



**UMAE, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
“Dr. BERNARDO SEPÚLVEDA G”
CENTRO MEDICO NACIONAL, SIGLO XXI, IMSS
SERVICIO DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO**

**TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD EN COLOPROCTOLOGIA**

**Título: *Fístula rectovaginal: Experiencia del tratamiento en el Servicio de
Cirugía de Colon y Recto, HE, CMN Siglo XXI.***

**Presenta: *Dr. JUAN JOSE OLIVARES BECERRA*
Residente de Cirugía de Colon y Recto**

**Asesor:
Dr. José Luís Rocha Ramírez
Profesor titular, Jefe del servicio de Cirugía de Colon y Recto**

**Asesores colaboradores:
Dr. J. Walter Parrado Montaña
Dr. Moisés Rojas Illanes
Médicos adscritos al Servicio de Cirugía de Colon y Recto**

México, D.F., Septiembre 2006.



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 Firmas:

Dr. Juan José Olivares Becerra

Residente de Cirugía de Colon y Recto
UMAE, HE, CMN, Siglo XXI, IMSS.
(Autor)

Dra. Leonor A. Barile Fabris

Directora de Educación e Investigación En Salud
UMAE, HE, CMN, Siglo XXI, IMSS.

Dr. José Luís Rocha Ramírez

Profesor titular, Jefe del Servicio de Cirugía de Colon y Recto
UMAE, HE, CMN, Siglo XXI, IMSS.
(Asesor de tesis)

Dr. J. Walter Parrado Montaña

Medico adscrito al Servicio de Cirugía de Colon y Recto
UMAE, HE, CMN, Siglo XXI, IMSS.
(Asesor colaborador)

Dr. Moisés Rojas Illanes

Medico adscrito al Servicio de Cirugía de Colon y Recto
UMAE, HE, CMN, Siglo XXI, IMSS.
(Asesor colaborador)

Datos de la Tesis

1. Datos del Alumno

Autor

Apellido paterno: OLIVARES

Apellido materno: BECERRA

Nombres (s): JUAN JOSE

Teléfonos: (55) 5601-64-89 / 5688-51-20 / Cel: 5514-74-1119

Universidad: UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Facultad o Escuela: Centro Universitario De Ciencias De La Salud

Carrera: Especialidad en Cirugía General

2. Datos del Asesor

Apellido paterno: ROCHA

Apellido materno: RAMIREZ

Nombres (s): JOSE LUIS

3. Datos de la Tesis

Título: ***“FÍSTULA RECTOVAGINAL: EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO, HE, CMN SIGLO XXI”***

Subtítulo:

Número de páginas: 47

Año: 2006

Agradecimientos

Una vez más agradezco a la vida por permitirme la oportunidad de iniciar y concluir una etapa más en mi formación profesional.

A mis Padres, quienes siempre me guiaron y apoyaron por la vida para lograr todos mis éxitos y superar los fracasos; a ellos debo mi formación, educación y existencia. Los quiero mucho y agradezco de manera infinita todo lo que me han brindado.

A mis hermanos, a mi familia, que siempre han estado cerca, me han acompañado y apoyado durante mi formación.

A mis amigos, especialmente a los que comparten esta profesión, les deseo mucho éxito en su vida personal y profesional.

Finalmente, a la institución que me acogió durante estos últimos años, incluyendo a todo el personal; a los médicos, a mis compañeros residentes y especialmente a los médicos cirujanos del Servicio de Cirugía de Colon y Recto, por enseñarme y permitirme aprender sus experiencias.

Dr. Juan José Olivares Becerra

Título:

***“FÍSTULA RECTOVAGINAL: EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO
EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO, HE, CMN
SIGLO XXI”***

Índice:

• Introducción.....	7
• Resumen.....	9
• Planteamiento del problema.....	11
• Antecedentes.....	12
• Objetivos.....	20
• Justificación.....	20
• Material y métodos.....	21
• Resultados.....	22
• Discusión.....	29
• Conclusiones.....	37
• Anexos.....	38
• Referencias bibliográficas.....	41
• Otros.....	45

➤ **Introducción**

Las fístulas rectovaginales (FRV) representan una de las patologías más preocupante a nivel anorrectal por las consecuencias y repercusiones anatómicas, fisiológicas y psicológicas en las afectadas; así como, por la complejidad que pueden ofrecer al momento de tomar decisiones terapéuticas. La mayoría de las fístulas son adquiridas, la etiología más frecuente la constituyen aquellas que son secundarias a trauma obstétrico (desgarros y episiotomías mal reparadas) o por compresión e isquemia sobre el tabique rectovaginal ejercida por la cabeza fetal durante el trabajo de parto.

No es difícil establecer el diagnóstico, la salida de materia fecal y gas por la vagina siempre están presentes. El tratamiento ordinariamente es quirúrgico, consiste en reseca el trayecto fistuloso e interponer tejido sano entre el recto y la vagina para lograr un cierre exitoso. Existen múltiples técnicas quirúrgicas que se pueden ofrecer para la reparación de las FRV; éstas se clasifican según la vía de acceso, realizándose con mayor frecuencia los procedimientos de abordaje transanal y perineal; el avance de colgajo endorrectal es el más usado, con resultados de buenos a excelentes. La elección del procedimiento quirúrgico a realizar, así como, el porcentaje de éxito del mismo, dependen principalmente de la etiología, tipo de fístula, calidad de los tejidos, reparaciones previas e incontinencia anal asociada. En general, el manejo de las FRV es difícil, sobre todo aquellas de origen obstétrico, con intentos de reparación previa y lesión del complejo esfinteriano.

En nuestro medio no existe más de un reporte que presente los resultados obtenidos en el manejo de esta patología. El propósito de esta investigación es analizar los resultados del tratamiento ofrecido para las FRV en pacientes atendidas en nuestro servicio, mediante un estudio retrospectivo en los últimos 3 años; así como, identificar las características clínicas de esta patología.

➤ **Resumen**

Introducción: Las fístulas rectovaginales (FRV) aunque son poco frecuentes, representan un problema importante para las pacientes y un reto para el cirujano para el manejo. La mayoría son secundarias a trauma obstétrico; existen varias opciones terapéuticas y su elección depende de la etiología, localización, reparaciones previas e incontinencia anal.

Objetivo: Analizar las características clínicas, experiencia y resultados en el tratamiento de las FRV en nuestro servicio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en 18 pacientes con diagnóstico de FRV manejadas en el servicio de Cirugía de Colon y Recto, HE, CMN, de Enero 2003 a Julio de 2006. Se analizaron: edad, enfermedades asociadas, cirugía abdominal y anorrectal previas, partos distócicos, incontinencia, tipo de fístula, tratamiento, estancia hospitalaria, seguimiento, recidiva, entre otras. Los resultados se evaluaron mediante estadística descriptiva.

Resultados: El trauma obstétrico (50%) fue la causa más frecuente de FRV y edad promedio de 48 años; las técnicas quirúrgicas más utilizadas fueron avance de colgajo endorrectal (33.3%) y abordaje abdominal (22.2%), con cierre de la fístula en 67% y 100% respectivamente; recidiva del 33% con la técnica de avance de colgajo. El éxito global del tratamiento fue de 93.75%.

Conclusiones: El éxito del tratamiento en las FRV depende del tipo, localización, etiología y cirugías previas; con mejores resultados cuando la reparación es inicial. El avance de colgajo endorrectal es la técnica indicada en fístulas simples y la esfinteroplastía con perineoproctotomía en casos de incontinencia asociada.

Palabras clave: Fístula rectovaginal (FRV), trauma obstétrico, avance de colgajo endorrectal, incontinencia anal, recidiva.

➤ **Planteamiento del problema**

En la literatura se menciona que la incidencia de las FRV esta disminuyendo, sin embargo, aun representa una entidad clínica y motivo frecuente de atención en nuestro servicio y en hospitales de concentración, lo que plantea un problema importante para su manejo y pronóstico; así como por las repercusiones sociales, psicológicas y sexuales en las pacientes.

Existen escasas publicaciones a nivel nacional e internacional que den un enfoque verdadero al problema en lo que respecta al tratamiento y los resultados obtenidos en las FRV; otros solo describen modalidades de tratamiento novedosos aplicados a un numero limitado de casos. Lo que motiva a realizar una revisión clínica en nuestro servicio, conocer las principales causas etiológicas que conducen a su formación y evaluar los resultados de las diferentes alternativas terapéuticas ofrecidas en las pacientes con FRV.

