

Colgajo de avance mucoso por TAMIS para la reparación de una fístula rectal de bajo débito tras cistectomía radical: video y notas técnicas



<https://youtu.be/9FrWYwAOHIA>

Guillermo Estébanez Peláez, José L. Maestro de Castro, Esta Choolani Bhojwani, Fernando Labarga Rodríguez, Vicente Simó Fernández
Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

Para citar:

Estébanez Peláez G, Maestro de Castro JL, Choolani Bhojwani E, Labarga Rodríguez F, Simó Fernández V. Colgajo de avance mucoso por TAMIS para la reparación de una fístula rectal de bajo débito tras cistectomía radical: video y notas técnicas *Rev. argent. coloproctología*. 2026;37(3):39-41. doi:10.46768/8hr5kn88

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista.
<https://doi.org/10.46768/8hr5kn88>

Recibido: 03-02-2026
Aceptado: 19-06-2026



© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología.
Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Guillermo Estébanez Peláez:
gestebanez@saludcastillayleon.es

Palabras clave: fístula rectal; cistectomía radical; TAMIS; colgajo de avance mucoso; complicaciones posoperatorias

INTRODUCCIÓN

Las fístulas rectales postoperatorias precoces tras cirugía pélvica mayor son infrecuentes, pero conllevan una morbilidad significativa. El manejo exitoso se basa en la identificación precisa del orificio interno, su cobertura con tejido bien vascularizado y la preservación de la continencia.¹

El colgajo de avance mucoso endorrectal para el tratamiento de fístulas anorrectales complejas es una técnica conservadora del esfínter ampliamente establecida, con tasas de curación descritas entre el 50% y el 70%.^{2,3} Cuando el orificio interno es de localización alta en el recto y requiere un colgajo con mayor extensión proximal, el abordaje transrectal convencional puede ser técnicamente dificultoso. La cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) proporciona mejor visualización, exposición estable y mayor ergonomía, constituyendo una plataforma útil y reproducible para este tipo de procedimientos.⁴

Se presenta la reparación de una fístula rectal de bajo débito diagnosticada en el séptimo día postoperatorio tras una cistectomía radical con derivación urinaria tipo conducto ileal, mediante TAMIS con colgajo de avance mucoso.

CASO CLÍNICO Y EVALUACIÓN PREOPERATORIA

Un paciente varón fue sometido a cistectomía radical con derivación urinaria tipo conducto ileal. En el séptimo día postoperatorio se evidenció escasa salida de material fecal a través del drenaje. La sigmoidoscopia flexible identificó un pequeño orificio en la pared anterior del recto distal. Las pruebas de imagen confirmaron una fístula de bajo débito, sin abscesos ni trayectos secundarios.

Dado el bajo débito, la localización distal del defecto y la adecuada viabilidad de la mucosa, se seleccionó un abordaje por TAMIS para realizar un colgajo de avance mucoso que cubriera el defecto fistuloso.

Técnica quirúrgica (colgajo de avance mucoso mediante TAMIS)

El procedimiento se realizó bajo anestesia general con el paciente en posición de navaja prono.

Se insertó un dispositivo de acceso transanal de puerto único y se estableció un neumorrecto a baja presión. Se utilizó óptica laparoscópica de 30° e instrumental laparoscópico estándar.

1. Exposición y preparación del lecho

Se identificó el orificio fistuloso en la pared anterior del recto distal. Se realizó desbridamiento mucoso circunferencial hasta obtener tejido viable.

2. Diseño y confección del colgajo

Se diseñó un colgajo mucoso rectangular, de base amplia, bien vascularizado, que se disecó en el plano submucoso con extensión proximal suficiente para permitir su avance sin tensión.

3. Avance y fijación

El colgajo se avanzó distalmente para cubrir el orificio fistuloso y se fijó a mucosa sana mediante puntos separados de sutura absorbible.

4. Finalización

Se retiró el dispositivo de acceso. No se colocaron drenajes ni sedales.

Evolución postoperatoria

El paciente evolucionó favorablemente, sin evidencia de recurrencia del drenaje fecal y con continencia preservada. Durante el seguimiento, que se prolongó durante 8 meses, no se observaron signos clínicos de recurrencia. La evaluación endoscópica confirmó una adecuada cicatrización del colgajo y el cierre completo del defecto rectal.

