

Tratamiento conservador de fístula uretro-rectal tras absceso prostático

Conservative Treatment of Urethro-rectal Fistula after Prostatic Abscess

Carmen R. Sierra Labarta, Cristina Soler González*, Daniel Sánchez Zalabardo, Álvaro de Pablo Cárdenas, José Ángel Cuesta Alcalá

Servicio de Urología del Hospital Reina Sofía de Tudela, Navarra, España.

* Servicio De Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

INTRODUCCIÓN

Las fístulas uretro-rectales son una patología infrecuente cuyo origen principal es iatrogénico y, en menor medida, se generan de forma secundaria a tumores y a procesos infeccioso-inflamatorios tanto intestinales como urológicos.

A continuación, se describe un caso clínico de fístula uretro-rectal tras absceso periprostático tratada de forma conservadora con buena evolución.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 63 años con antecedentes de trastorno ansioso-depresivo, síndrome de apnea obstructiva del sueño y cirugía de fístula sacrococcígea acude a Urgencias por presentar síndrome febril acompañado de clínica miccional, a pesar de tratamiento con quinolonas en los días previos. Analíticamente, presentaba leucocitosis, función renal normal y, en el sedimento urinario, se detectan proteinuria y macrohematuria.

El paciente ingresa en el servicio de Urología con diagnóstico de prostatitis aguda y, en espera del resultado del hemo y urocultivo recogidos en Urgencias, se pauta tratamiento con un aminoglucósido asociado

a una cefalosporina de tercera generación. Se sustituye por piperacilina/tazobactam luego del resultado del hemocultivo, el cual es positivo para *Peptostreptococcus spp.* El urocultivo es negativo.

El paciente, luego de tres días de ingreso, sigue presentando picos vespertinos de fiebre de más de 38° C y comienza con secreción purulenta por la uretra. Se solicita ecografía abdomino-pélvica, siendo esta normal. Ante la persistencia del síndrome febril a los cinco días del ingreso, así como de la salida del material purulento uretral y de diarrea, se solicita tomografía computarizada (TC) pélvica; en ella, se observa un absceso prostático y periprostático con extensión a planos profundos del periné y raíz del pene.

Posteriormente, se realiza una resonancia nuclear magnética (RNM) en la que se describe una colección dependiente de la vertiente derecha del lóbulo periférico prostático que se extiende hacia el espacio recto-prostático acompañada de una colección localizada en el cuerpo esponjoso del pene sugerente de absceso (Imagen 1).

Se completa el estudio con una cistografía miccional seriada (CUMS) más una uretrografía retrógrada, y en ellas se evidencia la presencia de una fístula uretro-rectal (Imagen 2).

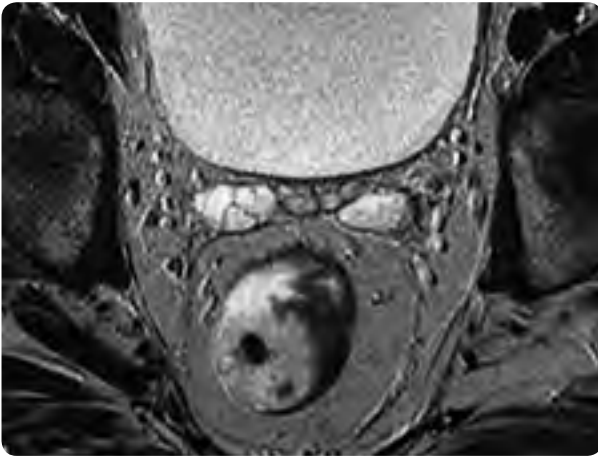


Imagen 1. RNM: colección abscesificada periprostática con extensión a área uretro-rectal



Imagen 2. Uretrografía retrógrada: presencia trayecto fistuloso uretro-rectal

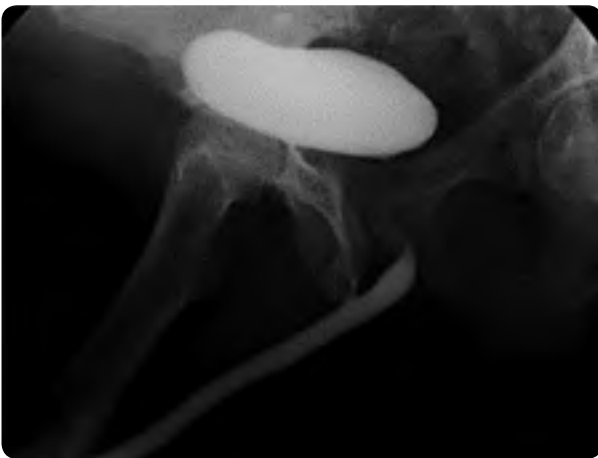


Imagen 3. Uretrografía retrógrada: ausencia del trayecto fistuloso uretro-rectal tras tratamiento conservador

Después de la valoración del paciente por parte del servicio de Cirugía General, se pauta tratamiento conservador con sonda vesical y antibioterapia durante seis semanas, lo que hace ceder el síndrome febril, la diarrea y la secreción uretral purulenta.

