



Colgajo de martius como tratamiento de una fístula rectovaginal

Ventura Amador Barrameda*, Fernando de la Portilla**, Ainhoa Valle Rubio***

* Hospital Insular de Nuestra Señora de Los Reyes. Hierro. Canarias.

** Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

*** Hospital Universitario De Getafe. Madrid

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 56 años que presenta salida de heces y gas por la vagina de 6 meses de evolución, refiere flujo vaginal fecaloideo. No refiere síntomas sistémicos ni constitucionales. Presenta una incontinencia fecal de larga evolución con un score de Wexner de 11 que no responde a tratamiento conservador. Ha tenido tres partos y uno de ellos instrumentalizado. Fue intervenida por el servicio de ginecología en Julio del 2015 de un cistocele, rectocele, suspensión ureterovesical con musculo elevador y de una fístula rectovaginal (FRV) con cierre directo en octubre del 2015. En mayo del 2017 presentó una recidiva de la FRV y fue tratada con un Flap endorectal. Como antecedentes personales médicos presenta Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus II y Enfermedad psiquiátrica. Se le realizó una colonoscopia de screening de cáncer colorectal hace un año sin datos de patología. A la exploración física presenta a nivel anal un defecto en la cara anterior de los esfínteres anales con un orificio fistuloso de 1cm en tercio medio e inferior de la vagina. Se objetivan restos de heces en vagina. El tono basal esfinteriano, los reflejos anal superficial y de valsalva están disminuidos. No se evidencia descenso del suelo pélvico ni recidiva del rectocele ni del cistocele. En la anorectoscopia se evidencia el orificio fistuloso referido y no se observan signos de proctitis, estenosis ni masas. En la ecografía endoanal presenta un defecto de EAI de más de 180° y del EAE de al menos hasta 180°. Cuerpo perineal de 7mm. Se evidencia la FRV referida. Se descartan colecciones-abscesos perianales.

Con datos aportados en la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias se diagnóstica una fístula rectovaginal recidivada.

Se propone como tratamiento una intervención quirúrgica para la fístula rectovaginal un colgajo de Martius por vía transvaginal. La intervención se realizó a los 6 meses del diagnóstico. En un segundo tiempo se propone Neuromodulación de raíces sacras para el tratamiento de la incontinencia fecal.

En el perioperatorio la paciente recibe preparación mecánica completa del colon, profilaxis antibiótica y antitrombótica. Se realiza la intervención bajo anestesia general por si fuese necesaria una ostomía derivativa. Se coloca en posición de litotomía. Antes de la intervención se administra un enema rectal de betadine. Localizada la FRV se realiza una hidrodissección del plano rectovaginal para facilitar la disección del tabique rectovaginal, procediendo posteriormente a la resección del trayecto fistuloso y su estudio diferido por anatomía patológica (Figura 1).

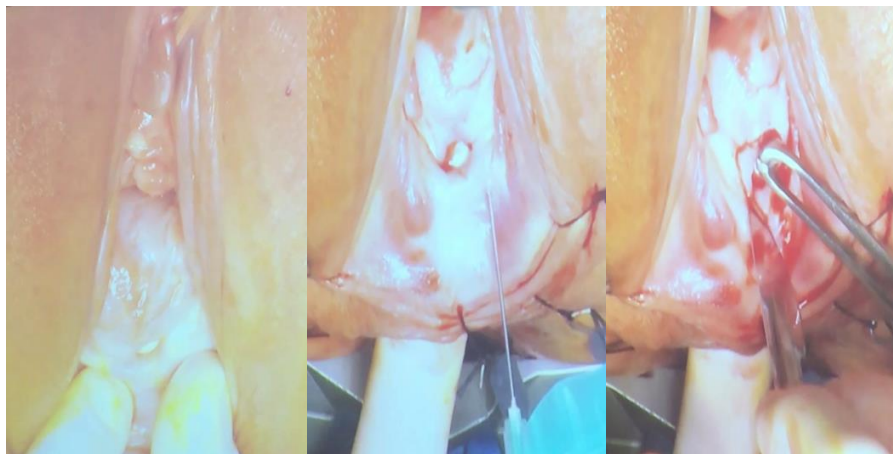


Figura 1. FRV, Hidrodissección y resección de trayecto fistuloso.

