



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"SALVADOR ZUBIRÁN"

CALIDAD DE VIDA POSTERIOR A TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO GRACILIS EN EL MANEJO DE FÍSTULAS PERINEALES RECURRENTE

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LA SUBESPECIALIDAD EN:

COLOPROCTOLOGÍA

P R E S E N T A:

DRA. ALEJANDRA JIMÉNEZ GONZÁLEZ

ASESOR DE TESIS:

DR. QUINTÍN HÉCTOR GONZÁLEZ CONTRERAS



MÉXICO, D.F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Dr. Quintín Héctor González Contreras
Profesor titular del curso de Cirugía de Colon y Recto
Asesor de tesis

Dr. Miguel Ángel Mercado
Jefe del Departamento de Cirugía

Dr. Luis Federico Uscanga Domínguez
Jefe de Enseñanza

AGRADECIMIENTOS

AGRADEZCO A DIOS QUE HA ESTADO SIEMPRE CONMIGO DESDE QUE ME DIÓ LA VIDA, Y QUE ME HA DADO LA PACIENCIA Y SABIDURÍA PARA LLEGAR A LA META.

AGRADEZCO A MI ESPOSO CARLOS QUE HA ESTADO SIEMPRE A MI LADO EN TODO MOMENTO BRINDÁNDOME SU AMOR Y PACIENCIA

AGRADEZCO A MI MAMÁ JAQUELINA, MI PAPÁ GERARDO Y MI HERMANO OSCAR POR SU AMOR Y APOYO INCONDICIONAL PARA PODER LOGRAR TODAS LAS METAS

AGRADEZCO AL DR. QUINTÍN GONZÁLEZ POR HABERME PERMITIDO REALIZAR LA SUBESPECIALIDAD EN ESTA INSTITUCIÓN.

ÍNDICE

1. RESUMEN	5
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
3. MARCO TEÓRICO	7
4. OBJETIVOS	11
5. JUSTIFICACIÓN	11
6. MATERIAL Y MÉTODOS	11
7. RESULTADOS	15
8. DISCUSIÓN	20
9. CONCLUSIÓN	21
10. ANEXOS	22
11. BIBLIOGRAFÍA	33

RESUMEN

Introducción

La fístula perineal (fístula rectovaginal, rectouretral y anal compleja), recurrente es extremadamente difícil de tratar.

En pacientes que presentan tejido dañado con poca irrigación tisular se han descrito procedimientos con la transposición de tejido sano entre la fístula con lo que se mejora la irrigación sanguínea. El músculo gracilis posee una longitud adecuada, se puede girar fácilmente en el periné, sirve como una barrera mecánica entre los tejidos, proporcionando una mejor irrigación sanguínea.

El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia y comparar la calidad de vida con cuestionario SF-36 antes y después del tratamiento con la transposición de músculo gracilis (TMG) en el tratamiento de fístulas perineales recurrentes.

Material y Métodos

Estudio prospectivo, comparativo, y observacional. Se les aplicó el cuestionario de calidad de vida SF-36 y función sexual en el preoperatorio y 1 mes después del cierre del estoma a todos los pacientes con fístula perianal recurrente que fueron sometidos a tratamiento quirúrgico con transposición de músculo gracilis, entre enero de 2008 y enero de 2010. Se obtuvieron los datos demográficos, presentación clínica, datos de la cirugía y postoperatorios.

Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión en variables continuas con distribución normal, para variables no paramétricas se utilizó la prueba de Wilcoxon.

Resultados

Se sometieron a tratamiento quirúrgico con transposición de músculo gracilis 6 pacientes con antecedente de fístula perineal compleja. Un paciente masculino con fístula rectouretral, 5 pacientes femeninos, 4 con fístula rectovaginal y 1 con fístula anal compleja.

El tiempo de cicatrización de la fístula en 4 pacientes fue con una media de 4 meses y un rango de 3 a 6 meses, se presentó recidiva en una paciente con fístula rectovaginal y en la paciente con fístula anal, por lo que fueron sometidas a colocación de surgen y avance de colgajo rectal de espesor completo, obteniéndose el éxito en ambos casos en 2 meses. Se logró el cierre del estoma en los 6 casos un mes después de documentarse el cierre de la fístula. Se obtuvo un éxito con la TMG en el 66% (4/6), y con la siguiente intervención en el 100%. Los pacientes han tenido una media de seguimiento de 12 meses, con un rango de 6 a 20 meses.

La diferencia en la comparación de la calidad de vida preoperatoria y postoperatoria en las subescalas y las puntuaciones globales fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$), ($p = 0.028$), se observó una mejor calidad de vida en relación a la media poblacional.

En relación a la función sexual, el 50% reportó disminución de la función sexual, 75% satisfecho con función sexual.

Conclusiones

La TMG es una opción viable para el manejo de la fístula perianal compleja. Posterior a la TMG se obtiene una mejoría en la calidad de vida global. Se requieren más estudios para evaluar la función sexual.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las fístulas rectovaginales, rectouretrales y perianales complejas son un verdadero reto para su tratamiento, sobre todo cuando son recurrentes ya que la posibilidad de cicatrización disminuye con el número de procedimientos realizados. Una opción para su tratamiento es la TMG, hay pocos casos reportados en la literatura de la realización de éste procedimiento y sólo un estudio en el que se evalúa de forma retrospectiva la calidad de vida y la función sexual.

MARCO TEÓRICO

La fístula rectovaginal (FRV) o comunicación patológica entre el recto y la vagina, es una condición poco frecuente, constituyendo menos del 5% de las fístulas anorrectales. Dicha fístula se manifiesta por el paso de gases o heces fecales líquidas por la vagina, que puede estar precedido por descarga de secreción vaginal de mal olor en forma intermitente, lo cual depende del tamaño y de la causa de la FRV, provocando un grave daño tanto en la esfera psicológica como sexual de las pacientes.⁽¹⁾ Excluidas las fístulas congénitas, las principales causas son de origen traumático y obstétricas en 88%, como complicación posoperatoria de histerectomía vaginal, reparación de rectocele, hemorroidectomía, escisión local de tumores rectales, proctocolectomía restaurativa, o por trauma externo. Otras causas incluyen las secundarias a enfermedad inflamatoria intestinal, siendo la segunda causa más frecuente; las infecciosas de origen criptoglandular, tuberculosis o linfogranuloma venéreo, las actínicas y las neoplásicas por cáncer de canal anal, recto o ginecológico, así como debidas al tratamiento para el cáncer como radioterapia.⁽²⁾

La fístula rectouretral (FRU) es una patología que se presenta sólo en el género masculino, y consiste en la comunicación entre el recto y la uretra prostática. Las fístulas adquiridas pueden ser causadas por una infección e inflamación, como después de una prostatitis bacteriana anterior,⁽³⁾ iatrogénica posterior al tratamiento del cáncer de próstata; así como complicación postquirúrgica de una prostatectomía radical (2%) o resección transuretral de próstata (RTUP), braquiterapia, radioterapia o criocirugía.^(4,5) También pueden ser causadas como una complicación de enfermedad inflamatoria intestinal o de diverticulitis.⁽⁶⁾ En raras ocasiones pueden ser congénitas.

