

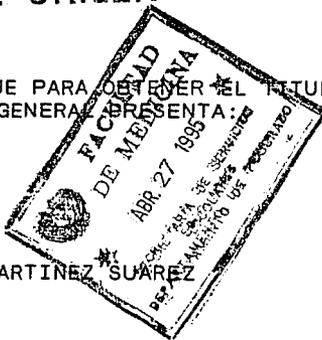
11209
75.
20j

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA FISTULA RECTOVAGINAL
EXPERIENCIA EN 10 AÑOS

FALLA DE ORIGEN

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO CIRUJANO GENERAL PRESENTA:



DR. ERNESTO MARTINEZ SUAREZ

HOSPITAL CENTRAL DE CONCENTRACION NORTE PEMEX

PROFESOR TITULAR: DR. OSCAR DIAZ GIMENEZ

MEXICO, D.F.



FEBRERO 1988

1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

RESUMEN

Se estudiaron 12 pacientes en un lapso de 10 años, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Central Norte de Concentración Nacional de Petróleos Mexicanos, diagnóstico de Fístula Rectovaginal, y que fueron sometidos a intervención quirúrgica.

Se determinó la causa de la Fístula, encontrando que en 91.6% de los pacientes, fue debido a procedimientos ginecobstétricos y solo el 8.4 % (un paciente) debido a otras causas.

Todos los pacientes fueron intervenidos en tres tiempos quirúrgicos, efectuando primero formación de colostomía, seguido de fistulectomía y reparación, y finalmente cierre de la colostomía.

El porcentaje de curación fue del 100 % con una recidiva del 0% con un seguimiento de 3 meses a un año. No hubo complicaciones inherentes al procedimiento quirúrgico empleado, así como tampoco mortalidad.

Como en la mayoría de las series, el traumatismo obstétrico continúa siendo la causa más frecuente de fístula rectovaginal y el tratamiento en 3 tiempos, efectúa la curación y evita la recidiva de la misma.

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

La Fistula Rectovaginal, aunque es una complicacion poco frecuente, ya que representa solo el 5% de las fistulas anorrectales (2), continua representando un problema de dificil resolucio n quirurgica.

El establecer el factor etiologico mas frecuente es dificil, ya que la mayoria de las series son pequenas, y las causas determinadas en las mismas, son muy variables. (3,5,6,7).

El determinar los factores predisponentes a la aparicion de una fistula, es importante, ya que puede predecir o identificar a los grupos de mayor riesgo.

El presente estudio tiene por finalidad:

1. Establecer, en nuestro medio la causa mas frecuente de Fistula Rectovaginal.
2. Identificar los factores predisponentes que puedan favorecer la formacion de la fistula.
3. Analizar los resultados obtenidos con la tecnica realizada en nuestra Institucion.

MATERIAL Y METODOS

Se efectuó el estudio en forma retrospectiva, a todos los pacientes con diagnóstico de fistula rectovaginal, que ingresaron al Servicio de Cirugía General del Hospital Central Norte de Concentración Nacional de Petróleos Mexicanos, en un periodo de 10 años, comprendido de Agosto de 1977 a Agosto de 1987.

Fueron en total 12 casos. El promedio de edad fue de 36.9 años con una edad mínima de 26 y máxima de 57 años, y con una incidencia máxima en la tercera década de la vida (Cuadro I).

En todos los casos se comprobó la presencia de la fistula, por colon por enema en 7 casos, con azul de metileno transrectal en 2 casos y por localización por exploración física únicamente en 3 casos.

De acuerdo a su localización, las fistulas fueron clasificadas como bajas si el orificio se encontraba a nivel de la línea dentada, altas si se encontraba a nivel del cervix, y medias entre estas dos situaciones. (1) La incidencia máxima en nuestro estudio fue de medias (Cuadro IV)

Diez de las doce pacientes fueron referidas a nuestro Servicio para el tratamiento de la fistula por primera vez y las restantes dos ya habian sido intervenidas y habian presentado recidiva de la misma.

Todos los pacientes fueron intervenidos en tres tiempos quirurgicos: Primero se efectuo colostomia. Previa preparacion de colon con regimen de 3 dias a base de lavados mecanicos con solucion salina con 1 gr. de neomicina, asi como 1 gr. de neomicina oral cada 8 hrs., Se efectuo colostomia en 2 bocas tipo Mikulioz a nivel de colon transverso. Segundo se efectuo la fistulectomia y la reparacion. En el caso de las fistulas bajas y medias, se utilizo un abordaje perineal. Se efectuo diseccion del tabique rectovaginal hasta la localizacion de la fistula, reseccion del trayecto fistuloso con el tejido fibroso circunvecino y posteriormente el cierre por capas, usando acido poliglicolico 2-0 en la reparacion del tabique rectovaginal y acido poliglicolico 3-0 en la reparacion del defecto vaginal, previa movilizacion amplia de esta, para evitar la aposicion de las lineas de sutura. El promedio de efectuada la colostomia al cierre de la fistula fue de 3.8 meses.

