



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION No. 3 DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

"EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS
FISTULAS RECTOVAGINALES CON COLGAJO
ENDORRECTAL"

T E S I S

Q U E P R E S E N T A :

DR. CESAR BARRERA ROMAN

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA SUBESPECIALIDAD EN

C O L O P R O C T O L O G I A

ASESOR: DR. EDUARDO VILLANUEVA SAENZ

ASESOR: DR. JOSE LUIS ROCHA RAMIREZ



IMSS

MEXICO, D. F.,

FEBRERO 2004.



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. ANTONIO CASTELLANOS OLIVARES
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



DR. EDUARDO VILLANUEVA SAENZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE COLOPROCTOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



DR. JOSE LUIS ROCHA RAMIREZ
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DELEGACION 3 SUROESTE D.F.
C.M.N. SIGLO XXI
HOSP. DE ESPECIALIDADES
RECIBIDO
26 FEB 2004
IV. EDUCACION E INVESTIG. MEDICA



SECRETARIA DE SALUD
SUBDIRECCION DE ESPECIALIDADES
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MIS PADRES Y HERMANOS

A MIS HIJOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

29 de septiembre 2003

ACTA DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN

Siendo las 12:00 horas del día de hoy se reunieron en sesión extraordinaria, en la Sala de Juntas de la División de Educación e Investigación en Salud del Hospital, los doctores: Antonio Castellanos Olivares, Eduardo Ferat Osorio, Nora Hilda Segura Méndez, Isidora Vásquez Márquez, Niels Wachter Rodarte, Oscar Orihuela Rodríguez, Guillermina Solís Miranda, Susana Guerrero Rivera y Juan Manuel Blancas Valencia, miembros del Comité Local de Investigación, para evaluar el protocolo:

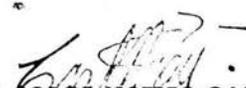
186/003 EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS FÍSTULAS RECTOVAGINALES CON COLGAJO ENDORECTAL

Los comentarios externados por los miembros del Comité fueron los siguientes:

1. En vista de que no cuentan con un grupo control, es prudente que sean cautelosos con el alcance que pretendan dar a sus conclusiones.

DICTAMEN

APROBADO


DR. JORGE ALBERTO CASTAÑÓN GONZÁLEZ
PRESIDENTE DEL COMITÉ

REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación 3 SOE Unidad de adscripción Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Autor:

Apellido Barroca Materno Román Nombre César

Matrícula 11678429 Especialidad Coloproctología Fecha Grad. 27/07/2004

Aesor:

Apellido Rocha Materno Ramírez Nombre José Luis

Matrícula 1677527 Especialidad Coloproctol Registro 186/003

Título de la Tesis: EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
DE LAS FÍSTULAS RECTOVAGINALES CON COLGajo
ENDORRECTAL.

Resumen Antecedentes: Las fístulas rectovaginales son comunicaciones anormales entre el recto y la vagina cubiertas de epitelio. La causa más frecuente es por trauma obstétrico.

Material y métodos: Estudio realizado en HECM SXI, IMSS, se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con fístula rectovaginal a los que se les realizó colgajo endorrectal.

Resultados: 9 pacientes con fístula rectovaginal, rango de edad de 24-74 años, la etiología de las fístulas: 4 por trauma obstétrico, 4 por trauma quirúrgico y una por proceso inflamatorio rectal. De acuerdo a su localización fueron 8 fístulas bajas y una media. Solo hubo una recidiva de fístula, se reintervino y evolucionó favorablemente. El tiempo quirúrgico fue de 60 min a 2 hrs. Promedio de estancia hospitalaria fue de 6 días. El índice de éxito global fue de 88%.

Palabras Clave

1) Fístula rectovagin 2) colgajo endorrect 3) al

4) _____ 5) _____ Pags. 27 Ilus. 0

(Anotar el Número real de páginas en el rubro correspondiente sin las dedicatorias ni portada.)

Para ser llenado por el Jefe de Educación e Investigación Médica.

Tipo de Investigación: CI

Tipo de Diseño: CI1

Tipo de Estudio: TE3C

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2-11
Material, pacientes y métodos	12-13
Resultados.....	14-19
Discusión.....	20-22
Conclusiones.....	23
Bibliografía.....	24-25
Anexos.....	26-27

RESUMEN

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS FISTULAS RECTOVAGINALES CON COLGAJO ENDIRECTAL.

