

Interposición de músculo grácil para reparar fístula rectouretral. Informe de un caso

Quintín Héctor González-Contreras, Jesús Alberto Bahena-Aponte, Enrique Salinas-Aragón, Alejandra Jiménez-González, Gilberto González-Longoria

Resumen

Introducción: Las fístulas rectouretrales son poco comunes y representan un reto en su tratamiento. Las causas iatrogénicas son generalmente el resultado de cirugías prostáticas, uso de radioterapia o, en raras ocasiones, de cirugías rectales. Son diversas las opciones terapéuticas propuestas, entre ellas la interposición del músculo grácil, con la que Nyam informó un índice de curación de 100% con seguimiento a corto plazo.

Caso clínico: Hombre de 58 años de edad con fístula rectouretral iatrogénica, secundaria a prostatectomía radical, a quien se le realizó interposición de músculo grácil y colostomía de protección; a las ocho semanas posoperatorias y con la colostomía ya cerrada sin evidencia de recurrencia.

Conclusiones: Es factible el uso de músculo grácil para reparar fístulas rectouretrales, el procedimiento requiere una atención multidisciplinaria, con buenos resultados en un seguimiento a corto plazo.

Palabras clave: Fístula rectouretral, grácil.

Abstract

Background: Rectourethral fistula is a rare disease with a difficult surgical treatment. The etiology of rectourethral fistula is iatrogenic, secondary to prostate surgery, pelvic radiotherapy and a rare complication of rectal surgery. Surgical treatment options for rectourethral fistula are diverse. Interposition of gracilis muscle has a curative index of 100% with close surveillance, as reported by Nyham.

Clinical case: We present a case of a 58-year-old male with iatrogenic rectourethral fistula secondary to radical prostatectomy and who was treated with interposition of the gracilis muscle. Eight weeks after surgery and with colostomy closed, no evidence of recurrence was detected.

Conclusions: Interposition of the gracilis muscle requires a multidisciplinary approach and demonstrates good short-term results.

Key words: Rectourethral fistula, gracilis.

Introducción

Las fístulas rectouretrales son poco comunes y representan un reto en su tratamiento. Estas fístulas pueden ser de etiología congénita, traumática, neoplásica, infecciosa, inflamatoria o iatrogénica.

Las fístulas rectouretrales de causa iatrogénica son generalmente el resultado de cirugías prostáticas, uso de radioterapia y, en raras ocasiones, de cirugías rectales.¹ El diagnóstico se puede realizar mediante historia clínica y exploración física completas en 94% de los pacientes¹ y se puede confirmar mediante uretrografía retrógrada.

El tratamiento de las fístulas rectouretrales es diverso: puede ser conservador (manejo con antibióticos), con colostomía como manejo inicial, reparación transanal, resección anterior baja y anastomosis coloanal e interposición del músculo grácil. En cuanto a esta última alternativa de tratamiento se trata de una técnica inicialmente aplicada para la incontinencia anal por Pickrell² y que posteriormente fue utilizada para el tratamiento de fístulas rectouretrales por Nyam y sus colaboradores,¹ quienes informan un índice de curación en 100% de tres pacientes estudiados con seguimiento a corto plazo. En nuestra experiencia hemos realizado la interposición de músculo grácil para el tratamiento de fístulas rectovaginales y anorrectales complejas recurrentes con un grado de cicatrización de 100% tras la falta de datos de recurrencia durante un seguimiento a corto

Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Secretaría de Salud, México, D. F.

Correspondencia:

Quintín Héctor González-Contreras.

Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Vasco de Quiroga 15, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, 14000 México, D. F.

Tel.: (55) 5487 0900. Fax (55) 5573 9321.

E-mail: quinhec@hotmail.com; jesusbahena10@hotmail.com

Recibido para publicación: 28-05-2010

Aceptado para publicación: 12-01-2011

plazo.³ Resultados similares han informado MacRae,⁴ Zmora⁵ y Rabau.⁶

El caso aquí descrito es el primero tratado con este procedimiento en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” y posiblemente en México.

