



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

112 382
9

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

UTILIDAD DE LA PREPARACION MECANICA DEL COLON
CON O SIN ANTIBIOTICOS EN EL AVANCE DE COLGAJO
DE MUCOSA PARA EL CIERRE DE LA FISTULA
RECTOVAGINAL BAJA.

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

COLOPROCTOLOGIA

PRESENTA:

Dr. Francisco ^{ARDEZ} Guzmán Carballo
Residente de Coloproctología

ASESORES:

Dr. Marco Antonio Pulido Muñoz
Jefe del Servicio de Coloproctología

Dr. Francisco Cuevas Montes de Oca
Dr. Fidel Rodríguez Rocha
Médicos de base de Coloproctología



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F. 2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

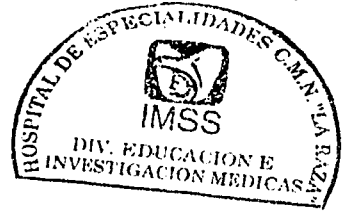
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta 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 CON
FALLA DE
ORIGEN**

Firmas




Dr. Jesús Arenas

Jefe de Educación e Investigación Médica
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional L a Raza


Dr. Marco Antonio Pulido Muñoz.

Profesor Titular del Curso de Coloproctología.

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza

Dr. Francisco Guzmán Carballo.

Residente de Coloproctología


Numero Definitivo del Protocolo:

2001-690-0148

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SECRETARÍA DE SALUD
DIVISION DE INVESTIGACIONES
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Agradecimientos

A Yanira Elizabeth con todo mi amor

A mis hijos Francisco Arturo y Franyi Linet

Por ser el impulso que me anima a seguir adelante

A mis Maestros

Dr. Marco Antonio Pulido Muñoz

Dr. Fidel Rodríguez Rocha

Dr. Francisco Cuevas Montes De Oca

Por su paciencia para enseñarme día a día

Por esa sed de conocimientos interminable,

Porque pasan por esta vida dejando huella,

por su amistad.... gracias!

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: Utilidad de la preparación mecánica del colon con o sin antibióticos en el avance de colgajo de mucosa para el cierre de la fístula rectovaginal baja.

Objetivo: Determinar si la preparación preoperatoria del colon a base de preparación mecánica y antibióticos, influye en la recidiva del tratamiento quirúrgico de la fístula rectovaginal baja.

Materiales Y Métodos: Revisamos los expedientes de los pacientes operados de fístula rectovaginal baja, previa preparación mecánica del colon con y sin antibióticos, a los cuales se les había realizado como técnica quirúrgica el avance de colgajo de mucosa, comprendidos del 01/enero/1998 al 28 /febrero/02 en el Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional La Raza.

Resultados: Obtuvimos 30 pacientes todos del sexo femenino, divididos en 2 grupos , uno con preparación mecánica(enemas y aceite de ricinos vía oral) antes de la cirugía pero sin antibióticos con rango de edad de 27 a 53 años (promedio 39.5) en el otro grupo con preparación mecánica del colon mas antibióticos y aceite de ricinos vía oral, su rango de edad de 23 años a 48a, (promedio 35.5a). Presentando un (73%) de todos los pacientes como causa de la fístula traumatismo obstétrico, a todos se les practicó la técnica de avance de colgajo de mucosa. En todos los procedimientos se utilizó bloqueo epidural. Los pacientes fueron revisados posoperatoriamente a los 7, 14 días, y posteriormente cada 2 semanas obteniéndose un promedio de cicatrización de 28 días con sólo 2 recidivas(16.6%) y una tasa de incontinencia del (0)% al final del seguimiento.

Conclusiones: La preparación preoperatoria con enemas evacuantes del colon aceite de ricinos y antibióticos vía oral, tiene éxitos en la disminución de complicaciones .

Palabras Claves: Fístulectomía, técnica de avance de colgajo, incontinencia anal , cicatrización , recidiva.

STRUCTURED SUMMARY

Title: Utility of the colon mechanical preparation with or without antibiotics in the advance of the flap of mucous for the close of down rectum vaginal fistula.

Objective: To determinate if the preoperative preparation of the colon main the mechanical preparation and antibiotics, bear in the chirurgical treatment relapse of the down rectum vaginal fistula.

Material and Methods: We reviewed the down rectum vaginal fistula surgical patients expedients, previous mechanical colon preparation with or without antibiotics, which had been realized like a chirurgical technique the advance of the flap of the mucous, from January 1, 1998 to February 28, 2002 in the Specialties Hospital National Medical La Raza.

