

*Nota clínica***Perforación intestinal intraperitoneal tras prostatectomía radical**

Daniel Sánchez Zalabardo, Pablo Soriano Gil Albarellos, Isabel Ascaso Cornago, Ana Navarro Gonzalo, Nuria Moreno De Marcos, Jose M. Cuesta Presedo, Jesús Sánchez Beorlegui

Servicio de Urología. Fundación Hospital Calahorra. La Rioja, España

Resumen

Presentamos un caso clínico en el que un paciente presentó una perforación intestinal intraperitoneal tras la realización de un prostatectomía radical, las complicaciones secundarias a la peritonitis fecaloidea y la resolución de las mismas.

Palabras clave: Cáncer de próstata. Prostatectomía radical. Complicaciones quirúrgicas. Fistula rectouretral.

Bowel perforation after radical prostatectomy**Abstract**

We report a case of bowel perforation after the accomplishment of a radical prostatectomy, the secondary complications to the peritonitis and the resolution of the same ones.

Keywords: Prostate cancer. Radical prostatectomy. Surgical complications. Rectourethral fistulas.

En los últimos años, la prostatectomía radical se ha generalizado en la mayoría de los hospitales como tratamiento del carcinoma de próstata localizado. Aunque la morbilidad de la cirugía ha ido disminuyendo de forma progresiva debido a los avances en la técnica quirúrgica¹, existen complicaciones inherentes a la cirugía prostática como son el sangrado, las lesiones rectales y/o uretrales, los accidentes tromboembólicos, la incontinencia y la impotencia que deben tenerse en cuenta y ser conocidos por el paciente².

Presentamos el caso clínico de un paciente diagnosticado de adenocarcinoma de próstata tratado mediante prostatectomía radical con complicaciones digestivas poco frecuentes.

CASO CLÍNICO

Paciente de 65 años diagnosticado de adenocarcinoma de próstata Gleason 6/10 en ambos lóbulos prostáticos (Estadio TNM 2003 T1c). PSA en el momento del diagnóstico de 9,43 ng/ml. En enero de 2006 el paciente se realiza una prostatectomía radical retropúbica (Informe anatomía patológica: Adenocarcinoma de próstata Gleason 6/10 pT2c con márgenes libres de tumor). Durante la disección de la cara posterior de la próstata apertura de 2 cm en la cara anterior del recto. Cierre directo de la pared rectal con puntos sueltos. No otras complica-

ciones intraoperatorias. El quinto día postoperatorio, el paciente presenta fiebre (37,6 °C), dolor abdominal, fistula urinaria, fecaluria y signos de peritonitis en exploración física. Se realizó CT abdominal evidenciando líquido libre retrohepático por lo que se practicó laparotomía urgente, visualizando peritonitis fecaloidea secundaria a perforación en sigma y abundante orina y heces en pelvis. Se realizó nueva sutura vésico-uretral, resección de segmento de sigma perforado y colostomía de descarga.

Tras la cirugía urgente, el paciente presenta cuadro séptico por lo que requiere ingreso en UCI para soporte respiratorio. Durante el cuadro séptico, el paciente presenta fístula urinaria con abundante salida de orina a través del drenaje e infección de herida quirúrgica.

Tras estabilización respiratoria y hemodinámica el paciente es dado de alta de la UCI presentando colostomía permeable. Orina clara. Posteriormente, desaparición de fistula urinaria y necrosis grasa en el tercio distal de la herida quirúrgica observando musculatura abdominal como fondo de la úlcera.

En Marzo de 2006 se realiza cistografía, observándose paso de contraste desde la unión uretrovesical a la ampolla rectal (Fig. 1). Con el diagnóstico de fistula vésico-rectal se indica tratamiento conservador mediante sondaje vesical hasta resolución de infección de herida quirúrgica y cierre por segunda intención.



FIGURA 1

En Octubre de 2006 ante la persistencia del orificio fistuloso, se practica cierre de fistula uretrorectal y plastia de avance mucoso por vía transanal. Un mes después de la cirugía se realiza cistografía no observándose fuga del contraste fuera de la vía urinaria (Fig. 2), por lo que se retira la sonda vesical.