➤ Antecedentes

Las fístulas rectovaginales (FRV) se definen como una comunicación anormal recubierta por epitelio entre la pared anterior del recto o conducto anal y pared posterior de la vagina.¹⁻⁶ Es una condición clínica poco frecuente, que obedece a múltiples causas y provoca deterioro en la esfera psicológica, social y sexual de las pacientes, constituyendo un reto para el manejo quirúrgico.^{2,3,5-7}

Las FRV representan aproximadamente el 5% del total de las fístulas anorrectales y su reparación esta condicionada por la etiología de la misma.^{2,5,8-11} Se han propuesto diversas clasificaciones para las FRV de acuerdo a la causa o etiología, localización y tamaño;^{3,7,11,12} existe una clasificación enfocada a la causa primaria que dio origen a la fístula (*FRV congénitas y adquiridas*) la cual poco utilizada (Tabla 1). Otra clasificación se basa en el nivel de la localización de la fístula sobre el tabique rectovaginal definiéndolas como *altas, medias y bajas (clasificación de Daniels)*,^{3,6,11,13} y últimamente las definen como *simples y complejas* de acuerdo a el grado de complejidad en base a la etiología e intentos de reparación previa; estas dos últimas clasificaciones son consideradas por el cirujano para determinar el abordaje o la modalidad terapéutica^{3,10-12} (Tabla 2).

Es difícil establecer la frecuencia de la etiología, ya que la mayor parte de las series reportadas son pequeñas; en la clínica Mayo, una de las mayores series publicadas con 252 pacientes y FRV, la causa mas frecuente fue la enfermedad inflamatoria intestinal seguida de anomalías congénitas y solo un 11% por lesión obstétrica.^{2,4,10,14} Sin embargo, la frecuencia de la etiología es variable y esta influenciada por el lugar y tipo de hospital donde se realice el estudio; por ejemplo, en los centros de atención oncológica predominan las

FRV secundarias a neoplasias o por radiación (actínicas),^{2,15,16} en los países africanos y centros de atención obstétrica prevalecen las fístulas por trauma obstétrico.^{3,17,18} En gran parte de las series publicadas y sobre todo en nuestro país o en países en vías de desarrollo hasta el 90% de las causas de FRV son consecuencia de un daño obstétrico,^{2,5,9,10,12,13,19} lo anterior puede ser el reflejo de un mayor índice de natalidad y menor calidad de atención durante el trabajo de parto en estos países.

Tabla 1: Clasificación etiológica de las FRV

1. FRV Congénitas

- *Malformaciones de la región anorrectal*

2. FRV Adquiridas

- *Traumatismo:*
 - a) Lesiones obstétricas (causa mas frecuente)
 - b) Quirúrgico
 - c) Traumatismo anorrectal y vaginal
 - *Infección:*
 - a) Criptoglandular
 - b) Infección de glándulas de Bartholin
 - c) Otras infecciones
 - *Inflamación:*
 - a) Enfermedad inflamatoria intestinal
 - b) Enfermedad diverticular
 - *Neoplasias*
 - *Radiación*
 - *Idiopática*
-

Para Rothenberger,²⁰ las *FRV simples* son aquellas de topografía baja, origen obstétrico, traumático o infeccioso y de tamaño menor a 2.5 cm, las *FRV complejas* son de localización mas alta en el tabique rectovaginal y secundarias a enfermedad inflamatoria intestinal, radiaciones, neoplasias, posquirúrgicas o con reparaciones fallidas previas, habitualmente con diámetro mayor a 2.5 cm.^{2-4,10,14,19} Esta clasificación constituye un parámetro importante a considerar al momento de ofrecer cualquier opción terapéutica.¹⁰ En relación al diámetro

se define como una fístula pequeña a aquella menor a 0.5 cm de diámetro, de tamaño medio con diámetro entre 0.5 y 2.5 cm y las mayores de 2.5 cm son consideradas de gran tamaño.¹⁴ Algunos cirujanos consideran a las fístulas bajas o anovaginales como una entidad clínica diferente, sin embargo, en la literatura las engloban como una misma patología, por compartir muchos aspectos clínicos y terapéuticos con las FRV.^{4,6,7,21}

Tabla 2: Clasificación de las FRV de acuerdo a localización y complejidad.

<i>Simples</i>	<i>Complejas</i>
Parte baja o media del tabique vaginal < 2,5 cm de diámetro Causadas por traumatismo o infección	Parte alta del tabique vaginal > 2,5 cm de diámetro Causadas por enfermedad intestinal inflamatoria, radiaciones o neoplasias. Reparaciones múltiples fallidas

No es difícil establecer el diagnóstico de una FRV; los síntomas más comunes son la descarga vaginal ya sea materia fecal o de aspecto purulento (flujo vaginal) debido a infecciones vaginales o irritación por la materia fecal (vaginitis); la salida de gas por la vagina es otro signo importante que nos orienta con certeza al diagnóstico; además, los antecedentes clínicos y quirúrgicos en las pacientes nos ayudan a definir la etiología, de ahí la importancia de un buen interrogatorio.^{2,4,12,13,22} Las FRV pueden acompañarse de incontinencia anal, sobre todo en fístulas secundarias a trauma obstétrico; Tsang y Cols encontraron un 48% de las pacientes con incontinencia;²³ se estima que el 2 al 5% de los partos presentan desgarro perineal de 3er o 4to grado,^{6,12,13,21} con un porcentaje de reparación inmediata exitosa que va del 90 al 95%, de estas 10 a 27% presentan disrupción de la reparación primaria que lleva a un grado de incontinencia variable con

aparición de FRV en 1 a 2% de las pacientes.^{6,7,12,21} La fístula puede manifestarse inmediatamente, pero es más frecuente que se haga evidente después de la primera semana posterior a la reparación, cuando la sutura se disuelve y aparece infección.¹⁸

La exploración física es una arma importante para el diagnóstico; la inspección perianal puede demostrar algunas cicatrices o deformidades del periné en el caso de FRV secundarias a lesiones obstétricas; el tacto rectal puede detectar fibrosis de los tejidos, hipotonía del complejo esfinteriano, así como el posible defecto o trayecto fistuloso y adelgazamiento del tabique rectovaginal, lo cual es más evidente con la palpación bidigital, sobre todo en FRV del tercio medio e inferior de la vagina.^{4,7,23}

La anoscopia, rectosigmoidoscopia rígida y exploración vaginal son de utilidad en la mayoría de los casos, con presencia de cambios en la mucosa del recto o epitelio del conducto anal y vaginal, así como visualización del orificio fistuloso; durante la rectosigmoidoscopia es posible demostrar fuga de aire del recto a la vagina al momento de la insuflación. Si a pesar de lo anterior no se visualiza el orificio de la fístula, la prueba con instilación de azul de metileno diluido en 30 ml de agua vía transanal y colocación de tapón vaginal con gasas durante 10 a 15 min., hace evidente la comunicación.^{4,12,13,23.}

Dentro de los estudios radiológicos contrastados se encuentra la vaginografía con medio de contraste hidrosoluble con una sensibilidad del 79 a 100%, siendo superior al proctograma (sensibilidad del 34%), se atribuye a que en la vaginografía se usa un balón que ocluye la luz y evita el retorno de la solución, entrando el líquido con buena presión, no así en el proctograma

donde se pierde presión por el paso del medio de contraste hacia el colon proximal; la desventaja de la vaginografía se presenta en casos de FRV bajas donde el balón puede ocluir el orificio fistuloso,^{4,8,23,24} sin embargo, a pesar de ello se le considera como el estudio mas sensible, económico y con información exacta del nivel de localización de la fístula en el tabique rectovaginal en la evaluación de las pacientes con sospecha de FRV.²⁴

El ultrasonido endoanal o endorrectal es un estudio con gran sensibilidad y especificidad, al demostrar el trayecto fistuloso y detectar lesiones del esfínter. Con la resonancia magnética endoluminal se obtienen buenos resultados, con la limitación del costo.^{8,25} La manometría anorrectal siempre deberá solicitarse para evaluar la incontinencia asociada, sobre todo en pacientes con FRV obstétricas y antecedentes de reparaciones quirúrgicas previas.^{7,13,21} La incontinencia anal preoperatoria requiere de una evaluación detallada, debido a que la descarga fecal por la vagina puede crear confusión en el diagnóstico de la incontinencia.² La colonoscopia es útil porque puede demostrar el orificio fistuloso y nos ayuda a explorar el resto de colon en busca de otras patologías asociadas, sobre todo las de tipo inflamatorio (CUCI y Crohn) o enfermedad diverticular.⁴

Existen múltiples técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las FRV y se puede tornar complejo, por ello es importante tener presente la etiología, tamaño de la fístula, localización, incontinencia asociada, estado general de los tejidos a manipular (reparación previa, EII, radiación, infección) y condición clínica de la paciente.^{13,14,26} La cicatrización de la FRV puede requerir eliminación del trayecto fistuloso e interposición de tejido sano entre el recto y vagina; el tejido circundante deberá estar libre de inflamación. Si se demuestra

infección es preferible iniciar manejo con antibióticos y drenaje; si la inflamación es importante o la lesión obstétrica es grave, es recomendable la creación de un estoma derivativo y planear el tratamiento quirúrgico mínimo tres meses después, cuando los tejidos se encuentren en mejores condiciones para lograr una adecuada y exitosa reparación.^{4,13,23} La indicación para realizar un estoma depende de la causa de la FRV, el procedimiento efectuado y de intentos previos de reparación. Si se encuentra defecto del esfínter e incontinencia secundaria es recomendable una reparación combinada con esfinteroplastía para mejorar la función.²⁷ Los resultados favorables del tratamiento dependen en gran parte de la habilidad y experiencia del cirujano en la técnica quirúrgica empleada y el porcentaje de éxito disminuye si existen reparaciones previas.