Caso clínico

Hombre de 58 años de edad con fístula rectouretral iatrogénica, secundaria a prostatectomía radical suprapúbica por adenocarcinoma intracapsular de próstata, con antecedente de cierre primario de la lesión del recto y colostomía en asa. A través de un colon por enema con medio de contraste hidrosoluble se documentó fístula rectouretral de 3 mm de diámetro y 1 mm de longitud. Con el ultrasonido endoanal no se identificó evidencia de invasión ganglionar por lo que, mediante acceso perineal, se realizó el cierre de la fístula rectouretral y la reconstrucción de la zona con interposición del músculo grácil izquierdo. A las dos semanas y sin cierre de colostomía el paciente cursaba sin recurrencia.

Técnica quirúrgica

Con el paciente en posición de litotomía modificada se realizó una incisión perineal y se disecó un plano entre el esfínter anal externo y la uretra; se identificó el trayecto fistuloso y se dismanteló la fístula. Se continuó la disección 2 a 3 cm por arriba del sitio de la fístula, creando un lecho para el músculo grácil vascularizado, el cual fue identificado mediante una incisión longitudinal a lo largo de la parte interna del muslo (figura 1); el tendón fue desinsertado, disecado y liberado proximalmente de tal forma que se creó un túnel entre la piel y el periné para llevar el músculo grácil al lecho, entre el recto y la uretra (figuras 2 y 3). Se colocó un sistema de drenaje tipo Blake de 10 mm y fueron cerradas las incisiones de la piel. Con seguimiento a través de la consulta externa dos meses después no se identificó evidencia de fístula mediante colon por enema, motivo por el cual se programó cierre de la colostomía de protección previamente realizada (figura 4). Tres meses después el paciente presentaba buena evolución sin evidencia de recidiva de la fístula.

Discusión

El problema de la reparación de las fístulas rectouretrales iatrogénicas incluye un difícil acceso secundario a cirugías previas y, en algunos casos, al antecedente de radioterapia. El resultado es una alta tasa de fracaso; afortunadamente son

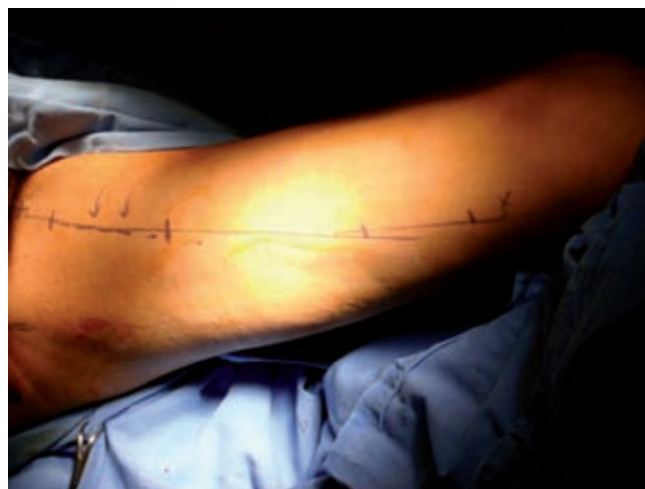


Figura 1. Incisión longitudinal a lo largo de la cara interna del muslo para la identificación del músculo grácil.



Figura 2. Se disecó el músculo grácil y se mantuvo su vascularidad.



Figura 3. Se desinsertó el tendón y fue llevado al lecho, entre el recto y la uretra.

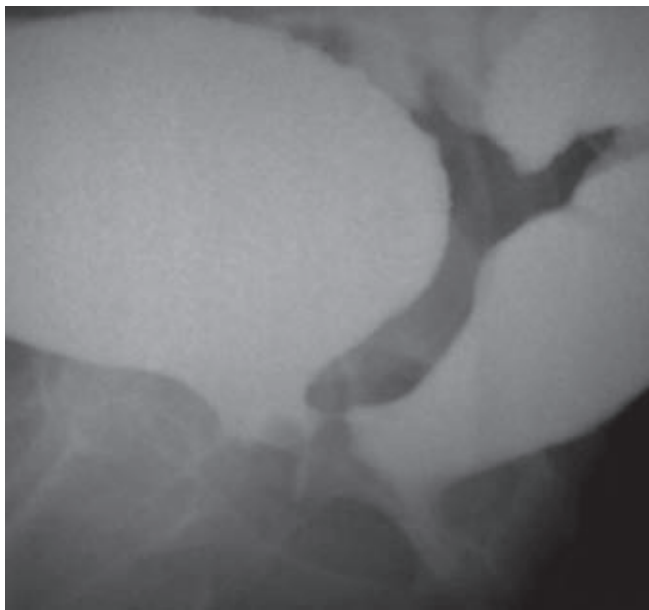


Figura 4. El colon por enema y la uretrociatografía no evidenciaron fístula.