La variacion fue de dos a seis meses y fue condicionado por las condiciones de las pacientes, asi como por las condiciones de los tejidos en y cercanos a la fistula.

En el caso de la fistula alta, se utilizo un abordaje abdominal, localizacion de la fistula, que se encontraba a nivel de recto sigmoides y hacia la cupula vaginal, que amerito reseccion del segmento afectado, reparacion de la cupula vaginal con acido poliglicolico 2-0 y preservacion de la colostomia y bolsa de Hartman.

El tercer tiempo quirurgico fue el cierre de la colostomia. Se efectuo preparacion de colon en la forma antes mencionada. La media de duracion del cierre de la colostomia posterior a la fistulectomia fue de 3 meses. El cierre de la colostomia se efectuo en 2 planos primero tipo Connell-Mayo con cromico 00 y posteriormente suturas seromusculares tipo Lemberg con seda 000.

Se revisaron los expedientes clinicos para determinar la etiologia de la fistula, factores que pudieron influir en la formacion de la misma y se analizan los resultados obtenidos con nuestra tecnica quirurgica.

RESULTADOS

En once de los doce pacientes estudiados, la causa de la fistula recto vaginal fue de origen obstetrico (91.6 %), siendo el traumatismo durante el parto, la causa mas frecuente. (Cuadro II). En el paciente restante la causa fue proctitis infecciosa.

Los factores predisponentes encontrados en este grupo de pacientes fue: diabetes mellitus, con cervicovaginitis de repeticion en 2, sepsis abdominal en 1 y carcinoma de ovario en otro paciente.

En el analisis del procedimiento quirurgico, con el esquema de preparacion usado, no hubo infeccion de la herida quirurgica en ninguno de los pacientes y al momento del cierre de la colostomia, no hubo infecciones ni dehiscencias de la anastomosis. Posterior a la fistulectomia, hubo deshidencia de la sutura vaginal en un paciente, sin evidencia de formacion de nueva fistula.

En el seguimiento, posterior al cierre de la colostomia, no hubo recidiva en ninguno de los pacientes. El seguimiento vario de 3 meses a 1 ano. La mortalidad fue de 0% y la morbilidad, que no influyo en la evolucion de la paciente, se presento en un solo caso.

DISCUCION

Nuestros resultados, en algunos aspectos son similares a los publicados en la mayoría de las series. Desde el punto de vista etiologico, el traumatismo obstetrico, continua ocupando un lugar preponderante (1,2,6) aunque la incidencia se modifica de acuerdo al lugar donde se efectua el estudio, como por ejemplo en la Clinica Mayo, donde se ha publicado la serie mas grande de pacientes y donde la causa mas frecuente de la fistula, son las enfermedades inflamatorias, ocupando las traumaticas solo el 11% (7).

Es importante hacer énfasis en la etiologia ya que en nuestro medio, la gran mayoría son secundarias a trauma obstetrico y no a enfermedad inflamatoria o cancer, por lo que una gran parte de las fistulas, podrian evitarse si se efectua una tecnica quirurgica adecuada, por ejemplo, en los desgarros perineales postparto, que en nuestro estudio fue la causa mas frecuente que condiciono la aparicion de la fistula. (Cuadro II).

Encontramos, que la diabetes mellitus puede favorecer la formacion de la fistula, por los trastornos propios de cicatrizacion que presentan estos enfermos, por lo que, existiendo el antecedente, deberan extremarse las precauciones al momento de someter a un paciente de este tipo a intervenciones ginecologicas o ante la presencia de un trauma obstetrico.

Se efectuó colostomía tipo Mikulicz a todos nuestros pacientes con el fin de desfuncionalizar efectivamente la parte distal del colon.

Con el método de preparación de colon usado en nuestro Hospital, la morbimortalidad tanto para la formación de la colostomía como para el cierre de la misma, fue el 0%, por lo que este procedimiento no incrementa la morbimortalidad al procedimiento global.

