

# Tratamiento quirúrgico de la fístula recto-vaginal secundaria a cirugía colorrectal oncológica

Ovejero Gómez VJ, Bermúdez García MV, Pérez Martín A, Berrio Obregón I, Ingelmo Setién A  
Hospital Sierrallana. Torrelavega (Cantabria)

Las causas más frecuentes de fístulas recto-vaginales traumáticas son de índole quirúrgica. Si excluimos las histerectomías complicadas con lesión rectal inadvertida durante la disección posterior, las fístulas asociadas a cirugía colorrectal representan una complicación a considerar con secuelas en la esfera sexual y psicológica de la paciente.

Las fístulas recto-vaginales posrádica, con independencia de los antecedentes quirúrgicos locales, suelen considerarse traumáticas y con difícil solución por la limitación de las técnicas quirúrgicas existentes. Debemos diferenciarlas, con matices, de las fístulas recurrentes con sustrato en enfermedades basales, ya sean oncológicas o inflamatorias.

Desde su aparición en 1908 hasta el desarrollo de la técnica de doble grapado<sup>1</sup> y del instrumental de disección, la evolución de los dispositivos de sutura mecánica ha contribuido a grandes avances en la cirugía oncológica colorrectal, con ampliación de los márgenes de resección hasta la línea pectínea<sup>2</sup> en beneficio de una disminución de amputaciones abdómino-perineales.

Este progreso ha propiciado un riesgo añadido en la aparición de esta complicación<sup>3</sup>, por la inclusión de la pared vaginal en la línea de grapas, la formación de quemaduras con necrosis e isquemia diferida por bisturí de alta frecuencia o por drenaje por vía vaginal de abscesos secundarios a dehiscencia anastomótica. La recidiva tumoral también puede manifestarse como una fístula de esta índole.

Presentamos nuestra experiencia en dos casos recientes sometidos a resección colorrectal por cáncer y realizamos una revisión de las diferentes modalidades terapéuticas atendiendo a su clasificación etiológica y localización.

## CASO CLÍNICO 1

Mujer de 81 años de edad, con antecedentes

de hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, asma bronquial y colecistectomía.

Fue intervenida por obstrucción intestinal para una colectomía subtotal con inclusión del recto superior, histerectomía con doble anexectomía, resección vesical en cuña para cierre primario sobre sondaje protector e ileostomía terminal por un adenocarcinoma recto-sigmoideo (G2pT4pN1M0) con absceso retrovesical y fístula colo-vesical, que condicionaba una estenosis oclusiva y deserosamiento cecal.

En el posoperatorio sufrió una infección de herida quirúrgica y drenaje pélvico purulento de bajo débito con cultivo positivo para *Enterococcus faecalis* y *Pseudomonas aeruginosa*. Presentó buena respuesta al tratamiento médico. Fue desestimado el tratamiento adyuvante.

Se mantuvo asintomática durante 16 meses. Presentó fiebre y metrorragia purulenta recurrente; se aisló *Pseudomonas aeruginosa*, que fue tratada con antibioterapia hasta la negativización del cultivo.

En la exploración combinada recto-vaginal se apreció un tejido de granulación friable en la parte alta del tabique recto-vaginal, que delimitaba un orificio fistuloso en la cara ántero-lateral izquierda del recto. Las biopsias locales fueron negativas para malignidad.

En los estudios de imagen practicados (TAC abdómino-pélvico -figuras 1A y 1B-, enema opaco -figura 2- y RMN pélvica -figuras 1C y 1D-) se evidenció el trayecto de la fístula recto-vaginal con extravasación del contraste rectal hacia la vagina y la pared lateral izquierda de la pelvis, y no se apreciaban colecciones intrabdominales.

Se practicó intervención quirúrgica mediante adhesiolisis peritoneo-parietales de la cirugía previa y una resección en bloque del muñón rectal y vaginal con inclusión del recto medio y cierre mecánico

del remanente rectal; se mantuvo la ileostomía previa y la sutura reabsorbible para el vaginal. No se observaron colecciones pélvicas residuales.

La evolución postoperatoria transcurrió sin complicaciones y sin semiología de recurrencia al cabo de un año de la operación.

