

Tratamiento de fistula vésico-rectal con técnica transrectal-transesfinteriana (York-Mason)

Treatment of vesico-rectal fistula with transrectal-transphincter technique (York-Mason)

Dres. Giúdice, C.(h);

González, M.S.;

Ojea Quintana, G.

Damia, O.

INTRODUCCIÓN

Las fistulas recto-urinarias son complicaciones poco frecuentes. En 1962, durante la Reunión de Urólogos Cirujanos de la Asociación Británica fue motivo de discusión entre *Kilpatrick* y *Thompson* la forma de reparación de las mismas.¹

Antes de 1980 las causas iatrogénicas y accidentales sumaban el 90% de los casos y la mayoría eran a consecuencia de una prostatectomía radical perineal o biopsia prostática.²

En el último tiempo estas fistulas han aumentado a consecuencia de radioterapia y braquiterapia con altas dosis y a causa de prostatectomías radicales abiertas y laparoscópicas.³

Actualmente se observan estas lesiones en un 1 a 11% en prostatectomías radicales retropúbicas y perineales, y entre 0,4 y 8,8% en braquiterapia, dependiendo si ésta es de salvataje o como primer tratamiento de cáncer de prostata.⁴

Las fistulas post-radiación son más complejas y suelen asociarse con complicaciones uretrales y del esfínter anal.

Se presentan en la clínica con pérdida de orina por recto en el 90% de los casos, el 40% presentan neumatúria y fecaluria y un pequeño porcentaje tienen infecciones urinarias por múltiples organismos.

DIAGNÓSTICO

La cistouretrografía, junto con la cistouretroscopia con examen digital rectal simultáneo confirman la presencia y sitio de la fistula y la sigmoidoscopia localiza el nivel de la lesión rectal, descarta la presencia de otras patologías asociadas y confirma la indemnidad del esfínter anal.

Existen varias técnicas quirúrgicas, demostrando que no existe una ideal. La técnica depende de la preferencia del cirujano, la etiología y el nivel de la lesión.

Presentamos un caso en el que se realizó la técnica transrectal-transesfinteriana descripta por *York-Mason* para la reparación de estas fistulas.

CASO CLÍNICO

Paciente de 63 años, sexo masculino al que se le realizó una Adenomectomía Suprapúbica por un adenoma de próstata en octubre de 2001. El paciente evoluciona con una fistula recto-urinaria al tercer día, manifestándose por la presencia de contenido entérico en la bolsa de orina.

A los 10 días se le realizó una colostomía e intento de reparación de la fistula por vía

transabdominal, quedando derivado con una sonda vesical y talla suprapúbica.

La fistula recidivó inmediatamente por lo que quedó con las derivaciones urinarias e intestinal hasta abril de 2002 cuando se intentó nueva reparación por vía transbdominal.

A los pocos días de la intervención reapareció la fistula.

En el mes de enero de 2003 es derivado al HIBA. Al examen físico se observaba colostomía con buen funcionamiento, y talla vesical y sonda permeables.

Se solicitó una Cistouretrografía, en donde se observó durante el llenado vesical con contraste, el pasaje del mismo hacia recto. (Figura 1)

Se realizó una Videouretrocistoscopia donde se visualizó una zona anfractuosa y con fibrina en la línea media, sobre el trigono, sin compromiso de los meatos

ureterales. Durante el estudio se realizó tacto rectal logrando identificar la lesión a unos 7 cm del ano.

También se lo evaluó con Uro-Tomografía con reconstrucción 3D en donde se observó el trayecto fistuloso desde la base de la vejiga hacia el recto, sin haber colecciones ni líquido en pelvis. (Figura 2)

Descartando la vía transabdominal por haber sido utilizada en dos oportunidades previas optamos por el abordaje transrectal-transesfinteriano de *York-Mason*. La cirugía se realizó en mayo de 2003.

Se colocó al paciente en posición de V invertida o Navaja. (Figura 3)

Se separaron los glúteos con cintas adhesivas y luego de antisepsia y colocación de campos se realizó una incisión de la piel desde la articulación sacro-iliaca izquierda hasta el orificio anal. (Figura 4) Se fue incidiendo el tejido celular subcutáneo y luego los planos



