



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-120 - REPARACIÓN DE FÍSTULA RECTOVAGINAL CON COLGAJO DOBLE RECTAL Y VAGINAL

Báez de Burgos, Celia¹; García Coret, M^a José¹; Núñez Ronda, Ruth¹; Roig Vila, José Vicente²; Ivorra García, Purificación¹; Bernal Sprekelsen, Juan Carlos¹; García Armengol, Juan²; Zaragoza Fernández, Cristóbal¹

¹Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia; ²Hospital 9 de Octubre, Valencia.

Resumen

Objetivos: Las fístulas rectovaginales representan el 5% de todas las fístulas anorrectales. El trauma obstétrico es la etiología adquirida más común, representa entre el 60% y 90% según las series. Los síntomas fundamentales son el paso de gases y heces por vagina, lo que causa gran afectación de la calidad de vida de las pacientes, generando un gran impacto psicosocial y emocional. Existen múltiples opciones de tratamiento. La vía de abordaje puede ser transanal, transvaginal, perineal o abdominal. La elección de la misma depende entre otras cosas de lesión asociada del esfínter. El colgajo de avance es la más empleada en fístulas de causa obstétrica o traumática y existen controversias sobre la vía de abordaje y el espesor del colgajo (mucosa/submucosa o total) Nuestro objetivo es presentar una técnica de doble colgajo rectal y vaginal, asociando plicatura del esfínter anal interno.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 35 años con antecedentes de dos partos vía vaginal que refiere expulsión de aires por vagina tras el primer parto y de heces tras el segundo. A la exploración se evidencia una rugosidad en cara anterior anal próximo a línea pectínea siendo la exploración vaginal normal. Se realiza una ecografía endoanal que objetiva defecto del esfínter anal interno anterior en canal anal medio. Para completar el estudio se realiza una resonancia magnética pélvica, donde se observa paso de gel desde la luz rectal a la luz vaginal. Se realiza tutorización de fístula con estilete y abordaje mixto rectal y vaginal. Por vía endoanal, empleando separador de Hill-Ferguson, se realiza colgajo de avance rectal de espesor parcial incluyendo mucosa y submucosa, reforzado con plicatura longitudinal de esfínter anal interno según técnica descrita por Anne Lowry. Por vía vaginal se realiza otro colgajo de espesor parcial. La paciente presenta buena evolución posquirúrgica, siendo dada de alta a los 5 días postoperatorios tras restablecimiento del tránsito intestinal. El seguimiento al mes de la cirugía muestra heridas en correcto estado de cicatrización y ausencia de escapes tanto de aires como de heces a través de vagina, así como ausencia de incontinencia asociada. En el seguimiento anual la paciente presenta normalidad clínica sin evidencia de recidiva.

Discusión: Para el tratamiento de una fístula rectovaginal debemos tener en cuenta, entre otras cosas, si existe lesión esfinteriana asociada, para plantear la mejor técnica terapéutica. La técnica de avance de un doble colgajo rectal y vaginal con plicatura asociada de esfínter anal interno es un procedimiento quirúrgico adecuado para las fístulas rectovaginales bajas y de pequeño tamaño de

origen obstétrico, con buena tasa de éxitos. Ocasionalmente puede asociarse reparación de esfínter anal externo si estuviese indicada.