DR. CESAR BARRERA ROMAN, DR. EDUARDO VILLANUEVA SAENZ, DR. JOSE LUIS ROCHA RAMIREZ.
Departamento de Cirugía de Colon y Recto. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

ANTECEDENTES: Las fístulas recto-vaginales son comunicaciones anormales entre el recto y la vagina cubiertas de epitelio. Representan el 5% de todas las fístulas anorrectales. La causa más frecuente es por trauma obstétrico seguido por enfermedad inflamatoria intestinal. Se clasifican de acuerdo a su localización en bajas, medias y altas y pueden ser simples o complejas.

MATERIAL Y METODOS: Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con fístula recto-vaginal que se les realizó colgajo endorrectal. El estudio se realizó en el CMNSXXI en el Departamento de Cirugía de Colon y Recto del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se determinó la etiología, tipo de fístula de acuerdo a su localización, tamaño, incontinencia asociada y realización de esfinteroplastia y recidiva de la fístula recto-vaginal. Se revisaron los síntomas más frecuentes, tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria.

RESULTADOS: Fueron nueve pacientes con fístula recto-vaginal, con rangos de edad de 24 a 74 años, la etiología de las fístulas fueron: 4 por trauma obstétrico, 4 por trauma quirúrgico (1 con ant. de histerectomía abdominal, 1 histerectomía vaginal, 1 postquirúrgica de rectocele, 1 postesfinteroplastia) y 1 posterior a biopsia rectal por proceso inflamatorio con reporte histopatológico de colitis pseudomembranosa.. De acuerdo a su localización 8 fueron fístulas recto-vaginales bajas y 1 media. El tamaño de la fístula vario de 0.2-2 cm Tres pacientes tenían incontinencia fecal por lesión esfinteriana por trauma obstétrico, a las cuales además del colgajo endorrectal se les realizó esfinteroplastia. Tres pacientes tenían cirugías previas de corrección de las fístulas con dos intentos fallidos cada una tratadas en otro hospital. Solo hubo una recidiva de fístula recto-vaginal, la cual la paciente se reintervino realizándose nuevamente colgajo endorrectal evolucionando favorablemente. De las pacientes con incontinencia mejoraron sustancialmente, solo una paciente con ligera incontinencia a gases. Los síntomas más frecuentes fueron salida de gas y materia fecal por vagina e infecciones de vías urinarias. El tiempo quirúrgico fue de 50 min a 2 hrs. El promedio de estancia hospitalaria fue de 6 días. El índice de éxito global fue del 88%. El índice de éxito para las pacientes con cirugías previas fallidas de reparación de la fístula fue del 100%.

CONCLUSIONES: El colgajo endorrectal por avance para el tratamiento de las fístulas rectovaginales simples es el método de elección para los cirujanos colorrectales, es seguro y con altos índices de éxito.

INTRODUCCION

Las fístulas Reto-vaginales son comunicaciones anormales cubiertas de epitelio, entre el recto y la vagina. Constituyen aproximadamente 5% de todas las fístulas anorrectales. (1)

Estas pueden ser secundarias a 1) trauma: obstétrico, quirúrgico, contusión o penetrante, o impactación fecal, B) Infecciones: Criptoglandular, tuberculosis; C) Inflamatorias: enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis; D) Neoplásias: Cáncer Rectal, anal, vaginal o cervical, o E) Radioterapia.

Las fístulas recto-vaginales se clasifican de acuerdo con su etiología, localización y tamaño.

La etiología más frecuente es por trauma obstétrico, con ruptura del cuerpo perineal o por necrosis del tabique recto-vaginal en el parto prolongado. Venkatesh y cols. Reportaron que de 22050 partos vaginales, el 0.1% presentó fístula rectovaginal. (1,2,3)

De acuerdo a su localización las fístulas recto-vaginales se clasifican en altas o superiores, medias, bajas o inferiores. Una fístula recto-vaginal se considera baja cuando el orificio en el recto está en la línea dentada o inmediatamente por arriba y el orificio fistuloso vaginal está en la entrada de la vagina. Una fístula recto-vaginal alta se caracteriza por la apertura vaginal detrás del cuello uterino o cercano al mismo.

