

## Fístula próstato-rectal con estenosis de uretra posterior por impacto de arma de fuego: resolución quirúrgica

### Prostato rectal fistula with posterior urethral stenosis due to gun shot: surgical repair

Dres. Rizzo, M.;  
Chéliz, G.;<sup>1</sup>  
Belinky, J.;  
Vaquer, N.;  
Rey, H.;  
Fredotovitch, N.

#### INTRODUCCIÓN

Las fistulas próstato-rectales con estenosis de uretra posterior por impacto de arma de fuego son de observación más que ocasional. La pérdida de sustancia, las extensas áreas de fibrosis, la desvitalización de los tejidos y la pérdida de función de las estructuras comprometidas son la regla. La transferencia de colgajos miocutáneos permite aportar volumen tisular y disminuir la incidencia de la recurrencia de la estenosis o la fístula.

Describimos la transferencia de un colgajo muscular de recto interno<sup>1</sup> como soporte de una resección-anastomosis primaria y cierre primario de la fístula.

#### CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de sexo masculino, de 30 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia. Presentó en septiembre de 2000 una herida de arma de fuego (escopeta), a corta distancia (menos de un metro), con orificio de entrada en la región perineal. Las consecuencias inmediatas fueron la orquiectomía izquierda por destrucción testicular, lesión del esfínter anal y recto, lesión de la uretra posterior y del pico prostático. Se realizó en agudo derivación fecal y urinaria (colostomía y talla vesical).

Los estudios posteriores del tubo digestivo confirmaron la lesión de ambos esfínteres anales (ecografía endorrectal) y la manometría anorrectal informó hipotonía del esfínter con preservación de la contracción voluntaria.

Recibimos al paciente en julio de 2004 con diagnóstico de estenosis de uretra posterior, fístula próstata-rectal y litiasis vesical. Los estudios preoperatorios realizados fueron cistouretrografía y uretrografía retrógrada (Figura 1) y uretroscopia que confirmaron el diagnóstico inicial.

En noviembre de 2004 se realizó una resección-anastomosis primaria con resección del trayecto fistuloso, cierre rectal y transferencia de un colgajo de recto interno del miembro inferior izquierdo.

#### Descripción de la técnica quirúrgica

Con el paciente en decúbito dorsal, ligera rotación externa y flexión a 30 grados del miembro inferior izquierdo se marca cuidadosamente una línea que se extiende del tubérculo del pubis al cóndilo interno de la rodilla. Dicha línea denota la incisión a realizar en el miembro inferior destinada a la rotación del colgajo muscular de recto interno. A continuación se coloca al paciente en posición de litotomía extrema.

Departamento de Cirugía,  
División Urología,  
Hospital General de Agudos Carlos  
G. Durand, Buenos Aires,  
Argentina.

<sup>1</sup> Sector Cirugía Reconstructiva  
Genital  
gcheliz@yahoo.com.ar

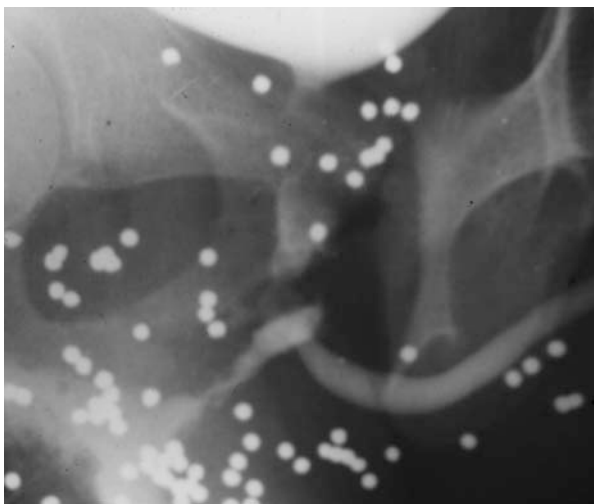


Figura 1. Cistouretrógrafa preoperatoria



Figura 2. Colgajo de músculo recto interno.

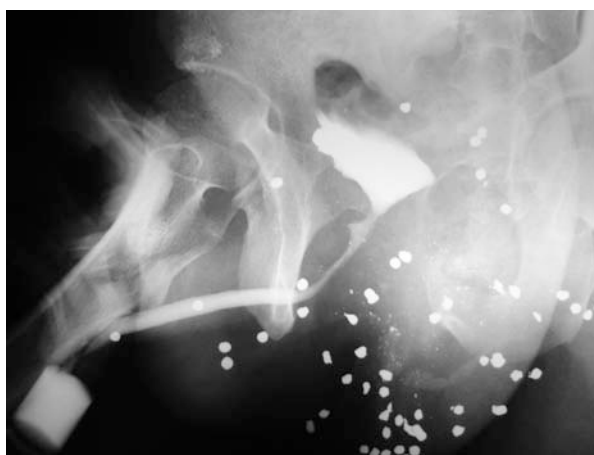


Figura 3. Cistouretrógrafa retrógrada postoperatoria

El procedimiento quirúrgico realizado puede dividirse en cuatro tiempos:

- a. Tiempo perineal posterior, destinado al tratamiento de la fistula.
- b. Tiempo perineal anterior (ventral a los transversos del perineo) destinado a la realización de la uretroplastia .
- c. Tiempo periférico destinado a la transferencia del recto interno izquierdo al perineo posterior (Figura 2).
- d. Cistolitotomía a cielo abierto.