Results: We got 30 patients every one female sex, divided in two groups, one of the groups with the mechanical preparation (ointment and castor oil orally way) before the surgery but without antibiotics with age range of 27 to 53 years old. (average 39.5) in the other team with mechanical preparation of colon plus antibiotics and castor oil orally, its range from 23 years to 48. (average 35.55) presenting a (73%) of all patients because of the obstetrics traumatism fistula, to every one of the patients were practiced the technique of advance of the flap of mucous. In all these patients were reviewed postoperative to the seven days, 14 days and then every 2 weeks getting a healing average of 28 days with only 2 relapses (16.6%)and a valuation of (0%) at the end of the study.

Conclusions: The preoperative preparation with colon evacuant ointment, castor oil and antibiotics orally ways, have success in the complications decrease.

Cue Words: Fistulectomy, advance technique of flaps, anal incontinence, healing, relapse.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por fístula rectovaginal la comunicación entre el recto y la cara posterior Vaginal desde la bóveda vaginal posterior hasta la altura de la línea dentada .

Como el orificio puede producirse en cualquier lugar del septo rectovaginal , las fístulas se han clasificado en altas medias y bajas. Para esto se han usado referencias anatómicas ⁽¹⁵⁾ (bóveda vaginal posterior, el cuello uterino o la horquilla vulvar) o las estructuras que atraviesa el trayecto ⁽¹⁶⁾ (zona vaginal recubierta de peritoneo, fascia y músculos o el esfínter anal). Actualmente, no se da mucho valor a la clasificación de las fístulas ya que no tienen en cuenta la etiología y la integridad del esfínter anal, factores fundamentales para la elección del método terapéutico ⁽¹⁷⁾ .Las causas etiológicas más comunes son las traumáticas. El trauma obstétrico ⁽¹⁸⁾ secundario a un desgarro de tercer o cuarto grado es la causa más frecuente.

Otras causas pueden ser procesos infecciosos próximos al tabique rectovaginal como infección de las glándulas de bartholino, colitis ulcerosa, enfermedad de Cronh , etc. ^(19,20) . La sintomatología guarda íntima relación con las características anatómicas y etiología de la fístula, sólo cuando la causa de la fístula rectovaginal es un traumatismo esfintérico, la incontinencia se convierte en el síntoma principal. Como el tratamiento depende de la causa, así como de la situación anatómica y funcional del esfínter, el diagnóstico tiene que seguir unas normas rígidas para que el

examen rectal y vaginal sea completo. Actualmente se considera la vaginorrafia (21) una técnica útil cuando se sospecha fístula rectovaginal alta.

La decisión de cuando operar y como hacerlo la toma el cirujano basándose en los datos derivados en la situación clínica de la paciente la etiología, el grado de afectación del esfínter, las características anatómicas de la comunicación y si ha sido operada o nó.

En el 50% de los casos el cierre espontáneo puede producirse a las seis semanas por lo tanto no deben ser operadas antes de unos tres meses. El tratamiento de éstos casos puede decirse que está regularizado mediante la técnica endorrectal con un colgajo de avance, debido a los excelentes resultados que se obtienen con ella (90%) sobre todo si es la primera vez que se realiza. Se cree que la corrección de la fístula por el lado donde la presión es más alta favorece la curación . Se recomienda la preparación intestinal, incluyendo un programa de limpieza mecánica y el uso de antibióticos orales no absorbibles, para todas las reparaciones transabdominales . Esto es menos esencial cuando se utilizan otras vías de acceso para la reparación quirúrgica, aunque muchos autores recomiendan su uso . A veces es necesaria la preparación vaginal con un programa de limpieza mecánica. Hibbard informó que cuatro de 36 pacientes en las cuales no efectuó preparación intestinal, ni recibieron antibióticos periquirúrgicos, desarrollaron celulitis, mientras que a las 15 a quien si se dio este tratamiento, no tuvieron ningún problema con sus heridas.

Independientemente de la reparación específica utilizada, es indispensable ajustarse a los principios quirúrgicos de una disección cuidadosa,

movilización plena, escisión de intestino enfermo y del trayecto fistuloso, así como la aproximación precisa de los tejidos sanos sin ocasionar tensión La mayoría de los ginecólogos prefieren la vía vaginal. Russell y Gallagher prefieren la vía rectal y señalan que la abertura primaria se encuentra dentro del conducto anal, no en la vagina, y que la corrección de estas fístulas requiere obliteración del sitio de origen de la infección anorrectal. Greenwald y Hoexter están de acuerdo con ellos , y hacen notar que una fístula rectovaginal une el sistema de alta presión del recto (25-85cm H₂O), con el sistema de baja presión de la vagina .Una vía de acceso rectal proporciona la mejor exposición por el lado de alta presión de la fístula .