Se han reportado en la literatura varios procedimientos quirúrgicos para la reparación de fístulas entre el recto y la uretra o entre el recto y la vagina, sin embargo, en este momento no existe un consenso para el tratamiento de este tipo de fístulas. Los tratamientos quirúrgicos que se han reportado incluyen la reparación directa con cierre primario, derivación fecal,⁽⁷⁾ fistulotomía, aplicación de fibrina,⁽⁸⁾ realización de colgajo transrectal de espesor parcial o total, colgajo transvaginal,⁽⁹⁾ plicatura de los músculos anorrectales y colgajo mucoso,⁽¹⁰⁾ cirugías

abdominales como la anastomosis colorectal o coloanal, epiploplastía,^(11,12) colocación de malla de surgisis,⁽¹³⁾ resección transanal con engrapadora,⁽¹⁴⁾ colocación de material bioprotésico,⁽¹⁵⁾ y las nuevas técnicas de reparación transanal con microcirugía endoscópica.⁽¹⁶⁾

En pacientes que presentan tejido dañado con poca irrigación tisular, por ejemplo, los que han sido sometidos a radioterapia en región pélvica, pacientes con tejidos traumatizados o infectados, a los cuales no se les puede ofrecer ninguno de los tratamientos anteriormente comentados, se han descrito procedimientos con la transposición de tejido sano entre la uretra o la vagina y el recto con lo que se mejora la irrigación sanguínea.⁽¹⁷⁾

En 1969, Stirnemann describió el uso de un colgajo de músculo glúteo mayor para el tratamiento de un paciente con fístula rectovaginal.⁽¹⁸⁾ En 2000⁽¹⁹⁾ fue publicado un reporte de 6 casos realizados en un periodo de 26 años para fístulas rectouretrales, rectovaginales y senos persistentes después de una proctocolectomía; en 2008 se describió la transposición del músculo glúteo mayor para reparar una fístula rectouretral,⁽²⁰⁾ y en 2009 el mismo procedimiento reparar una fístula rectovaginal.⁽²¹⁾

También se han descrito en la literatura la interposición del músculo sartorio para la reparación de fístula rectovaginal,⁽²²⁾ la transposición del músculo recto del abdomen para reparación de fístulas vesicovaginales⁽²³⁾ y del recto al reservorio ileal;⁽²⁴⁾ así como la transposición de músculo bulbocavernoso para el manejo de fístulas rectovaginales.⁽²⁵⁻²⁷⁾

El colgajo con músculo gracilis se ha utilizado para la reconstrucción de defectos en la piel de la vagina, vulvoperineal e inguinal después de la cirugía en la enfermedad de Paget, cáncer uretral y de pene.^(28,29) La transposición de músculo gracilis es otra opción para la reparación de las fístulas rectovaginales y rectouretrales, este músculo posee una longitud adecuada, se puede girar fácilmente en el periné, sirve como una barrera mecánica entre los tejidos, proporcionando una mejor irrigación sanguínea que viene de la rama profunda de la arteria femoral.^(30,31) Este procedimiento fue descrito por primera vez en 1928 por Garlock para tratar la fístula vesicovaginal,⁽³²⁾ y posteriormente por Igelman-Sundberg en 1952 para el tratamiento de fístulas urinarias.⁽³³⁾ Un estudio retrospectivo de 12 años reporta la realización de la TMG en 53 pacientes para el tratamiento de fístula rectouretral, rectovaginal, y del recto al reservorio ileal, la tasa de éxito inicial en varones con fístulas rectouretral fue del 78%. Y en las otras fístulas una tasa de curación clínica global fue del 97%.⁽³⁴⁾ En otra revisión de 35 pacientes se obtuvo una cicatrización de la fístula sin reincidencia del 94% con la TMG.⁽³⁵⁾

Este tipo de fistulas recurrentes originan en los pacientes mucho estrés, ya que tienen implicaciones tanto físicas como psicológicas y sociales, por lo que es importante tomar en cuenta la calidad de vida y la función sexual en estos pacientes.

La calidad de vida relacionada con la salud se mide por medio de la función física, el estado psicológico, la interacción social, y los síntomas físicos. Dentro del concepto de calidad de vida entran tres dimensiones que son la incapacidad, la insatisfacción y la incomodidad. La incapacidad que se mide por la habilidad de realizar actividades y por el impacto físico que esta última produce en la actividad física, en la ocupacional y en la cotidiana. La incomodidad se caracteriza por la presencia o ausencia del dolor físico y la fatiga. La insatisfacción se mide por el funcionamiento social, el bienestar general y la satisfacción con la atención que brindan los prestadores de servicios de salud.⁽³⁶⁾

Para poder tener estudios en poblaciones internacionales se requiere de la estandarización del instrumento por lo que en 1991 se inició la “Evaluación internacional de la calidad de vida” (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey).^(37,38)

En la actualidad hay más de 40 naciones participantes. Existen seis versiones de la Encuesta SF-36 en castellano que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así como entre la población México-norteamericana de EUA. El presente estudio utilizó la versión 1.1 de la encuesta autorizada para usarse en México. (37,38)

La SF-36 es un instrumento autoaplicado, contiene 36 preguntas y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Por cada escala, las respuestas a cada pregunta se codifican y recodifican (10 preguntas), y los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud).

El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud resultado del promedio de la suma de las preguntas contenidas en el cuestionario. Estos conceptos son: a) función física (FF), b) rol físico (RF), c) dolor corporal (DC), d) salud general (SG), e) vitalidad (VT), f) función social (FS), g) rol emocional (RE) y h) salud mental (SM).

Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. En la tabla 1 se presenta una descripción de las escalas de salud y sus respectivas interpretaciones de acuerdo con resultados bajos o altos por cada escala.⁽³⁹⁾

Tabla 1. Escalas del estado de salud e interpretación de resultados bajos y altos. Encuesta de salud SF-36

Conceptos	No. de preguntas	Significado de los resultados	
		Bajo	Alto
Función física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor
Salud general	5	Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorara	Evalúa la salud personal como excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de salud notificada	1	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año

OBJETIVO

1. Comparar la calidad de vida con cuestionario SF-36 antes y después del tratamiento quirúrgico con la transposición de músculo gracilis en el tratamiento de fístulas perineales recurrentes.
2. Evaluar la eficacia del la TMG en el tratamiento de fístulas perineales recurrentes.

JUSTIFICACIÓN

En la literatura hay pocos reportes de tratamiento de fístulas perineales complejas con TMG, y no hay ningún estudio que evalúe la calidad de vida de forma prospectiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hipótesis

El tratamiento de las fístulas perineales recurrentes con la transposición de músculo gracilis mejora la calidad de vida global de los pacientes con este padecimiento.

Estudio prospectivo, comparativo, y observacional.