Las fístulas medias están comprendidas entre las fístulas altas y bajas.
En su mayoría las fístulas recto-vaginales bajas son causadas por trauma obstétrico o por proceso infeccioso.

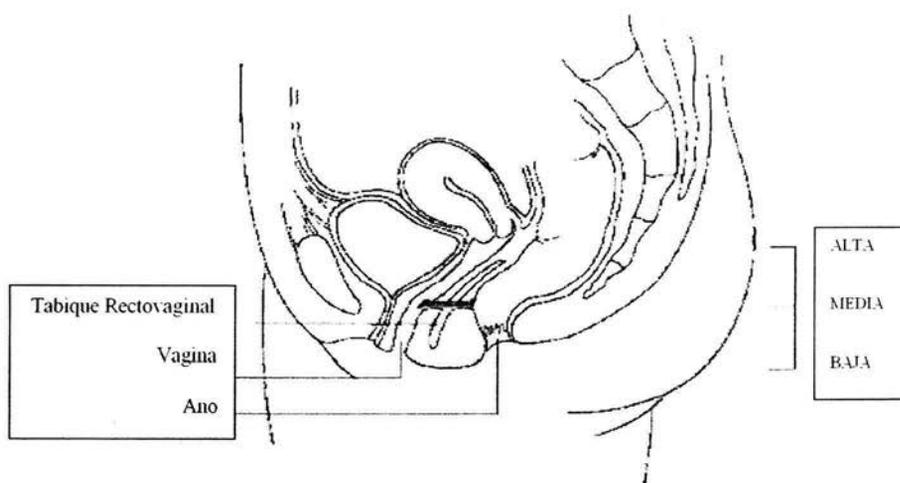


Fig. 1. Clasificación de las fístulas recto-vaginales según su localización.

En la mayoría de las series la fístula Recto-vaginal por trauma obstétrico representa más del 80% de los casos. La enfermedad inflamatoria intestinal, específicamente la Enfermedad de Crohn es la segunda causa más común y debe ser sospechada cuando una reparación quirúrgica ha fracasado. La diverticulitis es la causa infecciosa más frecuente en fístulas altas. La cirugía abdominal que con más frecuencia origina una fístula recto-vaginal es la histerectomía, especialmente cuando es realizada por endometriosis resultando en fístulas altas. La histerectomía vaginal, Resección anterior baja y el reservorio Ileo-anal, También son causa de Fístula Recto-vaginal.

Las cirugías Anorrectales que pueden complicarse con una fístula recto-vaginal son la reparación de Rectocele, electrocoagulación o tratamiento local de tumores rectales, la reparación de esfínteres anales y la hemorroidectomía.

De acuerdo a su tamaño las fístulas recto-vaginales menores de 2.5 cm se les considera pequeñas y aquellas mayores de 2.5 cm se les considera grandes. Con lo anterior las fístulas recto-vaginales pueden ser simples o complejas. Las Simples son de localización inferior o media, menores de 2.5 cm y que son causadas por trauma o infección. Las complejas son de localización superior, mayores de 2.5 cm de diámetro, causadas por enteropatía inflamatoria, radiación, neoplasia o con múltiples reparaciones quirúrgicas sin éxito. (1,2,3,4,5,6)

El cuadro clínico de la fístula recto-vaginal se caracteriza por la expulsión de gas y salida de materia fecal a través de la vagina. Con frecuentes infecciones vaginales y de vías urinarias. Cuando hay afección de los esfínteres anales por trauma obstétrico puede acompañarse de incontinencia anal de diverso grado.

La mayoría de las veces la fístula recto-vaginal es diagnosticada en el examen proctológico y vaginal.

