

# Interposición del músculo gracilis para reparar una fístula uretrorrectal secundaria a adenomectomía prostática transvesical: reporte de caso

## *Interposition of the gracilis muscle to repair urethro-rectal fistula secondary to transvesical prostatic adenomectomy: case report*

Mc.Giver Zevallos-Rebolledo\*<sup>id</sup> y Pedro E. Castillo-Chirinos<sup>id</sup>

Servicio de Urología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima, Perú

### Resumen

**Introducción:** Se presenta el caso de un varón de 60 años que desarrolló una fístula uretrorrectal tras una adenomectomía prostática transvesical por hiperplasia benigna de próstata. Los síntomas incluían eliminación de orina por el recto y episodios de infección urinaria recurrente. **Caso clínico:** La cistouretrografía confirmó la presencia de la fístula. Para su manejo se realizó la interposición del músculo gracilis, técnica que permite un cierre anatómico eficaz de la fístula al interponer un tejido bien vascularizado. Durante el seguimiento a corto plazo, el paciente presentó una recuperación completa sin recurrencia de la fístula ni alteraciones funcionales en la extremidad. **Conclusión:** Este caso destaca la eficacia de la interposición del músculo gracilis en el tratamiento de fístulas uretrorrectales complejas, aportando evidencia para guiar futuras decisiones terapéuticas en esta patología.

**Palabras clave:** Fístula uretrorrectal. Músculo gracilis.

### Abstract

**Introduction:** We present the case of a 60-year-old male patient who developed a urethro-rectal fistula after transvesical prostate adenomectomy for benign prostatic hyperplasia. Symptoms included urine leakage through the rectum and recurrent urinary infections. **Clinical case:** Cystourethrography confirmed the presence of the fistula. The chosen treatment was gracilis muscle interposition, providing effective anatomical closure with well-vascularized tissue. In short-term follow-up, the patient achieved full recovery with no fistula recurrence and no functional impairment in the affected limb. **Conclusion:** This case highlights the efficacy of gracilis muscle interposition for managing complex urethro-rectal fistulas, contributing valuable insight for future therapeutic decisions in this challenging condition.

**Keywords:** Urethro-rectal fistula. Gracilis muscle.

#### \*Correspondencia:

Mc.Giver Zevallos-Rebolledo  
E-mail: mogiverzevallos@gmail.com

Fecha de recepción: 01-11-2024  
Fecha de aceptación: 13-11-2024  
DOI: 10.24875/RPU.M24000003

Disponible en línea: 19-12-2024  
Rev. Per. Uro. 2024;29(1):7-11  
[www.revistaperuanadeurologia.com](http://www.revistaperuanadeurologia.com)

## Introducción

Las fístulas uretrorrectales son una complicación infrecuente y representan un reto en su tratamiento debido a su complejidad y sus diversas etiologías, entre ellas congénita, traumática, neoplásica, infecciosa, inflamatoria o iatrogénica<sup>1</sup>. En el caso de las fístulas iatrogénicas, su aparición está comúnmente asociada a procedimientos prostáticos, terapias de radiación y, en menor medida, cirugías rectales<sup>2</sup>.

El diagnóstico de una fístula uretrorrectal se basa en una cuidadosa evaluación clínica complementada con estudios auxiliares, siendo frecuentes los síntomas de neumatúria, fecaluria y descarga urinaria a través del ano, además de infecciones urinarias recurrentes<sup>3,4</sup>. Los estudios como la rectoscopia, la uretrrocistoscopia y la cistouretrografía son fundamentales para confirmar la comunicación entre la uretra y el recto, y ubicarla, mientras que la tomografía computarizada, la resonancia magnética y la ecografía endorrectal permiten descartar otras patologías asociadas en casos seleccionados<sup>1,5</sup>.

