



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-365 - REESFINTEROPLASTIA ASOCIADA A COLGAJO DE CORMAN COMO TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA FECAL GRAVE CON CLOACA RECTOVAGINAL. CASO CLÍNICO

López Rojo, Irene; González Ayora, Santiago; Tejedor Togores, Patricia; Ortega López, Mario; Pastor Idoate, Carlos; García Olmo, Damián

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Objetivos: Hasta un 25% de mujeres presentan algún grado de incontinencia fecal en los primeros 6 meses tras el parto vaginal. Sin embargo sólo un tercio de las pacientes con trauma obstétrico desarrollan insuficiencia fecal. Se trata de una patología que afecta gravemente a la calidad de vida de las pacientes, por lo que es importante un diagnóstico precoz, un estudio diagnóstico exhaustivo y un tratamiento individualizado. Los resultados de la re-esfinteroplastia son similares a los obtenidos tras la primera cirugía reparadora de esfínteres. Las lesiones esfinterianas asociadas a graves defectos del periné pueden resolverse mediante re-esfinteroplastia y diferentes colgajos cutáneos de forma simultánea.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 36 años, que consulta por fístula rectovaginal a raíz de episiotomía. Tras la cirugía de la fístula presenta lesión esfinteriana e incontinencia fecal, por lo que se realiza esfinteroplastia. Realiza biofeedback y la paciente es valorada en nuestro centro por presentar incontinencia fecal severa con WEXNER 15 y gran defecto del periné con cloaca anovaginal. En la Eco-endoanal se aprecia un defecto de EAI de más del 50% así como daño cicatricial del EAE. Manometría con PMB 25 mmHg, PMCV 36 mmHg, distensibilidad aumentada con primera sensación de espacio a los 40 cc y reflejo anal inhibitorio presente. En la exploración bajo anestesia se descarta la existencia de fístula recto vaginal y se objetiva la lesión del EAE y EAI en canal anal medio y distal, con ausencia de rafe anovaginal y adelgazamiento del tabique rectovaginal. Se preparan colgajos de Corman mediante incisiones cutáneas en X y se disecciona el tabique rectovaginal y las ramas de EAE laterales y músculo puborectal. Imbricación de EAI, levatoroplastia y esfinteroplastia en solapa con EAE. Se suturan los colgajos de Corman para restablecer el cuerpo perineal. Postoperatorio sin incidencias. En el primer mes de seguimiento, la paciente presenta buena continencia a heces y gases (WEXNER 5), con fuga ocasional y buena cicatrización perineal.

Discusión: El desgarro obstétrico grado IV no tratado o con tratamiento fallido puede evolucionar a incontinencia fecal severa con formación de una cloaca anovaginal debido a la pérdida del cuerpo perineal. En estos casos la reesfinteroplastia junto con la reparación simultánea del periné mediante colgajos miocutáneos es una opción terapéutica eficaz.