Se debe realizar exploración proctológica completa que incluya anoscopia y Rectosigmoidoscopia. La Colonoscopia se realiza para detectar patología neoplásica o enfermedad inflamatoria intestinal subyacente. En ocasiones el diagnóstico puede ser difícil requiriendo pruebas clínicas para confirmarla como la administración transrectal de azul de metileno y la inserción de un tampón vaginal, retirándolo 15-20 min. Después, confirmándose el diagnóstico cuando está teñido del colorante. (1,2,3)

Otro estudio de gran utilidad es el proctograma, se puede visualizar el paso del medio de contraste del recto a la vagina. Tiene una sensibilidad hasta del 34%, mientras que la colpografía tiene una sensibilidad de 79% a 100%. (1,2,3)

El ultrasonido endoanal no es útil en el diagnóstico de las fístulas recto-vaginales, pero si es útil para identificar lesiones del esfínter anal por lo que se recomienda se realice previo a la cirugía a todos los pacientes con fístulas recto-vaginales para identificar defectos del complejo esfinteriano. Cuando en el ultrasonido endoanal se documenta defectos del esfínter y fístula recto-vaginal puede ser considerada la realización de Esfinteroplastia. (1,2,3,4)

La sensibilidad perianal y el tono de los esfínteres deben ser evaluados. La manometría anal proporciona medidas objetivas (Presión de reposo, presión de contracción, longitud de la Zona de alta presión, Reflejo Recto-anal inhibitorio, capacidad Rectal, distensibilidad y umbral de sensibilidad) de la función del esfínter, la latencia motora terminal del nervio pudiendo detecta neuropatía subyacente. (1,2,3)

El tratamiento de las fístulas recto-vaginales debe ser individualizado de acuerdo con la etiología, tamaño y localización de la fístula y de si han existido intentos previos de reparación. Para que una fístula cicatrice de forma satisfactoria se requiere eliminación de la fístula e interposición de tejido sano. El tejido circundante debe estar libre de enfermedad, infección e inflamación. (1,2,3)

La presencia de un defecto en el esfínter puede modificar el tratamiento. Si está presente debe realizarse una reparación combinada de la fístula y el esfínter.

La decisión de crear o no un estoma derivativo depende de la causa de la fístula, el procedimiento realizado y si se han realizado cirugías previas. Por lo general no se requiere detener la función para procedimientos locales o perineales, a menos que haya otros factores de riesgo (Enf. De Crohn, reparaciones fallidas), mientras que un estoma derivativo por lo general se realiza en conjunto con un procedimiento abdominal como una anastomosis colo-anal y procedimientos de transposición. (6,7,8)

El procedimiento quirúrgico más utilizado por los cirujanos colorrectales es el avance de colgajo endorrectal con índices de éxito del 29 al 100% (Fig.2). En la mayoría de las series se reporta un éxito mayor al 60%. Este procedimiento es con abordaje transanal, realizándose un colgajo por avance de mucosa y submucosa rectal y fibras musculares circulares con forma trapezoide, con base más ancha que el vértice. Se realiza legrado del trayecto fistuloso, el colgajo se avanza para que pueda llegar por debajo de la zona del trayecto fistuloso, se sutura con material absorbible, para cubrir la fístula. El orificio fistuloso vaginal no se cierra para favorecer el drenaje y prevenir la formación de una hematoma por debajo del colgajo. (1,2,3,6,8,9,10,11,12,13)