En Marzo de 2007 se practica cierre de colostomía y eventroplastia de la pared abdominal con malla.

En Junio de 2007 el paciente presenta micción espontánea confortable y deposición normal. Ausencia de incontinencia urinaria. Disfunción eréctil tratada con inhibidores de la fosfodiesterasa y PSA menor de 0,15 ng/ml.



FIGURA 2

DISCUSIÓN

Las fistulas recto-urinarias pueden ser congénitas o adquiridas. Dentro de las adquiridas, las causas más frecuentes son las enfermedades intestinales inflamatorias (Enf de Crohn, Colitis Ulcerosa), la radioterapia (externa o braquiterapia) y la cirugía urológica. La cirugía oncológica (prostatectomía radical, cistoprostatectomía radical) tiene un mayor índice de fistulas, sobre todo si se asocia a radioterapia como tratamiento neoadyuvante, aunque también está descrita esta complicación en cirugías urológicas por patología benigna como resecciones transuretrales por hiperplasia de próstata o uretrotomías endoscópicas por estenosis de uretra³.

En los últimos 20 años, las complicaciones secundarias al tratamiento del cáncer de próstata localizado han ido disminuyendo⁴. La prostatectomía radical puede presentar complicaciones comunes a cualquier procedimiento quirúrgico (infección, hemorragia, trombosis...) así como complicaciones específicas tanto inmediatas (hematoma, fistula urinaria) como tardías (incontinencia, disfunción eréctil)⁵. Dentro de estas complicaciones inmediatas, se encuentra la posibilidad de lesión rectal en el acto quirúrgico. La frecuencia de lesiones rectales durante la prostatectomía radical se sitúa entre el 0,49% y el 5%^{6,7}. Este porcentaje varía según las distintas series, pero en la mayoría de los casos se encuentra por debajo del 2,5%.

Cuando la lesión rectal se diagnostica de forma intraoperatoria, suele ser suficiente un cierre directo del recto. La preparación rectal preoperatorio con enemas y la presencia de lesiones de pequeño tamaño facilitan el cierre directo de la lesión. En caso de lesiones extensas o de ocupación del recto por material fecaloideo, se recomienda además del cierre del defecto la realización de colostomía de descarga. Si se diagnostica la lesión rectal de forma postoperatoria (presencia de material fecaloideo en drenaje o sonda vesical), se debe realizar la colostomía y mantener la sonda vesical, aunque una vez establecida la fistula recto-urinaria, no es frecuente su cierre con tratamiento conservador, requiriendo tratamiento quirúrgico en un segundo tiempo⁸.

En este paciente coincidieron varias complicaciones intra y perioperatorias, que de forma aislada no suelen provocar morbilidad a largo plazo. La apertura de la cara anterior del recto, fue solucionada de forma intraoperatoria con la sutura del mismo, y la presencia de orina en el líquido de drenaje en el

postoperatorio inmediato, que suele ceder espontáneamente manteniendo un drenaje vesical adecuado mediante sonda vesical. En las series publicadas, dentro de las complicaciones operatorias de la prostatectomía radical, no se han descrito hasta ahora perforaciones digestivas intraperitoneales con cuadro séptico posterior. En nuestro caso no conocemos la causa exacta de la perforación de sigma, aunque pudiera ser secundaria a una lesión isquémica producida por la valva vesical del separador abdominal. Pese a no abrir el peritoneo, y protegerlo con una compresa entre la valva y el mismo, el sigma pudo quedar comprimido entre la valva y el sacro durante la cirugía. La peritonitis fecaloidea y el cuadro séptico secundario pudieron provocar la dehiscencia de suturas vesical y rectal favoreciendo así la formación de la fístula recto-urinaria. Pese al tratamiento conservador con sondaje permanente y colostomía, la fístula no disminuyó de tamaño, por lo que se decidió el tratamiento quirúrgico.