Los enfoques terapéuticos incluyen tanto opciones conservadoras, como derivación urinaria o fecal y sellantes de fibrina, con tasas de éxito variables (14-54%), como procedimientos quirúrgicos<sup>6</sup>. Entre las técnicas quirúrgicas, la interposición del músculo gracilis ha ganado popularidad debido a su eficacia y bajas complicaciones. Esta técnica, descrita inicialmente por Ryan, implica la liberación, la rotación y la inserción del músculo gracilis entre el recto y la uretra, seguido de un sondaje vesical de 6 semanas, con buenos resultados independientemente de la edad y la configuración corporal del paciente<sup>7</sup>.

Presentamos el caso de una fístula uretrorrectal secundaria a adenomectomía prostática transvesical, tratada exitosamente mediante la interposición del músculo gracilis, resaltando la relevancia de esta técnica en el manejo de una complicación compleja y su potencial como tratamiento de elección en situaciones similares.

## Caso clínico

Varón de 60 años, albañil, procedente de Lima. Como antecedente quirúrgico, presenta una adenomectomía prostática transvesical con colostomía debido a hiperplasia benigna de próstata y desgarramiento rectal, realizados en enero de 2020. Tras el retiro de la sonda de Foley en el posoperatorio, el paciente reportó eliminación de orina por el recto. Se le realizó una cistoscopia que evidenció una fístula a nivel de la

celda prostática, confirmada mediante cistouretrografía, la cual mostró una fístula uretrorrectal (Fig. 1). Con estos hallazgos, fue derivado al Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

En la exploración física, el paciente se encuentra orientado en las tres esferas, con signos vitales dentro de parámetros normales. En la exploración cardiopulmonar, clínicamente estable. El abdomen es blando y depresible, con cicatriz operatoria y colostomía en sitio. En el examen genitourinario, la puño-percusión lumbar y los puntos reno-ureterales son negativos; presenta micción espontánea.

Durante la intervención quirúrgica se realizó el cierre de la fístula uretrorrectal y la reconstrucción de la zona mediante interposición del músculo gracilis izquierdo. Tres semanas después de la cirugía, sin cierre de la colostomía, el paciente evolucionaba sin recurrencia de la fístula.