Materiales y Métodos

Del 1º de enero de 1998 al 28 de febrero del 2002, en el servicio de coloproctología del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional "La Raza" en México, D. F , se analizaron los expedientes de todos los pacientes operados fístula rectovaginal baja con la técnica de avance de colgajo de mucosa , previa preparación mecánica del colon con y sin toma de antibióticos .Se excluyeron aquellos pacientes cuyos expedientes fueron depurados o que abandonaron el seguimiento en la consulta externa. La preparación mecánica del colon consistió en realizar enemas evacuantes con 1000cc de agua cada 8 horas ,aceite de ricinos 65 ml, vía oral un día previo a la cirugía , mientras al segundo grupo, se le agrego neomicina y eritromicina 1 gramo vía oral a las 13:00; 14:00 y 20:00 hrs. y aceite de ricinos 65 ml vía oral a las 16:00 horas, un día previo a la cirugía. A los dos grupos se les realizó la técnica de avance de colgajo de mucosa , la cual consiste en localizar el orificio y trayecto fistuloso, se retira el granuloma y se disecciona la mucosa rectal para que el colgajo de este cubra el orificio de la fístula previamente suturado con vicryl 2-0 en sentido vertical y el colgajo de mucosa con crómico 2-0. en sentido horizontal. Se obtuvieron 36 pacientes operados de fístula rectovaginal baja, 18 pacientes del grupo en el que sólo se utilizó enemas evacuantes previo a la cirugía y 12 pacientes del grupo al que además de los enemas se les indicó antibióticos y aceite de ricinos vía oral, 6 fueron excluidos debido a que no cumplieron los requisitos de inclusión. En los 30 restantes se obtuvieron los siguientes

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

datos: ficha de identidad, antecedentes, características de la fístula, al momento de presentarse por primera vez a la consulta externa, fecha de cirugía, hallazgos transoperatorios, complicaciones recidiva, días de estancia hospitalaria, motivo de prolongación de la estancia, evolución postoperatoria en la consulta externa, fecha de cicatrización, grado de continencia y reporte del estudio histopatológico. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva, para determinar la tasa de éxito, tiempo de cicatrización, tasa de recidivas, y el grado de continencia Anal. Una vez obtenidos, se realizó la interpretación de los resultados, se expresaron comentarios y comparaciones con otros estudios.

RESULTADOS

Obtuvimos un total de 30 pacientes con fístula rectovaginal baja 18 mujeres en el grupo que se utilizó solamente enemas evacuantes y aceite de ricinos vía oral previo a la cirugía, (rango de edad de 27 a 53 años) promedio de edad de 39.5 años. Y 12 mujeres en el grupo que se incluyó enemas y aceite de ricinos, antibióticos vía oral ,(rango de edad de 23 a 48 años) promedio de edad de 35.5 años ningún paciente tuvo antecedente de tabaquismo y alcoholismo , no diabetes , no hipertensos , no enfermedades infectocontagiosas, no problemas tiroideos, no cirugías previas por igual diagnóstico, 21pacientes (73%) la causa de la fístula fue obstétrica, 6 pacientes (18%) la causa de la fístula fue posterior a drenaje de absceso de glándulas de bartolini y en 3 pacientes (9.5%) no se conoció la causa. En los 30 pacientes se utilizó la técnica de avance de colgajo de mucosa, bajo bloqueo epidural obteniéndose una tasa de éxito del (83.4%) 10 pacientes en el grupo que se incluyó enemas y antibióticos previos a la cirugía, y un 80.5 % (15 pacientes) en los que sólo se utilizó enemas y aceite de ricinos. Los pacientes fueron seguidos en la consulta externa a los 7 , 14 , y 28 días y posteriormente cada 2 semanas, hasta que fueron dados de alta definitiva, obteniéndose cicatrización completa a los 28 días en promedio en 10 pacientes (83.5%) y 2 pacientes(17.5%) cicatrizaron en 35 días , con 2 pacientes que resultaron con recidiva (16.5%)esto en el grupo con enemas y antibióticos, en el otro grupo 15 pacientes (83.5%) cicatrizaron en 39 días , 3 pacientes (16.5%) en 43 días con un total de recidivas en este grupo de 3

pacientes (17%). Hubo sólo una complicación ané'stica por punción de la duramadre la cual motivo a la prolongación de la estancia de la paciente, dándose de alta sin mayores problemas y totalmente asintomática al tercer día ,se obtuvo así un promedio de estancia hospitalaria de 1.4 días , en ninguno de los casos hubo problemas de incontinencia anal y el 100% de los pacientes fue dado de alta definitiva con grado de continencia normal. Los reportes histopatológicos de los 30 pacientes fueron congruentes con la patología estudiada reportándose trayecto fistuloso y reacción inflamatoria tipo a cuerpo extraño.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