Existen distintas opciones de abordaje quirúrgico de las fístulas recto-urinarias, aunque todas deben cumplir unos principios básicos para la correcta reparación de la fístula: desbridamiento del tracto fistuloso, interposición de tejido sano o realización de flap mucoso para evitar que las suturas se encuentren en el mismo plano y un adecuado drenaje urinario a través de sonda vesical o suprapúbica⁹. Los abordajes más frecuentes son el perineal, el transanal y el transesfinteriano (Cork-Mason). El abordaje perineal y transesfinteriano, permiten un gran acceso a la fístula a través de tejido sano¹⁰, pero presentan una morbilidad mayor que el abordaje transanal, por lo que se utilizan para la reparación de fístulas altas y con varios trayectos (generalmente secundarias a enfermedad inflamatoria intestinal o radioterapia). También se puede optar por un abordaje abdominal con liberación del trayecto fistuloso e interposición de epiplon. Este abordaje, se suele utilizar cuando se corrige la fístula en el mismo acto quirúrgico en el que se realiza la colostomía¹¹. En nuestro caso, optamos por un abordaje transanal que permite, en fístulas bajas y

de pequeño tamaño, el cierre del trayecto fistuloso y la realización de un flap mucoso con una morbilidad muy baja.

Una vez independizados la vía urinaria y el tubo digestivo (comprobación al mes de la cirugía mediante cistografía), se puede retirar la sonda vesical, cerrar la colostomía y restaurar la continuidad digestiva.

REFERENCIAS

1. Arai Y, Saito S, Maniki S, Ishidoya S, Satoh M. Radical prostatectomy for localized prostate cancer. *Nippon Rinsho*. 2005; 63(2):261-266.
2. Schaudenbach P, Bermejo CE. Management of the complications of radical prostatectomy. *Curr Urol Rep*. 2007;8(3):197-202.
3. Hanus T. Rectourethral fistulas. *Int Braz J Urol*. 2002;28(4): 338-345.
4. Thompson IM, Middleton RG, Optenberg SA, Austenfeld MS, Smalley SR, Cooner WH, et al. Have complication rates decreased after treatment for localized prostate cancer?. *J Urol*. 1999;162(1):107-112.
5. Martín-Marquina Aspiunza A, Zudaire Bergera JJ, Sánchez Zalabardo D, Arocena García-Tapia J, Sanz Pérez G, Díez-Caballero Alonso F, et al. Prostatectomía radical. Complicaciones quirúrgicas. *Actas Urol Esp*. 1999;23(1):5-9.
6. Portillo Martín JA, Rado Velázquez M, Gutiérrez Baños JL, Martín García B, Hernández Rodríguez R, del Valle Schaan JI, et al. Complicaciones de una serie consecutiva de 133 casos de prostatectomía radical. *Actas Urol Esp*. 2001;25(8):559-566.
7. Gaylis FD, Friedel WE, Armas OA. Radical retropubic prostatectomy outcomes at a community hospital. *J Urol*. 1998;159(1): 167-171.
8. Harpster LE, Rommel FM, Sieber PR, Breslin JA, Agusta VE, Huffnagle HW, et al. The incidence and management of rectal injury associated with radical prostatectomy in a community based urology practice. *J Urol*. 1995;154(4):1435-1438.
9. Visser BC, McAninch JW, Welton ML. Rectourethral fistulae: The perineal approach. *J Am Coll Surg*. 2002;159(1):138-143.
10. Trippitelli A, Barbagli G, Lenzi R, Fiorelli C, Masini GC. Surgical Treatment of rectourethral fistulae. *Eur Urol*. 1985;11(6): 388-391.
11. Turner-Warwick R. The use of omental pedicle graft in urinary tract reconstruction. *J Urol*. 1976;116(3):341-347.

Correspondencia autor: Dr. Daniel Sánchez Zalabardo
 Servicio de Urología. Fundación Hospital de Calahorra
 Ctra. de Logroño, s/n - 26500 Calahorra (La Rioja)
 Tel.: 941 151 000
 E-mail autor: zalabardo2002@hotmail.com
 Información artículo: Nota clínica
 Trabajo recibido: julio 2007
 Trabajo aceptado: agosto 2007