Las técnicas quirúrgicas se dividen en: reparaciones por vía *transanal*, *transperineal*, *transvaginal* y *abdominal*^{4,5,7,13,22} (Tabla 3), en los últimos años se reportan resultados favorables por *laparoscopia*, sobre todo en casos de FRV altas.^{4,14} En general, los procedimientos con abordaje abdominal se indican en casos de FRV complejas y/o altas ó del tercio medio, secundarias a enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad diverticular, cáncer de recto y por iatrogenia; los procedimientos abdominales son: abordaje anterior con o sin resección, resección anterior baja (RAB), anastomosis coloanal (de Parks), resección abdominoperineal, anastomosis con parche de Bricker, entre otros; en ocasiones solo se realiza estoma derivativo o combinado con otras modalidades quirúrgicas de abordaje transanal y perineal.

El avance de colgajo endorrectal es el método de elección para tratar las FRV bajas y con esfínteres intactos o incluso con daño esfinteriano si se acompaña de esfinteroplastía, los resultados variables según el número de

reparaciones previas y calidad del colgajo;^{2,13} en caso de fístulas complejas la recurrencia es mayor, de ahí que se recomienda utilizar otros métodos de reparación por vía transperineal como la esfíntero-perineoproctotomía o desgarro de IV grado con reparación por planos.

Existen otros procedimientos con transposición de tejidos o músculo para el manejo de FRV complejas con intentos de reparación previa o cuando el tejido se encuentra dañado o radiado con pocas posibilidades de éxito en una reparación local, como el procedimiento de Martius (interposición de músculo bulbocavernoso), plastía con recto interno, entre otras opciones donde se manejan colgajos de tejido muscular o adiposo.^{4,15,16,22,26,28}

En resumen, las alternativas de tratamiento para las FRV son múltiples y deben individualizarse a cada paciente; existen otras opciones de manejo que son utilizadas y con resultados prometedores y satisfactorios, entre los que se encuentra, la aplicación de sello de fibrina humana (Quixil^R)²⁹, colocación de malla biológica (SurgisisTM),⁵ o mallas de ácido poliglicólico colocadas en combinación con otras reparaciones transanales.⁹ En FRV por enfermedad de Crohn el uso de infliximab es promisorio.

El pronóstico de las FRV obstétricas es poco satisfactorio, sobre todo en los resultados funcionales de la continencia anal. Si las fístulas son de origen traumático o iatrogénico el pronóstico es más favorable si no hay lesión esfíntérica e incontinencia asociada. Para las fístulas inflamatorias crónicas como enfermedad de Crohn y secundarias a neoplasias, el pronóstico depende del control primario de la enfermedad.^{4,7}

Tabla 3. Opciones terapéuticas para manejo de las FRV

Reparación local	Procedimientos abdominales	Transposición de tejidos
<p>Acceso Transanal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avance de colgajo endorrectal. • Cierre por planos • Avance de colgajo anocutáneo • Colocación de setón. 	<ul style="list-style-type: none"> • Resección anterior baja • Anastomosis coloanal • Anastomosis con parche (Técnica de Bricker)+ • Resección abdominoperineal+ • Técnica de Parks+ • Proctectomía 	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento de Martius (Musc. Bulbocavernoso) • Plastia del recto interno (Procedimiento de Graham) • Plastia con músculo recto anterior del abdomen. • Plastia con colgajo de glúteo mayor. • Interposición de epiplón+ • Injerto de donador cadavérico.
<p>Acceso Vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inversión de la fístula • Cierre por planos • Avance de colgajo vaginal 	<p>Derivación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colostomía • Ileostomía 	
<p>Acceso Transperineal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fistulotomía • Esfinteroplastia • Perineoproctotomía y cierre por planos. (Procedimiento de Musset) • Cierre e interposición de músculo puborrectal 	<p>Abordaje Laparoscópico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas que permitan abordarse por este medio 	<p>Otros tratamientos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de sello de fibrina • Colocación de malla • Infusión de infliximab

+ Abordaje mixto (perineal y abdominal)

La morbimortalidad asociada a las FRV esta directamente relacionada con la etiología de las mismas y con las complicaciones sépticas derivadas de algunos procedimientos fallidos (fuga de anastomosis, dehiscencia de la reparación) o por fístulas secundarias a neoplasias malignas en estadio avanzado.

➤ **Objetivos**

Objetivo general:

1. Evaluar el comportamiento clínico y analizar los resultados del tratamiento de las FRV en nuestro servicio.

➤ **Justificación**

Los resultados en el manejo de las FRV son muy variables, la existencia de diferentes etiologías y técnicas quirúrgicas para su tratamiento nos obligan a realizar el presente trabajo, para determinar nuestra experiencia y conocer los resultados terapéuticos.

En nuestro país existe un solo estudio que reporta los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de las FRV en un Hospital de tercer nivel, con buen porcentaje de curación (superior al 90%) en las técnicas quirúrgicas que emplearon, sin embargo, no se describe si la reparación fue primaria o si tenían intentos de reparaciones previas.¹³ Nuestro propósito es conocer de una forma mas integral esta patología en relación a su etiología y patogenia, comportamiento clínico, diagnóstico y tratamiento en nuestro servicio; donde la mayoría de las pacientes que son atendidas son referidas de otras unidades y cuentan con procedimientos quirúrgicos previos fallidos, complicaciones serias o patologías comorbidas; haciendo mas complejo el manejo de las fístulas.

➤ **Material y métodos**

Es un estudio retrospectivo y transversal analítico, se incluyeron pacientes con diagnóstico de FRV atendidas y manejadas en el servicio de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades, CMN Siglo XXI, IMSS, en el periodo de Enero del 2003 a Julio del 2006. Se excluyeron las pacientes con expediente clínico y seguimiento incompleto, así como las FRV congénitas. Las variables analizadas fueron: edad, enfermedades asociadas, cirugía abdominal y anorrectal previas, partos distócicos, incontinencia, tipo de fístula, tratamiento, días de estancia, seguimiento, recidiva y reintervenciones. Los resultados se evaluaron mediante números crudos, porcentajes y medidas de tendencia central. Se realizó preparación intestinal en todas las pacientes el día previo a la cirugía, con dieta líquida, aceite de ricino vía oral, enemas evacuantes (3 a 4) y antibióticos (neomicina y eritromicina vía oral, tres dosis).

➤ Resultados

Durante el periodo comprendido de Enero del 2003 a Julio del 2006 se detectaron 21 pacientes femeninas con diagnóstico de FRV enviadas de otros hospitales y atendidas por primera vez en nuestro servicio, fueron excluidos tres por no cumplir con los criterios de inclusión para el estudio. Se incluyeron *dieciocho* pacientes para su estudio final con promedio de edad 48 años (rango 25 a 82); la media de edad en las pacientes con FRV de origen obstétrico fue de 36 años contra 57 años para los casos con fístulas secundarias a otra etiología (iatrogénica, trauma, infección, inflamación, idiopática). En los antecedentes se encontraron 8 pacientes (44.8%) con enfermedades crónicas (diabetes mellitus e hipertensión arterial) y ninguna con antecedentes de patología maligna o radiación a nivel anorrectal y/o pélvico. Tres casos (16.8%) con patología anorrectal asociada a la formación de FRV (infección criptoglandular, enfermedad de Crohn y trauma) y 4 casos (22.4%) con histerectomía abdominal previa y desarrollo de FRV en 2 pacientes (50%).

El número promedio de embarazos en las pacientes fue de 3 eventos (rango 0 a 10), la media de embarazos que culminaron en partos fue de 2.3 por paciente (rango 0 a 9), cinco pacientes (28%) presentaron distocia al momento del parto, en ocho (44.8%) se les practicó episiotomía con reparación inmediata y dos pacientes (11.8%) mencionaron haber presentado desgarro perineal al momento de la expulsión del producto. En estos casos, se encontraron 4 pacientes (22.4%) con antecedentes de dehiscencia e infección de la herida; la aparición de la fístula después de la atención del parto fue en promedio 8.1 días (rango 5 a 14). Seis pacientes (33.6%) con FRV de origen obstétrico fueron manejadas inicialmente en su hospital con intentos de reparación: una

con 3 cirugías, dos con 2 eventos y tres con 1 evento quirúrgico fallido; los procedimientos realizados con mayor frecuencia fueron: avance de colgajo endorrectal en tres pacientes, fistulectomía con cierre por vía vaginal en dos y en una paciente se ignora el tipo de procedimiento efectuado.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: salida o presencia de materia fecal por vagina en 94.4% de los casos, salida de gas por la vagina en 83.3% y presencia de flujo o desecho vaginal en 61.1%; así como también, se encontró infección repetida de las vías urinarias (27.8%), vaginitis (16.7%) e incontinencia fecal (11.1%). El tiempo promedio de evolución con las manifestaciones hasta el momento de ser atendidas en nuestro servicio fue de 50.4 meses (rango 2 a 600), una paciente de la novena década de la vida con FRV obstétrica y reparación previa fallida, con una evolución de aproximadamente 50 años (600 meses).

