



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. ANTONIO FRAGA MOURET"
CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA**

**"TASA DE RECIDIVA EN ABORDAJE TRANSRECTAL MEDIANTE COLGAJO DE AVANCE
ENDORECTAL COMO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FISTULA RECTO-VAGINAL BAJA".**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
COLOPROCTOLOGIA**

PRESENTA:

DRA. Christian Paola Torres Granados

ASESOR:

Dr. Miguel Angel Pichardo Farfan

CIUDAD DE MEXICO

2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



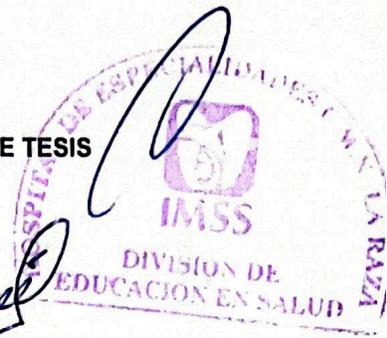
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

HOJA DE AUTORIZACION DE TESIS



DR RODRIGO ALBERTO CENICEROS

Titular del curso Universitario de Coloproctología

DR MIGUEL ANGEL PICHARDO FARFAN

Asesor

DRA CHRISTIAN PAOLA TORRES GRANADOS

Residente de segundo año de coloproctología

No. Protocolo:
R-2022-3501-072

INDICE

1. RESUMEN	4
2. INTRODUCCION	6-9
3. MATERIAL Y METODOS	11
4. RESULTADOS	12
5. DISCUSION	18-19
6. CONCLUSION	20
7. BLIBLIOGRAFIA	21-23
8. ANEXOS	24

1.- SUMMARY

Title: Recurrence rate in transrectal approach using endorectal advancement flap as surgical treatment of low rectovaginal fistula.

Material and methods: An observational, retrospective, cross-sectional and descriptive study was carried out at the "Dr Antonio Fraga Mouret" Specialty Hospital of the La Raza National Medical Center, searching through the SIOC and ECE system over a period of 5 years (01 March 2018- February 29, 2022). In order to analyze recurrence in patients diagnosed with low rectovaginal fistula who received surgical treatment with an endorectal advancement flap.

Results: 24 patients, with a predominant age range over 50-60 years with 33.4%, the most frequent etiology was obstetric injury with an incidence of 62.5%. Recurrence was measured after endorectal advancement flap; was reported in 25%. Of the patients who presented recurrence, 66.6% are smokers, presenting smoking as a risk factor for recurrence. Among the associated comorbidities, systemic arterial hypertension was the most prevalent with 16.7%.

Conclusion: The endorectal advancement flap is an effective surgical technique with a low recurrence rate. It is suitable for our population to use as first line in the treatment of low rectovaginal fistula.

Keywords: Low rectovaginal fistula, endorectal advancement flap, recurrence rate.

1.-RESUMEN

Título: Tasa de recidiva en abordaje transrectal mediante colgajo de avance endorrectal como tratamiento quirúrgico de la fistula recto-vaginal baja.

Material y métodos: En el Hospital de Especialidades “Dr Antonio Fraga Mouret” del Centro Medico Nacional La Raza se realizó un estudio observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, mediante una búsqueda en el sistema SIOC y ECE en un periodo de 5 años (01 marzo 2018- 29 de febrero 2022). Con el fin de se analizar la recidiva en pacientes con diagnóstico de fístula recto-vaginal baja que recibieron tratamiento quirúrgico con colgajo de avance endorrectal.

Resultados: 24 pacientes , con un rango de edad predominante de los 50-60 años con 33.4%, la etiología mas frecuente fue lesión obstetrica con incidencia de 62.5%. Se midió la recidiva despues del colgajo de avance endorrectal ; se reportó en 25%, De las pacientes que presentaron recidiva el 66.6% son fumadoras. Entre las comobilidades asociada la Hipertensión arterial sistematica fue la más prevalente con 16.7%.

Conclusión: El colgajo de avance endorrectal es una técnica quirurgica efectiva con baja tasa de recidiva . Es adecuado para nuestra población usarlo como primera línea en el tratamiento de la fístula rectovaginal baja.