Tras la disección del plano rectovaginal, dejando un margen mínimo de dos centímetros laterales al defecto del recto, se realiza la reparación del tabique rectovaginal con sutura reabsorbible en doble plano y se comprueba la estanqueidad con instilación de povidona yodada rectal (Figura 2).

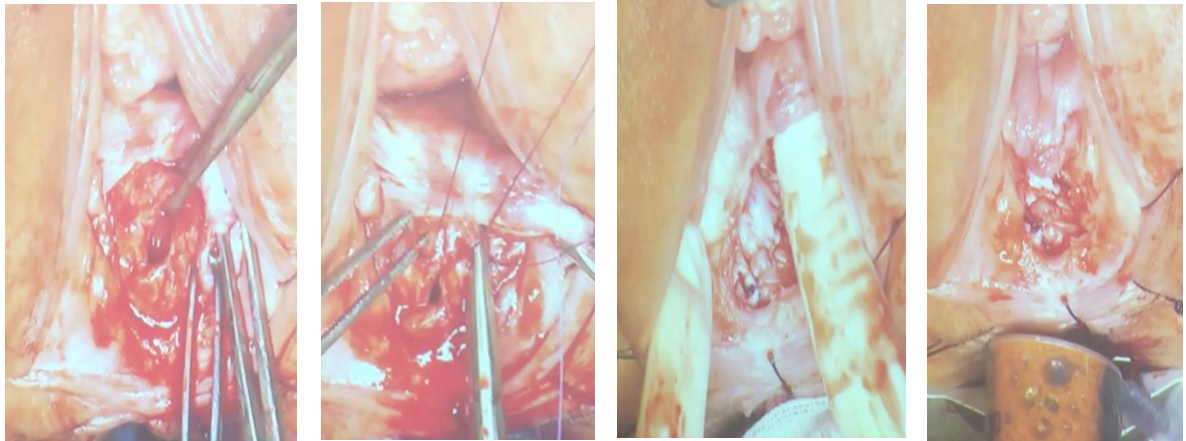


Figura 2. Reparación de tabique rectovaginal con comprobación de estanqueidad.

Para la elaboración del colgajo bulbocavernoso (CBC) realizamos una incisión en el labio mayor y procedemos a su disección, iniciando la misma a nivel del pubis, liberándolo de la fascia púbica y respetando el pedículo vascular posterolateral, tributario de las ramas de la arteria pudenda interna. Una vez disecado el CBC realizamos una tunelización subcutánea para la transposición de este, evitando la rotación del pedículo vascular (Figura 3).

