



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-379 - TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA RECTOVAGINAL: UN RETO PARA EL CIRUJANO

Reoyo Pascual, José Felipe; Valero Cerrato, Xandra; Cartón Hernández, Carlos; León Miranda, Raquel; Zambrano Muñoz, Rocío; Alonso Alonso, Evelio; Álvarez Rico, Miguel; Sánchez Manuel, Francisco Javier

Hospital Universitario de Burgos, Burgos.

Resumen

Introducción: Las fístulas rectovaginales, especialmente las posquirúrgicas, suponen una patología con gran morbilidad y afectación de la calidad de vida de las mujeres que lo padecen. Aún en nuestros días, se han propuesto numerosas soluciones, sin conseguir con ninguna de ellas el éxito en el 100% de los casos. Presentamos el caso de una paciente intervenida en nuestro servicio por cirugía oncológica de recto, que presentó fístula rectovaginal postoperatoria y fue intervenida con éxito mediante técnica de interposición muscular.

Caso clínico: Mujer de 67 años con antecedentes de hipertensión y asma, intervenida en nuestro servicio por neoplasia de recto T3N1M0 tras recibir neoadyuvancia, realizando resección anterior baja por vía abierta. En el postoperatorio inmediato se objetiva emisión de material fecaloideo por vagina, confirmando el diagnóstico de fístula rectovaginal. Durante el año siguiente a la intervención, la paciente recibe adyuvancia y es preparada para intervención quirúrgica programada tras finalizar el tratamiento oncológico. Se ofrece a la paciente la realización de colostomía que permita mejorar las condiciones locales para el éxito de la cirugía, pero declina rotundamente dicha opción. Es intervenida en posición de litotomía objetivando fístula rectovaginal alta, afectando al fondo de saco posterior de la vagina. Se realiza abordaje perineovaginal, efectuando incisión perineal arciforme y disección del espacio rectovaginal muy laboriosa por los antecedentes de la paciente. Una vez individualizados los orificios fistulosos rectal y vaginal, se procede a refrescar sus bordes y al cierre con sutura del orificio rectal. Posteriormente con la colaboración del cirujano plástico, se procede a la realización de colgajo muscular de gracilis pediculado con isla cutánea, que se sutura a pared posterior de vagina. Dada la negativa de la paciente a la colostomía, se utiliza sonda rectal para mantener el área quirúrgica lo menos contaminada posible. Tras una semana de ingreso, se retira dicha sonda, comprobando tránsito intestinal correcto y buen aspecto de la región perineovaginal. En control ambulatorio al mes, la paciente se muestra completamente asintomática con buen aspecto del colgajo practicado.

Discusión: La fístula rectovaginal supone un reto para el cirujano, dado que pese a que existen muchas soluciones, ninguna de ellas es completamente efectiva, y es entonces, cuando la experiencia del cirujano entra en juego, proponiendo el tratamiento personalizado a cada paciente.