Figura 1

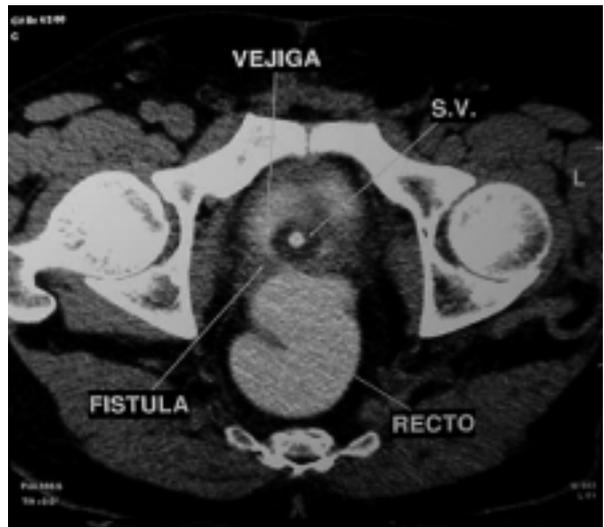


Figura 2



Figura 3



Figura 4

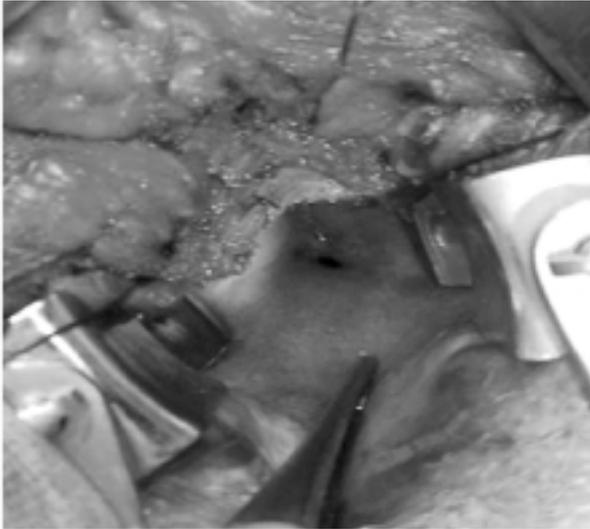


Figura 5



Figura 6



Figura 7

musculares (esfínter externo y esfínter interno), teniendo la precaución de reparar los mismos para su posterior reconstrucción. Se debió seccionar el coxis para mayor exposición. Una vez seccionados los músculos se procedió a la apertura de la pared posterior del recto, con lo cual se accedió con gran facilidad a la fistula. (Figura 5). Se seccionaron y resecaron los bordes de la misma y el trayecto fistuloso y se cerró la fistula en 3 planos con puntos de Vicryl 3/0 por separado. Una vez reparada la lesión se reconstruyó la pared rectal con sutura reabsorbible y el esfínter anal guiados por los repa-

ros previamente colocados. Se cerró piel con sutura continua reabsorbible.

El paciente permaneció internado durante 3 días luego de los cuales fue dado de alta.

Luego de los 30 días post-procedimiento se realizó una cistografía en donde se vio buen llenado vesical sin presencia de fugas de contraste. (Figura 6)

Se solicitó además un colon por enema observándose el llenado de la ampolla rectal y el recto sin pérdidas de contraste. (Figura 7)

Se realizó el cierre de la colostomía en agosto de 2003. El paciente quedó con continencia completa a sólidos, líquido y gas.

El paciente se encuentra en la actualidad orinando en forma espontánea y con continencia fecal completa.

DISCUSIÓN

Existen varias técnicas para la reparación de las fistulas recto-urinarias. La elección de la misma dependerá de la preferencia del cirujano, de la ubicación y de la existencia de intentos de reparación previos.

Esta técnica tiene la ventaja de ofrecer una rápida exposición con un amplio espacio de trabajo y baja morbilidad. Pero presenta como desventaja la imposibilidad de interponer tejidos entre las líneas de sutura.

Lo más importante en esta técnica es la reparación cuidadosa de los grupos musculares del esfínter anal, ya que esto permitirá una continencia completa.

El control de los sólidos se ve en 2-3 semanas, siendo para los líquidos y gas de 3-6 semanas.⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. Kilpatrick FR., York Mason A.: Post-Operative recto-prostatic fistula. Read at the Twenty-fifth Annual Meeting of the British Association of Urological Surgeons in London.
2. Vidal Sans J., Pedorta J. P., Teigel J.P. y col.: Management and treatment of eighteen rectourethral fistulas. *Eur Urol*, 11: 300; 1985.
3. Olsson C.A., Willscher M.K., Krane R.J. y col.: Management of Prostatic fistulas. *Urol Survey*, 25: 135; 1976.
4. Zinman L.: The Challenge of the Complex Recto-Urethral Fistula: Algorithm of Management. *AUA News*, 47-48 Jan/Feb 2003.
5. Stephenson R.A., Middleton R.G.: Repair of rectourinary fistulas using a posterior sagittal transanal transrectal (modified York Mason) approach: an update. *Jour Urol* 155: 1989-1991; 1996.
6. Gecelter Louis: Transanorectal Approach to the posterior urethra and bladder neck. *Jour Urol*, 109: 1011-1016; 1973.
7. Bukowski T.P., Chakrabarty A., Powell I. J., Frontera R. y col.: Acquired rectourethral fistula: methods of repair. *Jour Urol*, 153: 730-733; 1995.