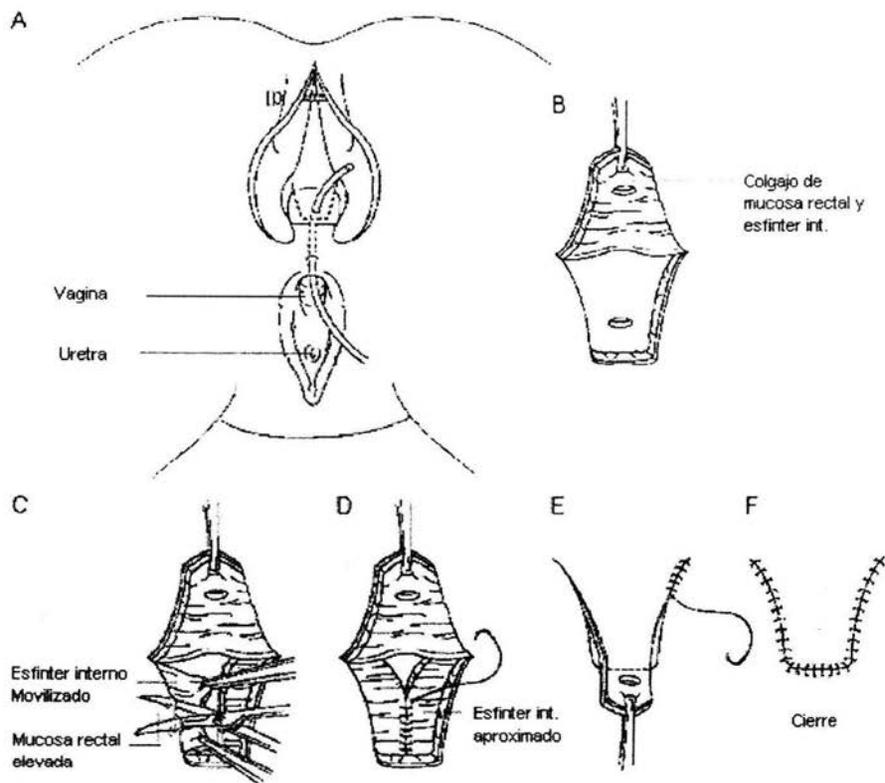


Fig. 2 Técnica quirúrgica del colgajo endorrectal por avance.

En las pacientes que tienen daño simultáneo del esfínter anal, se debe realizar Esfinteroplastia a través de una vía de acceso transperineal. Se puede hacer una plastía de los elevadores, ya que por lo general coexiste daño del músculo esfinteriano externo a profundidad y la aplicación muscular proporciona más tejido entre la vagina reparada y las paredes del recto.

Existen múltiples procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de las fístulas Recto-vaginales simples con resultados variables con abordajes diferentes.

Los procedimientos transanales incluyen el avance de colgajo endorrectal ya mencionado, cierre por planos. En los procedimientos vaginales se mencionan inversión de la fístula, cierre por planos. Los procedimientos perineales son: fistulotomía, conversión a laceración perineal completa y cierre por planos, esfinteroplastia. (2,3)

Para el tratamiento de fístulas recto-vaginales complejas hay técnicas con interposición de tejido: Interposición de músculo gracilis, bulbocavernoso, grasa labial, omento, sartorio, glúteo mayor, recto abdominal entre otros. El más utilizado es el de bulbocavernoso con grasa labial.

Existen procedimientos abdominales para fístulas recto-vaginales complejas, como la resección anterior baja, anastomosis coloanal, resección abdominoperineal, desviación fecal como colostomía. Este tipo de procedimientos se utiliza principalmente para fístulas recto-vaginales con múltiples intentos fallidos de reparación local o secundarias a diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, histerectomía o resecciones previas de colon. Otros procedimientos más complejos para fístulas Recto-vaginales muy grandes son la realización de una neovagina rectal combinada con un Pull-through. (2,3,13)

MATERIAL, PACIENTES Y METODOS

En el hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI en el servicio de Cirugía de Colon y Recto se tratan pacientes con fístulas recto-vaginales, para las cuales existen diversas técnicas quirúrgicas con resultados variables. El beneficio de este estudio fue para evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de esta patología utilizando la técnica de colgajo endorrectal por avance determinándose el éxito de ésta técnica quirúrgica, casuística hospitalaria y experiencia del servicio en el tratamiento de las fístulas recto-vaginales.

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con fístula recto-vaginal a quienes se les realizó tratamiento quirúrgico con colgajo endorrectal por avance en un periodo de cinco años de Enero de 1998 a Agosto del 2003.

El objetivo del estudio fue evaluar el uso del colgajo endorrectal en el tratamiento quirúrgico de las fístulas recto-vaginales.

El estudio se realizó en el HECMN SXXI del IMSS, se analizaron: edad, etiología, tipo de fístula de acuerdo a su localización, tamaño, síntomas más frecuentes, incontinencia asociada, antecedentes quirúrgicos de reparación de la fístula y/o realización de esfinteroplastia, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria, resultados funcionales posterior a esfinteroplastia y recidiva de la fístula.

Para variables demográficas se calculó porcentajes; para variables cuantitativas se calculó media y desviación estándar como método estadístico.