Todas las fístulas en nuestro estudio fueron adquiridas; la etiología más frecuente fue obstétrica en nueve pacientes (50.0%), tres (16.7%) por infección, dos (11.1%) iatrogénicas, dos (11.1%) traumáticas, un caso (5.6%) por enfermedad de Crohn y una paciente (5.6%) con fístula catalogada como idiopática por no encontrarse antecedentes o patologías que explicaran el origen de la misma. De acuerdo con la clasificación de Daniels el 61.1% de las FRV fueron bajas; se clasificaron como simples y complejas tomando en cuenta la etiología, el tipo de fístula, localización e intentos previos de reparación, no hubo diferencia en el porcentaje de estas últimas (Tabla 4).

Se realizó el diagnóstico de FRV en base a los antecedentes clínicos y la exploración (salida de materia fecal y gas por la vagina, trauma obstétrico, etc.) en el 100% de las pacientes, pero solo se observó el orificio fistuloso en

el recto, conducto anal o vagina por medio de la exploración con anoscopio y rectosigmoidoscopia rígida en 10 pacientes (55.6%); la colonoscopia se indicó a 7 pacientes y hubo evidencia de fístula en dos casos.

Tabla 1. Etiología y clasificación de las FRV.

Origen	Número de casos	Etiología y antecedentes	Clasificación de Daniels			Variedad	
			Baja	Media	Alta	Simple	Compleja
<i>Obstétrica</i>	9	Parto distócico o episiotomías.	7	2	0	4	5
<i>Infecciosa</i>	3	Enf., diverticular complicada en dos y una con absceso anal.	1	0	2	1	2
<i>Iatrogénica</i>	2	Histerectomía abdominal.	0	0	2	0	2
<i>Traumática</i>	2	Trauma penetrante	1	1	0	2	0
<i>Inflamatoria</i>	1	Enf., de Crohn	1	0	0	0	1
<i>Idiopática</i>	1	Sin patologías.	1	0	0	1	0
Total	18		11 (61.1%)	3 (16.7%)	4 (22.2%)	8 (44.4%)	10 (55.6%)
			18 (100%)			18 (100%)	

La vaginografía fue realizada en 5 pacientes, en cuatro se demostró el trayecto fistuloso; el proctograma se realizó en 9 pacientes con 4 casos positivos (Tabla 5).

Tabla 2. Modalidades diagnósticas para las FRV.

Diagnóstico	No. De eventos	Positivo	Negativo	No realizado
Rectosigmoidoscopia	18 (100%)	10 (55.6%)	8 (44.4%)	0
Vaginografía	5 (27.8%)	4 (22.2%)	1 (5.6%)	13
Proctograma	9 (50%)	4 (22.2%)	5 (27.8%)	9
Colonoscopia	7 (38.9%)	2 (11.1%)	5 (27.8%)	11

Durante la atención en nuestro servicio y previo a proporcionar algún tipo de tratamiento, se solicitó ultrasonido endoanal a 5 pacientes (27.8%), con evidencia de lesión del complejo esfinteriano en todos los casos; la manometría anorrectal se realizó en 6 pacientes (33.3%), de las cuales 5 mostraron datos manométricos de incontinencia anal, hubo una paciente que manifestó síntomas de incontinencia fecal en la cual se descarto. En las que se demostró incontinencia, el trauma obstétrico fue la causa común, con intervenciones quirúrgicas previas para su reparación en su hospital de origen, dos pacientes con un evento quirúrgico, otra con 2, una con 3 y ningún procedimiento a una paciente.

Los procedimientos quirúrgicos y tratamientos realizados en nuestro servicio para el manejo de las FRV fueron: avance de colgajo endorrectal en 6 pacientes (33.3%), abordaje de la FRV por vía abdominal con resección anterior y anastomosis colorrectal en 4 pacientes (22.2%), esfinteroperineoproctotomía (desgarro de IV grado) en dos casos (11.1%), colostomía en dos (11.1%), entre otros (Tabla 6).

De las pacientes intervenidas en nuestro servicio, se presentaron 2 recidivas (<8 días), en ambas se realizó avance de colgajo endorrectal para su tratamiento, portadoras de FRV obstétricas y con una intervención quirúrgica previa fallida; se reintervinieron nuevamente; la primera fue sometida a dos procedimientos más en un lapso de 12 meses realizando esfinteroperineoproctotomía e ileostomía en asa en su último evento, hasta el momento

sin evidencia de trayecto fistuloso en estudios de radiología, pero aun no se ha realizado cierre de ileostomia, cursa con incontinencia anal. La segunda paciente se sometió a avance de colgajo endorrectal, logrando éxito en el resultado y sin evidencia de recidiva; el seguimiento después de la última cirugía para ambas pacientes hasta el momento de concluir el estudio fue de 3 y 4 meses respectivamente.

Tabla 3. Opciones terapéuticas realizadas en pacientes con FRV en nuestro servicio.

Procedimiento	Porcentaje	Observaciones
Avance de colgajo endorrectal	6 (33.3%)	La mayoría fueron obstétricas y bajas, tres con reparaciones previas.
Resección vía abdominal (Abordaje anterior y resección)	4 (22.2%)	Iatrogénicas o infecciosas, localización alta y complejas; 2 con sigmoidectomía por enfermedad diverticular.
Esfintero-perineoproctotomía	2 (11.1%)	Obstétricas y con incontinencia anal. Una con 3 reparaciones previas.
Colostomía	2 (11.1%)	Una por trauma y lesión medular. Otra con 2 reparaciones previas, incontinencia asociada y 82 años.
Colocación de setón	1 (5.6%)	Cirrosis hepática (Child C).
Tratamiento con infliximab	1 (5.6%)	Enfermedad de Crohn
No quirúrgicos	2 (11.1%)	Sin cirugía

El porcentaje de éxito del tratamiento en los procedimientos realizados en nuestro servicio en las pacientes que se sometieron a avance de colgajo endorrectal fue de 67% (4 de 6), recidiva en 2 pacientes (33%), las cuales fueron reintervenidas y con curación exitosa hasta el momento de su seguimiento. Para el resto de los procedimientos el porcentaje de éxito y curación fue del 100%, excepto en las que se realizó colostomía donde fue del

50%, una paciente senil con FRV obstétrica de larga evolución, con incontinencia anal, se realizó colostomía definitiva, aun persiste con orificio fistuloso (Tabla 7). En el presente análisis no se incluyeron dos pacientes a quienes no se ha realizado tratamiento quirúrgico, una de 79 años, con colostomía realizada en su hospital y la segunda con dos reparaciones previas, incontinencia anal, no ha aceptado cirugía.

De las seis pacientes a quienes se les realizó avance de colgajo endorrectal en tres (50%) la reparación fue inicial (primaria) y el porcentaje de curación fue del 100%; las otras tres pacientes con antecedentes de reparaciones previas, dos cursaron con recidiva (66%) y una con curación, disminuyendo el porcentaje de éxito al 33% para las que existió una intervención previa.

Cuadro 4. Porcentaje de éxito y resultados en el tratamiento de las pacientes con FRV.

Técnica	Pacientes	Clasificación	Cirugías previas	Porcentaje de éxito	Recidiva
Avance de colgajo	6	5 (Obstétrica) 1 (Trauma)	3 (50%)	4 (67%)	2 (33%)
Abordaje abdominal	4	2 (Iatrogénica) 2 (Infecciosa)	2 (50%)	100%	0
Esfintero-perineoproctotomía	2	2 (Obstétrica)	1 (50%)	100%	0
Colostomía	2	1 (Obstétrica) 1 (Trauma)	1 (50%)	1 (50%)	1 (50%)
Colocación de setón	1	Infecciosa	0	100%	0
Infliximab	1	Enfermedad de Crohn	0	100%	0

El total de intervenciones realizadas a las pacientes para el tratamiento de las fístulas, incluyendo las efectuadas en su hospital de referencia y excluyendo a la fístula por enfermedad de Crohn que se maneja con infliximab, se distribuyó de la siguiente manera: 10 pacientes (58.8%) con una sola

intervención, 3 (17.6%) con dos procedimientos quirúrgicos, 2 (11.7%) con tres y 2 (11.7%) con cuatro eventos quirúrgicos para tratamiento de la FRV, con una media de 1.7 procedimientos.

El promedio de estancia hospitalaria para las pacientes que recibieron tratamiento fue de 4.4 días (rango: 2 a 10, desviación estándar: 2.4 días) y para el seguimiento fue de 9.5 meses (rango: 2 a 32, desviación estándar: 8.93 meses).