## CASO CLÍNICO 2

Mujer de 76 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y mioma uterino.

Consultó por rectorragia y síndrome constitucional de tres meses de evolución. El diagnóstico fue de adenocarcinoma recto-sigmoideo sin adenopatías visibles ni signos de enfermedad a distancia.

Se le efectuó resección anterior laparoscópica y anastomosis colorrectal mecánica por vía endoanal, que resultó laboriosa por el tamaño del mioma.

Inició tránsito intestinal en el cuarto día del postoperatorio. Se observó salida de contenido fecal por la vagina, con posterior aparición de fiebre y leucocitosis al sexto día, sobre un drenaje abdominal con débito seroso.

En una TAC abdomino-pélvica (figura 3) se visualizó una colección pélvica perianastomótica y la existencia de una fístula recto-vaginal con extravasación de contraste hacia dicha colección.

Fue reintervenida para practicar una operación de Hartmann sobre resección de la anastomosis colorrectal. El cierre del muñón rectal fue mecánico y el defecto de la cara posterior vaginal precisó una revitalización de bordes para cierre primario.

Al tercer mes del alta hospitalaria se reconstruyó el tránsito mediante una anastomosis colorrectal

baja; no hubo complicaciones posoperatorias.

En la actualidad se encuentra asintomática.

## COMENTARIO

Las suturas mecánicas en la reconstrucción del tránsito digestivo bajo tienen grandes ventajas con respecto a las técnicas tradicionales<sup>4</sup>, ya que reducen la manipulación de los tejidos y facilitan la realización de anastomosis por rapidez, comodidad, uniformidad y amplitud endoluminal, al tiempo que preservan su flujo vascular y generan mínimo edema.

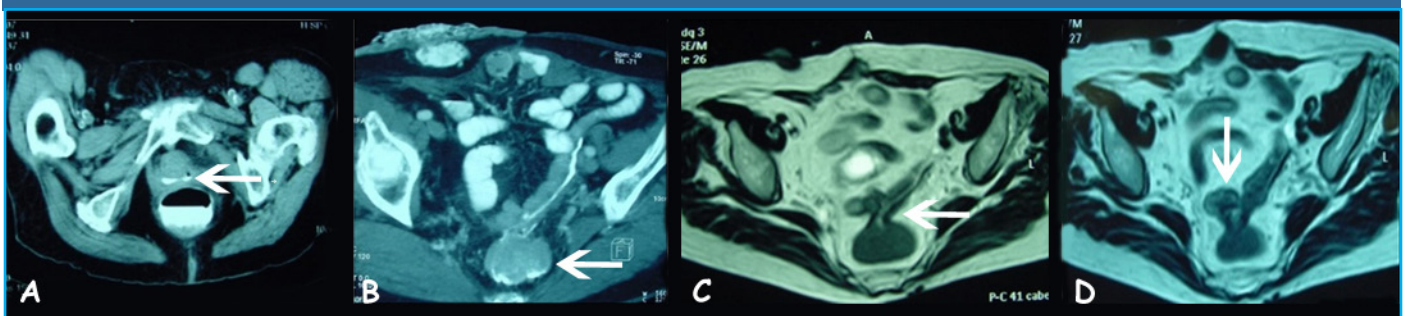
Las complicaciones postoperatorias más frecuentes inherentes a la técnica son la fístula anastomótica, la hemorragia y la estenosis. El desarrollo de una fístula recto-vaginal posoperatoria se presenta en 0,3-2,2 % de los casos, con una especial predisposición en los de anastomosis mecánica sobre los de la manual, sobre todo cuanto más próxima esté al margen anal<sup>5,6</sup>.

Existe una serie de factores y condicionantes que pueden favorecer su aparición, como antecedente de histerectomía debido a adherencias fibrosas entre la cúpula vaginal y el recto, dificultades para la identificación anatómica por una peritonitis plástica adherencial o colecciones purulentas pélvicas, tratamiento actínico previo, apertura vaginal accidental, su desvascularización durante la disección pélvica o introducción errónea del yunque de la sutura por el orificio vaginal.