Se les aplicó el cuestionario SF-36 (anexo 1) de calidad de vida y función sexual (anexo 2) antes de la cirugía de transposición de músculo gracilis para reparación de fístula perineal compleja y posterior a la documentación de la cicatrización de la fístula y cierre del estoma de protección en un periodo comprendido entre enero 2008 y enero 2010.

Se obtuvieron los datos demográficos, de presentación clínica, datos de la cirugía y postoperatorios.

Se verificó el cierre de la fístula 3 meses posterior a la reparación de la fístula perianal compleja con TMG mediante clínica, anoscopia, prueba con azul de metileno y colon por enema; posteriormente cada mes si no se documentó la cicatrización. El cierre del estoma se realizó luego de haber documentado la cicatrización de la fístula.

El cuestionario de calidad de vida SF-36 consiste en de ocho escalas de varios elementos: el funcionamiento físico (PF), el papel de las limitaciones de salud física (RP), dolor corporal (BP), general (GH), vitalidad (VT), función social (FS), el papel de las limitaciones de salud emocional (RE) y mental (MH). En base en estas subescalas, se dan puntuaciones de los componentes y se realiza un cálculo para proporcionar medidas globales de la física (PCS) y el funcionamiento mental (MCS). Las puntuaciones de la escala gama van de 0 a 100, donde un puntaje más alto indica una mejor salud y estado. Los resultados PCS (media, 50; intervalo de confianza del 95% [IC] 44,3 a 55,7) y las puntuaciones de MCS

(media, 50; 95% IC, 43,7 a 56,3) se compararon con los datos publicados normativos de la población general. Si el resultado estaba fuera de la IC, la diferencia se consideró estadísticamente significativa.

Técnica quirúrgica (figura 1)

Previo protocolo quirúrgico bajo bloqueo epidural, en posición de litotomía forzada. Previa localización del sitio de la fístula por tacto anal y anoscopia, se realiza una incisión en "U" o "media luna invertida" a 2 cm del margen anal en el periné.

Continuando según el caso.

Fístula rectouretral: disección con sección del tendón central y separación del esfínter anal, abordando espacio prerrectal, hasta identificar el trayecto de la fístula a nivel rectal y uretral, se realiza curetaje del trayecto y se resecan los bordes de la fístula a nivel uretral, se realiza sutura en un plano, en el orificio rectal también se reseca el borde del orificio de la fístula y se sutura en un plano horizontal.

Fístula rectovaginal y anal: se realiza una disección en el tabique rectovaginal, entre el esfínter anal externo y la vagina; el trayecto es identificado, realizando curetaje de la misma, resección de bordes de la fístula en cada uno de los tejidos, para posteriormente realizar cierre primario en cada uno de ellos.

Se continúa la disección 2 a 3 cm por arriba del sitio de la reparación previa, creando un lecho para el músculo gracilis vascularizado.

Con la colaboración del cirujano plástico se realiza una incisión longitudinal a lo largo de la parte interna del muslo sobre el músculo gracilis, se identifica el músculo gracilis y es disecado dejando 6 a 7 cm de la raíz muscular para preservar el pedículo neurovascular, el extremo distal del tendón es liberado de su inserción tibial. El gracilis se rota sobre su pedículo neurovascular y el extremo distal asciende por un túnel subcutáneo entre la piel del periné para interponerlo entre ambos tejidos de la fístula, fijándolo con varios puntos a ambos tejidos. Se colocan dos drenajes: penrose en periné y aspiración en muslo. Se cierran ambas incisiones de la piel. Se deja sonda de Foley.

En el postoperatorio se inició la vía oral al primer día después de la cirugía, manteniendo reposo relativo en cama en una posición de aducción. Se aplicó dosis profiláctica de antibiótico amoxicilina 1gr y metronidazol 500 mg, posteriormente no se dio ningún antibiótico.