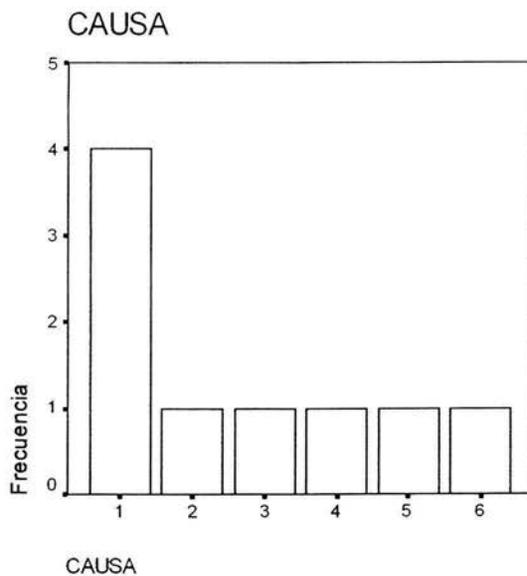
RESULTADOS

Fueron nueve pacientes con fístula recto-vaginal, con rangos de edad de 24 a 74 años con una media de 41.4 años. La etiología de las fístulas fueron: 4 por trauma obstétrico, 1 con antecedente de histerectomía abdominal, 1 con antecedente de histerectomía vaginal, 1 posterior a cirugía de rectocele, 1 postesfinteroplastía y una por proceso inflamatorio colorrectal en donde las biopsias demostraron colitis pseudomembranosa y que posterior a estas se desarrolló una fístula recto-vaginal. De acuerdo a su localización 8 fueron fístulas recto-vaginales bajas y una media. El tamaño de la fístula vario de 0.2-2 cm. Tres pacientes tenían incontinencia fecal por lesión esfinteriana concomitante por trauma obstétrico a las cuales además del colgajo endorrectal se les realizó esfinteroplastía. Tres pacientes tenían cirugías previas de corrección de las fístulas con dos intentos fallidos cada una tratados en otro hospital. Solo hubo una recidiva de fístula recto-vaginal representando el 11%. La paciente se reintervino realizándose nuevamente colgajo endorrectal evolucionando favorablemente.

De las pacientes que tenían incontinencia concomitante a la fístula recto-vaginal y que se les realizó además del colgajo endorrectal la esfinteroplastía mejoraron sustancialmente, solo una paciente con ligera incontinencia a gases. Los síntomas más frecuentes fueron salida de gas y materia fecal por vagina e infecciones de vías urinarias. El tiempo quirúrgico fue de 60 min a 2 hrs con una media de 84.4 min. Con desviación estándar de 20.68. El promedio de estancia hospitalaria fue de 6 días.

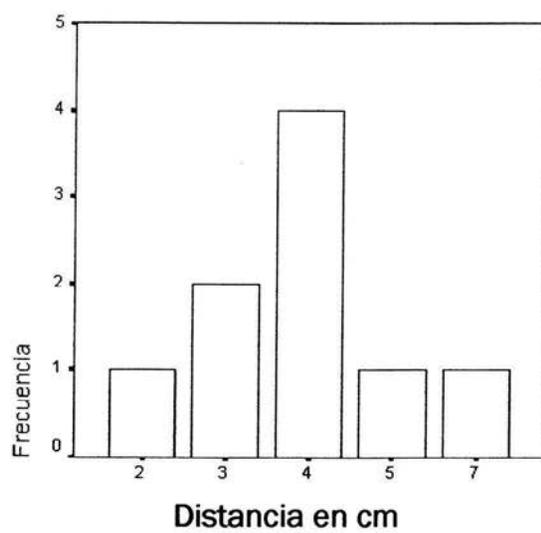
El índice de éxito global fue de 88%. El índice de éxito para las pacientes con cirugías previas fallidas tratadas en otro hospital fue de 100%.

No hubo mortalidad en esta serie.

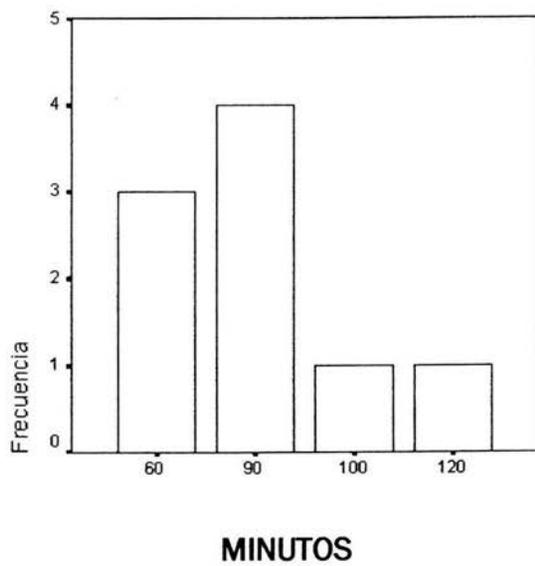


1. Trauma obstétrico
2. Histerectomía abdominal
3. Histerectomía vaginal
4. Cirugía para rectocele
5. Postesfinteroplastía
6. Proceso infeccioso (colitis pseudomembranosa)