Se evaluaron 10 pacientes con FRV de origen obstétrico y en aquellas de otra etiología o con cirugía previa que involucraran el complejo esfinteriano para valorar continencia anal; se demostró incontinencia en 6 pacientes; del total de las FRV por trauma obstétrico (9 pacientes), cinco (55%) cursan con incontinencia anal; una paciente con cirrosis hepática fue tratada con setón por presentar una fístula secundaria a infección criptoglandular, al momento con incontinencia a gases. No se clasificó el grado de incontinencia en las pacientes, sin embargo, en quienes se diagnosticó fue a través del interrogatorio y la exploración, así como por la manometría anorrectal que fue realizada solo en cinco casos.

Nuestro porcentaje de éxito terapéutico global fue del 81.25% en 13 pacientes con cierre de la fístula y curación en el tratamiento inicial ofrecido en nuestro servicio, de las tres recidivas, dos pacientes fueron reintervenidas y cursaron con cierre de la fístula, para un total de 15 (93.75%) procedimientos exitosos en 16 pacientes a quienes se les ofreció manejo médico o quirúrgico; la paciente que aun persiste con la fístula tiene colostomía, se decidió no reintervenir por presentar incontinencia fecal, edad avanzada y riesgo quirúrgico alto; dos pacientes aun no se han intervenido.

➤ Discusión

Las FRV representan el 5% de todas las fístulas anorrectales,^{2,5,8,12} aunque son poco frecuentes, constituyen una entidad clínica de difícil manejo, con repercusiones psicológicas y sexuales en las pacientes afectadas. El 88% de los casos de FRV son por trauma obstétrico, como consecuencia de desgarros de III y IV grado;^{7,17} D Soriano y Cols³ en 48 pacientes con FRV, encontró etiología obstétrica en 52%; Bannura y Cols² reportan en 38 pacientes como causa principal de FRV las neoplasias en 39% y solo un 16% por trauma obstétrico. En nuestro país Charúa y Cols¹³ en 38 pacientes en un periodo de 5 años la causa principal fue lesión obstétrica en 55% de los casos; en nuestros resultados la causa mas frecuente fue el trauma obstétrico en el 50% de los casos, seguido de las FRV de origen infeccioso, en el resto de las pacientes fue de etiología diversa (Tabla 8).

Tabla 5. Etiología de las FRV reportadas en distintas series.

Reporte	Número de casos	Edad promedio	Etiología						
			Obstétrica	Infección	EII	Iatrogénica	Trauma	Cáncer	Otros
D Soriano y Cols. (2001)	48	34	25 (52.1%)	11 (22.9%)	7 (14%)	3 (6.2%)	2 (4.1%)	-	-
Bannura G y Cols. (2002)	38	-	6 (16%)	-	-	4 (11%)	-	15 (39%)	13 (34%)
Zimmerman D y Cols. (2002)	21	33	8 (38%)	8 (38%)	-	-	5 (24.8%)	-	-
Charúa G y Cols. (2002)	38	24	21 (55.2%)	-	-	5 (13.1%)	5 (13.1%)	2 (5.2%)	5 (13.1%)
HE, CMN Siglo XX1 (2006)	18	48	9 (50%)	3 (16.7%)	1 (5.6%)	2 (11.1%)	2 (11.1%)	-	1 (5.9%)

Como se reporta y se refleja en nuestro estudio, el mayor porcentaje de las FRV obstétricas afectan a las mujeres jóvenes en edad fértil y económicamente activas.

Se presentaron dos casos de FRV por divertículos, aunque es poco frecuente la afectación a este nivel, ya que en esta patología predominan las fístulas sigmoideo-vaginales, es importante mencionar que en los dos casos existió el antecedente de histerectomía abdominal y no hubo relación de las fístulas con este evento quirúrgico; en los hallazgos transoperatorios se encontró afectación por divertículos en el sigmoide y la unión rectosigmoidea, con inflamación importante y absceso, involucrando el tercio superior del recto y la cúpula vaginal, por lo que se consideraron secundarias a esta etiología. Se menciona que el útero actúa como protección y su ausencia quirúrgica aumenta el riesgo de presentar fístulas hacia la vagina o vejiga.^{4,7,24} Se detecto una FRV idiopática, por no presentar antecedentes o patologías a las que se pudiera atribuir su origen; hay reportes en los cuales no se logra identificar la causa de las FRV.^{4,10} La enfermedad inflamatoria intestinal es causa frecuente de FRV, en su mayoría por enfermedad de Crohn y afectación anorrectal, con un manejo difícil, pero que responden al tratamiento con estoma derivativo o avance de colgajo en casos seleccionados.^{7,13}

Se considera que el tiempo promedio de aparición de una fístula por trauma obstétrico es durante la primera semana posterior al evento, como lo muestran nuestros resultados (promedio de 8 días), por dehiscencia de la reparación de las heridas o desgarros perineales, infección agregada y degradación de la

sutura utilizada.^{7,13,19} En estos casos, el manejo de la inyección es prioritaria y esperar el tiempo prudente para la reparación.

Las manifestaciones clínicas son patognomónicas en las FRV, encontrando paso de materia fecal y salida de gas a través de la vagina, como se reporta en nuestro estudio; sin embargo, los signos y síntomas dependen del tamaño, localización y causa de la fístula; por ejemplo, en las FRV actínicas o por neoplasia puede haber sangrado, dolor o tenesmo;^{2,15} en las iatrogénicas de localización alta y con un orificio pequeño, puede manifestarse solo salida de gas a través de la vagina, nula o escasa materia fecal, motivo por el cual algunas pacientes no buscan atención médica, como la paciente en nuestra serie con una evolución de 50 años, con poca sintomatología y retardo en su atención. Un porcentaje pequeño de las pacientes pueden cursar asintomáticas.² La incontinencia anal suele asociarse a FRV obstétricas,^{7,21,27} por lo que se deberá hacer una buena exploración y no confundir la salida de materia fecal por vagina con incontinencia fecal.

En nuestra serie, el tiempo promedio de evolución con síntomas fue de 50.4 meses, a nuestro juicio lo consideramos largo, resultando esta larga espera incomoda para la paciente; sin embargo, hay que considerar el retardo en la atención médica de las pacientes, por no ser enviadas oportunamente a nuestro hospital y a que se recomienda esperar un tiempo prudente para tener mejor calidad de los tejidos, realizar el procedimiento adecuado y tener una mayor posibilidad de éxito.

No es difícil establecer el diagnóstico de las FRV, pero en algunos casos puede ser necesario el apoyo de paraclínicos, sobre todo cuando no se

demuestra el orificio fistuloso; en nuestra población a todas las pacientes se les realizó exploración anorrectal y ginecológica, pero solo fue posible demostrar la presencia del orificio fistuloso en 50% de los casos. La vaginografía se considera como el método con mayor sensibilidad para el diagnóstico de FRV (79 al 100%)^{8,24,25} sobre el proctograma o el US, aunque se están obteniendo buenos resultados con la resonancia magnética endoluminal. No se realizó un análisis comparativo con los resultados obtenidos en cuanto a las modalidades diagnósticas, porque no todos los estudios se solicitaron a las pacientes, además, no fue el objetivo del presente estudio; en algunos casos solo se indicaron para determinar la localización de la fístula, solo se reportan los resultados positivos y negativos obtenidos.

La manipulación o daño de los tejidos en casos de FRV complican más su manejo, con disminución del porcentaje de curación y en la continencia anal;^{3,9-12} de las pacientes atendidas, seis fueron manejadas en su hospital con cirugía, pero a pesar de ello nuestros resultados anatómicos fueron aceptables, con buen porcentaje de éxito y cierre de la fístula, no así en los resultados funcionales de la continencia anal.

El avance de colgajo endorrectal es el procedimiento de abordaje transanal realizado con mayor frecuencia por cirujanos colorrectales para el tratamiento de las FRV;^{1,10,23,30} se recomienda para pacientes con FRV obstétricas o de cualquier etiología, localización baja o media del tabique rectovaginal, sin datos de incontinencia anal o con mínima disrupción del complejo esfinteriano; se reportan resultados favorables en reparaciones primarias y secundarias, con rangos de éxito que van del 40 al 100%; estos resultados dependen de la

calidad del colgajo de acuerdo a la técnica original realizada por Rothenberger;²⁰ de espesor total, que incluya mucosa, submucosa y músculo circular.^{1,7,11,13,30-32} Nuestro porcentaje de éxito con este procedimiento fue del 67% de cuatro (4 de 6) procedimientos realizados, hubo dos recidivas, ambas con intentos de reparación previa; como se reporta en distintas series, este porcentaje de curación disminuye en los casos que hay intentos de reparación previa.^{10,11,30} Lowry y Cols³³ encontró en pacientes que tenían un intento de reparación previa y a quienes se les realizó avance de colgajo endorrectal, éxito del 85% y dicho porcentaje disminuyó al 55% en el tercer intento con esta misma técnica. De las recidivas, a una paciente se le realizó nuevamente avance de colgajo endorrectal con curación y éxito del procedimiento, aunque ya tenía dos intentos de reparación previa, se tomó la decisión de realizar de nuevo el mismo procedimiento por no tener afección de la continencia y aceptable calidad de los tejidos, proporcionando un abordaje más conservador. Sonoda y Cols³⁰ durante el seguimiento de pacientes con FRV obstétricas con avance de colgajo endorrectal y tratamiento fallido (5 casos), fueron intervenidas nuevamente con el mismo procedimiento, con una tasa de éxito de solo el 40% (2 casos). MacRae y Cols¹⁰ reporta en 28 pacientes con antecedentes de reparación previa de FRV, incluyendo fístulas obstétricas y de otras etiologías, en 17 se realizó avance de colgajo endorrectal, pero solo 5 lograron cerrar (4 obstétricas, una por enfermedad de Crohn), concluyendo que a mayor número de reparaciones previas, los resultados son menos favorables; pero con mejor pronóstico en caso de fístulas de origen obstétrico en comparación con las secundarias a enfermedad de Crohn.