Palabras clave: Fistula rectovaginal baja, colgajo de avance endorrectal, tasa de recidiva.

2.-INTRODUCCION

La fístula rectovaginal es una conexión anormal entre el epitelio del recto y la vagina. Representa menos del 5% de todas las fístulas anorrectales. La prevalencia de la Fístula Rectovaginal (FRV) en el mundo se ha calculado en 50.000 a 100.000 casos nuevos por año , siendo el trauma obstétrico la primara causa en EE. UU., seguido de las complicaciones de la enfermedad de Crohn. (1, 11, 19).

Etiologia.

- Lesiones obstetricas:

Las lesiones relacionadas con el parto son la causa más frecuente. Puede ser por desgarros en el perine que se extienden hacia el recto, por necrosis del tabique rectovaginal, o por una episiotomia infectada. Puede estar relacionada o no con lesiones en el esfinter anal interno.

- Enfermedad de Crohn.

La enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn) es la segunda causa más frecuente. La mayoría de las mujeres con enfermedad de Crohn nunca presentan una fístula rectovaginal, pero tener la enfermedad de Crohn aumenta el riesgo de este trastorno.

- Tratamientos para el cáncer o con radiación en la zona pélvica.

Un tumor maligno en el recto, el cuello uterino, la vagina, el útero o el conducto anal puede ocasionar una fístula rectovaginal. La radioterapia para enfermedades malignas en estas zonas también pueden generar una fistula rectovaginal. Generalmente, una fístula causada por radiación aparece dentro de los primeros seis meses a dos años posteriores al tratamiento.

- Cirugías que involucren la vagina, el perine, el recto o el ano.

La fístula puede formarse como resultado de una lesión durante la cirugía o de una infección que aparece después de esa cirugía.

- Otras causas.

En raras ocasiones, una fístula rectovaginal puede ser causada por infecciones en el ano o en el recto, o lesiones vaginales no relacionadas con el parto. En la cuales se incluyen origen criptoglandular, bartolinitis y diverticulitis.

Clasificación.

Las fístulas rectovaginales pueden clasificarse como "bajas"; con un tracto entre el conducto anal distal (línea dentada o debajo) y el interior de la horquilla vaginal, y "altas" aquellas con un tracto que conecta la parte superior de la vagina (al nivel del cuello uterino) con el recto, o "media" para las que se encuentran entre ambas.

También pueden clasificarse como "simples" o "complejas". La fístula rectovaginal simple; tiene una comunicación baja y de pequeño diámetro (<2,5 cm) entre el conducto anal y la vagina, generalmente resultado de lesión o infección obstétrica. Fístulas "complejas" implican una mayor comunicación entre el recto y vagina, o una abertura más grande, como resultado de radiación, cáncer, o complicaciones de procedimientos quirúrgicos pélvicos. ⁽¹⁾

Diagnostico:

Se debe interrogar intencionadamente síntomas como descarga vaginal, infecciones recurrentes, pneumaturia, y fecaluria. Iniciando con un examen clínico, es relativamente fácil hacer el diagnóstico diferencial de la fístula recto-vaginal con una fístula colo o enterovaginal, realizando un tacto bimanual se palpa laxitud y la solución de continuidad del tabique rectovaginal.

Se debe realizar estudios complementarios para definir adecuadamente la anatomía de la fístula y la integridad del complejo del esfínter anal, mediante rectosigmoidoscopia flexible y/o colonoscopia idealmente.

Tratamiento:

La reparación quirúrgica es el principal tratamiento para la fistula recto-vaginal. La tasa de éxito en el tratamiento varía de 0 a 80% dependiendo de la técnica empleada. En un análisis retrospectivo de 125 pacientes con fistula rectovaginal, que se sometieron a procedimientos quirúrgicos diversos, sólo el 57 % se curaron después de la reparación inicial, pero esto aumentó a 87% después de múltiples operaciones. ⁽⁴⁾ El tipo de la reparación y el abordaje dependen de la ubicación, etiología, morfología de la fístula y antecedentes de reparación previa. ^(1, 3, 20) Las fístulas recto- vaginales bajas pueden ser reparadas a través de abordaje transrectal, perineal o vaginal. ^(1, 9, 16) Las consideraciones preoperatorias incluyen dejar de fumar, pérdida de peso, control de la diabetes, mejorar el habito intestinal; frecuencia y consistencia de las evacuaciones. La ASCRS recomienda preparación intestinal, pero muchos autores prefieren solo un enema limpio y una dosis única de antibióticos preoperatorios. ^(1, 6, 7)

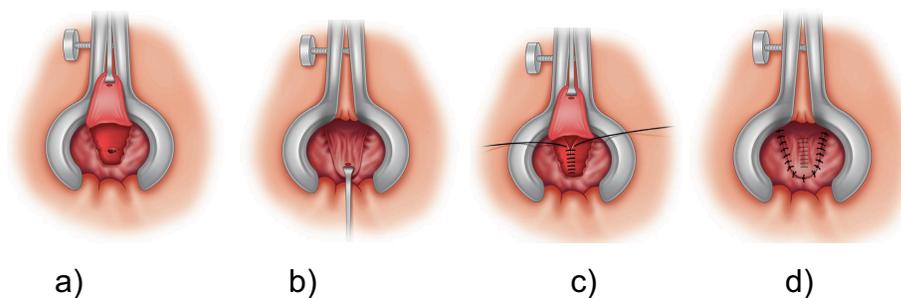
Abordaje transrectal:

Para las fistulas rectovaginales bajas; la sutura endoanal y los colgajos de avance suelen ser la primera línea; sin embargo, si fallan, se utilizan otras técnicas. ⁽³⁾

La técnica del colgajo de avance endorrectal ha sido bien descrito en la literatura, y este es, con mucho, el enfoque más común en la literatura colorrectal.

Teniendo resultados satisfactorios en el 80% de los casos de origen obstétrico, cifra que desciende al 50-60% en los casos de una fistula rectovaginal secundaria a la enfermedad de Crohn. Se realiza una incisión curvilínea de casi 180 grados justo distal al orificio de la fístula en el conducto anal (a). El colgajo se separa del tabique rectovaginal. La movilización del colgajo se realiza proximal a la fístula para evitar tensión en la reparación (b). El trayecto de la fístula se extirpa y la abertura se cierra con sutura absorbible (c). El colgajo se recorta y se aproxima al extremo del corte distal (d). Las tasas generales de éxito están registradas entre 43–93% ^(1,4)

*Ilustración de colgajo de avance endorrectal.



Abordajes transperineales; en estos procedimientos se realiza un abordaje con una incisión en el periné que puede ser circunferencial alrededor del ano, transversa o vertical, continuando con disección en dirección cefálica a lo largo del tabique rectovaginal, realizando separación del recto y la vagina con disección del trayecto fistuloso. Posteriormente se cierra en capas, interponiendo tejidos preferentemente musculares entre el recto y la vagina. (1, 5, 10)

Abordaje transvaginal.

Este abordaje es el menos común en la literatura de cirugía colorrectal. En el colgajo de avance vaginal; se identifica el orificio fistuloso y se repara con sutura absorbible. El musculo elevador del ano es aproximado a la línea media posteriormente se levanta y avanza un colgajo posterior de mucosa vaginal sobre el defecto. Este procedimiento se prefiere en pacientes con Enfermedad de Crohn en recto.

Reparación por trasposición de tejidos.

El colgajo de Martius está indicado para fístulas complejas o recurrentes y tiene un éxito tasa de 65% a 100%. El colgajo es un injerto muscular pediculado derivado del músculo bulbocavernoso (también conocido como el músculo bulboesponjoso) y almohadilla de grasa labial. La rama perineal de la arteria pudenda irriga este injerto entrando en el músculo desde una posición inferoposterior. Después un colgajo vaginal se crea para separar el tabique rectovaginal por encima del defecto, el injerto se libera a través de una incisión sobre los labios mayores (3)

La fistula rectovaginal plantea un desafio para el cirujano colorrectal. Por lo que precisa de una comprension integral de la patologia. Es imprescindible definir etiologia, factores de riesgo, antecedentes de intervenciones previas, para establecer y definir el tratamiento quirurgico mas adecuado. En esta investigacion se pretende identificar la tasa de de éxito y recidiva que tiene el colgajo de avance endorrectal como tratamiento quirurgico de primera linea.

3.-MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio bajo un modelo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, en cual se analizaron pacientes con diagnóstico establecido de fístula recto-vaginal baja, resuelta con tratamiento quirúrgico mediante colgajo de avance endorrectal, del hospital de especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del CMN La Raza en un periodo de 5 años (01 marzo 2018- 29 de febrero 2022) con el fin establecer la tasa de recidiva asociada con esta técnica quirúrgica. Los datos obtenidos se analizaron aplicando las medidas de tendencia central Media (X), Mediana (Me), Rango (R), e intervalo de confianza de 95%, con el paquete estadístico IBM SPSS- Versión 29.0 con una $p \leq 0.05$ para la significancia estadística. Bajo los siguientes criterios de selección;

1.-Criterios de inclusión:

- Pacientes que presenten diagnóstico confirmado de fistula recto-vaginal baja que tuvieron tratamiento con colgajo de avance endorrectal, mujeres adultas sin rango de edad específico.

2.- Criterios de no inclusión:

- Pacientes con fistula rectovaginal baja, que no recibieron tratamiento quirúrgico, y aquellas que tuvieron cirugía fuera del hospital de especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del CMN La Raza

3.-Criterios de exclusión:

- Paciente con fistula rectovaginal alta.
- Pacientes menores de 16 años.
- Pacientes con expedientes físicos o electrónicos incompletos.

4.-RESULTADOS

Según los criterios de inclusión y exclusión del protocolo se obtuvo una muestra final de 24 pacientes del hospital de especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del CMN La Raza con diagnóstico de fístula recto-vaginal baja que recibieron tratamiento quirúrgico de colgajo de avance endorrectal, con base en los objetivos establecidos se realizó la captura de variables del expediente clínico, y mediante el apoyo estadístico SPSS v.20, se encontraron los siguientes resultados:

Dentro de las características demográficas de nuestra población, con respecto a la edad (tabla 1) se observa edad mínima de 27 años y máxima de 73 años. Con los siguientes porcentajes por rango de edad; 17-27 años con 4.2%, 28-38 años con 29.1%, 39-49 años con 25%, 50-60 años con 33.4%, >60 años con 8.3%.

Tabla 1. Edad de las pacientes con diagnóstico de fístula rectovaginal baja del hospital de especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del CMN La Raza.

EDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	27	1	4,2	4,2	4,2
	28	1	4,2	4,2	8,3
	30	1	4,2	4,2	12,5
	31	2	8,3	8,3	20,8
	35	2	8,3	8,3	29,2
	37	1	4,2	4,2	33,3
	41	2	8,3	8,3	41,7
	42	2	8,3	8,3	50,0
	43	1	4,2	4,2	54,2
	45	1	4,2	4,2	58,3
	51	1	4,2	4,2	62,5
	53	1	4,2	4,2	66,7
	54	1	4,2	4,2	70,8
	57	2	8,3	8,3	79,2
	58	2	8,3	8,3	87,5
	59	1	4,2	4,2	91,7
	61	1	4,2	4,2	95,8
	73	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

En el análisis de la población de estudio según las frecuencias observadas con respecto a la etiología (tabla 2), determinamos que la causa más frecuente es el origen obstetrico con una frecuencia 62.5%.

Tabla 2. Etiología asociada con el diagnostico de fistula rectovaginal baja del hospital del hospital de especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del CMN La Raza.

ETIOLOGIA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ABSCESO ANORRECTAL	1	4,2	4,2	4,2
	ADENOCARCINOMA DE RECTO	1	4,2	4,2	8,3
	CACU	2	8,3	8,3	16,7
	CUCI	1	4,2	4,2	20,8
	GANGRENA DE FOURNIER	1	4,2	4,2	25,0
	IATROGENICA	2	8,3	8,3	33,3
	OBSTETRICA	15	62,5	62,5	95,8
	TRAUMA	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Entre las comorbilidades encontradas en la muestra, se indentificó que del total de las pacientes (n=24) el 50% presentaron alguna comorbilidad asociada. Entre las co-morbilidades encontradas, la más frecuente es la hipertensión arterial con 16.75%, seguida de diabetes mellitus tipo 2 con 12.5% de prevalencia.

Tabla 3. Comorbilidades asociadas en los pacientes con fistula rectovaginal baja del hospital del especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del CMN La Raza.

CO-MORBIDOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ASMA	1	4,2	4,2	4,2
	CUCI	1	4,2	4,2	8,3
	DM TIPO 2	3	12,5	12,5	20,8
	HAS	4	16,7	16,7	37,5
	MIGRAÑA	1	4,2	4,2	41,7
	NO	12	50,0	50,0	91,7
	RADIOTERAPIA	2	8,3	8,3	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Se observo tabaquismo en un 54.2 % del total de la población, no se presentaron pacientes en la categoria de exfumadores.

Tabla 4. Presencia de tabaquismo en pacientes con fistula rectovaginal baja del hospital de especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del CMN La Raza. Y su asociación con recurrencia de la enfermedad.

TABAQUISMO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	13	54,2	54,2	54,2
	SI	11	45,8	45,8	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

En el 66.7 % de las paciente no tuvieron cirugias previas para tratamiento de la fistula rectovaginal baja, siendo el colgajo de avance endorrectal la primera linea de tratamiento. En el 33.3 % de los casos el colgajo de avance endorrectal fue segunda línea de tratamiento ya que tuvieron cirugía previa: de los cuales el 20.8% tiene antecedente de fistulectomia por abordaje transrectal, el 8.3% cierre primario por abordaje transvaginal, y solo el 4.2% perineoplastia + plastia de esfinter.

Tabla 5. Cirugias previas en pacientes con fistula rectovaginal baja del hospital del especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del CMN La Raza.

CIRUGIAS PREVIAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	CIERRE PRIMARIO TRANSVAGINAL	2	8,3	8,3	8,3
	FISTULECTOMIA	5	20,8	20,8	29,2
	NO	16	66,7	66,7	95,8
	PERINEOPLASTIA + PLASTIA DE ESFINTER	1	4,2	4,2	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Se establecio que de las 24 pacientes que tuvieron tratamiento con colgajo de avance endorrectal; el 25% presentaron recidiva de la enfermedad posterior a 6 meses. El 75% no presentaron recurrencia de la fistula.

Tabla 6. Tasa de recidiva asociada con tecnica de colgajo endorrectal en pacientes del hospital del especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del CMN La Raza.

RECURRENCIA A 6 MESES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	18	75,0	75,0	75,0
	SI	6	25,0	25,0	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

Con respecto a la relación del tabaquismo con la recurrencia de la fistula , del 25% de las pacientes que presentaron recurrencia (n=6); el 66.6% (n=4) consumen tabaco activamente esto es el 16.7% (n=4) del total de los pacientes estudiados (n=24).

Tabla 7. Relación del tabaquismo con la recurrencia de la fístula rectovaginal baja en pacientes del hospital del especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del CMN La Raza.

Tabla cruzada RECURRENCIA A 6 MESES* TABAQUISMO

		TABAQUISMO		Total	
		NO	SI		
RECURRENCIA A 6 MESES	NO	Recuento	11	7	18
		% del total	45,8%	29,2%	75,0%
		Residuo estandarizado	,4	-,4	
	SI	Recuento	2	4	6
		% del total	8,3%	16,7%	25,0%
		Residuo estandarizado	-,7	,8	
Total		Recuento	13	11	24
		% del total	54,2%	45,8%	100,0%

Con respecto a la población de estudio; el total de recurrencia es del 25% (n=6) , dentro de este porcentaje el 8.3% tiene antecedente de cierre primario transvaginal, y el 4.2% antecedente de perineoplastia, todos los pacientes con este antecedente tuvieron recurrencia.

Aquellos pacientes con antecedente de fistulectomía, ninguno presentó recurrencia posterior a la cirugía de avance endorrectal.

Tabla 8. Relación entre cirugías previas y recurrencia posterior a tratamiento de colgajo de avance endorrectal.

		RECURRENCIA A 6 MESES		Total	
		NO	SI		
Efectúe una doble pulsación para activar					
CIRUGIAS PREVIAS	CIERRE PRIMARIO TRANSVAGINAL	Recuento	0	2	2
		% del total	0,0%	8,3%	8,3%
		Residuo estandarizado	-1,2	2,1	
	FISTULECTOMIA	Recuento	5	0	5
		% del total	20,8%	0,0%	20,8%
		Residuo estandarizado	,6	-1,1	
	NO	Recuento	13	3	16
		% del total	54,2%	12,5%	66,7%
		Residuo estandarizado	,3	-,5	
	PERINEOPLASTIA + PLASTIA DE ESFINTER	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	4,2%	4,2%
		Residuo estandarizado	-,9	1,5	
Total	Recuento	18	6	24	
	% del total	75,0%	25,0%	100,0%	

El 25% de la población que representan aquellas pacientes que tuvieron recurrencia de la fístula rectovaginal posterior al colgajo de avance endorrectal , tienen las siguientes co-morbilidades asociadas; diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial sistémica, enfermedad inflamatoria intestinal y asma, las cuales se presentaron en el 4.2% cada una, por lo cual no se estableció una correlación significativa.

Tabla 9. Relacion entre comobobilidades y recurrencia de la de la fistula rectovaginal baja en pacientes del hospital del especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del CMN La Raza.

		Tabla cruzada RECURRENCIA A 6 MESES*CO-MORBIDOS							Total	
		CO-MORBIDOS								
		ASMA	CUCI	DM TIPO 2	HAS	MIGRAÑA	NO	RADIOTERAPIA		
RECURRENCIA A 6 MESES	NO	Recuento	1	0	2	3	0	11	1	18
		% del total	4,2%	0,0%	8,3%	12,5%	0,0%	45,8%	4,2%	75,0%
		Residuo estandarizado	,3	-,9	-,2	,0	-,9	,7	-,4	
	SI	Recuento	0	1	1	1	1	1	1	6
		% del total	0,0%	4,2%	4,2%	4,2%	4,2%	4,2%	4,2%	25,0%
		Residuo estandarizado	-,5	1,5	,3	,0	1,5	-1,2	,7	
Total		Recuento	1	1	3	4	1	12	2	24
		% del total	4,2%	4,2%	12,5%	16,7%	4,2%	50,0%	8,3%	100,0%

5.- DISCUSION

La etiología de la fístula rectovaginal baja es más frecuente por lesión obstétrica de acuerdo a diversos estudios ^(1,3,5), lo cual concuerda con esta investigación en la cual se presentó una incidencia de 62.5%, con un rango de edad predominante de los 50-60 años con un porcentaje de 33.4%.

En menor frecuencia se observó como etiología el CaCu. (8.3%), iatrogenia secundario a cirugías anorrectales (8.3%), adenocarcinoma de recto 4.2%, origen criptoglandular (4.2%) y gangrena de fournier (4.2%).

El tratamiento de esta patología siempre debe ser quirúrgico para obtener la curación, dentro de los distintos abordajes el transrectal es el que predomina en cirugía colorrectal. ^(1,2)

En la literatura se obtienen tasas de éxitos del 43-93% en la técnica quirúrgica de avance de colgajo endorrectal por abordaje transrectal. En este estudio se midió la tasa de recidiva la cual se reporta en 25% posterior a dicho procedimiento, se confirma la hipótesis de que el colgajo de avance endorrectal es una técnica efectiva con una tasa de recidiva menor del 40% de recurrencia en el tratamiento de la fístula recto-vaginal baja. ^(1,4)

Con respecto a la relación del tabaquismo con el aumento en la tasa de recidiva en el tratamiento quirúrgico de la fístula recto-vaginal ⁽¹⁹⁾. En este estudio del total de pacientes que tuvo recidiva de la enfermedad (25%), el 16.7% tuvieron tabaquismo activo asociado. Por lo tanto del 100% de pacientes con recidiva el 66.6% son fumadores.

Los pacientes que no tuvieron recidiva de la enfermedad que representa el 75% de la población, solo el 29.2% son fumadores. Se concuerda con lo establecido por la literatura internacional que postula el tabaquismo como con un factor de riesgo asociado a la recurrencia de la enfermedad.

Aquellas pacientes en las que el colgajo de avance endorrectal no fue la primera cirugía para el tratamiento de la fístula, en el caso específico de cierre primario transvaginal y perineoplastia el 100% tuvo recidiva, no así con las pacientes con antecedente de fistulectomía ya que ninguna de ellas presentó recurrencia posterior a este procedimiento.

De este estudio el 50% de la población presentó comorbilidades asociadas; las más frecuentes fueron; diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial sistémica con 12.5% y 16.7 % respectivamente. No se estableció relevancia entre estas co-comorbilidades y la tasa de recidiva.

6.- CONCLUSION

El colgajo de avance endorrectal es una técnica con baja tasa de recidiva, siendo efectiva sobre todo en el caso de las fistulas de origen obstetrico, incluso en el contexto de pacientes con antecedente de una cirugía previa para el tratamiento de este patología.

Es adecuado para nuestra población usarlo como primera línea en el tratamiento de la fístula rectovaginal baja con tratamiento de primera linea.

7. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Gurland, B. H., & Vogel, J. D. (2022). Rectovaginal Fistula. In *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery* (pp. 281-291). Springer, Cham.
- 2.- Ryoo, S. B., Oh, H. K., Ha, H. K., Han, E. C., Kwon, Y. H., Song, I., ... & Park, K. J. (2019). Outcomes of surgical treatments for rectovaginal fistula and prognostic factors for successful closure: a single-center tertiary hospital experiences. *Annals of Surgical Treatment and Research*, 97(3), 149-156
- 3.- Kaminski, J. P., Tat, C., Fleshner, P. R., & Zaghiyan, K. (2018). Martius flap for persistent, complex rectovaginal fistula. *Diseases of the Colon & Rectum*, 61(4), 520.
- 4.- Fu, J., Liang, Z., Zhu, Y., Cui, L., & Chen, W. (2019). Surgical repair of rectovaginal fistulas: predictors of fistula closure. *International Urogynecology Journal*, 30(10), 1659-1665.
- 5.- Frontali, A., Rottoli, M., Chierici, A., Poggioli, G., & Panis, Y. (2021). Rectovaginal fistula: Risk factors for failure after graciloplasty—A bicentric retrospective European study of 61 patients. *Colorectal Disease*, 23(8), 2113-2118.
- 6.- Ju, M., Wang, X., Xia, C., & Ju, Y. (2022). Tissue selecting technique for adult women with low rectovaginal fistula. *Journal of the Chinese Medical Association*, 85(1), 120-123.
- 7.- Beksac, K., Tanacan, A., Ozgul, N., & Beksac, M. S. (2018). Treatment of rectovaginal fistula using sphincteroplasty and fistulectomy. *Obstetrics and Gynecology International*, 2018.