//

DISCUSIÓN

Este estudio retrospectivo demostró que el arrastre mecánico en combinación antibióticos tiene excelente resultados para el manejo de la fístula rectovaginal baja con lo cual se logró menor porcentaje de recidiva(16.5%)(que probablemente se debió a que además se realizó fisurectomía posterior y plastia anterior en el mismo procedimiento quirúrgico) en comparación con el grupo en el que sólo se utilizó enemas y aceite de ricinos vía oral,(22.5%). Ofreciendo un tiempo de cicatrización similar a los referidos por Kronborg ⁽¹⁴⁾ para el manejo de la fístula rectovaginal simple. Con un promedio de 34 días en los pacientes cuya preparación preoperatoria fue a base de enemas , aceite de ricinos vía oral, y antibióticos, logrando con ello menor número de consultas e incapacidad. En lo que se refiere a la continencia final los resultados son alentadores en comparación con otras técnicas mencionadas en la bibliografía ya que para el manejo por vía perineal se comentan cifras de hasta el 38% haciendo referencia que a mayor cantidad de esfínter seccionado , mayor grado de incontinencia ⁽⁹⁾ .Sin embargo nuestros resultados son similares a los obtenidos por Grablowsky ⁽¹³⁾ en 1976 en cuyo trabajo reporta 0% de incontinencia anal, en un seguimiento de su técnica por 5 años.

CONCLUSIONES

Los resultados nos indican que la preparación preoperatoria completa del colon, con enemas, aceite de ricinos y antibióticos vía oral en el tratamiento quirúrgico de la fístula rectovaginal baja presentados en éste trabajo, se reporta un (84%) de éxito.

Además por haber seguido los principios fundamentales de la cirugía para las fístulas, como son: la identificación, tratamiento del orificio primario y su trayecto permite una disminución de la recidiva y el tiempo de cicatrización.

Debido a que la técnica de avance de colgajo de mucosa rectal en la fístula rectovaginal baja, proporciona un cierre hermético, sin tensión dejando abierto el orificio secundario a nivel vaginal, por lo que al no realizar plastia de los esfínteres se convierte en una técnica conservadora con resultados del 100% de la continencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de cirugía anorrectal de Stanley M . Goldbrtg . M.D F.A.C.S.
1986 Editorial Limusa México. D.F. S.A de C.V. Primera Edición.Paginas
383 – 400.
2. Enfermedades Anorrectales Diagnostico y Tratamiento.De Fernando
López-Ríos Fernández. Harcourt Brace Madrid Barcelona 1998 paginas
202 – 204.
3. Atlas de Cirugía Colorrectal . Michael R B Keighly, Churchill Livingstone
Inc. 1996 paginas 379 – 391.
4. Cirugía del Ano Recto y Colon , John Goligher, Tercera Edición Salvat
Editores S.A de C.V. Barcelona Madrid. Paginas 182 – 205.
5. Cirugía de Colon Recto y Ano de W. Patrick Mazier 1996 W. Saunders
Company , Philadelphia. Paginas 279 – 290.
6. Departamento de cirugía Abdominal ,Universidad Hospital Leuven
Bélgica Titulo: Plastía con avance de colgajo de mucosa en el cierre de la
fístula rectovaginal. Acta Gastroenterología de Bélgica (2) 233-6, 2001
Abril- Junio.
7. Resultados de un análisis retrospectivo de 48 casos en el reparo de la
fístula recto-vaginal. Europa Journal de Obstetricia y Ginecología 96 (1)
75-9 2001 mayo.
8. Departamento de Cirugía General , Universidad Hospital Gen, de
Bélgica.Titulo: Colgajo unilateral de músculo Pudendo en el tratamiento

Complejo de la Fístula Recto-Vaginal del Acta quirúrgica De Bélgica. 100 (3) 132-2 , 2000 . mayo.