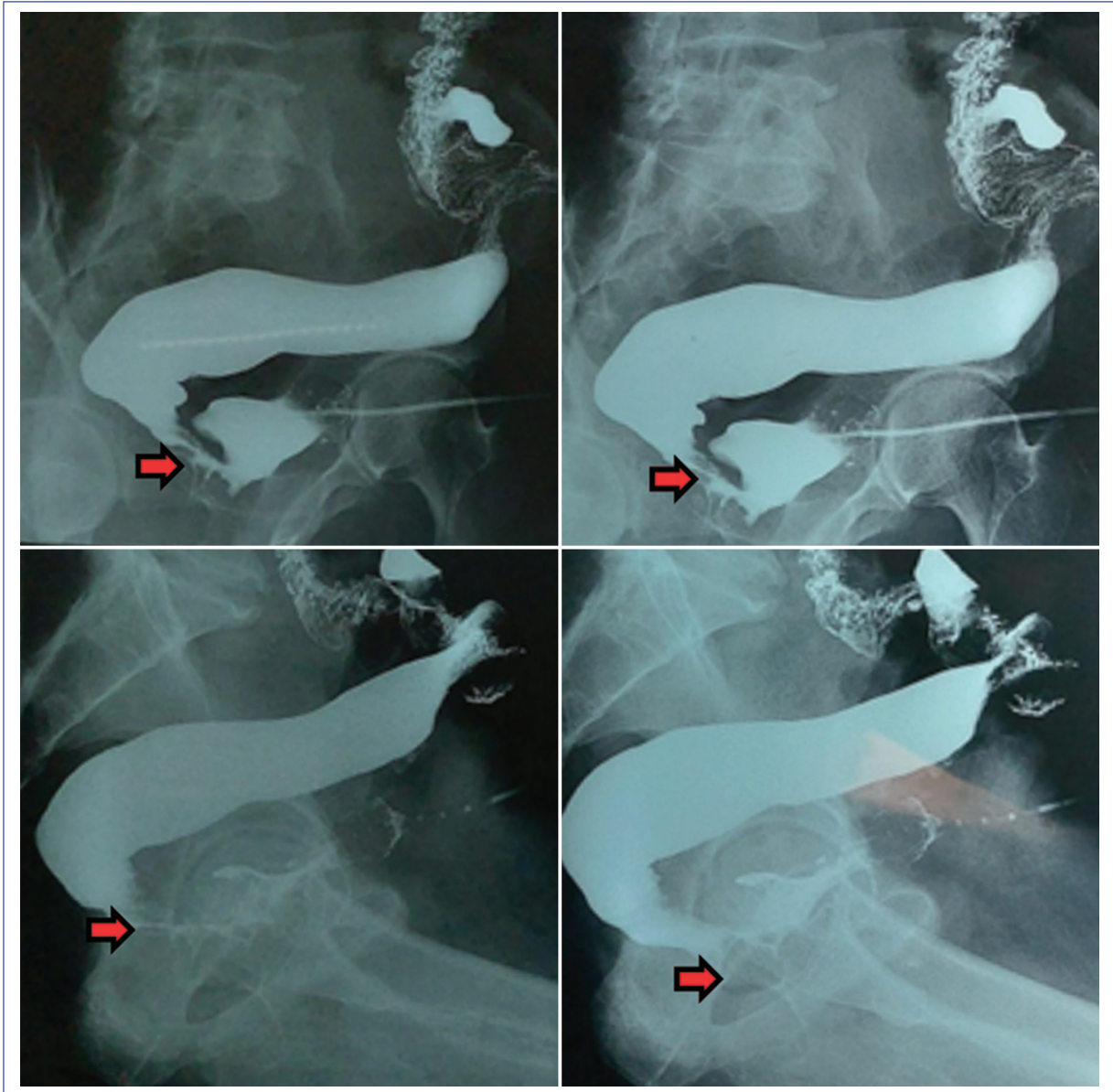
Con el paciente en posición de dorsolitotomía se realizó una incisión perineal y se disecó el plano entre el esfínter anal externo y la uretra, identificando y desmantelando el trayecto fistuloso. Se continuó la disección 2-3 cm por encima del sitio de la fístula, creando un lecho para el músculo gracilis vascularizado, el cual fue identificado mediante una incisión longitudinal a lo largo de la cara interna del muslo (Fig. 2A). Se desinsirió el tendón, disecándolo y liberándolo proximalmente, y se creó un túnel subcutáneo entre la piel y el periné para trasladar el músculo al lecho entre el recto y la uretra (Fig. 2B y C). Se colocó un sistema de drenaje tubular y se cerraron las incisiones cutáneas.

En el seguimiento ambulatorio, 3 meses después de la cirugía, el paciente presentó buena evolución, sin evidencia de recidiva de la fístula.

## Discusión

El manejo de las fístulas uretrorrectales de origen iatrogénico es complejo y no existe un tratamiento estándar definido. Las opciones terapéuticas varían según la gravedad de la fístula, la etiología y las características del paciente. En este caso, optamos por la interposición del músculo gracilis, una técnica que ha demostrado ser una opción viable y efectiva para el tratamiento de estas fístulas, con una baja tasa de complicaciones y buenos resultados de curación.

