

## FISTULA PROSTATORRECTAL - SU SOLUCION

Dr. Ruiz, Roque (\*) - Dr. Rebaudi, Sergio (\*\*) - Dr. Chenadenic, Enrique (\*\*\*) - Dr. Martínez, Miguel Angel (\*\*\*\*)  
Dr. Abriata, Rubén Osvaldo (•) - Dr. Correa, Carlos Alberto (■)

### Resumen

Se presentan 2 casos de fistula prostatica; se comenta su etiología, cuadro clínico y tratamiento de la afección.

### Introducción

Es motivo de la siguiente comunicación, el presentar 2 casos de fistula prostatica, posadenomectomía. Ambos pacientes derivados del interior, después de haberseles realizado varios intentos de curación, que no tuvieron éxito.

La extirpación del adenoma a tijera, por la presencia de tejido fibroso cicatrizal, o por focos de degeneración malignos, puede favorecer la lesión del recto, que por otra parte no se encontró relatada nunca. Pero, en cambio, la mayoría aparecen luego de adenomas laboriosos en su extirpación, haciendo posible su desgarramiento, juntamente con los vasos capsulares que lo irrigan. Aparecen así zonas isquémicas que hacen disminuir la vitalidad de los tejidos, llegando a la necrosis y creando comunicaciones al exterior u otros órganos. Una vez instalada la comunicación entre la Loge prostática y el recto, su evidencia es la presencia de materias fecales en orinas, así como también el paso de orina al recto.

La radiografía con sustancia contrastada pone de manifiesto la topografía de la comunicación. El simple tacto rectal revela, generalmente, sobre la cara anterior del recto, una zona indurada y umbilicada, que con la importante ayuda de la rectoscopia y la panendoscopia completa el estudio. Lo curioso, que ante tanto cáncer de próstata y viceversa para otros tanto de recto, es muy raro encontrar comunicación, dado que la existencia de la aponeurosis prostatica, es una fuerte barrera que se opone al crecimiento por continuidad del cáncer.

Seguindo a Hapmton y Bacon, repetimos los principios básicos para la reparación:

- 1) preparación intestinal;
- 2) antibioticoterapia dirigida;
- 3) derivación urinaria;
- 4) corrección de estrecheces ureterales distales a la fistula;
- 5) derivación fecal colostomía;
- 6) movilización amplia de estructura perifistulosa;
- 7) excisión del tracto fistuloso y tejido fibroso;
- 8) avasamientos de los labios de la fistula;
- 9) cierre preciso del orificio ureteral;
- 10) sonda rígida en uretra como guía en el acto operatorio;
- 11) interposición de tejidos entre uretra y recto;
- 12) drenaje perineal;
- 13) cierre de talla vesical a 15 días.

Estos parámetros los tenemos en cuenta en todos los preoperatorios de estas fistulas, pero nunca en forma rígida, ya que existen ciertas excepciones.

### Material y métodos

En los meses de junio y agosto de este año se presentaron 2 pacientes portadores de fistula prostatica, posadenomectomía transvesical.

(\*) Jefe de Servicio de Urología.

(\*\*) Médico de Staff y Presidente Sociedad Argentina de Urología.

(\*\*\*) Médico de Staff del Servicio de Proctología.

(\*\*\*\*) Jefe del Servicio de Proctología.

(•) Médico Residente de Urología.

(■) Médico Concurrente de Urología.

**Caso Nº 1.** T. S., 69 años de edad, H. C. 154808, derivado del interior, operado hacía 2 años de adenoma de próstata. En posoperatorio muestra fistula uretrorrectal, realizándose colostomía y plástica vesicouretral, por vía perineal que fracasó, lo que motiva su traslado a nuestro servicio. Paciente que ingresa en buen estado general; se realizan estudios preoperatorios. Valoración cardiológica, clínica, nefrológica, complementándose con U. E., fistulografía y panendoscopia, mostrando esta última orificio en cara inferior de Loge prostática de 1 cm x 1/2 cm, de forma igual en rectoscopia.

Se consulta con el servicio de proctología, decidiéndose realizar la operación en equipo. Se opera el 7/7/77 con operación de Bevan: posición decúbito ventral, quebrado a nivel de la pelvis y formando un ángulo de 90°, entre el tronco y los miembros inferiores. Incisión longitudinal mediana en la región sacrococcígea de tercera sacra, hasta 1 cm por encima del ano, sección del rafe ano coccígeo hasta el esfínter del ano. Se reseca el cóccix, se decide la sección del esfínter anorrectal, reparando los extremos musculares, amplia movilización del recto por sus caras laterales, rectotomía por su cara posterior, amplia liberación de los bordes de la fistula y resección de la misma. Cierre de Loge en un plano y cierre de pared anterior de recto en dos planos, cierre de cara posterior de recto en dos planos, uno perforante total con catgut 00 y siguiendo muscular con lino 100. Reparación del esfínter anorrectal, afrontándose los dos cabos musculares con catgut cromado 00. Luego cierre por planos, dejando drenajes laterales. En el mismo tiempo se realiza talla vesical y no se deja sonda por uretra. Paciente con muy buena evolución, a los 25 días se retira sonda Pezzer, la cistostomía cierra a los 5 días, aparece una pseudocontinencia de orina que se trata con A. T. B., buen tonismo de esfínter anal. Paciente que pasa al servicio de proctología para cierre definitivo de colostomía, dándose el alta con muy buena evolución.