En los controles ambulatorios posteriores, el paciente ha requerido de nuevo tratamiento antibiótico ante positividad del urocultivo para *Escherichia coli*, pero en los estudios de imagen realizados mediante RNM y CUMS más uretrografía retrógrada a los tres meses de la retirada de la sonda vesical, ya no presenta el trayecto fistuloso previamente descrito, y la colección se encuentra en remisión (Imagen 3).

DISCUSIÓN

Las fístulas uretro-rectales son poco frecuentes en la actualidad. Su instauración larvada dificulta y retrasa el diagnóstico, lo que conlleva a una disminución de la calidad de vida de los pacientes.

Su origen más frecuente es el traumático, siendo la iatrogénica la causa más común dentro de este grupo. Aparece de forma secundaria a diversas cirugías, como prostatectomía radical, cistoprostatectomía, resección transuretral prostática, cirugía rectal, intervenciones por vía perineal, entre otras¹.

También, pueden presentarse tras tratamiento radioterápico y tras instrumentación uretral. Otras causas menos frecuentes son las neoplasias del aparato genitourinario y digestivo, y las causas de origen inflamatorio o infeccioso, entre las que encontramos los abscesos, la uretritis y la prostatitis².

La presentación de un absceso prostático con fistulización espontánea a órganos vecinos, como uretra, zona isquiorrectal o recto, es actualmente inusual³.

La aparición de diarrea acuosa o de neumaturia deben alertar acerca de la posibilidad de que se haya formado una fístula. La TC, la RNM o la cistografía miccional seriada más la uretrografía retrógrada ayudan a confirmar el diagnóstico y la localización de la fístula⁴.

En ocasiones, el tratamiento conservador mediante la colocación de una sonda vesical es eficaz, por lo que se debe optar como primera medida. El drenaje espontáneo de un absceso prostático a otra cavidad, como el recto

o la uretra, puede conllevar a la resolución del cuadro infeccioso, pero será necesaria la colocación de una sonda vesical o talla suprapúbica para permitir el cierre del trayecto fistuloso.

Si el trayecto fistuloso madura y se epiteliza, su coagulación podría ayudar para que se cerrase de forma espontánea⁵.

El tratamiento quirúrgico de la fistula debe retrasarse hasta que el proceso inflamatorio se haya resuelto por completo, que suele ser, por lo general, a los 4-6 meses. Se puede realizar un cierre por vía transperineal o posterior⁶.

El pronóstico del cierre de la lesión dependerá de su etiología, de su localización, de si el trayecto es único o múltiple, si este es corto o largo, si presenta cavidades interpuestas, o si hay presencia o no de componentes de fibrosis o inflamación⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Thomas C, Jones J, Jager W, y cols. Incidence, clinical symptoms and management of rectourethral fistulas after radical prostatectomy. *J Urol.* 2010; 183(2):608-612.
2. López López C, Romero Maroto J, Gómez Ruíz JJ. Fístula uretro-rectal adquirida: patología poco frecuente. *Arch Esp Urol.* 1995; 48(4):339-342.
3. Ruíz Plazas X, Alonso Rodríguez D, Fernández Barranco L, y cols. Fístula recto-prostática: una presentación inusual de un absceso prostático. *Arch Esp Urol.* 2011; 64(1):59-61.
4. Yu NC, Raman SS, Patel M, y cols. Fistulas of the genitourinary tract: a radiologic review. *Radiographics.* 2004; 24(5):1331-1352.
5. Thompson IM, Marx AC. Conservative therapy of rectourethral fistula: five-year follow-up. *Urology.* 1990; 35(6):533-536.
6. Bukowski TP, Chakrabarty A, Powell IJ, y cols. Acquired rectourethral fistula: methods of repair. *J Urol.* 1995; 153(3 Pt 1):730-733.
7. Nyam DC, Pemberton JH. Management of iatrogenic rectourethral fistula. *Dis Colon Rectum.* 1999; 42(8):994-997; discussion 997-999.