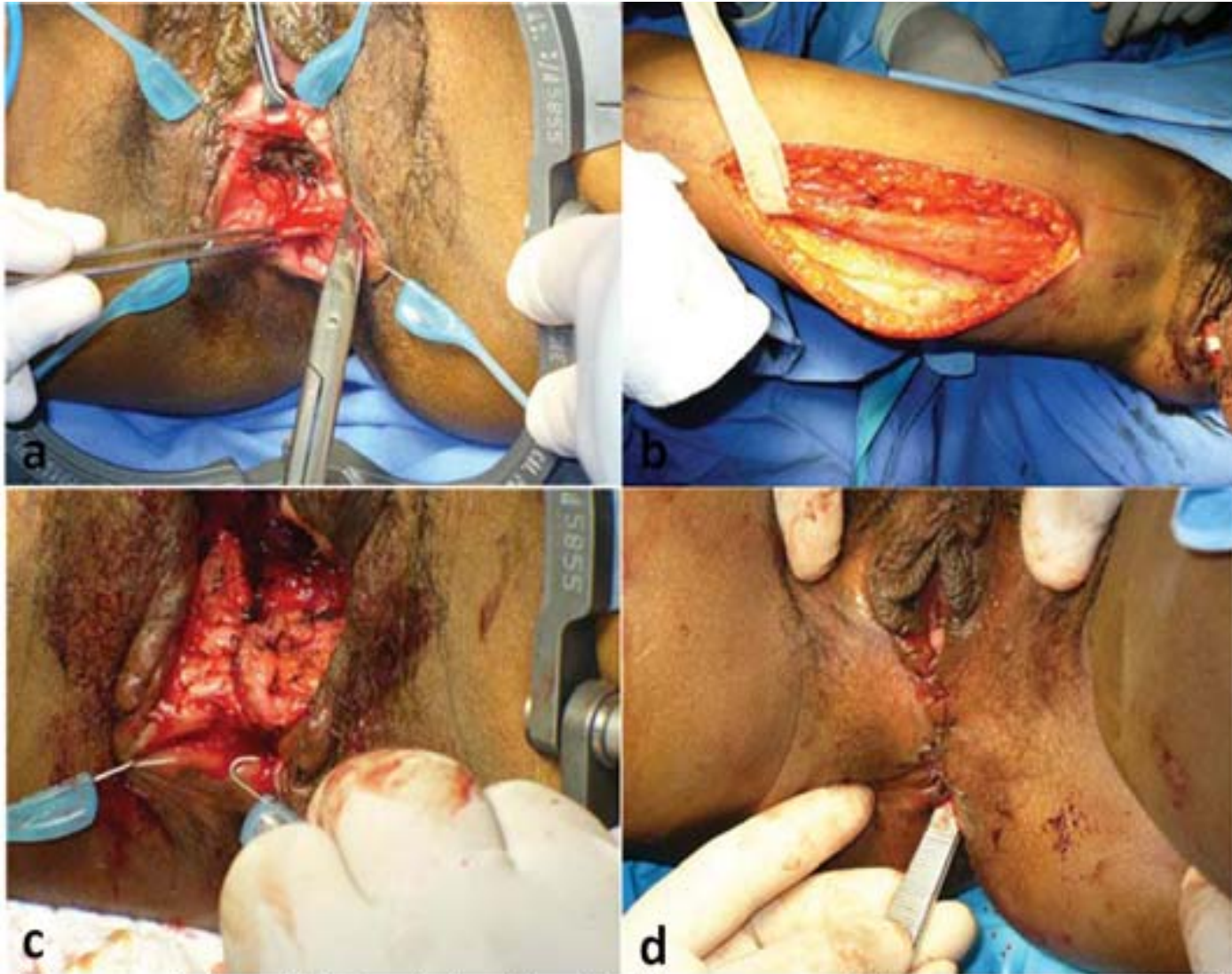


Figura 1. Técnica quirúrgica a) Disección del tabique rectovaginal 2 a 3 cm por arriba del sitio de la reparación previa b) Identificación y disección del músculo gracilis preservando el pedículo neurovascular c) Rotación del músculo sobre su pedículo neurovascular y su paso a través del túnel subcutáneo en el periné d) Cierre de ambas incisiones de la piel.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes sometidos a TMG como tratamiento de fístula perineal compleja y que accedieran a contestar el cuestionario de calidad de vida SF-36 y función sexual. En un periodo comprendido entre enero 2008 y enero 2010.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes sometidos a TMG como tratamiento de fístula perineal compleja, que no accedieran a contestar el cuestionario de calidad de vida SF-36 y función sexual. En un periodo comprendido entre enero 2008 y enero 2010.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó el análisis estadístico mediante una base de datos, en el programa estadístico SPSS 17.

Se realizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión en variables continuas con distribución normal, para variables no paramétricas se utilizó la prueba de Wilcoxon.

RESULTADOS

Se sometieron a tratamiento quirúrgico con transposición de músculo gracilis 6 pacientes con antecedente de fístula perineal compleja. Un paciente masculino con fístula rectouretral, 5 pacientes femeninos, 4 con fístula rectovaginal y 1 con fístula anal compleja, la etiología de las fístulas se describen en tabla 2.

Tabla 2. Etiología de la fístula rectouretral, rectovaginal, y perianal

Etiología	#
RTUP	1
Colorecto anastomosis mecánica	2
Lesión obstétrica	2
Absceso anal	1

El rango de procedimientos quirúrgicos previos fue de 1 a 5, con un promedio de 3, los procedimientos se describen en la tabla 3.

Tabla 3. Procedimientos realizados antes de la realización de TMG para reparación de fístula perianal compleja recurrente

Tipo de reparación	# de procedimientos
Avance de colgajo	15
Cierre primario	3
Fistulotomía	2

El tiempo quirúrgico promedio fue de 167 minutos con un rango de 150 a 180 minutos, el sangrado promedio fue de 113 ml, sin complicaciones perioperatorias, el inicio de la vía oral fue después de 2 días, y la estancia intrahospitalaria fue de 4 días promedio, con un rango de 3 a 5, los pacientes se mantuvieron en reposo relativo por 3 días. A los 6 pacientes se les realizó ileostomía en asa de protección laparoscópica, durante el mismo procedimiento o ya se les había realizado durante los procedimientos previos. Fueron revisados al décimo día del postoperatorio, 3 pacientes presentaron dehiscencia de herida sin datos de infección ni compromiso del colgajo de músculo gracilis, por lo que fueron manejadas de forma conservadora. No hubo mortalidad.

El tiempo de cicatrización de la fístula en 4 pacientes fue con una media de 4 meses y un rango de 3 a 6 meses, se presentó recidiva en una paciente con fístula rectovaginal y en la paciente con fístula anal, por lo que fueron sometidas a colocación de surgisis (biomaterial de origen natural, obtenido de la submucosa de intestino delgado del cerdo) y nuevo avance de colgajo rectal de espesor completo, obteniéndose el éxito en ambos casos en 2 meses. Se logró el cierre del estoma en los 6 casos un mes después de documentarse el cierre de la fístula. Se obtuvo un éxito con la TMG en el 66% (4/6), y con la siguiente intervención en el 100%. Los pacientes han tenido una media de seguimiento de 12 meses, con un rango de 6 a 20 meses.

A los 6 pacientes se les realizó el cuestionario de calidad de vida SF-36, antes de la cirugía y posterior al cierre del estoma, una vez documentado el cierre de la

fístula. La diferencia en la comparación de la calidad de vida preoperatoria y postoperatoria en cada una de las subescalas se observó estadísticamente significativa ($p = < 0.05$), excepto en el rol físico con una $p = 0.063$, sin embargo, la diferencia en las puntuaciones preoperatorias globales física (50 con una DE 7.2) y mental (47 con una DE 7.8) en comparación con las puntuaciones posoperatorias globales física (84 con una DE 3.8) y mental (88 con una DE 4.5) fue estadísticamente significativa ($p = 0.028$). (Tabla 4, figura 2)

Al comparar las puntuaciones de las subescalas y de las puntuaciones globales física y mental postoperatoria contra la población general se observó una mejor calidad de vida en relación a la media poblacional. (Figura 3)

Tabla 4. Comparación de las medias de las puntuaciones de calidad de vida preoperatoria y postoperatoria en cada una de las subescalas

Subescala	Media PREQX	DE	Media POSTQ X	DE	p
Función física	58	14	95	6	0.028
Rol físico	33	13	67	30	0.063
Dolor corporal	55	13	94	8.2	0.027
Salud General	50	18	85	10	0.046
Vitalidad	54	11	81	2	0.027
Función social	56	17	100	0	0.027
Rol emocional	22	27	89	17	0.024
Salud mental	53	16	88	5.8	0.028
Sumatoria Físico	50	7.2	84	3.8	0.028
Sumatoria Mental	47	7.8	88	4.5	0.028

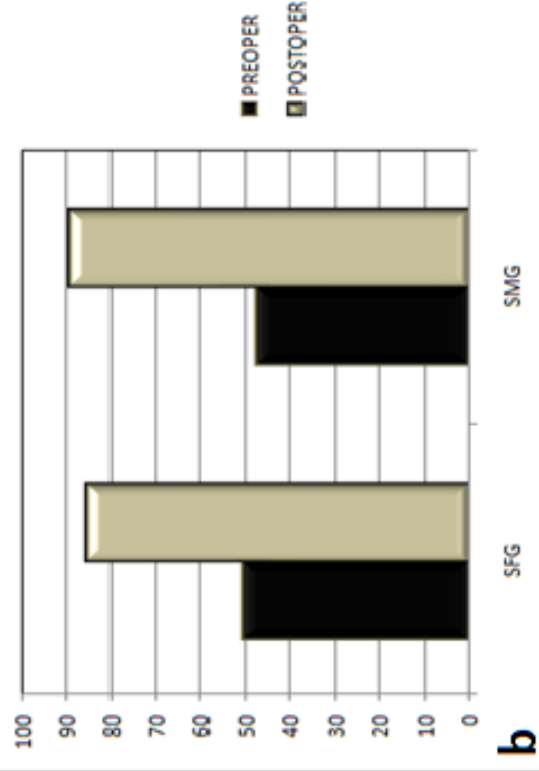
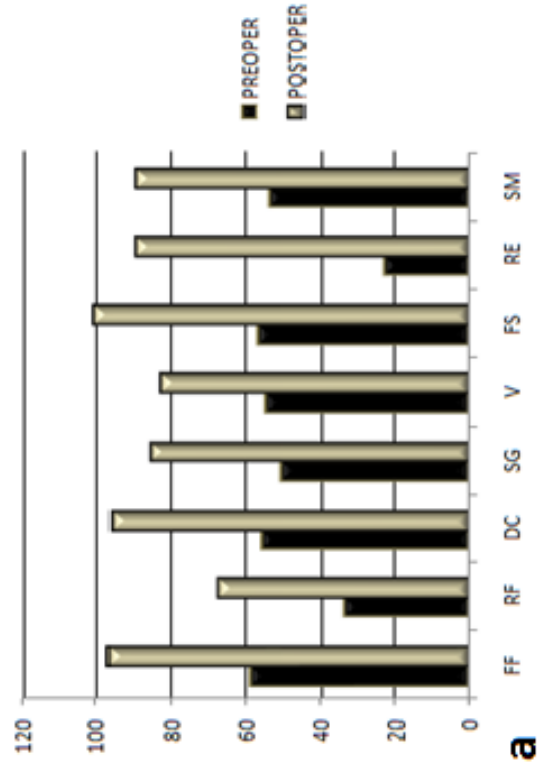