Algunos autores asocian estos factores a una mayor frecuencia en la mujer añosa por la disminución del espesor de la pared vaginal, secundario al déficit estrogénico<sup>5</sup>.

Los casos presentados son de fístulas complejas al afectar al tercio proximal del tabique

Figura 1. Identificación de la fístula rectovaginal por TAC: (A) presencia de contraste y burbuja gaseosa en la luz vaginal; (B) fuga de contraste desde la sutura mecánica del muñón rectal hacia la pared lateral izquierda de la pelvis, que alcanza los vasos ilíacos externos y puede corresponder al trayecto del antiguo drenaje. Correlación de los hallazgos tomográficos por RMN: (C) trayecto fistuloso entre el recto y la vagina y su prolongación pélvica lateral izquierda; (D) relaciones anatómicas de la fístula, entre las que destaca un asa intestinal involucrada en el proceso inflamatorio.

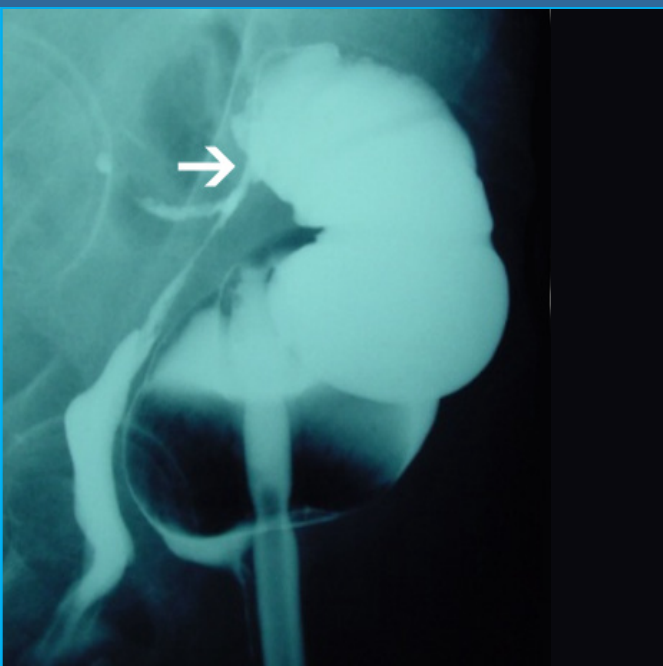


recto-vaginal, debutar sobre antecedentes quirúrgicos y existir un proceso oncológico o infeccioso de la vecindad.

Su sintomatología más habitual es la emisión de flujo vaginal hemopurulento, tenesmo rectal, dispareunia y lesiones cutáneas que dificultan la higiene local. Suelen presentarse una media de 20 días después de la intervención quirúrgica, aunque se han documentado casos en el primer día del posoperatorio y hasta muchos meses después, como sucedió en nuestra primera paciente. En la evaluación diagnóstica debe considerarse el grado de continencia fecal previo, pues cuando presentan un gran diámetro es muy difícil valorar la incontinencia real y la actitud terapéutica puede cambiar sustancialmente. El grado de función del esfínter anal se explora por defecografía y electromiografía del esfínter y de los músculos perineales, ya que la valoración por tacto rectal es imprecisa. En este sentido, es posible asociar el grado de continencia con el tamaño de la fístula cuando el diagnóstico es tardío: existe mayor grado de incontinencia cuanto mayor es el tamaño de la fístula.

El diagnóstico de confirmación suele realizarse con el examen genital. Resulta de ayuda la instilación rectal de azul de metileno o aire. Los estudios radiológicos más habituales, como la TAC, el enema opaco y la RMN, pueden servir de complemento muy eficaz dependiendo de las condiciones generales de la paciente.

Figura 2. Estudio con contraste que visualiza la localización exacta de la fístula y su proyección hacia la pared lateral pélvica.



La ecografía endoanal puede aportar gran información, pero con limitaciones en fístulas altas. La endoscopia rectal presenta escaso valor práctico.

Las modalidades terapéuticas de estas fístulas han sido muy variadas, desde tratamiento conservador (con resultados poco favorables)<sup>7</sup> a uso de selladores biológicos para fístulas complejas no anastomóticas (con escasa experiencia y resultados inciertos).