En el tiempo perineal posterior se realiza un abordaje supraesfinteriano del recto para evitar aumentar lesión adicional del complejo esfinteriano. Se disecciona la cara posterior del recto, se identifica el orificio rectal que se amplía y se cierra en dos planos. Se abandona el perineo posterior, se prolonga la incisión en sentido ventral y se realiza una resección-anastomosis de la uretra posterior sobre catéter 14 F. Se extrajo el taco del proyectil y varios perdigones. Como era de esperar la fibrosis extensa con un callo fibroso denso fue el problema a resolver.

Se otorga el egreso hospitalario al séptimo día postoperatorio.

Extracción de la sonda vesical a los 21 días postoperatorios. Comprobada la indemnidad de la uretra (Figura 3), ausencia de pérdida de orina por recto y calibre miccional adecuado, se retiró la talla vesical a los 30 días.

Actualmente el paciente se encuentra con buena evolución postoperatoria, es decir con buen calibre miccional, sin derivación urinaria, contiene orina, sin recidiva de la fistula, urocultivos negativos, y sin compromiso funcional del lecho dador (Miembro inferior izquierdo).

## DISCUSIÓN

La experiencia obtenida en prostatectomías radicales perineales<sup>2</sup> y en este paciente en particular, y la lectura de la bibliografía consultada nos permiten realizar los siguientes comentarios:

### a. Tiempo perineal posterior

Los abordajes descriptos al perineo posterior son tres: 1) subesfinteriano o de Belt, 2) transesfinteriano o de Hudson y 3) supraesfinteriano o de Young<sup>3</sup>. Dejando de lado las ventajas y desventajas de cada uno, en este caso en particular la única opción posible es el abordaje supraesfinteriano. ¿Por qué? Porque el abordaje trans o infraesfinteriano con interposición de recto interno ne-

cesariamente comprometen la continencia fecal de cualquier paciente, y en este caso en particular, en un paciente con lesión del complejo esfinteriano anal, difícil o impide una mioplastia del esfínter con recto interno contralateral.

Habitualmente el "lado urinario" de la fistula es invisible o difícilmente identificable como en nuestro caso. Es por esto que nos limitamos a tratar el lado rectal de la fistula: reavivando los bordes del orificio rectal. La interposición de tejidos es fundamental para evitar la recidiva de la fistula, en un terreno signado por la fibrosis y la destrucción de las estructuras afectadas.

### **b. Tiempo patelar**

Es fundamental identificar los tres componentes de la pata de ganso por medio de la exploración del extremo distal de la incisión. Una vez identificada, se reconoce un elemento carnososo-muscular (el sartorio), un elemento tendinoso acintado (el semitendinoso) y un elemento acordonado, el más ventral de los elementos de la pata de ganso (el recto interno)<sup>4,5</sup>. Una vez identificado el recto interno la disección en sentido cefálico es sencilla. El pedículo principal se encuentra a 8 a 10 centímetros de la espina del pubis, emergiendo constantemente del aductor mayor o entre los aductores mediano o mayor, y penetrando la cara posterior del músculo<sup>6</sup>. Los elementos vasculares que penetren la cara posterior del recto interno en sus dos tercios distales o que aborden el mismo a través del borde anterior pueden ser seccionados sin comprometer la vitalidad del colgajo<sup>7</sup>. Es recomendable la sección del nervio que penetra juntamente con el pedículo principal.

### **c. Impacto de arma de fuego**

La munición de la escopeta presenta características que le son propias: el disparo a corta distancia es particularmente destructivo, porque la masa del proyectil está constituida por la sumatoria de las masas de todas las municiones, y por ser un disparo "especialmente sucio". En este caso extrajimos el "taco" del perineo anterior conjuntamente con un sin-número de municiones. La fibrosis del terreno comprometido es más que notoria. No obstante, no es necesario ni posible extraer todas las municiones, aunque se han comunicado casos esporádicos de saturnismo crónico.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Orticochea M.: The musculocutaneous flap method: An immediate and heroic substitute of the method of delay. *Brit. J Plast. Surg.* 25: 106-110, 1972.
2. Chéliz, G. M. J; De La Torre, C. G; Graziano, y col: Prostatectomía radical perineal en el tratamiento del adenocarcinoma de próstata: evolución temprana. *Rev. Arg. de Urol.* (1990); 64 (3): 135-141, 1999.
3. Iselin CE, Robertson JE, Paulson DF: Radical perineal prostatectomy: oncological outcome during a 20-year period. *J Urol.* 161 (1): 163-168, 1999.
4. Blanco Diez, A. Iatrogenic prostatic fistula. Use of gracilis muscle pedicled flap for its reparation. Presentation of two cases. *Actas Urol Esp.* 28 (6): 466-471, 2004. Spanish.
5. Loughlin K.: The use of a rectus muscle flap in the repair of prostatic fistula. *J Urol.* 166 (2): 620-621, 2001.
6. Beneventi FA.: Rectal flap repair of prostatic fistula. *Surg Gynecol Obstet.* 133 (3): 489-492, 1971.
7. Zmora O.: Gracilis muscle transposition for iatrogenic rectourethral fistula. *Ann Surg.* 237 (4): 483-487, 2003.