Figura 2. Comparación preoperatoria y postoperatoria a) puntuaciones de subescalas b) puntuaciones globales

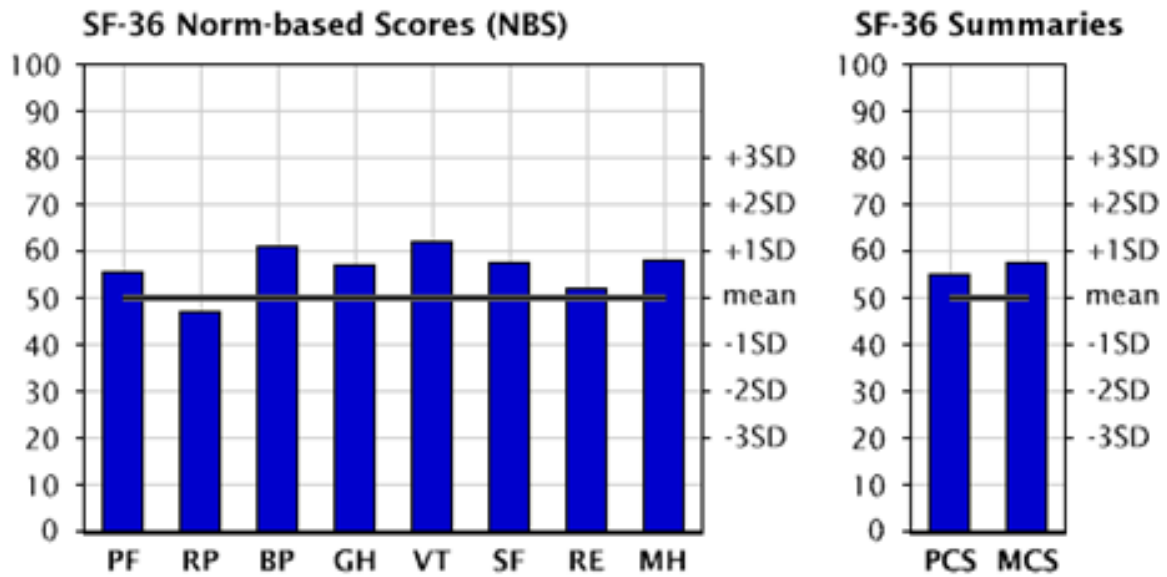


Figura 3. Puntuaciones de las subescalas, globales física y mental postoperatoria contra la población general

En relación a la función sexual, sólo cuatro de los seis pacientes tenían actividad sexual antes de la cirugía, de éstos, dos pacientes (50%) reportaron disminución de la función sexual, un paciente en 25% y otro en 50%, debido a dispareunia y disminución de la lubricación, sin embargo, el 75% (3/4) se encuentran satisfechos con la actividad sexual posterior a la TMG.

DISCUSIÓN

Las fístulas rectovaginales, rectouretrales y perianales complejas son un verdadero reto para su tratamiento, sobre todo cuando son recurrentes ya que la posibilidad de cicatrización disminuye con el número de procedimientos realizados. Hay algunos factores que pueden disminuir la probabilidad de éxito de curación de la fístula, como el espacio anatómico y la etiología. En cuanto al espacio en las FRV, si el septum anovaginal es muy delgado, la reparación con el avance de colgajo puede fallar debido a que no hay una buena vascularización de los tejidos. En las FRU el espacio en la uretra prostática es de difícil acceso, lo que complica su reparación. En relación a la etiología, las causas iatrogénicas o por enfermedad de Crohn son las de más difícil tratamiento.

En una revisión de la literatura realizada en el 2007, se concluyó que los diferentes tipos de reparación para la FRV en pacientes con enfermedad de Crohn, tenían resultados similares de éxito, mostrando una tasa de curación del 46% al 71% con el primer procedimiento quirúrgico realizado.⁽⁴⁰⁾ En este estudio se observó una tasa de éxito con la TMG en las FRV de un 75% (3/4), y con el segundo procedimiento del 100%, y una tasa de curación del 100% en la FRU, que puede ser comparado con los resultados ya publicados por Wexner,⁽³⁴⁾ con un 75% (6/8) de éxito de curación de la FRV en pacientes sin enfermedad de Crohn, y en las FRU 78% de éxito después del primer procedimiento con la TMG y un 98% de éxito incluyendo un segundo procedimiento. El estudio realizado por Lefe`vre JH⁽⁴¹⁾ reportó un éxito del 75%(6/8) con la TMG y con un segundo procedimiento un éxito del 88% (7/8), con un seguimiento de 28 meses. El éxito global de la TMG en nuestro estudio es del 66% (4/6), y la tasa de éxito de curación de las fístulas es del 100% con una media de seguimiento de 12 meses, comparado con Wexner⁽³⁴⁾ con un éxito global del 78% después de la TMG, y tasa de éxito de curación de la fístula de 98% después de otro procedimiento.

En nuestro estudio se obtuvo una morbilidad del 50% debidas a dehiscencia de herida perineal sin infección que fueron tratadas de forma médica, en la literatura se ha reportado una morbilidad del procedimiento del 37.8% igualmente por complicaciones menores.⁽⁴¹⁾

La paciente de nuestro estudio con fístula perianal, tenía el antecedente de 5 procedimientos previos (2 fistulotomías y 3 avances de colgajo rectal) y no se obtuvo éxito con la TMG, posteriormente fue sometida a otro avance de colgajo rectal, cicatrizando adecuadamente la fístula con lo que se puede suponer que con la TMG hay una mejoría en la vascularización, con la consiguiente cicatrización adecuada de la fístula.

