



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-121 - FISTULA ANOVAGINAL RECIDIVADA CON INCONTINENCIA ANAL - COLGAJO DE MARTIUS Y ESFINTEROPLASTIA

Cholewa, Hanna¹; Sancho-Muriel, Jorge¹; Primo Romaguera, Vicent¹; García-Granero García-Fuster, Álvaro²; Abelló Audí, David¹; Avelino González, Lourdes¹; Domingo del Pozo, Santiago¹; García-Granero Ximénez, Eduardo¹

¹Hospital Universitario La Fe, Valencia; ²Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Objetivos: Mostrar la reparación transperineal de una fístula anovaginal recidivada asociada a incontinencia anal mediante esfinteroplastia anal y aplicación de colgajo de Martius.

Caso clínico: Mujer de 61 años remitida a nuestro centro con el diagnóstico de fístula anovaginal de origen obstétrico, tras dos partos vaginales, e incontinencia anal tras dos intentos de reparación previos. Clínicamente se objetiva una fístula anovaginal en el tercio medio del canal anal, fibrosis perineal e hipotonía esfinteriana. La ecografía endoanal evidencia, además de la fístula, una lesión anterior del esfínter anal externo con una separación de cabos de 135°. Se planifica una reparación en dos tiempos - una colostomía derivativa previa a la cirugía perineal-esfinteroplastia y colgajo de Martius. La intervención se realiza en posición ginecológica mediante abordaje transperineal. Se diseña el cuerpo perineal hasta aislar y seccionar el trayecto fistuloso, completando la separación del tabique rectovaginal. Tras refrescar los bordes, se cierra el orificio fistuloso anal con posterior plicatura de la pared rectal. Se disecan los dos cabos del esfínter anal externo y se realiza una esfinteroplastia. Se procede con la técnica de Martius que consiste en la interposición de colgajo musculoadiposo entre la vagina y el canal anal, incluyendo la piel del labio mayor para reconstruir la pared posterior de la vagina. Se desinserta el músculo en sus márgenes superior y laterales, preservando el pedículo vascular inferior. Una vez aislado, se rota el colgajo para interponerlo en el espacio anovaginal y reparar la pared posterior vaginal. Tras el cierre de colostomía, la paciente se encuentra asintomática, con buena continencia anal y sin recidiva clínica ni ecográfica de la fístula al año de seguimiento.

Discusión: La reparación de una fístula anovaginal recidivada asociada a incontinencia, aunque infrecuente, supone un reto quirúrgico para el cirujano. El abordaje en dos tiempos, con colostomía previa y posterior reparación con esfinteroplastia y colgajo de Martius, puede suponer una opción eficaz.