Analizando el porcentaje de resultados favorables para las reparaciones primarias con esta técnica en nuestra serie, de las seis pacientes con avance de colgajo, en tres (50%) la reparación fue inicial y hubo curación del 100%, con excelentes resultados, comparado con el promedio de éxito en las reparaciones iniciales (78 a 95%)^{1,6} que se reporta en la literatura, aunque en nuestra serie son pocos casos, pero significativos. El avance de colgajo con esfinteroplastía agregada tiene un mayor porcentaje de buenos resultados en pacientes que cursan con daño esfinteriano e incontinencia.^{2,7,13}

En el abordaje abdominal (4 casos), nuestro éxito fue del 100%, realizando resección anterior y anastomosis colorrectal, todas fueron fístulas altas, iatrogénicas y por enfermedad diverticular complicada. El abordaje perineal por medio de la esfintero-perineoproctotomía (conversión de la fístula a desgarró de IV grado) es un procedimiento que se indica cuando existen intentos de reparación previa e incontinencia asociada; se realizó en dos pacientes con resultados favorables (100%), además, una paciente con recidiva por avance de colgajo, se le realizó esfintero-perineoproctotomía e ileostomía en asa, con cierre del trayecto fistuloso. En caso de incontinencia además, se realiza esfinteroplastía para mejorar los resultados funcionales de la continencia, como fue realizado en nuestras pacientes; a pesar de ello, dos casos persisten con incontinencia anal. Soriano y Cols,³ en sus resultados con 48 pacientes con FRV de etiología diversa (obstétricas 52%), con reparaciones previas (62.5%), con esfintero-perineoproctotomía (procedimiento de Musset), obtuvo resultados anatómicos (curación) y funcionales (continencia) del 100% y 98 respectivamente.

El estoma derivativo se realiza con mucha frecuencia, para el tratamiento de las fístulas en forma primaria y como protección cuando se realizan otros procedimientos; puede ser de elección en caso de fístulas por neoplasias avanzadas o en pacientes seniles con función esfinteriana deficiente. En nuestro estudio, solo dos pacientes fueron manejadas con colostomía, en una se comprobó el cierre de la fístula secundaria a trauma penetrante, aun sin cierre de la colostomía ya que la paciente cursa con lesión medular; el otro caso en una anciana con incontinencia no se he demostrado cierre de la fístula. No existen series o reportes que muestren resultados con esta modalidad de tratamiento.

La colocación de setón es un procedimiento poco utilizado en el tratamiento de FRV, sin embargo, cuando existen condiciones poco favorables para un tratamiento más radical y la localización de la fístula es baja, se puede realizar. Se aplico a un caso, con cirrosis hepática, trastornos de la coagulación y trombocitopenia, con FRV por infección criptoglandular; se logró el cierre de la fístula, pero con repercusión en la continencia anal y hasta el momento sin recidiva. Se reporta que el uso de setón en las FRV condiciona a riesgo de incontinencia de entre el 17 al 39%.³¹

Una paciente presentó FRV por enfermedad de Crohn, con afectación anorrectal e ileocecal; inicialmente se manejó con infusión de infliximab en dosis de 5 mg/kg aplicada a las 0, 2 y 6 semanas, respondiendo muy bien al control de la enfermedad y con cierre de la fístula a partir de la segunda dosis; hasta la fecha se encuentra con tratamiento a base de mesalazina vía oral, sin evidencia de recidiva. La aplicación de infliximab en pacientes con afectación perianal y fístulas es un tratamiento novedoso introducido en la última década,

con resultados favorables y curación en hasta el 55% de los pacientes,^{34,35} sin embargo, no hay reportes o resultados en el tratamiento exclusivo para FRV.

El porcentaje global de curación de las fístulas en nuestras pacientes fue catalogada como muy buena (93.7%), con resultados similares a lo encontrado en el único reporte publicado en nuestro país, donde el éxito fue del 92.8%.

➤ Conclusiones

El trauma obstétrico es la principal causa de FRV; esta patología representa un problema de difícil manejo. El éxito del tratamiento depende de varios factores: tipo y localización de la fístula, etiología y número de cirugías previas, en las FRV obstétricas el porcentaje de tratamiento exitoso es mayor cuando el procedimiento quirúrgico realizado es inicial; las fístulas altas, secundarias a iatrogenia o inflamación son de mejor pronóstico por no afectar la continencia anal.

El avance de colgajo endorrectal es la modalidad de tratamiento indicado para FRV simples, bajas, con o sin afectación del complejo esfinteriano y la esfinteroplastia con perineoproctotomía para los casos con incontinencia asociada. Se recomienda que el tratamiento inicial de las FRV se realice en centros de atención con experiencia en el manejo de esta patología.

➤ Anexos

Imágenes

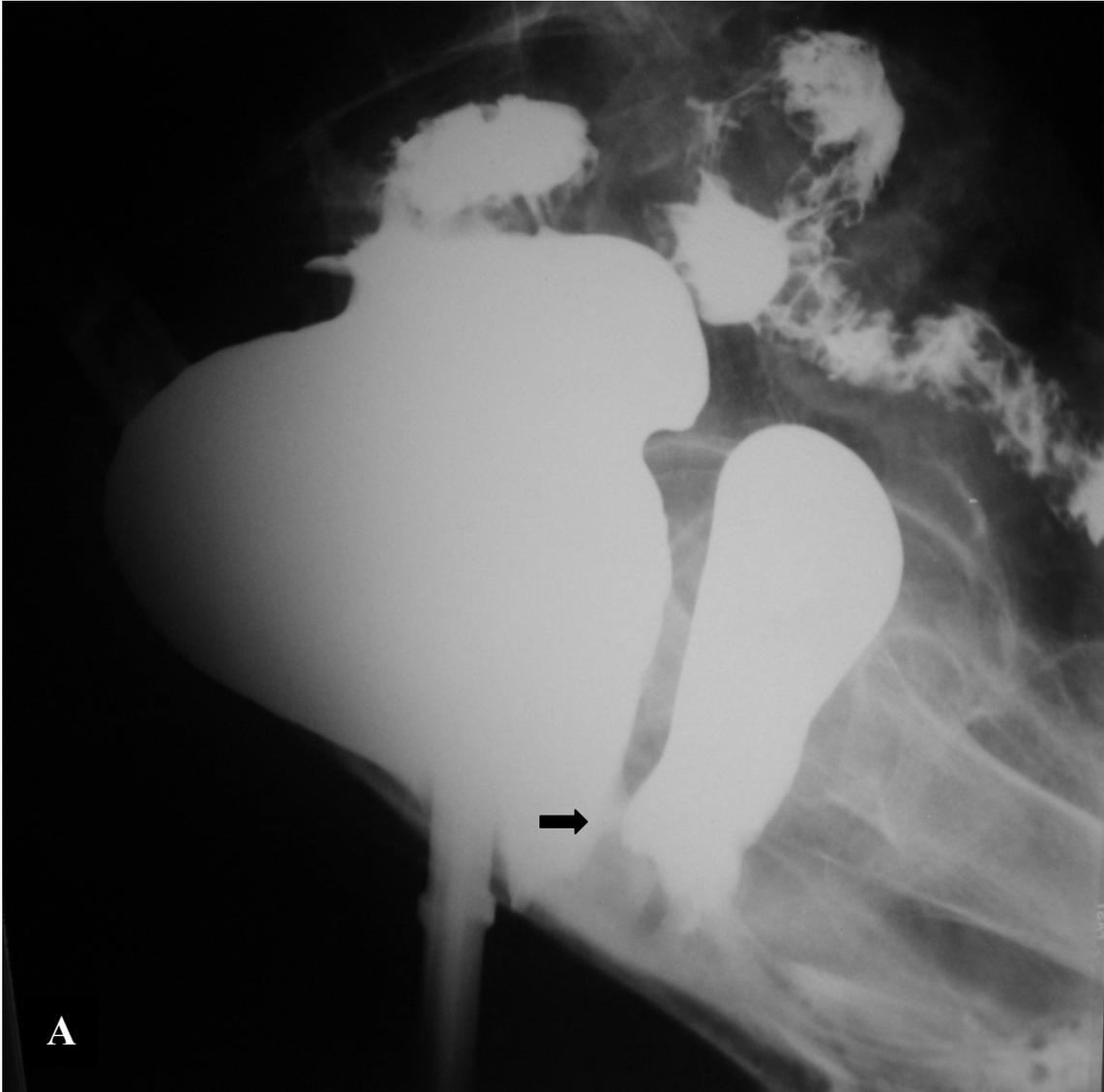


Fig. A: Proctograma con presencia de una fistula rectovaginal baja, paso de medio de contraste a la vagina.