En términos generales, el tratamiento curativo de la fístula tiene un enfoque quirúrgico<sup>8</sup>. Las vías de acceso más comunes son perineal, transanal, transvaginal y abdominal; esta última se reserva para fístulas complejas.

El abordaje laparoscópico permite la resolución de fístulas complejas, con la ventaja de ser un procedimiento mínimamente invasivo y la posibilidad de revitalizar los bordes, la sutura simple del defecto y la interposición de epiplón<sup>9</sup>. Su premisa para conseguir buenos resultados es la identificación exacta de la fístula.

Una correcta selección de la paciente y de la técnica quirúrgica consigue una tasa de curación definitiva superior a 90 % de los casos<sup>10,11</sup>; hay que considerar que el grado de complejidad, la asociación a lesión esfinteriana, una infección local activa y los antecedentes de reparación o radioterapia previas pueden influir negativamente en el resultado.

En ausencia de complicaciones sépticas graves, muchos autores recomiendan la realización de una colostomía temporal, que contribuye a la reducción de las condiciones inflamatorias o infecciosas locales.

En nuestra opinión, la edad no debería ser un condicionante en la elección de la técnica quirúrgica, pero sí la comorbilidad acompañante a los antecedentes personales, la localización de la fístula y su etiología.

En fístulas bajas se puede intentar una vía perineal aislada y en las altas se impone un abordaje puramente abdominal o mixto. Si la fístula afecta al tercio medio, y en ausencia de radioterapia previa, la actitud puede verse influida por la etiología. Puede optarse por la sutura directa con o sin interposición epiploica, según el tipo de abordaje.

En la tabla 1 se esquematizan varias opciones

de tratamiento atendiendo al proceso patológico asociado.

Cuando la fístula es iatrogénica a un grapado mecánico durante una resección colorrectal, parece más aconsejable su resección y la reanastomosis transanal si no hay infección activa o recidiva tumoral; en estos casos está indicada alguna técnica desfuncionalizante temporal del tránsito.

Si se asocian a lesión esfinteriana, las resecciones de las fístulas para colgajo de avance y esfinteroplastia pueden estar indicadas en fístulas bajas sin intento previo de reparación<sup>12</sup>, pero su efectividad es muy baja.

Su aparición como vía de drenaje de colecciones pélvicas secundarias a dehiscencia anastomótica debe motivar una ostomía derivativa en espera de reconstrucción posterior.

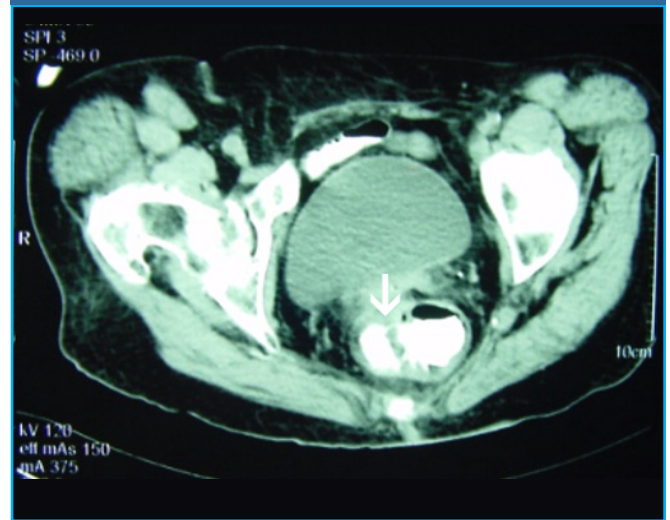
Las pacientes que presentamos muestran las dos opciones:

- En el primer caso no existía infección activa en el momento de la intervención y portaba una ileostomía previa. Se prefirió obviar la reconstrucción por el riesgo de dehiscencia de una anastomosis baja en una paciente octogenaria con importante comorbilidad asociada.
- En el segundo caso la presencia de un foco séptico activo contraindicó una anastomosis baja en beneficio de una colostomía temporal.

