



www.elsevier.es/cirugia

V-010 - REPARACIÓN DE FÍSTULA RECTO-VAGINAL RECIDIVADA MEDIANTE INTERPOSICIÓN DE MÚSCULO GRACILIS

de Andrés Gómez, Alejandra¹; García-Coret, María José¹; Carvalleira Braña, Alexo¹; Soler Nomdedeu, Santiago¹; Roig Vila, José Vicente²

¹Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia; ²Hospital 9 de Octubre, Valencia.

Resumen

Introducción: La fístula rectovaginal (FRV) puede suponer un desafío terapéutico, en especial aquellas multirrecidivadas y en pacientes con antecedentes de radioterapia pélvica. El objetivo del presente vídeo es mostrar la técnica de reparación de una FRV compleja mediante transposición de músculo gracilis con atención al detalle quirúrgico.

Caso clínico: Paciente de 50 años de edad con antecedentes patológicos de neoplasia de tercio inferior de recto intervenida quirúrgicamente en 2010 mediante exéresis mesorrectal completa y anastomosis coloanal manual tras tratamiento neoadyuvante con QT-RT. Tras el cierre de la ileostomía derivativa debutó una FRV, efectuándose dos reparaciones mediante colgajo de avance vaginal y una más empleando un colgajo de músculo bulbocavernoso (Martzius). La paciente, libre de enfermedad neoplásica 6 años tras la cirugía, continúa con escapes de gases y ocasionales de heces por vagina. La función esfinteriana anal es normal por lo demás. Decidimos efectuar nueva reparación con estoma derivativo ileal de protección, realizado por simple incisión en FID (trephine stoma). Con un equipo multidisciplinar de cirujanos colorrectales y plásticos, se practica disección del tabique RV con sección del trayecto fistuloso y separación de recto y vagina con cierre del orificio rectal. Tras ello se libera el músculo gracilis (recto interno) derecho mediante disección meticolosa de su pedículo vascular, sección de la rama nerviosa procedente del nervio obturador para un mejor desplazamiento de la plastia, sección muscular proximal y a nivel distal del muslo con rotación del músculo que se traspone al tabique RV donde se fija y exterioriza por el orificio fistuloso vaginal. La paciente fue dada de alta a las 48 horas de la intervención con excelente estado general, y dos meses tras la cirugía se halla asintomática, estando pendiente de estudio radiológico previo al cierre del estoma derivativo.

Discusión: Las FRV poscirugía rectal e irradiación previa son especialmente difíciles de tratar, máxime si ya son recidivadas. La meticulosidad técnica y atención al detalle anatomoquirúrgico, así como la realización de un estoma derivativo y la eventual posibilidad de actuar conjuntamente con otros especialistas en un equipo quirúrgico multidisciplinar son fundamentales para el éxito de la intervención.