



www.elsevier.es/cirugia

P-403 - FÍSTULA RECTOVAGINAL, RECONSTRUCCIÓN DEL TABIQUE CON PRÓTESIS DE MATERIAL SINTÉTICO

E. Asensio Díaz, J.I. Blanco Álvarez, A. Arnal Burro, B. Pérez Saborido, M. Rodríguez López, R. Velasco López, S. Mambrilla Herrero y M. Bailón Cuadrado

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La fístula rectovaginal es una patología poco frecuente que se puede producir por diversas causas, de las cuales las más frecuentes son neoplásicas, inflamatorias, actínicas o por traumatismo quirúrgico u obstétrico. De ellas, las secundarias a patología inflamatoria perianal suponen un reto terapéutico dado el alto índice de recidivas que presenta la patología fistulosa compleja en dicho territorio y el riesgo para la continencia del paciente.

Caso clínico: Paciente de 35 años sin antecedentes de interés que acude remitida de su MAP por dolor anal y rectorragia ocasional con la defecación. Es diagnosticada de fisura anal en rafe anterior y absceso subfisurario que drena espontáneamente antes de acudir a la consulta. Se pauta entonces tratamiento sintomático para la fisura anal con desaparición de la clínica en visitas sucesivas. Por este motivo es dada de alta. Un año después es remitida de nuevo esta vez por manchado fecaloideo escaso y ocasional por vagina, objetivándose entonces fístula rectovaginal a las 12h de posición ginecológica. Se solicitó RNM pélvica y rectoscopia para descartar otras patologías causantes de la fístula u otros trayectos fistulosos accesorios. En dichas pruebas solo se confirma el diagnóstico anterior. En junio de 2013 es intervenida. Durante la intervención se visualiza disrupción del tabique rectovaginal con posible origen inflamatorio en cripta anal, de unos 5 mm de diámetro. Se practica acceso transanal al tabique rectovaginal hasta la altura de la fístula (unos 3 cm del margen anal), con colgajo de avance músculo-mucoso rectal y reconstrucción del tabique con prótesis de Gore Bio A®. Posteriormente se recubre la prótesis con el colgajo de avance músculo-mucoso y se sutura con material reabsorbible trenzado de 4/0.

Resultados: Desde entonces la paciente se encuentra asintomática y ha seguido controles periódicos en nuestra consulta sin recidiva de la fístula rectovaginal, si bien el tiempo de seguimiento es aun corto para evaluar definitivamente el resultado.

Conclusiones: El tratamiento de las fístulas rectovaginales es en ocasiones complejo debido a la gran facilidad de dicha patología para recidivar. En concreto, las derivadas de patología inflamatoria perianal evolucionada suponen un reto para el cirujano, ya que el intento agresivo de erradicar la patología de base puede ir en detrimento de la integridad de los mecanismos de continencia anorrectales. Se envía el caso clínico de una técnica para tratamiento de estas fístulas, que pese a que es una técnica-material escasamente difundido en nuestra práctica clínica, nos parece segura y que podría arrojar buenos resultados, y que consiste en la implantación de una lámina protésica de material puramente sintético con posterior cobertura por colgajo de avance rectal.