Si la fistulización forma parte del diagnóstico inicial de cáncer localmente avanzado, se puede plantear un tratamiento quirúrgico con intención curativa combinado con radio-quimioterapia neoadyuvante; pero cuando la fístula coexiste con una recurrencia tumoral posquirúrgica, se debe indicar radioterapia paliativa o una cirugía desfuncionalizante mediante colostomía distal, al menos temporal, independientemente de que se practique una resección.

Los antecedentes de radioterapia también pueden influir en su aparición; el riesgo es proporcional a la dosis recibida y se incrementa si se asocia a histerectomía previa. Su frecuencia se cifra en 0,3-6 %. Debemos fundamentar la elección de la técnica quirúrgica en el estado de los tejidos y su precaria vascularización, que limitan disecciones extensas y contraindican los cierres primarios. Algunos autores recomiendan intervenciones a largo plazo y complementan el cierre con interposición de tejidos

Figura 3. TAC que muestra la extravasación de contraste desde la dehiscencia anastomótica a la colección pélvica.



sanos<sup>13</sup>; no es obligada la realización de una colostomía temporal, excepto cuando los antecedentes repercutan en el riesgo quirúrgico o existan dudas de enfermedad oncológica activa.

Las posibles técnicas incluyen abordajes bajos, como la operación de Martius<sup>10</sup> o la interposición del recto anterior en caso de esclerosis vulvar, siempre que no se demuestre proctitis hemorrágica. Cuando la afectación rectal es extensa puede ser útil una colostomía definitiva o abordajes mixtos para resección y anastomosis colo-anal de Parks<sup>14</sup> o una recto-coloplastia de Bricker; los resultados son inciertos por su complejidad y alta morbilidad. Para su realización debería descartarse la existencia de procesos sépticos, inflamatorios o tumorales activos, lo cual obliga a diferir la reconstrucción definitiva del tránsito mediante colostomía perineal transitoria<sup>15</sup> para reducir las complicaciones inmediatas.

Estos procedimientos suelen acompañarse de alteraciones de la continencia en más de 40 % de los casos, por alteración esfinteriana posrádica, disección pélvica o fibrosis perifistulosa con afectación del esfínter<sup>14,16</sup>.

En los casos asociados a enfermedad inflamatoria intestinal, especialmente la enfermedad de Crohn, su frecuencia es de 1,7-23 %, según la gravedad, localización y tiempo de evolución. En su tratamiento se ha descrito un abordaje abdominal y transvaginal modificado<sup>17</sup>, con resultados aceptables cuando se asocia a una colostomía, aunque el éxito está mediado por un buen control médico de la enfermedad y una buena selección de

**Tabla 1. Tratamiento según la patología concomitante****Defecto en la anastomosis mecánica/  
absceso pélvico:**

Sutura simple + interposición epiploica  
 Resección de la fístula + anastomosis  
 Colostomía temporal + reanastomosis  
 Resección de la fístula + colgajo avance +/- esfintero-  
 roplastia

**Recidiva / persistencia tumoral:**

Radioterapia paliativa  
 Cirugía desfuncionalizante: colostomía/ileostomía

**Radioterapia / recidiva de la fístula:**

Abordaje bajo: operación de Martius  
 Interposición tisular  
 Abordaje alto: anastomosis coloanal  
 Rectocoloplastia +/- colostomía perineal transitoria

**Antecedente de enfermedad inflamatoria intestinal:**

Tratamiento médico  
 Abordajes modificados +/- colostomía

casos. También se ha propuesto la trasposición del músculo gracilis, que se acompaña de éxito en 33 % de los casos<sup>18</sup>.

En términos generales, en régimen de cirugía programada los cuidados de estas pacientes deben incluir una dieta sin residuos durante los siete días precedentes a la intervención quirúrgica, una correcta profilaxis antibiótica perioperatoria y un examen físico en busca de infecciones locales activas. En el momento del alta, se aconsejará la abstención de actividades sexuales durante un mes, momento en que se valorará ambulatoriamente.