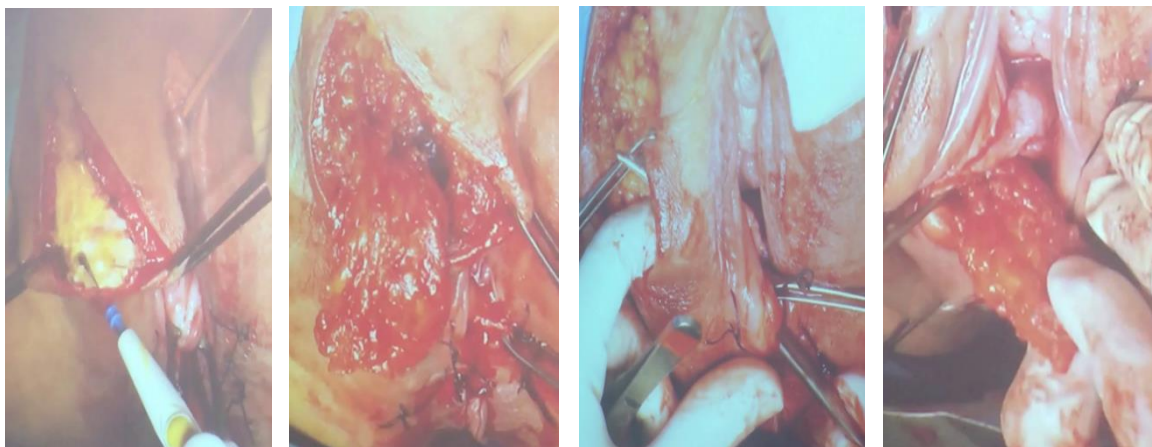


Figura 3. Disección de colgajo bulbo cavernoso y transposición del mismo.

Interpuesto el CBC entre la pared del recto y la vaginal, se fija sin tensión con sutura reabsorbible. Finalmente realizamos el cierre del plano vaginal sobre el CBC y el cierre por planos del labio mayor, dejando un drenaje aspirativo (Figura 4).

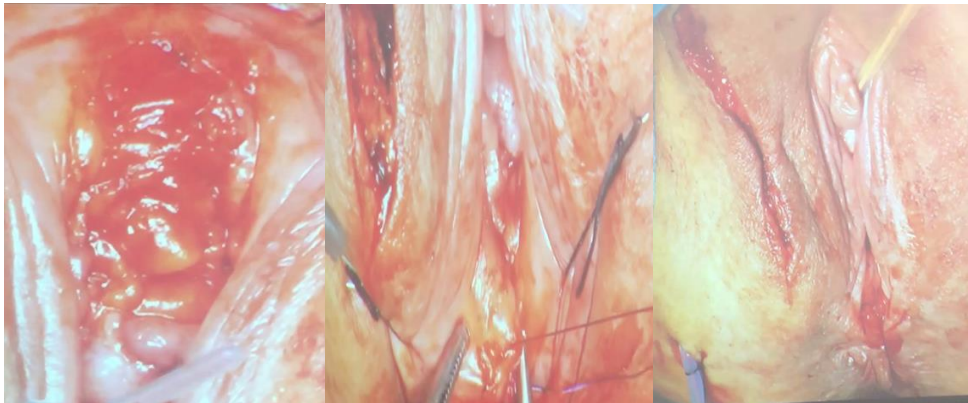


Figura 4. Interposición del colgajo bulbo cavernoso y cierre de planos

No se realizó ostomía derivativa protectora. No se evidenció inflamación-infección de los tejidos y si fibrosis. El cierre del defecto rectal quedó estanco tras la comprobación con povidona yodada rectal. Al día siguiente de la operación se retiró la sonda urinaria y recibió alimentación oral para colostomía química. Se realizó profilaxis de la infección de la herida quirúrgica con un ciclo corto de antibioterapia por 4 días. Al tercer día de la cirugía se retiró el drenaje con débito inferior a 50ml seroso. Al cuarto día posoperatorio fue dada de alta. No presentaron complicaciones posoperatorias.

DISCUSIÓN

La fístula se define como una comunicación anormal entre dos superficies epitelizadas¹. Las fístulas rectovaginales (FRVs) generan unos síntomas (vaginitis e infecciones urinarias de repetición, dispareunia, dolor perineal, flujo vaginal, mal olor, sangrado) derivados del paso de heces y gas desde el recto a la vagina, que suponen un

importante impacto en la calidad de vida de las pacientes afectadas. Se produce un deterioro en la esfera emocional, sexual, social, socioprofesional y familiar. Por lo que, a pesar de ser una enfermedad no muy frecuente, representando menos del 5%² de las fístulas anorectales, implican un importante problema para los pacientes y un reto para los cirujanos.

