

---

## FISTULA CAPSULO-RECTAL POSADENOMECTOMIA PROSTATICA TRATAMIENTO QUIRURGICO

Dr. Bilenca, Oscar - Dr. Giúdice, Carlos - Dr. García Freire, José Miguel

---

### Conclusiones

*Frente a la presencia de fistulas urológicas que comunican con el recto, cualquiera sea su etiología: congénitas, traumáticas, adquiridas o iatrogénicas, debemos tener en cuenta la posibilidad de utilizar la rectotomía posterior como vía de abordaje para su solución.*

La rectotomía posterior con o sin sección del esfínter anal (operación de Bevan o sus modificaciones de Davis y Crossly), es una vía de abordaje útil para cierto tipo de lesiones proliferativas del recto medio.

En la esfera urológica, es dado ver esporádicamente fistulas vesíco-rectales, uretro-rectales o cápsulo-rectales. El tratamiento quirúrgico de estas fistulas por las vías de acceso abdominal, perineal o endoanal es a veces problemática. Es nuestro propósito enriquecer las posibilidades del tratamiento quirúrgico de estas comunicaciones anómalas utilizando la rectotomía posterior, como sucedió en nuestro caso que motiva la presente comunicación.

### Clínica

Los enfermos consultan por presentar neumatúria, fecaluria o intensa disuria secundaria a la infección, consecuencia del pasaje del contenido intestinal al árbol urinario.

El caso que nos ocupa es el siguiente:

Enfermo de 57 años, del sexo masculino, H. C. Nº 65047, a quien el 7/10/74 se le efectúa adenomectomía prostática transcapsular (operación de Millin) por adenoma de próstata.

El 31/3/76, motivado por proceso supurado de la celda prostática, se reinterviene por vía hipogástrica, efectuándose "toilette" del cuello vesical y colocación de sonda Foley por uretra; 15 días después presenta pseudo-diarrea, neumatúria y fecaluria. Se comprueba, por la clínica, la radiología y la endoscopia urológica y rectal la presencia de una fístula cápsulo-rectal.

El 6/7/76 se efectúa colostomía transversa debido a la sepsis urinaria. El 20/7/76 se realiza por vía endoanal el descenso de la mucosa rectal para desconectar la fístula, 20 días después al retirar la sonda de Foley recidiva el pasaje de orina al recto.

El 6/12/76 se efectúa plástica de la fístula cápsulo-rectal por vía transrectal posterior que motiva esta presentación.

El 11/2/77, previo estudio cistourográfico que demuestra la curación de la fístula, se efectúa el cierre de la colostomía transversa.

### Técnica de la rectotomía posterior

- 1) Limpieza del colon por medio de enemas evacuantes repetidas.
- 2) Anestesia peridural o general.
- 3) Decúbito ventral con elevación de la pelvis.
- 4) Incisión en el pliegue interglúteo desde el hiato sacrococcígeo hasta 2 cm del borde posterior del ano.
- 5) Apertura del rafe anococcígeo, extirpación del cóccix, sección de la unión de los elevadores en el rafe posterior.
- 6) Movilización del recto en forma amplia lateralmente y en la cara posterior, despegándolo del sacro.
- 7) Apertura longitudinal del recto.
- 8) Tratamiento de la lesión causal:
  - a) localización de la fístula;
  - b) resección del trayecto;
  - c) disección del plano de clivaje cápsulo-rectal;
  - d) cierre longitudinal de la cápsula con Dexon 0000;
  - e) plicatura de la mucosa rectal con Dexon 0000.
- 9) Cierre del recto con puntos separados, puntos invaginantes con lino 100, drenaje de la Lodge bilateral.
- 10) Sutura de la piel a puntos separados y distantes.

El posoperatorio en general es bien tolerado, se retiran los drenajes después del 5º día. Es conveniente cobertura antibiótica, durante 1 semana.