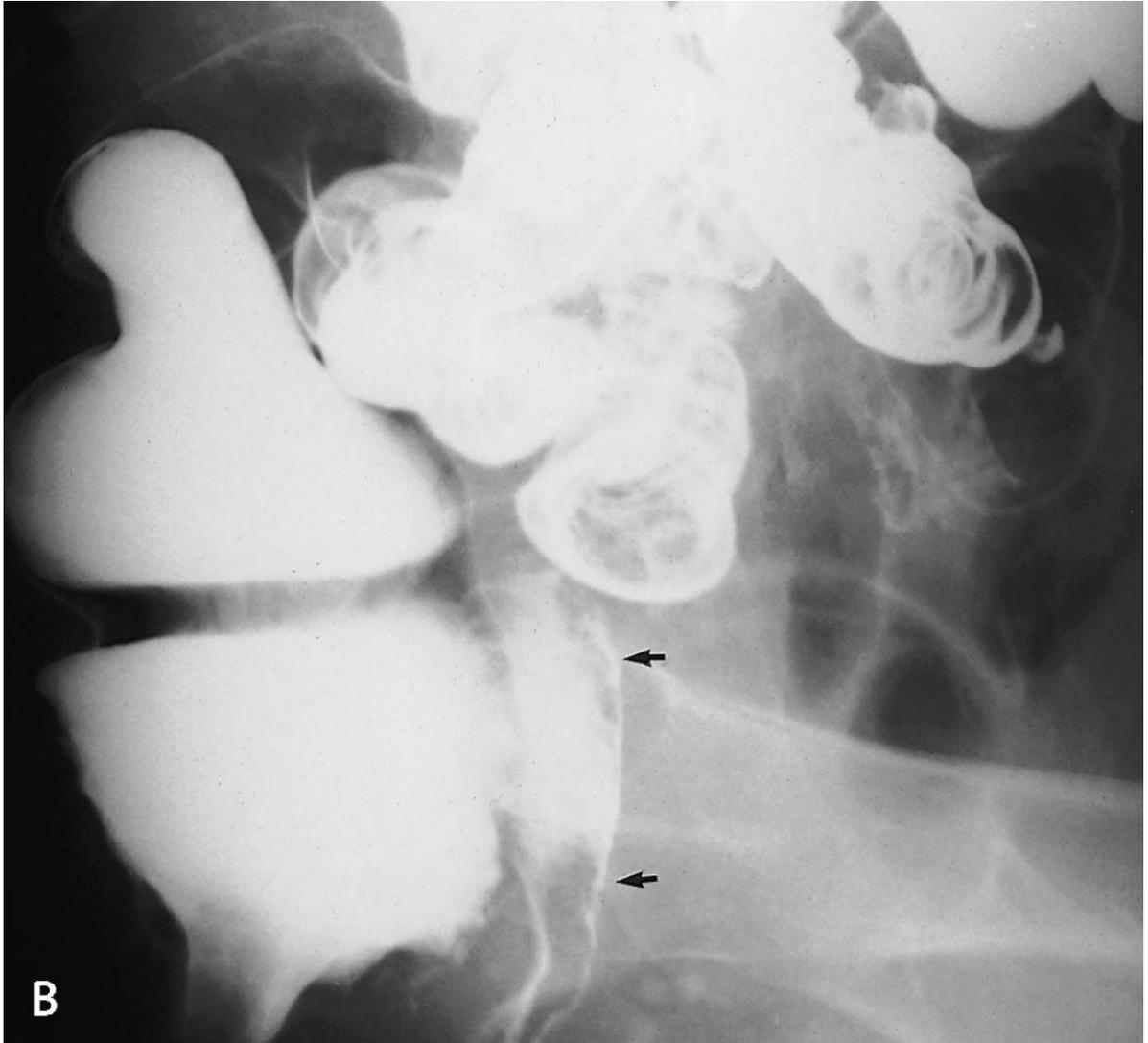


Figura B: Proctograma que demuestra fístula rectovaginal en una paciente de 66 años por enfermedad diverticular complicada; obsérvese paso de material de contraste a la vagina en tercio superior del recto y múltiples divertículos en sigmoides.



Fig. C: Fístula anovaginal por trauma obstétrico.

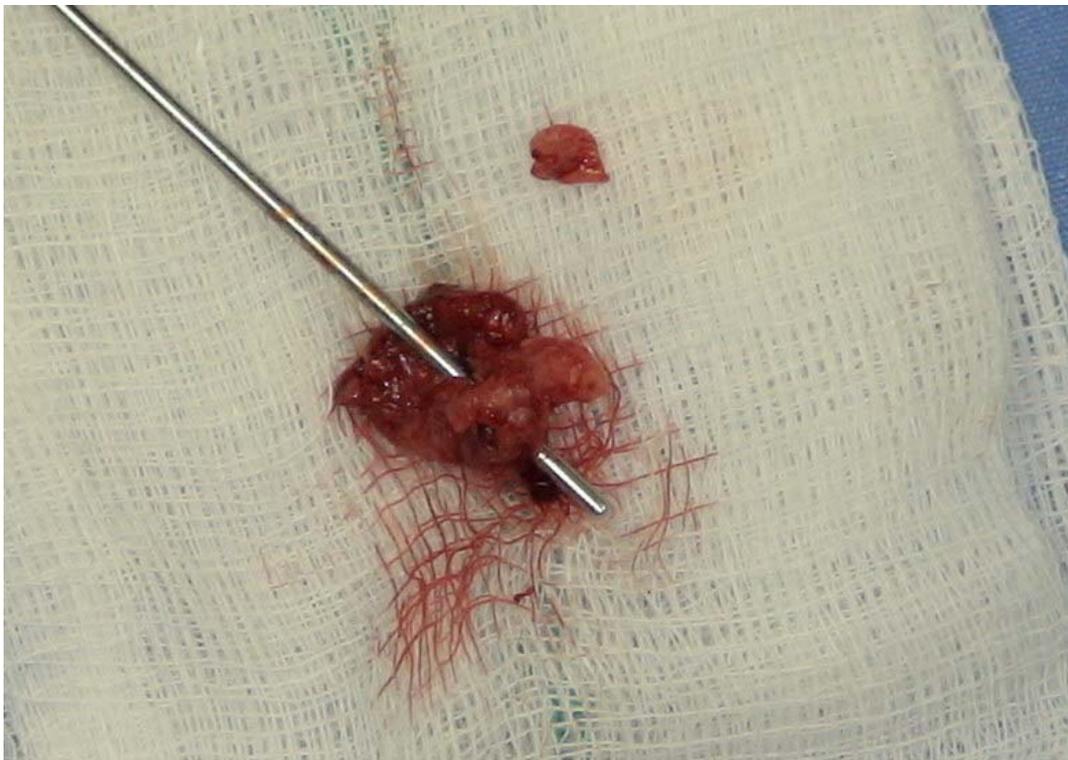


Fig. D: Resección de la fístula anovaginal.

➤ **Referencias**

1. Zimmerman DDE, Gosselink MP, Briel JW, Scouten WR. The outcome of transanal advancement flap repair of rectovaginal fistulas is not improved by additional labial fat flap transposition. *Tech Coloproctol* 2002;6:37-42.
2. Bannura CG, Contreras PJ, Melo LC, Barrera EA. Espectro clínico de la fístula rectovaginal: Análisis de 38 pacientes. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002;67:219-25.
3. Soriano D, Lemoine A, Laplace C et al. Results of recto-vaginal fistula repair retrospective analysis of 48 cases. *Eur J of Obstet & Gynecol and Reprod Biol* 2001;96:75-9.
4. Corman ML. *Colon and Rectal Surgery*. Fifth edition, Philadelphia PA, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. Pag, 333-43.
5. Pye K, Dada T, Duthie G, Phillips K. Surgisis™ Mesh: A Novel approach to repair of a recurrent rectovaginal fistula. *Dis Colon Rectum* 2004;47:1554-6.
6. Oom DM, Gosselink MP, Van Dijn VRM, Zimmerman DD, Schouten WR. Puborectal sling interposition for the treatment of rectovaginal fistulas. *Tech Coloproctol* 2006;10:125-130.
7. Saclarides TJ. Rectovaginal fistula. *Surg Clin N Am* 2002;82:1261-72.
8. Stoker J, Rociu E, Schouten WR, Lameris JS. Anovaginal and rectovaginal fistulas: Endoluminal sonography versus endoluminal MR imaging. *AJR*;178:737-741.
9. Walfisch A, Zilberstein T, Walfisch S. Rectovaginal septal repair: case and introduction of a modified reconstruction technique. *Tech Coloproctol* 2004;8:192-4.