El uso de la colostomía para fistulas traumáticas, ha sido cuestionado por algunos de los principales autores (1,2,5). Goldberg, que reporta la serie con menos recidiva, es de 3 de 25 pacientes, una de las cuales ha sido reintervenida hasta en 2 ocasiones con recidiva de la misma (1), en contraste con nuestro estudio de doce pacientes no tuvimos ninguna recidiva, comparable con Goligher y Graham (3,4), que también reportan recidivas del 0%, efectuando el mismo procedimiento.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

1. La identificación en forma oportuna de desgarros y laceraciones en procedimientos ginecobstétricos y el manejo adecuado de las mismas, es un factor importante en la disminución de la incidencia de la fistula rectovaginal en nuestro medio.
2. El tiempo de cierre de la colostomía, está condicionado a las características de los tejidos y cicatrización de la fistula por lo que no se debe estandarizar.
3. La reparación de fistulas rectovaginales con colon desfuncionalizado, tiene un índice de recidiva del 0%, sin incremento en la morbimortalidad global del procedimiento, en nuestra serie.
4. La rotación de la pared posterior de la vagina durante la reparación, para evitar la aposición de las líneas de sutura, juega un papel importante en los resultados del procedimiento.

CUADRO No. I

NUMERO DE PACIENTES DIVIDIDOS POR GRUPO DE EDADES

EDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
21 - 30 ANOS	5	41.6%
31 - 40 ANOS	2	16.6 %
41 - 50 ANOS	4	33.4 %
MAS DE 50 ANOS	1	8.4 %
TOTAL	12	100 %

CUADRO No. II

FACTORES ETIOLOGICOS

ETIOLOGIA	No. DE CASOS	PORCENTAJE
APLICACION DE FORCEPS	2	16.6 %
PARTO DISTOCICO CON - EPISIOTOMIA	4	33.4 %
COLPOPERINEOPLASTIA	3	25 %
HISTERECTOMIA	2	16.6 %
PROCTITIS	1	8.4 %
TOTAL	12	100 %

CUADRO No. III

FACTORES PREDISPONENTES

ENFERMEDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
DIABETES MELLITUS	2	16.6 %
SEPSIS ABDOMINAL	1	8.4 %
CA DE OVARIO	1	8.4 %
<hr/>		
TOTAL	4	33.4 %

CUADRO No. IV

LOCALIZACION DE LA FISTULA

LOCALIZACION	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
BAJA	3	25 %
MEDIA	8	66.7 %
ALTA	1	8.3 %

TOTAL	12	100 %
-------	----	-------

CUADRO V

DURACION DE LA COLOSTOMIA

MESES	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
4	5	41.6 %
6	4	33.4 %
7-8 MESES	2	16.6 %
10	1	8.4 %
TOTAL	12	100 %

BIBLIOGRAFIA

1. Goldberg, S.M., Gordon, P.H., Nivatvongs, S.: Fundamentos de Cirugia Anorrectal, 1o. Edicion; cap. 25. fistula rectovaginal p 383-400.
2. Rothenberg, D.A. and Goldberg, S.M.: The management of rectovaginal fistulas. Surg. Clin. North Am. Feb 1983. p 61-80.
3. Goligher, J.C.: Rectovaginal fistula: and Irradiation Proctitis and Enteritis. En Surgary of the Anus, Rectum and Colon. 1975.
4. Graham, J.B.: Vaginal fistulas following radiotherapy. Surg Gynecol. Obstet., 120: 1019, 1965.
5. Rusell, T.R., y Gallagher, D.M.: Low rectovaginal fistulas: Approach and treatment. Am. J. Surg 134:12, 1977.
6. Hibbard, L.T.: Surgical management of rectovaginal fistulas and complete perineal tears. Am J. Obstet. Gynecol., 130:139 1978.
7. Lescher, T.C., and Pratt, J.H.: Vaginal repair of the simple rectovaginal fistula. Surg. Gynecol Obstet., 124:1317,1967.
8. Bentley, R. J.: Abdominal repair of high rectovaginal fistula. J. Obstet. Gynecol. 90:364, 1973.

BIBLIOGRAFIA

9. DeCosse, J.J.: Radiation injury to the intestine. In Sabiston D.C. ed. : Davis-Christopher Textbook of Surgery: The Biological Basis Modern Surgical Practice. 1977
10. Greenwald, J.C., and Hoexter, B.: Repair of rectovaginal fistula. Surg. Gynecol. Obstet., 145:443, 1979.
11. Hudson, C.N.: Rectovaginal and other fistula between the intestine and genital tract. In Rob, C., and Smith, R.: Operative Surgery: Colon, Rectum and Anus. Ed. 3. 1977
12. James, J. Peck, Peter, C. Fuchs and Gustafson, M. E.: Antimicrobial Prophylaxis in Elective Colon Surgery. Am. J. Surgery: Vol 147. p 633-636. 1984
13. Nichols, R.L., Cordon, R.E., Gorbach, S.L., Nyhus L.M.: Efficacy of preoperative antimicrobial preparation of the bowel. Ann. Surg. 1971: 1974: 227-231
14. Newton, M. and Lurain III, J.R. Cirugia Ginecologica en Hardy (ed). Cirugia. 47:1761. 1985
15. Beacham, C.T.: Recurring rectovaginal fistula. Am. J. Obstet. Gynecol., 40:323, 1972.