



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-335 - FÍSTULA RECTO-VESICAL COMPLICADA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER DE VEJIGA AVANZADO

*Delgado Búrdalo, Livia; Rodríguez Sánchez, Ana; Revuelta Ramírez, Julia; Blanco Terés, Lara; Gancedo Quintana, Álvaro; Sanz Ongil, Ramón; García Septiem, Javier; Martín Pérez, María Elena*

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid.*

### Resumen

**Introducción:** El cáncer de vejiga es el décimo cáncer más frecuente, con mayor incidencia en varones. Cuando el tumor alcanza la muscular (pT2), la supervivencia a 5 años disminuye al 77% y, si presenta diseminación linfática, a un 31%. Está indicada la neoadyuvancia con cisplatino seguida de intervención quirúrgica (cistectomía radical con linfadenectomía), cirugía no exenta de complicaciones, con una tasa del 2-5% de fístula rectovesical.

**Caso clínico:** Paciente varón de 70 años diagnosticado en noviembre de 2017 de carcinoma urotelial papilar de alto grado (T2N1Mx). El paciente inicia tratamiento neoadyuvante con cisplatino-gemcitabina y en mayo de 2018 se realiza cistectomía radical con linfadenectomía y neovejiga ortotópica ileal. En tomografía axial computarizada (TAC) de control se activa alerta radiológica por colección adyacente a cara posterior de neovejiga con componente fistuloso a través de músculo elevador del ano hasta pliegue interglúteo derecho, decidiéndose drenaje de la misma por parte de Cirugía General. Se realiza exploración anal bajo anestesia e intento de drenaje a través de espacio interesfintérico de la colección, que resulta fallido, por lo que finalmente, se realiza drenaje percutáneo con salida de escaso material líquido. Se toman muestras de dicho material para citología, descartándose malignidad. El paciente reingresa por persistencia de dolor, tumefacción y sangrado, objetivándose en TC urgente persistencia de colección con extensión presacra con posible foco de sangrado activo en pared del recto. Se realiza nueva exploración quirúrgica, drenando escaso contenido purulento. Posteriormente, el paciente presenta emisión de orina a través del ano, por lo que se realiza uro-TC en el cual se objetiva fístula de recto-neovejiga. Se decide manejo mediante colocación de nefrostomías percutáneas y sondaje vesical. Ante la tórpida evolución del paciente, se repite TC abdominal con el hallazgo de persistencia de la fístula recto-neovejiga. Se decide conjuntamente la realización de colostomía lateral y colocación de endo-sponge anal. Tras la cirugía, el paciente continúa con dolor, empastamiento y secreción a través del ano por lo que se reinterviene conjuntamente con Urología, rehaciendo el reservorio ileal con reanastomosis uretral y aislamiento de fístula rectal con colostomía terminal. Tras la cirugía, el paciente persiste con la misma clínica y se objetiva en TC persistencia de fístula rectovesical con imagen sugestiva de afectación metastásica local así como, múltiples lesiones hepáticas, óseas, musculares y pulmonares de nueva aparición compatibles con metástasis. El paciente es valorado por Oncología, desestimándose tratamiento sistémico así como cualquier actitud quirúrgica,

activándose cuidados paliativos.

**Discusión:** La fístula rectovesical es una posible complicación en pacientes con neovejiga, siendo preciso un abordaje multidisciplinar. El manejo de la misma puede resultar complejo, con múltiples intervenciones quirúrgicas tanto por Cirugía General como por Urología. Hay que tener en cuenta la evolución y el pronóstico de estos pacientes en la toma de dichas decisiones.