Este tipo de fístulas originan en los pacientes mucho estrés, ya que tienen implicaciones físicas, psicosociales y sexuales. Sólo hay un artículo en el cual de forma retrospectiva se ha estudiado la calidad de vida en los pacientes sometidos a TMG, que no demostró una mejoría en la calidad de vida posterior a la cirugía comparado con la población general;⁽⁴¹⁾ a diferencia de nuestro estudio en donde sí

se observa una diferencia estadísticamente significativa en la calidad de vida posterior a la TMG comparada con la calidad de vida antes de la cirugía y también con la media de la población general. En relación a la función sexual en este mismo artículo reportan un paciente con disminución de la libido y dos con dispareunia, en nuestro estudio dos pacientes reportan disminución de la libido por falta de lubricación y dispareunia, lo que refleja que la TMG sí puede tener repercusiones en la actividad sexual, lo cual hasta el momento no se ha estudiado.

CONCLUSIÓN

La transposición del músculo gracilis es un método efectivo en el tratamiento de fístulas rectovaginales y rectouretrales recurrentes, asociado a baja morbilidad, y con una mejoría de la calidad de vida, aunque sí existe una disminución en la calidad de la actividad sexual.

CONCLUSIÓN

La transposición del músculo gracilis es un método efectivo en el tratamiento de fístulas rectovaginales y rectouretrales recurrentes, asociado a baja morbilidad, y con una mejoría de la calidad de vida, aunque sí existe una disminución en la calidad de la actividad sexual.

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF-36

Instrucciones:

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente.

Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta.

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> ¹ Excelente	<input type="checkbox"/> ² Muy buena	<input type="checkbox"/> ³ Buena	<input type="checkbox"/> ⁴ Regular	<input type="checkbox"/> ⁵ Mala
--	--	--	--	---

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ¹	Algo mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ²	Más o menos igual que hace un año <input type="checkbox"/> ³	Algo peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ⁴	Mucho peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ⁵
--	---	--	--	---

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
c. Cocer o llevar la bolsa de la compra. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
d. Subir <u>varios</u> pisos por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
e. Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
f. Agacharse o arrodillarse. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
g. Caminar <u>un kilómetro o más</u> -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
h. Caminar varios centenares de metros. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
i. Caminar unos 100 metros. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³
j. Bañarse o vestirse por sí mismo. -----	<input type="checkbox"/> ¹ -----	<input type="checkbox"/> ² -----	<input type="checkbox"/> ³

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f se sintió desanimado y deprimido?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g se sintió agotado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h se sintió feliz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i se sintió cansado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a) Creo que me pongo enfermo más facilmente que otras personas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b) Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c) Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d) Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Gracias por contestar a estas preguntas

ANEXO 2

CUESTIONARIO PARA PACIENTE HOMBRE (IIFE) ©

Estas preguntas son acerca de su respuesta sexual. Sus respuestas serán completamente confidenciales. Al contestar las preguntas, las siguientes definiciones aplican:

Coito: Se define como la penetración vaginal de su pareja

Actividad sexual: incluye coito, caricias y masturbación

Eyacuación: Se define como la salida de semen por el pene (o la sensación de ésta)

Estimulación sexual: Incluye situaciones como juegos sexuales con su pareja, películas eróticas, etc.

Conteste por favor solo una de las opciones en cada pregunta

1. ¿Qué tan **seguido** es capaz de conseguir una erección durante la actividad sexual?
 - ☐₀ Sin actividad sexual
 - ☐₁ Casi nunca/nunca
 - ☐₂ Pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)
 - ☐₃ Algunas veces (cerca de la mitad de las veces)
 - ☐₄ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
 - ☐₅ Casi siempre/siempre
2. Cuando tiene erecciones con estimulación sexual, ¿Qué tan **frecuente** fueron sus erecciones suficientemente duras para lograr la penetración?
 - ☐₀ Sin actividad sexual
 - ☐₁ Casi nunca/nunca
 - ☐₂ Pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)
 - ☐₃ Algunas veces (cerca de la mitad de las veces)
 - ☐₄ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
 - ☐₅ Casi siempre/siempre
3. En las últimas 4 semanas, cuando usted intenta un coito, ¿Qué tan **frecuente** fue capaz de penetrar (entrar) en su pareja?
 - ☐₀ No intenta el coito
 - ☐₁ Casi nunca/nunca
 - ☐₂ Pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)
 - ☐₃ Algunas veces (cerca de la mitad de las veces)
 - ☐₄ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
 - ☐₅ Casi siempre/siempre
4. En las últimas 4 semanas, durante el coito, ¿Qué tan **frecuente** fue capaz de mantener su erección después de haber penetrado en su pareja?
 - ☐₀ No intenta el coito
 - ☐₁ Casi nunca/nunca
 - ☐₂ Pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)
 - ☐₃ Algunas veces (cerca de la mitad de las veces)
 - ☐₄ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
 - ☐₅ Casi siempre/siempre
5. En las últimas 4 semanas, durante el acto sexual, ¿Qué tan **difícil** fue mantener la erección para completar el coito?
 - ☐₀ No intenta el coito

- ₁ Extremadamente difícil
 - ₂ Muy difícil
 - ₃ Difícil
 - ₄ Poco difícil
 - ₅ Nada difícil
6. En las últimas 4 semanas, ¿Cuántas **veces** ha intentado tener coito?
- ₀ No lo ha intentado
 - ₁ 1 a 2 intentos
 - ₂ 3 a 4 intentos
 - ₃ 5 a 6 intentos
 - ₄ 7 a 10 intentos
 - ₅ 11 o más intentos
7. En las últimas 4 semanas, cuando ha intentado un coito, ¿Qué tan **seguido** ha sido satisfactorio para usted?
- ₀ No intenta el coito
 - ₁ Casi nunca/nunca
 - ₂ Pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)
 - ₃ Algunas veces (cerca de la mitad de las veces)
 - ₄ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
 - ₅ Casi siempre/siempre
8. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tanto ha **disfrutado** sus relaciones sexuales?
- ₀ No intenta el coito
 - ₁ No las goza
 - ₂ Las goza poco
 - ₃ Las goza regular
 - ₄ Las goza mucho
 - ₅ Extremadamente placenteras
9. En las últimas 4 semanas, cuando tiene estimulación sexual o coito, ¿Qué tan **frecuente** eyacula?
- ₀ No intenta el coito
 - ₁ Casi nunca/nunca
 - ₂ Pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)
 - ₃ Algunas veces (cerca de la mitad de las veces)
 - ₄ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
 - ₅ Casi siempre/siempre
10. En las últimas 4 semanas, cuando tiene estimulación sexual o coito, ¿Qué tan **frecuente** siente orgasmo o clímax?
- ₀ No intenta el coito
 - ₁ Casi nunca/nunca
 - ₂ Pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)
 - ₃ Algunas veces (cerca de la mitad de las veces)

- ₄ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- ₅ Casi siempre/siempre

11. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan **frecuente** siente deseo sexual?

- ₁ Casi nunca/nunca
- ₂ Pocas veces (mucho menos de la mitad de las veces)
- ₃ Algunas veces (cerca de la mitad de las veces)
- ₄ La mayoría de las veces (mucho más de la mitad de las veces)
- ₅ Casi siempre/siempre

12. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo calificaría su **nivel** de deseo sexual?