DISTANCIA DE LA FISTULA RECTOVAGINAL



TIEMPO QUIRURGICO



ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

AUTOR	AÑO	PACIENTES	ÉXITO %
Lowry and Goldberg	1991	85	78
Wise	1991	34	96
handuja	1994	11	100
Watson and Phillips	1995	318 (rev)	88
MacRae	1995	23	29
Athanasaidis	1995	55	71
Mazier and Senagore	1995	19	95
Tsang	1998	27	41
HECMNSXXI	2004	9	88.9

Tabla 1 Comparación de resultados de diferentes series publicadas en la literatura

DISCUSION

Las fístulas recto-vaginales son un difícil problema para el cirujano, especialmente cuando tienen intentos previos fallidos de reparación. Las dificultades para su tratamiento y los fracasos repetidos desafían a la perseverancia de la paciente y a la capacidad del cirujano.(3)

Sin lugar a dudas las causa más frecuente de fístula recto-vaginal en México es el trauma obstétrico. El mecanismo de lesión es un desgarro de tercer o cuarto grado al momento del parto reparado de manera inadecuada o una infección postoperatoria subsecuente a esta reparación, por lo tanto es razonable pensar que coexista lesión subyacente de los esfínteres anales. La segunda etapa del trabajo de parto prolongada puede llegar a producir necrosis isquémica del tabique recto-vaginal con la subsecuente formación de fístula recto-vaginal. Aunque el traumatismo obstétrico es la causa más frecuente de fístula recto-vaginal, solo el 0.1 % de los partos por vía vaginal da por resultado una fístula de esta clase. Las operaciones rectales, vaginales o pélvicas pueden ser causa de producción de fístula recto-vaginal por lesión directa, isquemia o infección postoperatoria. (1,2,3)

Nosotros reportamos nueve casos de fístula recto-vaginal, de la cual la causa más frecuente fue el trauma obstétrico (44.4 %) , seguidos por trauma quirúrgico. (histerectomía vaginal, abdominal, cirugía de rectocele, postesfinteroplastía) y por ultimo por proceso infeccioso post toma de biopsia rectal por colitis pseudomembranosa.

Lesión esfinteriana e incontinencia secundaria asociada a la fístula recto-vaginal se presentó en el 33.3 % de los casos.

Existen múltiples modalidades de tratamiento quirúrgico para las fístulas recto-vaginales entre estos están los abordajes por vía transrectal, perineal, vaginales y abdominales con resultados variables. La técnica más utilizada por los cirujanos colorrectales es el colgajo endorrectal por avance con índices de éxito del 29 al 100 % . En la mayoría de las series se reporta un éxito mayor al 60%. (1,2,3)

Es importante señalar que en una paciente con fístula recto-vaginal puede coexistir lesión esfinteriana, por lo que debe ser evaluada la integridad del complejo esfintérico con ultrasonido endoanal, por lo que puede influir en el tipo de reparación requerida ya que la función e integridad del esfínter influye en los resultados de la reparación.(4)

En nuestra serie el índice de éxito global del colgajo endorrectal por avance para el tratamiento de las fístulas recto-vaginales fue de 88.8% y de 100% para las pacientes con cirugías previas fallidas de reparación. Resultados similares e incluso mejores que las reportadas en la literatura.

CONCLUSIONES

- La causa más frecuente de fístula recto-vaginal fue por trauma obstétrico.
- Fueron más frecuentes las fístulas recto-vaginales bajas.
- Lesión esfinteriana con incontinencia asociada se presentó en 33.3 % de las pacientes con fístula recto-vaginal.
- El síntoma más frecuente fue salida de gas y materia fecal por vagina.
- El índice de éxito global del colgajo endorrectal por avance para el tratamiento de las fístulas recto-vaginales fue de 88%.
- El índice de éxito para las pacientes con cirugías previas fallidas de reparación de la fístula en otro hospital fue de 100%.
- No hubo mortalidad.
- El colgajo endorrectal por avance para el tratamiento de las fístulas recto-vaginales simples es el método de elección por los cirujanos colorrectales, es seguro y con altos índices de éxito.

