



www.elsevier.es/cirugia

P-359 - Técnica de Martius para la reparación de la fistula rectovaginal

L. Dorado Castro, M. López López, L. Ramírez Ruiz, P. Montoto Santomé, O. Maseda Díaz, I. Torres García, I. Pérez Moreiras y J.A. Costa Buján

Hospital Lucus Augusti, Lugo.

Resumen

Introducción y objetivos: La fistula rectovaginal es una complicación rara de la cirugía rectal o ginecológica y es más frecuente en el contexto de tratamiento radioterápico. Su manejo es difícil ya que conlleva el uso de técnicas poco habituales y en ocasiones no resolutivas. Además es frecuente que sea preciso realizar colostomías, que en mujeres jóvenes y patología neoplásica no digestiva es una complicación añadida. Presentamos el caso clínico de una mujer de 68 años con una fistula rectovaginal como complicación de una RAB por un cáncer de recto medio. Precisó de intervención de Martius en dos ocasiones, siendo la segunda resolutiva.

Caso clínico: Mujer de 68 años con antecedentes de RAB por cáncer de recto medio hace 6 años y que en el postoperatorio inmediato presentó fistula rectovaginal. Inicialmente se realizó colostomía en asa y 6 meses después intervención de Martius que no fue resolutiva, presentando recidiva temprana. Posteriormente se realizó colostomía definitiva. Actualmente se reevalúa en consulta de coloproctología y dado la edad de la paciente, la presencia de síntomas y la posibilidad de reconstrucción del tránsito, se decide nuevo intento de reparación fistulosa mediante intervención de Martius. Tras 9 meses de seguimiento no presenta recidiva fistulosa. Presenta buena cicatrización del injerto y funcionamiento correcto del aparato esfinteriano evaluado mediante manometría. Se realiza reconstrucción del tránsito intestinal sin presentar complicaciones.

Discusión: En el seguimiento tras 6 meses, no presenta datos de recidiva fistulosa. Las causas de las fistulas rectovaginales incluyen: trauma obstétrico, enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulitis, procesos malignos, las complicaciones de la radioterapia y la cirugía, etc. La aparición de una fistula rectovaginal como complicación de la resección anterior baja es muy poco frecuente. Históricamente, ha existido cierto grado de frustración en su tratamiento, ya que las pacientes se veían abocadas a una colostomía definitiva para su manejo. Se han descrito múltiples tratamientos, desde operaciones no resectivas (interponiendo tejidos sanos como epiplón, músculo, tejido colónico...) a cirugías resectivas. La técnica de Martius consiste en la interposición de un colgajo muscular pediculado (musculo bulbocavernoso con almohadilla de grasa) cosechado de cualquiera de los labios mayores sobre la base de la rama perineal de la arteria pudenda. Es incorporado a través de un túnel subcutáneo y se sitúa entre la vagina y el recto. Las líneas básicas para la reparación son: descartar persistencia de enfermedad neoplásica, colostomía previa a la cirugía local reparativa, demorar la cirugía reparadora entre 6 y 12 meses después del diagnóstico, manejo cuidadoso del autoinjerto, para evitar tensión en el mismo y posterior isquemia, extirpar la fistula completamente y el cerrar la ostomía derivativa una vez comprobada la estanqueidad de la reparación y la ausencia de estenosis rectal. El cierre se demorará más de 6 meses, dado que la cicatrización en este tipo de tejidos puede no ser satisfactoria. La ausencia de graves complicaciones, acompañado de una tasa de éxitos satisfactoria, hace que

la intervención de Martius sea una de las mejores opciones terapéuticas en el caso de la fistula rectovaginal.