En el seguimiento resulta importante la valoración de la recurrencia fistulosa, de la estenosis y de la reducción del volumen vaginal. Estas dos últimas complicaciones son más frecuentes en mujeres posmenopáusicas, con antecedentes actínicos o de reparación previa, debido a la posible pérdida de la distensibilidad vaginal. Preventivamente, en ausencia de sexo vaginal regular por dolor, puede recomendarse el uso de dilatadores adaptados a la necesidad de cada caso lubricados con estrógenos. Si la estenosis es irreversible, puede considerarse la reconstrucción vaginal, pero existe riesgo potencial de complicación vesical y rectal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Knight CD, Griffen FD. An improved technique for low anterior resection using the EEA stapler. *Surgery* 1980;88:710-4.
2. Friis J, Hjortrup A, Nieson OV. Sphincter saving resection of the rectum using the EEA auto staples. *Acta Chir Scand* 1982;148:379-81.
3. Blanco-Engert R, Díaz-Maag R, Gascón M, Delgado-Gomis F, Rosenthal R, Weiner R. Complicaciones postoperatorias en cirugía laparoscópica de colon. *Cir Esp* 2002;72:232-9.
4. Vignali A, Fazio VW, Lavery IC, Milson JW, Church JM, Hull TL, et al. Factors associated with the occurrence of leaks in stapled rectal anastomoses: a review of 1014 patients. *J Am Coll Surg* 1997;185:105-13.
5. Fleshner PR, Schoetz DJ Jr, Roberts PL, Murray JJ, Collier JA, Veidenheimer MC. Anastomotic-vaginal fistula after colorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1992;35:938-43.
6. Kosugi C, Saito N, Kimata Y, Ono M, Sugito M, Ito M, et al. Rectovaginal fistulas after rectal cancer surgery: Incidence and operative repair by gluteal-fold flap repair. *Surgery* 2005;137:329-36.
7. Tsutsumi N, Yoshida Y, Maehara Y, Kohnoe S. Rectovaginal fistula following double-stapling anastomosis in low anterior resection for rectal cancer. *Hepatogastroenterology* 2007;54:1682-3.
8. Lowry AC. Rectovaginal fistulas. In: Beck DE y Wexner SD (eds). *Fundamentals of anorectal surgery*. 2ª edición. London: WB Saunders 1998; págs 174-86.
9. Palanivelu C, Rangarajan M, Sethilkumar R, Madankumar MV, Kalyanakumari V. Laparoscopic management of iatrogenic high rectovaginal fistulas (Type VI). *Singapore Med J* 2007;48:96-8.
10. White AJ, Buchsbaum HJ, Blythe JG, Lifshitz S. Use of the bulbocavernosus muscle (Martius procedure) for repair of radiation induced rectovaginal fistulas. *Obstet Gynecol* 1982;60:114-8.
11. Rothenberger DA, Goldberg SM. The management of rectovaginal fistula. *Surg Clin North Am* 1983;63:61-79.
12. Chaúra-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.
13. Allen-Mersh TG, Wilson EJ, Hope-Stone HF, Mann CV. The management of late radiation-induced rectal injured after treatment of the carcinoma of the uterus. *Surg Gynecol Obstet* 1987;164:521-4.
14. Cooke SA, Wellstad MD. The radiation-damaged rectum. Resection with coloanal anastomosis using the endoanal technique. *World J Surg* 1986;10:220-7.
15. Bannura G, Contreras J, Vásquez C. Resultados inmediatos y alejados del tratamiento quirúrgico de la rectitis actínica grave. *Rev Chil Cir* 1994;46:9-14.
16. Nowacki MP. Ten years of experience with Parks' coloanal sleeve anastomosis in the treatment of postirradiation rectovaginal fistula. *Eur J Surg Oncol* 1991;17:563-6.
17. Nakagoe T, Sawai T, Tuji T, Nanashima A, Yamaguchi H, Yasytake T, et al. Successful transvaginal repair of a rectovaginal fistula developing after double-stapled anastomosis in low anterior resection: report of four cases. *Surg Today (Jpn J Surg)* 1999;29:443-5.
18. Wexner SD, Ruiz DE, Genua J, Nogueras JJ, Weiss EG, Zmora O. Gracilis muscle interposition for the treatment of rectourethral, rectovaginal and pouch-vaginal fistulas: results in 53 patients. *Ann Surg* 2008;248:39-43.