10. McRae H, McLeod R, Cohen Z, Stern H, Reznick R. Treatment of rectovaginal fistulas that has failed previous repair attempts. *Dis Colon Rectum* 1995;38:921-5.
11. Mazier WP, Senagore AJ, Schiesel EC. Operative repair of anovaginal and rectovaginal fistulas. *Dis Colon Rectum* 1995;38:4-6.
12. Casadesus D, Villasana L, Sanchez IM, Diaz H, Chavez M, Diaz A. Treatment of rectovaginal fistula: A 5 year review. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 2006;46:49-51.
13. Charúa-Guindic L, Retama-Velasco L, Avendaño-Espinosa O. Manejo de la fístula rectovaginal. Revisión de cinco años en la unidad de coloproctología del Hospital General de México. *Ginecol Obstet Mex* 2004;72:209-14.
14. Kumaran S, Palanivelu Ch, Kavalakat A, Parthasarathi R, Neelayathatchi M. Laparoscopic repair of high rectovaginal fistula: Is it technically feasible? *BMC Surgery* 2005;5:20.
15. Kosugi CH, Saito N, Kimata Y et al. rectovaginal fistulas alter rectal cancer surgery: Incidence and operative repair by gluteal-fold flap repair. *Surgery* 2005;137:329-36.
16. Fernández-Cebrian JM, Enríquez-Navascues JM, Morales-Castiñeiras V, Escribano-Guijarro J. Reparación de las fístulas vaginales rdicas mediante cierre e interposición de tejido bulbocavernoso (técnica de Martius) *Cir Esp* 2000;67:576-80.
17. Donnay F, Weil L. Obstetric fistula: the international response. *The Lancet* 2004;363:71-2.

18. Waaldijk K. The immediate management of fresh obstetric fistulas. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191:795-9
19. Sandoval J, Santa C, Paz P. Fístulas vaginales: 173 casos observados en 18 años. *Ginecología y Obstetricia* 1998;44:76-80.
20. Rothenberger DA, Goldberg SM. The management of rectovaginal fistulas. *Surg Clin North Am* 1983;63:61-9.
21. Mukherjee A, Aguilar P, Kerner BA, Wise WE. Lesión concomitante del esfínter en pacientes con fístula rectovaginal: rol de la manometría. *Rev Mex de Coloproct* 1999;5:6-9.
22. Halverson A, Hull L, Fazio V, Church J, Hammel J, Floruta C. Repair of recurrent rectovaginal fistulas. *Surgery* 2001;130:753-8.
23. Tsang CBS, Rothenberger DA: Rectovaginal fistulas. Therapeutic options. *Surg Clin North Am* 1997;77:95-114.
24. Giordano P, Drew PJ, Taylor D, Duthie G, Lee PW, Monson JR. Vaginography –investigation of choice for clinically suspected vaginal fistulas. *Dis Colon Rectum* 1996;39:568-72.
25. Yee LF, Birnbaum EH, Read T, Kodner I, Fleshman JW. Use of endoanal ultrasound in patients with rectovaginal fistulas. *Dis Colon Rectum* 1999;42:1057-64.
26. Barriel E, Kamaid TE, Estrugo R, Croci F. Fístulas anastomóticas rectovaginales o vesicales, o ambas, secundarias al uso de sutura mecánica en cirugía de recto. *Rev Med Uruguay* 2001;17:62-70.
27. Tsang CB, Madoff RD, Wong WD, et al. Anal sphincter integrity and function influences outcome in rectovaginal fistula repair. *Dis Colon Rectum* 1998;41:1141-6.

28. Onodera H, Nagayama S, Kohmoto I, Maetani S, Imamura M. Novel surgical repair with bilateral gluteus muscle patching for intractable rectovaginal fistula. *Tech Coloproctol* 2003;7:198-202.
29. Abel ME, Chiu YS, Russell TR, Volpe PA. Autologous fibrin glue in the treatment of rectovaginal and complex fistulas. *Dis Colon Rectum*. 1993;36:447-9.
30. Sonoda T, Hull T, Piedmonte M, Fazio V. Outcomes of primary repair of anorectal and rectovaginal fistulas using the endorectal advancement flap. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1622-28.
31. Kodner IJ, Mazor A, Shemesh EI, Fry RD, Flesman JW, Birnbaum EH. Endorectal advancement flap repair of rectovaginal and other complicated anorectal fistulas. *Surgery* 1993;114:682-9.
32. Veronikis DK, Nichols DH, Spino C. The Noble-Mengert-Fish operation – Revisited: A composite approach for persistent rectovaginal fistulas and complex perineal defects. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:1411-7.
33. Lowry AC, Thorson AG, Rothenberger DA, Goldberg SA. Repair of simple rectovaginal fistulas: influence of previous repairs. *Dis Colon Rectum* 1988;31:676-8.
34. Comerford LW, Bickston SJ. Treatment of luminal and fistulizing Crohn's disease with Infliximab. *Gastroenterol Clin N Am* 2004;33:387-406.
35. Harrison J, Hanauer SB. Medical treatment of Crohn's disease. *Gastroenterol Clin N Am* 2002;31:167-184.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIZACIÓN
U.M.A.E. HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G. "
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

"2006 año del Bicentenario del natalicio del Benemérito de las Américas, Don Benito Juárez

García"

Agosto 23, 2006

**PTR 057/2006 FÍSTULA RECTO-VAGINAL: EXPERIENCIA EN EL MANEJO
EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO, UMAE,
HE, CMN SIGLO XXI**

DICTAMEN: **APROBADO**

DRA. LEONOR ADRIANA BARILE FABRIS
DIRECTORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

LABF`DMD`tbb.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

"2006, año del Bicentenario del natalicio del Benemérito de las Américas Don Benito Juárez García"
"PREVENIMSS, UN CAMBIO SEGURO PARA SU SALUD"

México, D.F. a 17 de Octubre del 2006

Dr. ENRIQUE GRAUE WIECHERS

Jefe de la División de Estudios de
Postgrado e Investigación
FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.
PRESENTE:

Por medio de la presente hago de su conocimiento que él **Dr. OLIVARES BECERRA JUAN JOSÉ**, con número de cuenta UNAM **505023296**, nacionalidad **Mexicana**, inscrito en el curso de especialización en **Coloproctología**, matrícula **99142540** en este hospital, presentó la tesis titulada **"FÍSTULA RECTOVAGINAL: EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO, HE, CMN SIGLO XXI"**. Dicha tesis fue revisada y aceptada por el Comité Local de Investigación Médica de este Hospital quedando registrada mediante el acta **057/2006**. Es conveniente mencionar que esta tesis es **única, auténtica** y que no es copia de ninguna.

Agradeciendo la atención que se sirva prestar a la presente, quedamos de usted.

Atentamente
"Seguridad y Solidaridad Social"


Dr. José Luis Rocha Ramírez
Asesor de Tesis
Profesor Titular y Jefe del Servicio de
Cirugía de Colon y Recto.
UMAE, HE CMN Siglo XXI.


Dra. Leonor Adriana Barile Fabris
Directora de Educación e Investigación
En Salud. UMAE, HE CMN Siglo XXI.

LABR/hee





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

"2006, año del Bicentenario del natalicio del Benemérito de las Américas Don Benito Juárez García"
"PREVENIMSS, UN CAMBIO SEGURO PARA SU SALUD"

México, D.F. a 17 de Octubre del 2006.

Dr. ENRIQUE GRAUE WIECHERS

Jefe de la División de Estudios de
Postgrado e Investigación, Facultad de Medicina, UNAM.
PRESENTE:

Por este conducto me permito hacer de su conocimiento que él **Dr. OLIVARES BECERRA JUAN JOSÉ**, con número de cuenta UNAM **505023296** de nacionalidad **Mexicana**, inscrito en el curso de especialización en **Coloproctología** de esta unidad, concluyó satisfactoriamente este curso y presentará su examen final el día **01 de marzo del 2007, a las 10:00 hrs.**, proponiendo como jurado:

Presidente: Dr. José Luis Rocha Ramírez

Secretario: Dr. J. Walter Parrado Montaña

Vocal: Dr. Moisés Rojas Illanes

Vocal: Dr. Mario Zavala González

Vocal: Dr. Jose Alfredo Cordova Charraga

Agradeciendo la atención que se sirva prestar a la presente, quedamos de usted.

ATENTAMENTE
"Seguridad y Solidaridad Social"

DRA. LEONOR ADRIANA BARILE FABRIS
Directora de Educación e Investigación en Salud

LABR/ssp