raras las lesiones rectales posteriores a cirugías prostáticas. Aunque el diagnóstico de estas fistulas es fácil, debido al alto índice de sospecha en el periodo posoperatorio, la correcta localización del trayecto fistuloso es extremadamente difícil. Por lo general son necesarios métodos radiológicos y endoscópicos tales como la tomografía, la urterocistografía, colon por enema, cistoscopia y rectosigmoidoscopia; la cistoscopia es esencial para la visualización por su alta sensibilidad (80 a 100%).⁷

En el paciente presentado el tratamiento quirúrgico se retrasó ocho meses desde el diagnóstico. Se ha observado que en 71.5% de los casos ocurre un cierre espontáneo cinco meses después de la cateterización urinaria.⁷

La modalidad terapéutica dependerá de la causa de la fístula, la condición clínica del paciente, la experiencia del cirujano y la existencia de afecciones rectal y urinaria asociadas. Aún no existe un consenso en la literatura sobre el tratamiento de estas fistulas.⁷

El músculo grácil se ha utilizado como un colgajo para diversos fines, sin un efecto significativo en las extremidades inferiores para la fuerza y rango de movimiento. En la cirugía colorrectal se ha utilizado para construir un neoesfínter alrededor del ano, con o sin estimulación eléctrica, en los pacientes con incontinencia fecal.

Asimismo, se ha descrito su utilidad para la reconstrucción de grandes heridas perineales después de la resección abdominoperineal y para la reparación de heridas sin cicatrizar tras proctocolectomía por enfermedad de Crohn.⁸ Más recientemente, como lo publicamos hace algunos meses,³ ha mostrado ser útil para la reparación de fistulas ano y rectovaginales recurrentes, si bien en un seguimiento a corto plazo pero con excelentes resultados.

Con nuestro informes demostramos que el uso del músculo grácil para la reparación de fistulas rectouretrales es aplicable en nuestro medio, sin recidiva en el seguimiento a corto plazo.

Referencias

1. Nyam DC, Pemberton JH. Management of iatrogenic rectourethral fistula. *Dis Colon Rectum* 1999;42:994-999.
2. Pickrell KL, Broadbent TR, Masters FW, Metzger JT. Construction of rectal sphincter and restoration of anal continence by transplanting the gracilis muscle: report of 4 cases in children. *Ann Surg* 1952;135:853-862.
3. González-Contreras QH, Castañeda-Argaiz R, Rodríguez-Zentner HA, Tapia-Cid de León H, Mejía-Olvalle RR, Espinosa-de los Monteros A. Interposición de músculo grácil para reparar fistulas ano y rectovaginales recurrentes. *Cir Cir* 2009;77:319-321.
4. MacRae HM. Treatment of rectovaginal fistulas that has failed previous repair attempts. *Dis Colon Rectum* 1995;38:921-925.
5. Zmora O, Tulchinsky H, Gur E, Goldman G, Klausner JM, Rabau M. Gracilis muscle transposition for fistulas between the rectum and urethra or vagina. *Dis Colon Rectum* 2006;49:1316-1321.
6. Rabau M, Zmora O, Tulchinsky H, Gur E, Goldman G. Recto-vaginal/urethral fistula: repair with gracilis muscle transposition. *Acta Chir Ugosl* 2006;53:81-84.
7. Crippa A, Dall'Oglio MF, Nsrallah LJ, Hasegawa E, Antunes AA, Srougi M. The York-Mason technique for rectourethral fistulas. *Clinics* 2007;62:699-704.
8. Zmora O, Potente FM, Wexner SD, Pikarsky AJ, Efron JE, Noguerras JJ, et al. Gracilis muscle transposition for iatrogenic rectourethral fistula. *Ann Surg* 2003;237:483-487.