- ₁ Muy bajo/nulo
- ₂ Bajo
- ₃ Moderado
- ₄ Alto
- ₅ Muy alto

13. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan **satisfecho** ha estado usted con su vida sexual en general?

- ₁ Nada satisfecho
- ₂ Poco satisfecho
- ₃ Casi igual de satisfecho y no satisfecho
- ₄ Bastante satisfecho
- ₅ Extremadamente satisfecho

14. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan **satisfecho** ha estado usted con las relaciones sexuales de su pareja?

- ₁ Nada satisfecho
- ₂ Poco satisfecho
- ₃ Casi igual de satisfecho y no satisfecho
- ₄ Bastante satisfecho
- ₅ Extremadamente satisfecho

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo calificaría su **confianza** para poder conseguir y mantener su erección?

- ₁ Muy bajo/nulo
- ₂ Bajo
- ₃ Moderado
- ₄ Alto
- ₅ Muy alto

GRACIAS POR CONTESTAR LAS PREGUNTAS

CUESTIONARIO PARA PACIENTE MUJER (IFSF) ©

Instrucciones: Estas preguntas son acerca de su respuesta sexual en las últimas 4 semanas. Por favor conteste las siguientes preguntas con honestidad. Sus respuestas serán completamente confidenciales. Al contestar estas preguntas los siguientes términos aplican:

Acto sexual (coito): Incluye caricias, masturbación y relaciones vaginales

Coito: Se define como la penetración del pene o entrada a la vagina

Estimulación sexual: Incluyen juegos sexuales con el compañero, o fantasías sexuales

Deseo sexual o interés: Sentimiento que incluye el querer tener una experiencia sexual, siendo receptivo a la iniciación sexual del compañero, o pensar fantasía sexuales

Conteste por favor solo una de las opciones en cada pregunta

1. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan **seguido** siente deseo sexual o interés?

- 1. Casi siempre o siempre
- 2. La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- 3. Algunas veces (la mitad de las veces)
- 4. Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 5. Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo calificaría su **nivel o grado** de deseo sexual o interés?

- 1. Muy alto
- 2. Alto
- 3. Moderado
- 4. Bajo
- 5. Muy bajo o nulo

La excitación sexual se define como la sensación de calor u hormigueo en los genitales, lubricación (humedad), o contracciones musculares a nivel genital.

3. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan **seguido** se ha sentido excitada sexualmente (“prendida”) durante la actividad sexual o coito?

- 1. Sin actividad sexual
- 2. Casi siempre o siempre
- 3. La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- 4. Algunas veces (cerca de la mitad de las veces)
- 5. Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- 6. Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo **calificaría** su nivel de excitación sexual (“prendida”) durante la actividad sexual o coito?

- 1. Sin actividad sexual
- 2. Muy alta
- 3. Alta
- 4. Moderada
- 5. Baja
- 6. Muy baja o nula

5. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuánta **confianza** se sintió excitada sexualmente (“prendida”) durante la actividad sexual o coito?

- 0. Sin actividad sexual
- 1. Muchísima confianza
- 2. Mucha confianza
- 3. Confianza regular
- 4. Poca confianza

5 Muy poca confianza o sin confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan **seguido** se ha sentido satisfecha con su excitación sexual durante el acto sexual o coito?

0 Sin actividad sexual

1 Casi siempre o siempre

2 La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)

3 Algunas veces (cerca de la mitad de las veces)

4 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)

5 Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan **seguido** se ha sentido lubricada (mojada) durante el acto sexual o coito?

0 Sin actividad sexual

1 Casi siempre o siempre

2 La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)

3 Algunas veces (cerca de la mitad de las veces)

4 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)

5 Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan **difícil** le ha sido estar lubricada (mojada) durante el acto sexual o coito?

0 Sin actividad sexual

1 Extremadamente difícil o imposible

2 Muy difícil

3 Difícil

4 Poco difícil

5 Sin dificultad

9. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan **seguido mantiene** su lubricación (mojado) hasta que completa su actividad sexual o coito?

0 Sin actividad sexual

1 Casi siempre o siempre

2 La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)

3 Algunas veces (cerca de la mitad de las veces)

4 Pocas veces (menos de la mitad de las veces)

5 Casi nunca o nunca

10. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan **difícil** le ha sido estar **mantener** su lubricación (mojada) hasta completar el acto sexual o coito?

0 Sin actividad sexual

1 Extremadamente difícil o imposible

2 Muy difícil

3 Difícil

4 Poco difícil

5 Sin dificultad

11. En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación sexual o coito, ¿Qué tan **seguido** alcanza un orgasmo (clímax)?

0 Sin actividad sexual

1 Casi siempre o siempre

- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (cerca de la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando tiene estimulación sexual o coito, ¿Qué tan **difícil** le ha sido alcanzar el orgasmo (clímax)?

- Sin actividad sexual
- Extremadamente difícil o imposible
- Muy difícil
- Difícil
- Poco difícil
- Nada difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan **satisfecho** ha estado en su habilidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual o coito?

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecho
- Moderadamente satisfecho
- Igualmente satisfecho y no satisfecho
- Moderadamente no satisfecho
- Muy insatisfecho

14. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan **satisfecho** ha estado con la cantidad de intimidad emocional durante el acto sexual entre usted y su pareja?

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecho
- Moderadamente satisfecho
- Igualmente satisfecho y no satisfecho
- Moderadamente no satisfecho
- Muy insatisfecho

15. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan **satisfecho** ha estado con la relación con su pareja?

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecho
- Moderadamente satisfecho
- Igualmente satisfecho y no satisfecho
- Moderadamente no satisfecho
- Muy insatisfecho

16. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan **satisfecho** ha estado en relación con su vida sexual en general?

- Sin actividad sexual
- Muy satisfecho
- Moderadamente satisfecho
- Igualmente satisfecho y no satisfecho
- Moderadamente no satisfecho
- Muy insatisfecho

17. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan **seguido** ha tenido molestias o dolor durante la penetración por la vagina?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (cerca de la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Qué tan **seguido** ha tenido molestias o dolor después de la penetración por la vagina?

- Sin actividad sexual
- Casi siempre o siempre
- La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- Algunas veces (cerca de la mitad de las veces)
- Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo calificaría el **nivel** (grado) de dolor o molestias durante o después de la penetración por la vagina?