**Caso Nº 2.** L. B., de 67 años, H. C. 15804, paciente del interior, polaco, operado en 1975 de adenoma de próstata; al 10º día se observa pérdida de orina con materias fecales. En el lapso de 2 años se realizan tres operaciones por vía perineal que fracasan. Se deriva a nuestro servicio, paciente en regular estado general y con colostomía; se realizan los mismos estudios que en el primer caso, encontrándonos con la sorpresa que al tacto rectal se palpa enorme orificio fistuloso de 3 x 2 cm, que se puede tocar con facilidad la cara posterior del pubis. Se consulta con el servicio de proctología, dado lo alterado de la topografía, las condiciones del paciente después de tres operaciones, se decide realizar derivación urinaria definitiva. Se opera el 11/10/77. Incisión mediana infraumbilical, una vez en prevesical, se libera vejiga por debajo de pubis, se abre vejiga en cara anterior, se observa fistula que llega de barra ureteral hasta uretra membranosa, sección de la cara anterior de la cápsula prostática en toda su circunferencia, separación de la vejiga, cierre de brecha vesical y rectal, pues es casi imposible de separar. Se eleva vejiga a espacio supra-vesical y se coloca sonda Pezzer, haciendo derivación definitiva mediante talla, previa sutura de vejiga en dos planos.

---

Paciente que en posoperatorio inmediato, sufre cuadro séptico, que se trata enérgicamente con A. T. B., mejorando y en condiciones de ser pasado al servicio de proctología para cierre definitivo de colostomía.

### Comentarios

Se presentan 2 casos de fístula prostaticorrectal, posadenonectomía transvesical. El primer caso, paciente del interior, que nos llega con colostomía transversa y un intento de plástica uretrorrectal que fracasó. Aquí como en todos los casos de fístula urinario-rectales, realizamos estudios juntamente con el servicio de proctología. Debido al pequeño orificio fistuloso y al buen estado general del paciente, se decide realizar con dicho servicio la operación de Bevan, tal como la describiera el autor. Consideramos esta vía de excepción para el urólogo, pero que tiene su buena indica-

ción para el proctólogo, cuando éste debe enfrentar con la patología ubicado en el recto medio y alto.

El segundo caso, también paciente del interior, con colostomía transversa y tres intentos de plástica, por vía perineal y en regular estado general, con enorme comunicación vesicorrectal, que al tacto se podía tocar con facilidad cara posterior de pubis. Llegamos al acuerdo con proctología de no realizar la operación de Bevan, debido al estado del recto, después de tres intervenciones y el estado general del paciente. Se decidió hacer una derivación definitiva. Por el mismo estado del paciente no realizamos la operación de Bricker y preferimos separar vejiga de recto y uretra, para abocarla a piel, mediante una cistostomía simple. En ambos casos se observaron buena evolución posoperatoria con cierre de colostomía en un caso y en breve a realizarse en el otro.

### Bibliografía

1. Dr. Galván, Eduardo: "Fístula vesicorrectal. Operación de Bevan". Bol. de la Soc. de Cirugía de Rosario, vol. 36, 1969.
2. "Estudio estadístico de fistulas enterogénicas". 1ª Cátedra de Clínica Ginecológica, Bs. Aires, 1965, vol. 10, Nº 6.
3. Dr. Carriz, Roberto: "Fístula recto uretral. Trat. Quirúrgico". Semana Médica, 1137, pág. 248, 251, 1967.
4. "Fístula uretro-rectales". Congreso, 5 casos. Revista Urología Rosario, Nº 4, pág. 159, 170, 1964.
5. Dres. Ghonadenc, E.; Martínez, M., y col.: "Rectotomía posterior. Op. de Bevan. Nuestra experiencia".
6. "Fístulas urogenitales iatrogénicas". R. S. Ob. y Ginecología, 53, Nº 735, pág. 295, 1974.
7. Sánchez, S. L.: "Fístula recto uretral y enfermedad del cuello vesical". Congreso Americano y Argentino de Urología. 474, 476, 1958.