BIBLIOGRAFIA

1. Takahashi T. Fístulas Recto-vaginales. Colon, Recto y ano. Enfermedades medico quirúrgicas 2002: 321-27.
2. Corman ML. Rectovaginal and Recto-urethral fistulas. Colon and Rectal Surgery. 4th ed. 1998: 272-84.
3. Saclarides TJ. Rectovaginal fistula. Surg Clin N Am 2002; 82: 1261-72.
4. Lawrence F Y, BirnbaumEH, Read TE. Use of endoanal ultrasound in patients with rectovaginal fistulas. Dis Colon Rectum 1999; 42: 1057-64.
5. Lee PY, Fazio VW, Church JM. Vaginal fistula following restorative Proctocolectomy. Dis Colon Rectum 1997; 40: 752-59.
6. Watson SJ, Phillips RK. Non-inflammatory rectovaginal fistula. British Journal of Surgery 1995; 82: 1641-43.
7. Fadilah S. Abdul W. Indomethacin induced rectovaginal fistula in a postpartum patient. Dis Colon Rectum 2002; 45: 843-4.
8. Charles BS. Tsang RD. Madoff DW. Anal sphincter integrity and function influences outcome in rectovaginal fistula repair. Dis Colon Rectum 1998; 41: 1141-46.
9. .Khanduja KS, Padmanabhan A, Kerner BA. Reconstruction of rectovaginal fistula whit sphincter disruption by combining rectal mucosal advancement flap and anal sphincteroplasty. Dis Colon Rectum 1999; 42: 1432-37.
10. Halverson AL, Hull TL, Fazio VW. Repair of recurrent rectovaginal fistulas. Surgery 2001; 130: 753-58.

11. Ozuner G, Hull TL, Cartmill J, Fazio VW. Long-term Analysis of the use of transanal rectal advancement flaps for complicated anorectal/vaginal fistulas. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 10-4.
12. Simmang SL, Lacey SL, Huber PJ. Rectal sleeve advancement. Repair of rectovaginal fistula associated with anorectal stricture in Crohn disease. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 787-89.
13. Simonsen OS, Sobrado SW, Bochinni SF. Rectal neovagina. Simonsen's technique for large rectovaginal fistula repair. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 658-660.

XII. ANEXOS
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: _____
Afilación: _____
Edad: _____
Fecha de Cirugía _____
Cirujano: _____
Ayudantes: _____

ANTECEDENTES:

CUCI DIVERTICULITIS DM II

CROHN RADIACION HTAS

QUIRURICOS:

CIRUGIA ABDOMINAL: _____

 GINECOLOGICA: _____

 RECTAL: _____

CIRUGIA PREVIA DE REPARACION DE FISTULA R-V: _____

TRAUMA OBSTETRICO: _____

CUADRO CLINICO:

PASO DE MATERIA FECAL Y GASES A VAGINA: _____

INFECCIONES VAGINALES: _____

INFECCIONES URINARIAS: _____

INCONTINENCIA: _____

EXPLORACION:

INTEGRIDAD DE LOS ESFINTERES ANALES: _____

FISTULA RECTOVAGINAL: ALTA: _____

 MEDIA: _____

 BAJA: _____

DISTANCIA DEL MARGEN ANAL: _____ DIAMETRO: _____

RECTOSIGMOIDOSCOPIA: _____

COLONOSCOPIA: _____

COLON POR

ENEMA: _____

ULTRASONIDO

ENDOANAL: _____

MANOMETRIA

ANORECTAL: _____

ANESTESIA: LOCAL: _____ REGIONAL: _____ GENERAL: _____

CIRUGIA:

COLGAJO ENDORECTAL POR AVANCE: _____ -

DRENAJES: _____

TIEMPO QUIRURGICO: _____

POSTOPERATORIO:

ESTANCIA HOSPITALARIA: _____

RECIDIVA DE FISTULA RECTOVAGINAL: _____

TIEMPO DE RECIDIVA: _____

DIAMETRO DE LA FISTULA: _____

REINTERVENCION QUIRURGICA: _____

TIPO DE CIRUGIA: _____

COMENTARIO: _____