Las fístulas uretrorrectales posteriores a cirugías prostáticas, aunque raras, son reconocidas principalmente tras procedimientos para el tratamiento del cáncer prostático, como la prostatectomía radical o la radioterapia. Sin embargo, su presentación es excepcional en

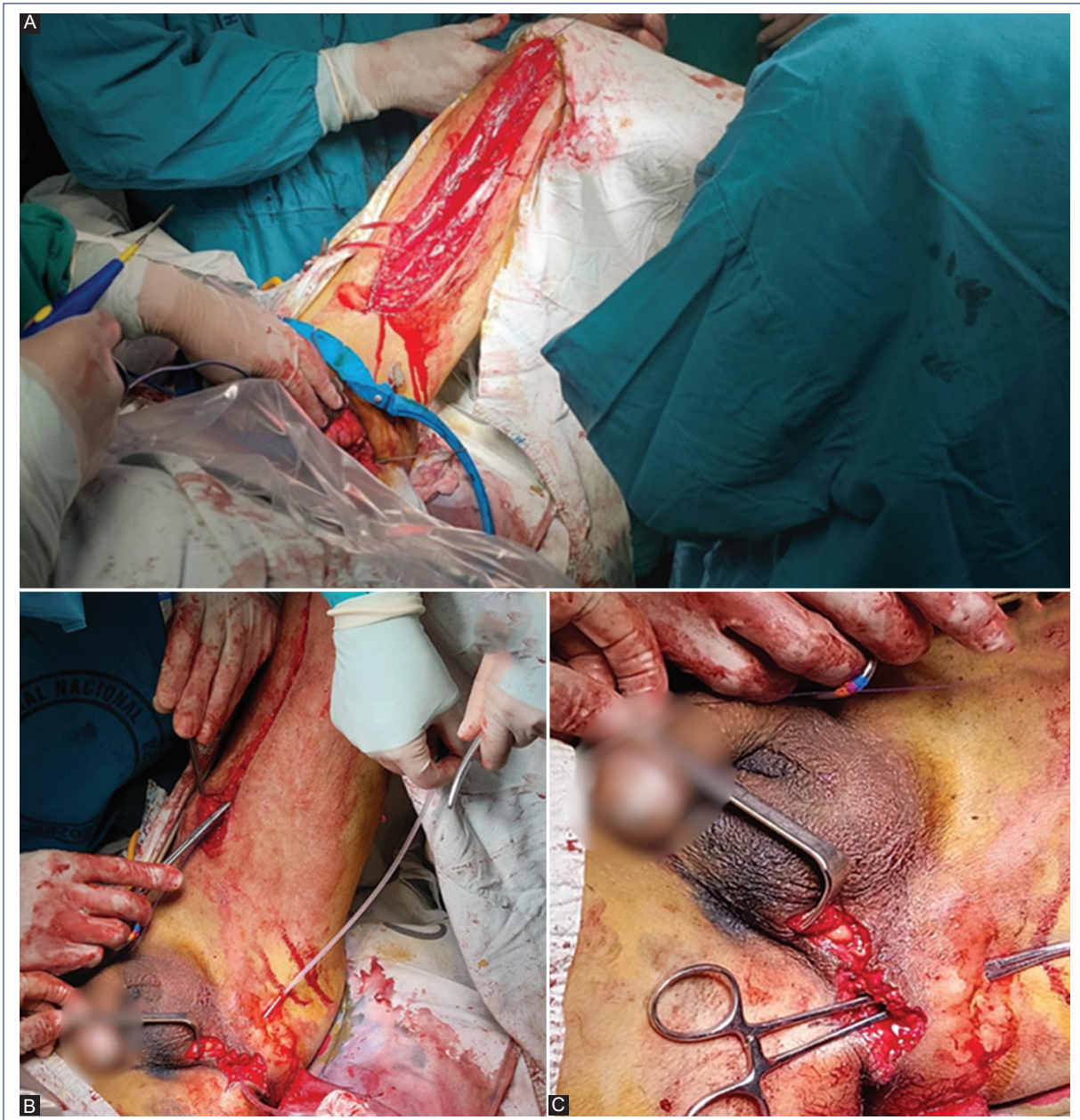


**Figura 1.** Cistourethrografía que muestra la fistula uretorrectal en la celda prostática (flecha), confirmando la comunicación anómala entre la uretra y el recto.

cirugías para afecciones benignas, como en este caso de adenomectomía prostática transvesical. Este caso representa una causa inusual de fístula uretorrectal, destacando la necesidad de un alto índice de sospecha y una adecuada evaluación diagnóstica, especialmente en pacientes con antecedentes de cirugía pélvica.