- No ha tenido relaciones
- Muy alto
- Alto
- Moderado
- Bajo
- Muy bajo o ninguno

GRACIAS POR CONTESTAR LAS PREGUNTAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Tsang CBS, Rothenberger DA. Rectovaginal fistulas. Therapeutic options. *Surg Clin North Am* 1997; 77: 95-114
2. Saclarides TJ. Rectovaginal fistula. *Surg Clin North Am* 2002; 82(6): 1261-72
3. Noldus J, Fernandez S, Huland H. Rectourinary fistula repair using the Latzko technique. *J Urol* 1999; 161: 1518-20
4. Harpster LE, Rommel FM, Sieber PR, et al. The incidence and management of rectal injury associated with radical prostatectomy in a community based urology practice. *J Urol* 1995; 154: 1435-8
5. Moreira SG Jr, Seigne JD, Ordorica RC, et al. Devastating complications after brachytherapy in the treatment of prostate adenocarcinoma. *BJU Int* 2004; 93(1): 31-5
6. Muñoz M, Nelson H, Harrington J, et al. Management of acquired rectourinary fistulas: outcome according to cause. *Dis Colon Rectum* 1998; 41(10): 1230-8
7. Lowry AC, Thorson AG, Rothenberger DA, et al. Repair of simple rectovaginal fistulas. Influence of previous repairs. *Dis Colon Rectum* 1988; 31(9): 676-8
8. Mazier WP, Senagore AJ, Schiesel EC. Operative repair of anovaginal and rectovaginal fistulas. *Dis Colon Rectum* 1995; 38(1): 4-6
9. Ozuner G, Hull TL, Cartmill J, et al. Long-term analysis of the use of transanal rectal advancement flaps for complicated anorectal/vaginal fistulas. *Dis Colon Rectum* 1996; 39(1): 10-4
10. De Parades V, Dahmani Z, Blanchard P, et al. Endorectal advancement flap with muscular placcation: a modified technique for rectovaginal fistula repair. *Colorectal Dis* 2010; 9999 (999A)
11. MacRae HM, McLeod RS, Cohen Z, et al. Treatment of rectovaginal fistulas that has failed previous repair attempts. *Dis Colon Rectum* 1995; 38(9): 921-5
12. Goodwin WE, Turner RD, Winter CC. Rectourinary fistulas: principles of management and a technique of surgical closure. *J Urol* 1958; 80(4): 246-54

13. Schwandner O, Fuerst A, Kunstreich K, et al. Innovative technique for the closure of rectovaginal fistula using Surgisis mesh. *Tech Coloproctol* 2009; 13(2): 135-40
14. Li Destri G, Scilletta B, Tomaselli TG, et al. Rectovaginal fistula: a new approach by stapled transanal rectal resection. *J Gastrointest Surg* 2008; 12(3): 601-3
15. Ellis CN. Outcomes after repair of rectovaginal fistulas using bioprosthesis. *Dis Colon Rectum* 2008; 51(7): 1084-8
16. Vavra P, Dostalík J, Vavrova M, et al. Transanal endoscopic microsurgery: a novel technique for the repair of benign rectovaginal fistula. *Surgeon* 2009; 7(2): 126-7
17. Zmora O, Tulchinsky H, Gur E, et al. Gracilis muscle transposition for fistulas between the rectum and urethra or vagina. *Dis Colon Rectum* 2006; 49: 1316-21
18. Stirnemann H. Treatment of recurrent recto-vaginal fistula by interposition of a gluteus maximus muscle flap. *Am J Proctol* 1969; 20(1): 52-4
19. Kiene S. Reconstructive gluteus maximus muscle pedicled flaps in the treatment of resistant fistulae of the pelvic organs. *Rozhl Chir.* 2000; 79(12): 636-9
20. Krand O, Unal E. Management of enema tip-induced rectourethral fistula with gluteus maximus flap: report of a case. *Tech Coloproctol* 2008; 12(2): 131-3
21. Onishi K, Ogino A, Saida Y. et al. Repair of a recurrent rectovaginal fistula using gluteal-fold flap: report of a case. *Surg Today* 2009; 39(7): 615-8
22. Byron RL Jr, Ostergard DR. Sartorius muscle interposition for the treatment of the radiation induced vaginal fistula. *Am J Obstet Gynecol* 1969; 104(1): 104-7
23. Zacharin RF. Grafting as a principle in the surgical management of vesicovaginal and rectovaginal fistulae. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1980; 20(1): 10-7
24. Tran KT, Kuijpers HC, van Nieuwenhoven EJ, et al. Transposition of the rectus abdominis muscle for complicated pouch and rectal fistulas. *Dis Colon Rectum* 1999 Apr; 42(4): 486-9
25. Aartsen EJ, Sindram IS. Repair of the radiation induced rectovaginal fistulas without or with interposition of the bulbocavernosus muscle (Martius procedure). *Eur J Surg Oncol* 1988 Apr; 14(2): 171-7

26. Chitrathara K, Namratha D, Francis V, et al. Spontaneous rectovaginal fistula and repair using bulbocavernosus muscle flap. *Tech Coloproctol* 2001 Apr; 5(1): 47-9
27. Cui L, Chen D, Chen W, et al. Interposition of vital bulbocavernosus graft in the treatment of both simple and recurrent rectovaginal fistulas. *Int J Colorectal Dis* 2009 Nov; 24(11): 1255-9
28. Chen SH, Hentz VR, Wei FC, et al. Short gracilis myocutaneous flaps for vulvoperineal and inguinal reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95: 372-7
29. McCraw JB, Masey FM, Skanklin KD, et al. Vaginal reconstruction with gracilis myocutaneous flaps. *Plast Reconstr Surg* 1976; 58(2): 176-83
30. Obrink A, Bunne G. Gracilis interposition in fistulas following radiotherapy for cervical cancer. A retrospective study. *Urol Int* 1978; 33(5): 370-6
31. Rist M, Krupp S, Rutishauser G. Gracilis flap plasty in the treatment of chronic pelvic infections following radiation therapy and cystoprostatectomy. *Urologe A* 1983; 22(2): 95-7
32. Garlock JH. The cure of an intractable vesicovaginal fistula by the use of pedicled muscle flap. *Surgery Gynecol Obstet* 1928; 47: 255
33. Ingelman-Sundberg A. Surgical treatment of urinary fistulae. *Zentralbl Gynakol* 1978; 100(20): 1281-94
34. Wexner SD, Ruiz DE, Genua J, et al. Gracilis muscle interposition for the treatment of rectourethral, rectovaginal, and pouch-vaginal fistulas: results in 53 patients. *Ann Surg* 2008; 248(1): 39-43
35. Ulrich D, Roos J, Jakse G, et al. Gracilis muscle interposition for the treatment of recto-urethral and rectovaginal fistulas: a retrospective analysis of 35 cases. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2009; 62(3): 352-6
36. Zúniga MA, Carrillo-Jiménez G, Fos PJ, y cols. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud pública de México* 1999; 41(2): 110-18
37. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, et al. International quality of life assessment (IQOLA) project. *Qual Life Res* 1992; 1(5): 349-51

38. Ware JE Jr, Keller SD, Gandek B, et al. Evaluating translation of health status questionnaires. Methods from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 1995; 11(3): 525-51
39. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6): 473-83
40. Penninckx F, Moneghini D, D'Hoore A, et al. Success and failure after repair of rectovaginal fistula in Crohn's disease: analysis of prognostic factors. *Colorectal Dis* 2007; 3(6): 406 –11
41. Lefe`vre JH, Bretagnol F, Maggiori L, et al. Operative Results and Quality of Life After Gracilis Muscle Transposition for Recurrent Rectovaginal Fistula. *Dis Colon Rectum* 2009; 52(7): 1290–95.