DISCUSIÓN

El tratamiento de las fistulas rectales postoperatorias tras cirugía pélvica debe individualizarse según la etiología, el débito, la localización del orificio interno, la presencia de infección o abscesos asociados, el estado de los tejidos y los tratamientos previos. En fistulas complejas, rectourinarias o específicamente rectouretrales, se han descrito múltiples abordajes quirúrgicos, incluyendo técnicas transanales, transperineales, transesfinterianas y abdominales, con o sin interposición de tejido vascularizado.¹

El desarrollo de la microcirugía endoscópica transanal permitió aplicar plataformas endoscópicas a la reparación de fistulas rectouretrales. Wilbert et al.⁵ describieron en 1996 el cierre endoscópico combinado de fistulas rectouretrales mediante una técnica transanal endoscópica. Posteriormente, Quinlan et al.⁶ comunicaron la reparación de una fistula rectouretral iatrogénica mediante microcirugía endoscópica transanal (TEM, por su sigla en inglés). Bochove-Overgaauw et al.⁷ publicaron su experiencia con esta técnica, destacando su carácter mínimamente invasivo y su utilidad en casos seleccionados.

La cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS, por su sigla en inglés) representa una evolución técnica de estos abordajes, al proporcionar una plataforma de acceso transanal con adecuada exposición, neumorrecto estable y mejor ergonomía para la disección y sutura intracorpórea.⁴ En 2014, Atallah et al.⁸ describieron el uso de TAMIS para la reparación de una fistula rectouretral, constituyendo una de las primeras aplicaciones de esta plataforma en este contexto.⁸ En el presente caso, la TAMIS ofreció varias ventajas técnicas: exposición estable y magnificada del orificio fistuloso, facilidad para realizar la disección submucosa y confeccionar un colgajo amplio y bien vascularizado, y mejor ergonomía para la sutura en el recto distal, un espacio anatómicamente reducido.

La técnica TAMIS-flap descrita por Rottoli et al.⁹ aplica estos principios a la realización de un colgajo rectal de avance de espesor completo a través de una plataforma TAMIS, mostrando su viabilidad en fistulas perianales altas y rectovaginales complejas. Aunque la evidencia disponible sigue siendo limitada y basada principalmente en casos aislados o pequeñas series, estos antecedentes apoyan el uso de plataformas transanales endoscópicas como alternativa mínimamente invasiva en pacientes cuidadosamente seleccionados.

CONCLUSIÓN

La TAMIS constituye una plataforma segura y eficaz para la confección de colgajos de avance mucoso en fistulas rectales seleccionadas de bajo débito. En este caso, permitió la resolución completa de una fistula posterior a cistectomía radical, preservando la continencia y evitando procedimientos más invasivos.

Contribuciones:

GEP: conceptualización, investigación, curación de datos, redacción – borrador original. JLMC: metodología, investigación, redacción – revisión y edición. ECB: metodología, redacción – revisión y edición. FLR: administración del proyecto, supervisión, redacción – revisión y edición. VSF: supervisión, redacción – revisión y edición.

Todos los autores participaron en la revisión crítica del manuscrito y aprobaron su versión final.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.
ORCID:

Estébanez Peláez G: <https://orcid.org/0000-0003-1122-2701>

Maestro de Castro JL: <https://orcid.org/0000-0003-2735-109X>

Choolani Bhojwani E: <https://orcid.org/0000-0001-8146-9123>

Labarga Rodríguez F: <https://orcid.org/0000-0002-8324-0311>

Simó Fernández V: <https://orcid.org/0000-0003-3392-1933>

REFERENCIAS

1. Hechenbleikner EM, Buckley JC, Wick EC. Acquired rectourethral fistulas in adults: a systematic review of surgical repair techniques and outcomes. *Dis Colon Rectum*. 2013;56(3):374-383. doi:10.1097/DCR.0b013e318274dc87.
2. Ortiz H, Marzo J, de Miguel M, Ciga MA, Oteiza F, Armendáriz P. Length of follow-up after fistulotomy and fistulectomy associated with endorectal advancement flap repair for fistula in ano. *Br J Surg*. 2008;95(4):484-487.
3. Limura E, Giordano P. Modern management of anal fistula. *World J Gastroenterol*. 2015;21(1):12-20.
4. Atallah S, Albert M, Larach S. Transanal minimally invasive surgery: a giant leap forward. *Surg Endosc*. 2010;24(9):2200-2205.
5. Wilbert DM, Buess G, Bichler KH. Combined endoscopic closure of rectourethral fistula. *J Urol* 1996;155(1):256-8.
6. Quinlan M, Cahill R, Keane F, Grainger R, Butler M. Transanal endoscopic microsurgical repair of iatrogenic recto-urethral fistula. *Surgeon* 2005;3(6):416-7.
7. Bochove-Overgaauw DM, Beerlage HP, Bosscha K, Gelderman WA. Transanal endoscopic microsurgery for correction of rectourethral fistulae. *J Endourol* 2006;20(12):1087-90.
8. Atallah SB, DeBeche-Adams TC, Larach S. Transanal minimally invasive surgery for repair of rectourethral fistula. *Dis Colon Rectum* 2014;57:899.
9. Rottoli M, Di Simone MP, Poggioli G. TAMIS-Flap Technique: Full-thickness advancement rectal flap for high perianal fistulae performed through transanal minimally invasive surgery. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2019;29(4):e53-e56.