La interposición del músculo gracilis es una técnica quirúrgica que no solo proporciona un tejido bien vascularizado para promover la cicatrización, sino que también crea una barrera mecánica que previene la

recurrencia de la fístula. Aunque algunos estudios sugieren que el cierre de este tipo de fístulas requiere la colaboración de un cirujano plástico experimentado en el manejo de colgajos musculares, nuestro caso demuestra que un urólogo con el entrenamiento adecuado puede realizar esta intervención con buenos resultados. Esto concuerda con los hallazgos de otros estudios, como los de González-Contreras et al.<sup>2</sup>, quienes enfatizan la importancia de contar con habilidades quirúrgicas especializadas para abordar estos casos complejos.



**Figura 2.** Intervención quirúrgica. **A:** identificación del músculo gracilis mediante incisión longitudinal a lo largo de la cara interna del muslo, antes de su liberación proximal. **B:** creación del túnel subcutáneo entre la piel y el periné para el traslado del músculo al lecho entre el recto y la uretra. **C:** colocación del músculo en el lecho quirúrgico, entre el recto y la uretra, para el cierre de la fístula uretrorrectal.

En comparación con los resultados publicados por Zmora et al.<sup>6</sup> y Rabau et al.<sup>7</sup>, quienes informaron tasas de éxito entre el 60 % y el 100 %, nuestro paciente mostró una respuesta favorable del 100% durante el seguimiento a corto plazo. Además, es relevante mencionar que el uso del músculo gracilis como colgajo no provocó disminución de la fuerza en la extremidad inferior ni alteraciones sensitivas, lo que subraya la

seguridad de esta técnica en términos de preservar la función muscular.

Este caso ilustra la utilidad de la interposición del músculo gracilis en el tratamiento de las fístulas uretrorrectales complejas, en particular en casos raros derivados de cirugías prostáticas para afecciones benignas. En el futuro, será relevante contar con estudios adicionales que comparen directamente las

distintas técnicas quirúrgicas en términos de éxito a largo plazo, morbilidad y recuperación funcional, a fin de consolidar un abordaje óptimo para esta complicada condición clínica.

## Financiamiento

Ninguno.

## Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses.

## Consideraciones éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética.** Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes, y

cuentan con la aprobación del Comité de Ética. Se han seguido las recomendaciones de las guías SAGER, según la naturaleza del estudio.

### **Declaración sobre el uso de inteligencia artificial.**

Los autores declaran que no utilizaron ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito.

## Bibliografía

1. Cerdán Santacruz C, Cerdán Miguel J. Fístulas recto-uretrales adquiridas: etiopatogenia, diagnóstico y opciones terapéuticas. *Cir Esp.* 2015;93:137-46.
2. González-Contreras QH, Bahena-Aponte JA, Salinas-Aragón E, Jiménez-González A, González-Longoria G. Interposición de músculo grácil para reparar fístula rectouretral. Informe de un caso. *Cir Cir.* 2011;79:371-3.
3. Buckley JC. Complications after radical prostatectomy: anastomotic stricture and rectourethral fistula. *Curr Opin Urol.* 2011;21:461.
4. Benoit RM, Naslund MJ, Cohen JK. Complications after radical retropubic prostatectomy in the Medicare population. *Urology.* 2000;56:116-20.
5. Elliott SP, McAninch JW, Chi T, Doyle SM, Master VA. Management of severe urethral complications of prostate cancer therapy. *J Urol.* 2006;176:2508-13.
6. 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;49:1316-21.
7. Rabau M, Zmora O, Tulchinsky H, Gur E, Goldman G. Recto-vaginal/urethral fistula: repair with gracilis muscle transposition. *Acta Chir Lugosl.* 2006;53:81-4.