-333,2001.
8. Santoro G.A., Bucci L., Frizelle F.A.: Management of rectourethral fistulas in Crohn's disease. *Int. J. Colorectal Dis.* 10:183-188,1995.