9. García AJ, Belmonte C , WONG WD, Goldberg SM Rectovaginal fistula Surgery Dis Colon Rectum 1996 ; 39:723-29.

10. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Michigan , Ann Arbor 48109-0276, USA. Titulo: Fístula Recto- Vaginal posterior a Episiotomía. Ginecología y Obstetricia, 93 (5 pt 2):800-2 mayo 1999.

11. Northside Hospital, Atlanta, Georgia, USA. Reparó de la Fístula Recto Vaginal utilizando sutura de Dermalón .Del Journal Internacional de Uroginecología 10 (6) 405-6, 1999.

12. División de Cirugía de Colon y Recto Columbus, Ohio, USA reconstrucción de la Fístula Recto – Vaginal con destrucción del esfínter, por medio de Avance de Colgajo Rectal. 42 (11) : 1432 – 7 noviembre de 1999.

13 J, Pennington E, Grablowsky O. A ten year follow up study of horeshoe-abscess- fistula rectovaginal. Dis. Colon Rectum .19:507,1976

14. Kronborg O . To lay open or excise a fistula Rectovaginal a randomized trial, Br J Surg; 72:970.1985.

15. Daniels BT Recto Vaginal Fístula Clínica Study.Universidad de Minesota 1996

16. Rosenshein NB ,Geradry, Anatomy Classification of Recto Vaginal Septal Defecto 1980; 137:439- 442.

17. Senagore A. Recto Vaginal Fistula Disorders offunction and support. Philadelphia Davis 1996

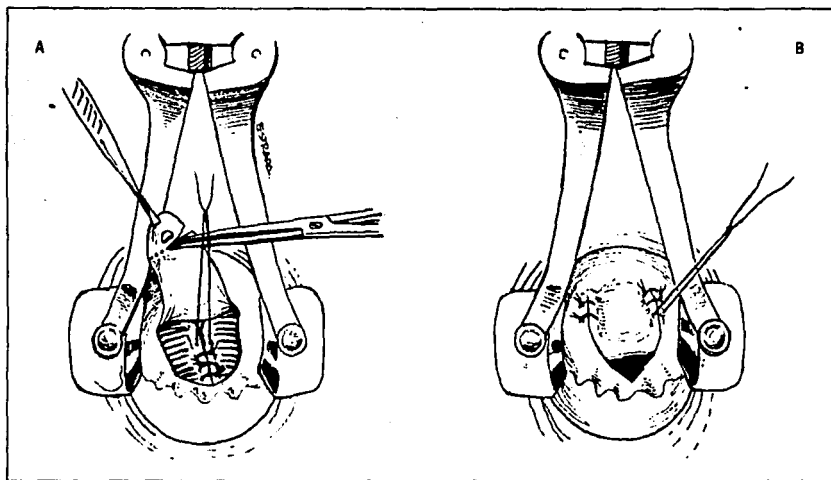
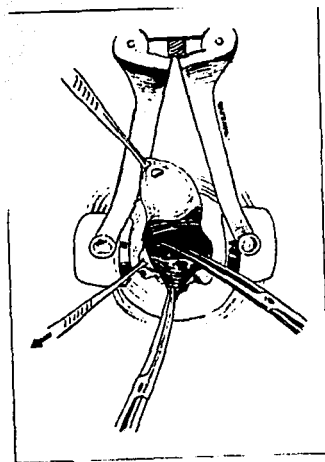
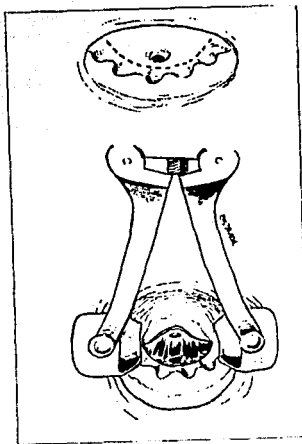
18.- Goldaber KG, Wende Postpartum Perineal Morbidity 1993; 168:489- 493

19.- Bandy LC ,Addison Surgical Management of rectovaginal fistula in
Cronh, Obstet Ginecol 1983; 147 :359-363.

20.- Radcliffe Haulex , PR, Fistula Rectovaginal Dis Colon Rectum 1988;31:94

21.- Giordano P Drew Investigation Vaginografhy Dis Colon Rectum 1996
;39:568-572

TECNICA QUIRURGICA DE AVANCE DE COLGAJO DE MUCOSA RECTAL
PARA FÍSTULA RECTO-VAGINAL



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN