

11238 /
29.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S.S.A.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FISTULA RECTOVAGINAL Y TRATAMIENTO
Y RESULTADOS
AÑO 1997
SERVICIOS DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
MMM

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO AUTONOMO DE FOMENTO ECONOMICO

DIRECCION DE INVESTIGACIONES
Y SERVICIOS DE POSTGRADO

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN COLOPROCTOLOGIA
P R E S E N T A
DR. BENJAMIN ARIAS PESQUERA

ASESOR DE TESIS: DR. OCTAVIO AVENDAÑO ESPINOSA



MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central

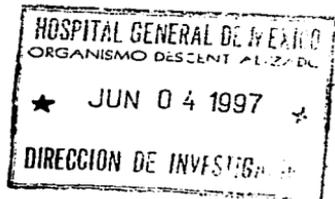


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.



DR. DANIEL MURGUIA DOMINGUEZ
JEFE DEL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGIA



DR. OCTAVIO AVENDAÑO ESPINOSA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO
DE ESPECIALIZACION DE COLOPROCTOLOGIA
JEFE DE LA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGIA
TUTOR DE TESIS

AGRADECIMIENTO

**A tí, Mi Señor
por darme está última
oportunidad
para realizar mi deseo
más grande.**

I N D I C E

Introducción.....	1
Material y método.....	4
Resultados.....	7
Discusión.....	12
Conclusiones.....	18
Bibliografía.....	20

INTRODUCCION

Las fistulas rectovaginales son comunicaciones entre el recto y la vagina. Ellas representan alrededor del 5% de los procesos fistulosos de la región.¹ Los síntomas, en ocasiones, son mínimos, pero a menudo resultan incapacitantes. Estos dependen de la etiología, localización y diámetro de la fistula rectovaginal. La salida de flatos a través de la vagina puede ser el único síntoma de una fistula pequeña, pero con una más grande las heces también pasarán a la cavidad vaginal. La vaginitis puede ser severa.^{2,3,4} Es importante valorar por completo a la paciente antes de considerar la corrección quirúrgica del problema.

La etiología más frecuente es la lesión obstétrica, que constituye el 88% en los estudios publicados.^{3,4} Pueden producir esta comunicación otros muchos estados patológicos, tales como otras formas de traumatismo de la región perineal, sean manipulaciones ginecológicas, proctológicas, violentas y por cuerpo extraño.^{2,3,5} Pueden surgir también fistulas por enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasias, infecciones, radiación y transtornos congénitos.^{2,3,6,7,8}

Las fistulas rectovaginales pueden clasificarse, según Daniels, por su localización y por su diámetro.^{7,9} La más frecuentemente utilizada, se basa en su localización a lo largo de los 7 a 9 cms. del tabique rectovaginal. Las fistulas bajas son el tipo más común;⁹ se extienden desde la línea anorrectal o pocos milímetros por arriba de ella, a la vagina cerca de la horquilla vulvar. Las fistulas altas comunican el tercio medio del recto y el fondo de saco vaginal posterior. Las fistulas rectovaginales medias se sitúan en algún punto entre las variedades baja y alta. Las fistulas que unen el conducto anal distal a la línea anorrectal con la vagina son llamadas anovaginales. Las fistulas que se encuentran en la línea anorrectal, por criterio estricto, son anovaginales, pero generalmente son colocadas en la categoría de las rectovaginales bajas. Las fistulas rectovaginales también pueden ser distinguidas por su diámetro.⁹ Las fistulas pequeñas son menores de 0.5 cms. de diámetro; las fistulas medianas están entre 0.5 a 2.5 cms. de diámetro y las fistulas grandes son mayores de 2.5 cms. de diámetro. Por otro lado, existe otra clasificación que integra posición, tamaño, causa y acceso quirúrgico. Las fistulas rectovaginales simples están localizadas en la mitad inferior del septum vaginal; ellas son de pequeño a mediano tamaño, tienen una causa traumática o infecciosa, pueden ser reparadas por vía perineal y no requieren colostomía. Las fistulas complejas involucran la mitad superior del septum vaginal y generalmente son grandes; resultan de radiación, enfermedad intestinal inflamatoria o neoplasia; deben ser reparadas a través del abdomen y frecuentemente una colostomía es necesaria.^{1,6,9,10}

El tratamiento de la fistula rectovaginal tiene que basarse en su localización específica, etiología, diámetro y duración del padecimiento. Se ha informado de muchos procedimientos quirúrgicos para la reparación de estas fistulas, en todos con tasas aproximadas de 75% de buenos resultados.⁹ Cuatro accesos quirúrgicos son comúnmente empleados para la reparación de una fistula rectovaginal: perineal, transanal, transvaginal y abdominal.^{1,3,7,9,11} Los procedimientos abdominales son usados para fistulas altas y medias. Las fistulas bajas son tratadas por alguna de las otras vías de acceso.

Se lograrán los resultados óptimos mediante valoración preoperatoria apropiada de la paciente y la selección del procedimiento quirúrgico requerido.

Por tal motivo, este estudio intenta conocer cuáles han sido los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de las fistulas rectovaginales en la Unidad de Coloproctología, del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, S.Sa., en los últimos 10 años.

MATERIAL Y METODO

Se realizó una revisión retrospectiva de los expedientes de todas las pacientes sujetadas a reparación quirúrgica de una fistula rectovaginal, entre febrero de 1986 y octubre de 1996, en la Unidad de Coloproctología, del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, S.Sa..

Se consideraron como criterios de inclusión la presencia de datos clínicos y exploratorios de fistula rectovaginal. Se excluyeron las pacientes que fueron atendidas en otras unidades hospitalarias, que sólo asistieron a control postoperatorio y las pacientes operadas en nuestra unidad que no tuvieron seguimiento postoperatorio.

En cada paciente se recabaron en hojas especialmente diseñadas, los datos clínicos, exploratorios y resultados quirúrgicos (ver hoja de recolección de datos).

El diagnóstico, localización y tamaño de la fistula estuvo basado en el interrogatorio y en el examen clínico, incluyendo examen digital,

evaluación endoscópica y cuando fue necesario, el uso de azul de metileno o de peróxido de hidrógeno.

La clasificación de las fistulas rectovaginales fue realizado de acuerdo a la clasificación de Daniels. Las fistulas bajas se encuentran en o inmediatamente arriba de la línea anorrectal y no más profundas de 3 cms. en la vagina; las fistulas altas comunican el tercio medio del recto con el fondo de saco vaginal posterior; y medias en algún punto entre las variedades baja y alta. También se consideró el diámetro de las fistulas rectovaginales para clasificarlas. Las fistulas pequeñas son menores de 0.5 cms. de diámetro; las fistulas medianas están entre 0.5 a 2.5 cms. y las fistulas grandes son mayores de 2.5 cms. de diámetro.

Los parámetros evaluados fueron la edad de la paciente, la etiología de la fistula, su localización y tamaño, tipo de abordaje quirúrgico, resultados postoperatorios y el tiempo de seguimiento postoperatorio.

Debido al corto número de pacientes atendidas en el período de estudio, los resultados de las variables continuas solo fueron tratadas en forma estadística hasta valores porcentuales.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

1. **Ficha de identificación**
 - a. Nombre
 - b. Edad
 - c. No. expediente
 - d. No. historia

2. **Antecedentes**
 - a. Obstétrica
 - b. Traumática
 - c. Inflamatoria
 - d. Radiación
 - e. Neoplasias
 - f. Infecciones
 - g. Congénita

3. **Datos clínicos**
 - a. Asintomática
 - b. Flatos a través de vagina
 - c. Heces en vagina
 - d. Vaginitis crónica
 - e. Corroboración visual o digital de la fistula, cuando fue posible

4. **Características de la fistula rectovaginal**
 1. **Localización**
 - a. Bajas
 - b. Medias
 - c. Altas

 2. **Tamaño**
 - a. Pequeñas
 - b. Medianas
 - c. Grandes

5. **Acceso quirúrgico**
 - a. Perineal
 - b. Transanal
 - c. Transvaginal
 - d. Abdominal

6. **Resultados del tratamiento**
 - a. Curación
 - b. Recidiva
 - c. No curación

7. **Seguimiento**
 - a. Menos de un año
 - b. 1 a 5 años
 - c. 6 a 10 años

RESULTADOS

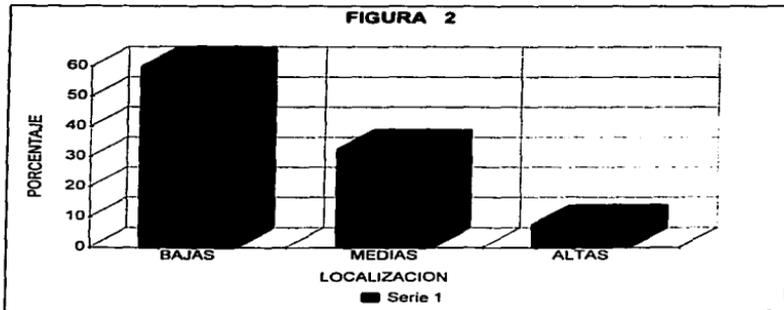
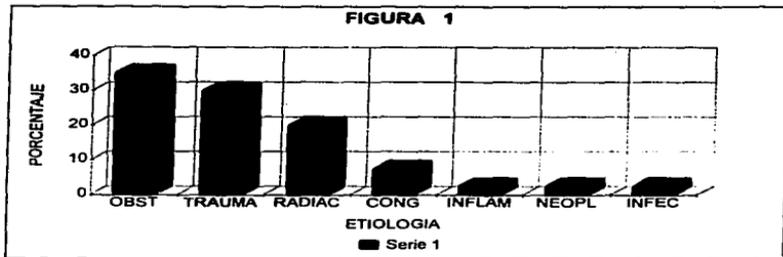
La población estudiada consistió en 40 pacientes del sexo femenino entre los 17 y los 80 años de edad (media 36~3). La etiología de la fistula rectovaginal en nuestra serie fue: obstétrica en 14 (35%); traumática en 12 (30%); radiación en 8 (20%); congénita en 3 (7.5%); inflamatoria, neoplásica e infecciosa, un caso (2.5%) en cada una.(Fig. 1)

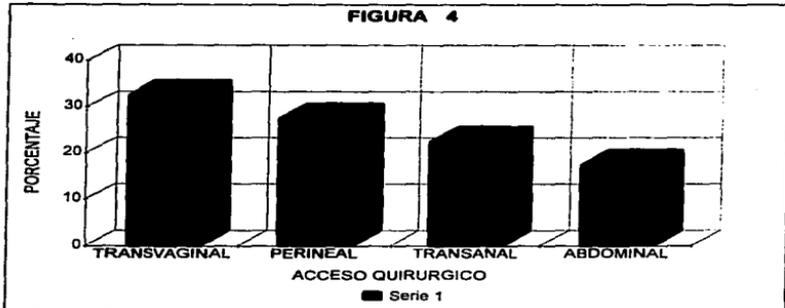
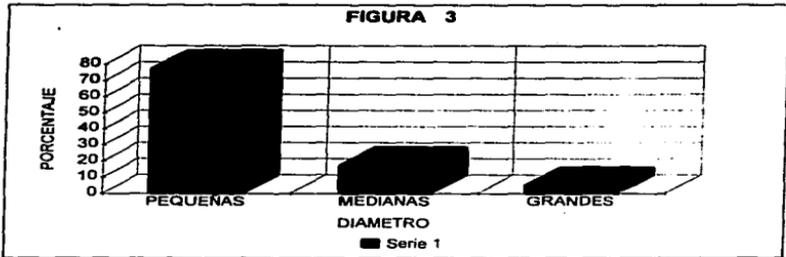
Los síntomas más frecuentemente encontrados fueron: heces en vagina en 32 (80%); flatos a través de vagina en 26 (65%); vaginitis crónica en 8 (20%) y 4 (10%) asintomáticas. La corroboración visual o digital de la fistula se obtuvo en 34 (85%) pacientes. El 15% restante requirió confirmación durante el procedimiento quirúrgico. De acuerdo a la clasificación de Daniels para las fistulas rectovaginales, en 24 (60%) fueron bajas; en 13 (32.5%) fueron medias y en 3 (7.5%) fueron altas.(Fig. 2) En relación al diámetro de la fistula, en 31 (77.5%) fueron pequeñas; en 7 (17.5%) fueron medianas y en 2 (5%) fueron grandes.(Fig. 3) Se observó que las fistulas bajas y pequeñas se encontraron en 22 (55%); las fistulas medias y pequeñas en 6 (15%); altas y pequeñas en 3 (7.5%); las fistulas bajas y medianas en 2 (5%) y las medias y grandes en 2 (5%).

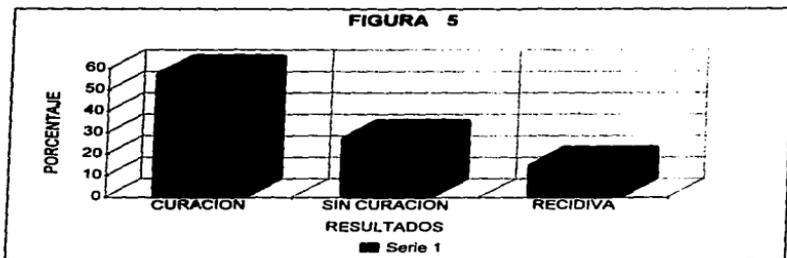
La vía de acceso para la reparación quirúrgica fue: transvaginal en 13 (32.5%), perineal en 11 (27.5%), transanal en 9 (22.5%) y abdominal en 7 (17.5%).(Fig. 4)

Los resultados de la reparación fueron: curación en 23 (57.5%); sin curación en 11 (27.5%), principalmente en las pacientes de etiología por radiación, neoplásica e inflamatoria. Hubo 6 (15%) pacientes con recidiva que no fueron reoperadas.(Fig. 5)

El seguimiento postoperatorio fue de menos de un año en 31 (77.5%), de 1 a 5 años en 8 (20%) y de 6 a 10 años en 1 (2.5%).







DISCUSION

Más de 20 procedimientos quirúrgicos se han utilizado para el manejo de las fistulas rectovaginales, pero cuatro vías son las más comúnmente empleadas para la reparación de la fistula rectovaginal: perineal, transanal, transvaginal y abdominal. Los procedimientos abdominales son usados para las fistulas altas. Las fistulas medias y bajas son tratadas por alguno de los otros métodos. Pero más que debatir la vía de acceso apropiada, el manejo quirúrgico debe estar basado en factores anatómicos, fisiológicos y etiológicos. La evaluación completa de una paciente con una fistula rectovaginal deberá, por lo tanto, incluir una historia clínica cuidadosa de la función anorrectal y exámen del periné y del anorrecto. El tratamiento de la fistula rectovaginal tiene que aplicarse sobre la localización específica y la causa, y además, en relación con el diámetro de la abertura y la duración del padecimiento.

Las fistulas rectovaginales pequeñas cierran de manera espontánea en cerca del 50% de las ocasiones.¹² Las fistulas de origen criptoglandular u otros tipos de infecciones pueden curar por fistulotomía, buena higiene postoperatoria y antibióticos.

Las fistulas traumáticas grandes y aquellas resultantes de radiación, enfermedad de Crohn o de neoplasia son del tipo más difícil de reparar satisfactoriamente, obteniéndose pobres resultados en el tratamiento quirúrgico.^{6,7,8,14} De acuerdo con la información referida, en nuestras pacientes con esta misma patología (10 de 40), sólo se realizó colostomía permanente, sin intentar realizar resolución quirúrgica de la fístula misma.

La reparación quirúrgica de las fistulas traumáticas deberá ser retardada hasta que la inflamación haya desaparecido y los tejidos estén suaves y flexibles. La operación en presencia de inflamación es seguro que conduzca a fracaso. Algunos cirujanos esperan hasta 6 meses después de la lesión antes de intentar la reparación, pero este intervalo es innecesario si los tejidos se han recuperado más tempranamente. Se deberá individualizar el momento de la operación en base a estos hallazgos.

El paciente deberá estar en buenas condiciones generales. Muchas pacientes con fístulas son jóvenes y sanas. Sin embargo, algunas están mal nutridas y las de más edad tienen frecuentemente condiciones asociadas que necesitan atención.

La enfermedad intestinal inflamatoria deberá ser controlada tanto como sea posible. Las decisiones para reparar las fistula rectovaginales en la enfermedad de Crohn son difíciles de tomar.

Las fistulas inducidas por radiación no curarán espontáneamente. Una colostomía puede permitir que la inflamación y la induración en el área rectovaginal se resuelva. Estos tejidos pueden necesitar varios meses -aún más de un año- para recuperar sus características normales antes de intentar la reparación.

Numerosas operaciones se han informado en el material publicado para la reparación de estas fistulas. La fistulotomía simple con drenaje debe reservarse para los trayectos más superficiales. Los abordajes abdominales se practican de manera primordial para reparar la enfermedad fistulosa secundaria a lesión por radioterapia, para reseca fistulas neoplásicas, para quitar bolsas ileoanales que han fracasado, o para la derivación proximal. Es importante considerar la posibilidad, sobre todo, en caso de enfermedad inflamatoria intestinal, de que esta colostomía "temporal" se convierta en permanente si la reparación no cicatriza de manera apropiada.

En nuestro estudio observamos que nuestras pacientes portadoras de fistulas bajas y medias secundarias a la lesión obstétrica y traumática, se utilizó el acceso quirúrgico transvaginal (32.5%), perineal (27.5%) y transanal (22.5%) con buenos resultados. En general, sin tomar en consideración la etiología neoplásica, por radiación o por enfermedad inflamatoria intestinal, se ha reportado que las fistulas rectovaginales se pueden tratar con acceso perineal, aunque la mayor parte de los ginecólogos aconsejan el acceso

vaginal. Las técnicas que se han publicado consisten en inversión de la fistula con sutura en bolsa de tabaco hacia el conducto anal y cierre de la mucosa vaginal (técnica de Latzko); conversión de la fistula en un desgarró perineal con reparación de defecto de tipo cloacal resultante; y resección del trayecto fistuloso con cierre por capas.

Las operaciones rectales se han diseñado en su totalidad para tratar trayectos fistulosos no relacionados con lesión del esfínter anal. Incluyen resección de la fistula con cierre por capas y procedimientos de avance de colgajo por deslizamiento.

Hoexter y colaboradores han descrito la resección de la fistula con cierre anal por capas, reportando 100% de éxito en 35 pacientes tratadas quirúrgicamente. Esta técnica es más apropiada para las fistulas de la parte distal del recto o de la parte proximal del conducto anal, pues de esta manera es posible el avance de la línea de sutura mucosa. No ofrece la capacidad de movilizar por completo los tejidos como se logra con otros procedimientos. Esto puede dar por resultado aumento de tensión en la línea de sutura y dificultades para obtener una distancia adecuada entre ambas líneas.

Muchos investigadores han recomendado el avance de colgajo de deslizamiento como el método preferido para tratar las fistulas bajas con esfínter intacto. Noble describió por primera vez en 1912 el avance de la pared rectal anterior, y Russell y Gallagher informaron en 1977 variaciones

de este procedimiento, y lo hicieron del mismo modo Lowry y colaboradores en 1988. Este procedimiento tiene como ventajas buena movilización tisular y separación de las líneas de sutura de buena clase, y se ha informado con el mismo, tasas de buenos resultados de 78 a 92%.

Berman describió otra forma de reparación mediante avances de colgajo por deslizamiento, y es semejante a la operación ejecutada para reparar las fistulas después de anastomosis entre bolsa ileal y ano. Berman aconseja aplicación de esta técnica en las fistulas complejas con trayectos múltiples porque brinda resección y avance circunferenciales.

Corman recomienda el acceso perineal como operación preferida para reparar las fistulas rectovaginales traumáticas, logrando con ello 92% de éxito en las pacientes operadas. Cualquier paciente que tenga síntomas de trastorno del esfínter, posición ectópica del ano o defecto esfínteriano durante las pruebas fisiológicas preoperatorias, requerirá reconstrucción del cuerpo perineal como parte del procedimiento.

Se han descrito accesos alternativos para tratar la fistula rectovaginal. Abel y colaboradores publicaron una serie no aleatoria de pacientes en las que se utilizó pegamento autólogo de fibrina para tratar las fistulas complejas, informando la curación de la fistula en 4 de 5 pacientes que tenían fistula rectovaginal. McGovern y colaboradores informaron un

caso.de taponamiento con globo de una fistula baja en una anciana que no era candidata para reparación quirúrgica, logrando su curación.

En todas las pacientes de nuestro estudio portadoras de fistulas rectovaginales bajas y medias, alcanzaron un índice de curación de 85% por las técnicas quirúrgicas ya descritas, similar a lo alcanzado en otras series reportadas en la literatura. Ya Russell y colaboradores en 1977, así como Lowry en 1988 refieren que la reparación deberá ser exitosa en 85 a 90% de las fistulas rectovaginales bajas en casos no complicados. La frecuencia de éxito es todavía bueno después de la reparación de una fistula recurrente si sólo una operación previa ha sido realizada. Los resultados son menos predecibles si hubo 2 o más reparaciones anteriores. La recurrencia es el resultado de la infección postoperatoria o de la dehiscencia de la sutura relacionadas con las propiedades de curación intrínsecamente pobres de los tejidos, isquemia, tensión excesiva o enfermedad anorrectal subyacente.

CONCLUSIONES

Esta revisión muestra que la causa más frecuente de las fistulas rectovaginales es la lesión obstétrica.

Los síntomas más frecuentemente encontrados fueron heces en vagina y flatos a través de la misma.

La fistula con mayor índice de presentación fue la baja y pequeña.

La vía de acceso más utilizada fue la transvaginal y la perineal. La vía abdominal sólo fue utilizada para realizar colostomía de derivación en las pacientes con etiología por radiación, inflamatoria y neoplásica.

La curación de la fistula rectovaginal por medio de reparación quirúrgica fue de aproximadamente 60%. Los peores resultados fueron obtenidos en el manejo de las fistulas secundarias a enfermedad intestinal inflamatoria, neoplasia o radiación, requiriendo estas fistulas solo desviación de la corriente fecal como medida coadyuvante para su manejo.

Por último, es de observar que al excluir las fistulas rectovaginales causadas por radiación, enfermedad inflamatoria intestinal o neoplasias, nuestro índice de curación se eleva a 85%, porcentaje similar al publicado por instituciones tanto nacionales como extranjeras.

BIBLIOGRAFIA

1. Mazier WP, Senagore AJ, Schiesel EC. Operative repair of anovaginal and rectovaginal fistulas. *Dis Colon Rectum* 1995; 38:4-6
2. Grissom R, Snyder TE. Colovaginal fistula secondary to diverticular disease. *Dis Colon Rectum* 1991;34:1043-1049
3. Fleshner PR, Schoetz DJ, Roberts PL and cols. Anastomotic-vaginal fistula after colorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1992;35:938-943
4. Wise WE, Aguilar PS, Padmanabhan A and cols. Surgical treatment of low rectovaginal fistulas. *Dis Colon Rectum* 1991;34:271-274
5. Rex JC, Khubchandani IT. Rectovaginal fistula: complication of low anterior resection. *Dis Colon Rectum* 1992;35:354-356
6. Harms BA, Hamilton JW, Starling JR. Management of chronic ulcerative colitis and rectovaginal fistula by simultaneous ileal pouch construction and fistula closure. *Dis Colon Rectum* 1987;30:611-614
7. Radcliffe AG, Ritchie JK, Hawley PR and cols. Anovaginal and rectovaginal fistulas in Crohn's Disease. *Dis Colon Rectum* 1988;31:94-99
8. Frines EJ, Palmer DL. Surgical therapy for rectovaginal fistulas in ulcerative colitis. *Dis Colon Rectum* 1991;34:925-930

9. MacRae HM, McLeod RS, Cohen Z and cols. Treatment of rectovaginal fistulas that has failed previous repair attempts. *Dis Colon Rectum* 1995;38:921-925
10. Jones IT, Fazio VW, Jagelman DG. The use of transanal rectal advancement flaps in the management of fistulas involving the anorectum. *Dis Colon Rectum* 1987;30:919-923
11. Abel ME, Chiu YS, Russell TR, Volpe PA. Autologous fibrin glue in the treatment of rectovaginal and complex fistulas. *Dis Colon Rectum* 1993;36:447-449
12. Mattingly RF: Anal incontinence and anovaginal fistulas. In Mattingly RF (ed): *Te Linde Operative Gynecology*. ed 6 Philadelphia, J B Lippincott, 1987
13. Tancer ML, Lasser D, Rosenblum N. Rectovaginal fistula or perineal and anal sphincter disruption, or both, after vaginal delivery. *Surg Gynecol Obstet* 1990;171:43-46
14. Tuxen PA, Castro AF. Rectovaginal fistula in Chohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1979;22:58-62
15. Kelly J. Fistulae of obstetric origin. *Midwifery* 1991;7:71-73
16. Hoexter B, Labow SB, Moseson MD. Transanal rectovaginal fistula repair. *Dis Colon Rectum* 1985;28:572-575
17. Russell TR, Gallagher DM. Low rectovaginal fistulas: Approach and treatment. *Am J Surg* 1977;134:13-18
18. Lowry AC, Thorson AG, Rothenberger DA, et al. Repair of simple rectovaginal fistula: Influence of previous repairs. *Dis Colon Rectum* 1988;31: 676-678

19. **Berman IR. Sleeve advancement anorectoplasty for complicated anorectal/vaginal fistula. Dis Colon Rectum 1991;34:1032-1036**
20. **Mc Govern R, Weinstein MB, Barkin JS. Ballon temponade prosthesis of rectovaginal fistula. Gastrointest Endosc 1991;37:82-83**
21. **Lescher TC, Pratt JH. Vaginal repair of the simple rectovaginal fistula. Surg Gynecol Obstet 1967;124:1317-1321**