- 8.- Studniarek, A., Abcarian, A., Pan, J., Wang, H., Gantt, G., & Abcarian, H. (2021). What is the best method of rectovaginal fistula repair? A 25-year single-center experience. *Techniques in Coloproctology*, 25(9), 1037-1044.
- 9.- Cosson, M., Giraudet, G., Declas, E., & Delplanque, S. (2020). Tratamiento de la fístula rectovaginal y de las secuelas obstétricas. *EMC-Cirugía General*, 20(1), 1-12.
- 10.- Tong, Y., Trilling, B., Sage, P. Y., Girard, E., & Faucheron, J. L. (2019). Short-term outcomes of the over-the-scope clip proctology system for rectovaginal fistula repair: a prospective study. *Techniques in Coloproctology*, 23(3), 245-249.
- 11.- Meyer, J., Ris, F., Parkes, M., & Davies, J. (2022). Rectovaginal Fistula in Crohn's Disease: When and How to Operate?. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 35(01), 010-020.
- 12.- Bhome, R., Monga, A., & Nugent, K. P. (2018). A transvaginal approach to rectovaginal fistulae for the colorectal surgeon: technical notes and case series. *Techniques in coloproctology*, 22(4), 305-311
- 13.- Weledji, E. P., Elong, F. A., & Eyongeta, D. E. (2020). A Case of Low Rectovaginal Fistula of Obstetric Origin: Treatment by Fistulotomy and Reconstitution or Advancement Flap?. *Frontiers in Surgery*, 7, 2.
- 14.- Hauch, A., Ramamoorthy, S., Zelhart, M., & Dobke, M. (2020). Refining approaches to surgical repair of rectovaginal fistulas. *Annals of Plastic Surgery*, 84(5S), S250-S256.
- 15.- Yuan, X., Chen, H., Chen, C., Yang, M., Li, Q., Gao, R., ... & Yin, L. (2020). Minimally invasive treatment of mid-low rectovaginal fistula: a transanal endoscopic surgery study. *Surgical endoscopy*, 34(9), 3971-3977.

16.- Ziouziou, I., Ammouri, S., Ouazni, M., Sumba, H., Koutani, A., & Andaloussi, A. I. A. (2020). Recto-vaginal fistulas: A case series. *International Journal of Surgery Case Reports*, 72, 147-152.

17.- Hrabe, J. E., & Hull, T. L. (2020). Anal conditions: rectovaginal fistula. In *Clinical Decision Making in Colorectal Surgery* (pp. 111-123). Springer, Cham.

18.- Lohsiriwat, V., & Jitmongngan, R. (2021). Rectovaginal fistula after low anterior resection: Prevention and management. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 13(8), 764.

19.- Noori, I. F. (2021). Rectovaginal fistulas, outcomes of various surgical repair and predictive factors of healing success. A retrospective cohort study of 40 cases. *International Journal of Surgery Open*, 32, 100335.

20.- Yetisir, F., & Güzel, K. (2022). Botulinum Toxin Injection for the Treatment of the Recurrent Rectovaginal Fistulas in Combination with Surgical Repair. *Indian Journal of Surgery*, 84(1), 190-194.

21.- Reyes-Morales, H., Dreser-Mansilla, A., Arredondo-López, A., Bautista-Arredondo, S., & Ávila-Burgos, L. (2020). Análisis y reflexiones sobre la iniciativa de reforma a la Ley General de Salud de México 2019. *salud pública de méxico*, 61, 685-691.

8.- ANEXOS

1.- NOMBRE:

2.- EDAD:	
3.- NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:	
4.- DIAGNOSTICO PRINCIPAL: FISTULA RECTOVAGINAL BAJA	SI ___ NO _____
5.-ETIOLOGIA	1.- LESION OBSTETRICA ___ 2.- RADIOTERAPIA ___ 3.- ENFERMEDAD DE CRHON ___ 4.- CRIPTOGLANDULAR ___
6.- TRATAMIENTO MEDIANTE COLGAJO DE AVANCE ENDORRECTAL	SI _____ NO _____
6.- TABAQUISMO	1.-SI ___ 1.- NO ___ Exfumador _____
7.-CIRUGIA PREVIA:	SI ___ NO _____ 1.- COLGAJO DE AVANCE ENDORRECTAL 2.- FISTULECTOMIA 3.-PERINEOPLASTIA 4.-COLGAJO DE MARTIUS 5.-COLGAJO DE GRACILIS 6.- OTROS _____
9.- RECURRENCIA POSTERIOR A 6 MESES:	SI _____ NO _____
10.- TRATAMIENTO QUIRURGICO REALIZADO EN LA RECURRENCIA:	1.- COLGAJO DE AVANCE ENDORRECTAL 2.- FISTULECTOMIA 3.-PERINEOPLASTIA 4.-COLGAJO DE MARTIUS 5.-COLGAJO DE GRACILIS 6.- OTROS _____
11.- PROCEDIMIENTO NECESARIOS PARA CURACION	NUMERO _____