La mayoría de las FRVs son de causadas por trauma obstétrico³ (88%²) o trauma quirúrgico (10%²), ya sea por vía vaginal o rectal. La segunda causa de FRV son debidas a enfermedad inflamatoria intestinal (0,2-2.1%²) (EII), con un predominio en la enfermedad de Crohn. Otras causas son debidas a radiación, neoplasias, infecciones, diverticulitis, traumatismos penetrantes, cuerpos extraños y congénitas.

Según su etiología, tamaño y localización se clasifican en simples y complejas. Las simples presentan un diámetro inferior a 2.5cm, tienen una localización media-baja respecto a la distancia entre el cérvix y el complejo esfinteriano anal, y están asociadas a trauma e infección. Las complejas tienen un diámetro > 2,5 cm, son altas y están asociadas a EII, neoplasias, radiación o son recidivadas.

Con la historia clínica y la exploración física (ano-rectoscopia-especulo vaginal) se identifican aproximadamente el 90%² de las FRV. Entorno a un 25% de los pacientes con FRV presentan incontinencia fecal, por lo que con la utilización de ecoendoscopia podemos valorar la integridad de los esfínteres anales⁴; descartar sepsis perianal y nos ayuda a planificar la cirugía. En estos pacientes podemos realizar una manometría anal para valorar el estado basal y compararlo tras el tratamiento. En caso de duda diagnóstica la Resonancia magnética presenta una importante sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de la FRV, valorando además la integridad de los esfínteres anales y descartando patología séptica y maligna. La tomografía computarizada (TC) también estaría indicada para descartar patología maligna. La colonoscopia estaría indicada si sospecháramos EII y neoplasia. La biopsia en el caso de historia de neoplasia o radiación con sospecha de recidiva del cáncer. Es importante en la planificación de la cirugía valorar la etiología, localización y tamaño de la FRV, así como su asociación a incontinencia fecal, integridad de los esfínteres anales, calidad del tejido local así como el estado general y comorbilidades del paciente⁵.

El caso que presentamos se trata de una fístula compleja por ser recidivada; es secundaria a trauma quirúrgico, con una localización media-baja y un diámetro de 1cm. Presenta una fibrosis perilesional y se asocia a una incontinencia fecal con lesión antigua de 180° y 160° de esfínteres anales de origen obstétrico. Se ha propuesto para una cirugía de interposición de tejido sano con un colgajo de Martius y en un segundo tiempo para neuromodulación de raíces sacras. En la reparación de las FRVs con interposición de tejido sano, se pueden utilizar colgajos musculares de recto abdominal, sartorio, abductores y glúteo mayor, pero los más utilizados son el colgajo de gracilis y el de bulbocavernoso (Martius).

El colgajo de Martius fue descrito por primera vez por el Dr. Heinrich Martius, profesor de ginecología en Gottingan⁶, para la reparación de las fístulas uretrovaginales y vesicovaginales. Actualmente se indica para la reparación de las FRV complejas y recurrentes con una media de curación que abarca desde un 65% a un 100%⁷, dependiendo de la etiología y según las series consultadas. La mayoría de las series presentan tamaños muestrales pequeños. Uno de los inconvenientes del colgajo de Martius es que puede producir dispareunia en un porcentaje sustancial de pacientes. Sin embargo, las complicaciones posoperatorias y el riesgo de recidiva de la FRV son bajas, generando buenos resultados en el posoperatorio tanto a nivel funcional como cosmético y mejorando notablemente la calidad de vida de la paciente.

Existe controversia en asociar una ostomía derivativa protectora en la reparación de la FRV. No existe evidencia científica que soporte su indicación. Es indicada a juicio del cirujano según las características de la FRV y su experiencia. En el estudio retrospectivo del grupo de Lambertz et al⁸, realizado sobre 62 pacientes con FRV entre el 2003 y 2013, se estudió la influencia de la ostomía derivativa en el resultado de la reparación de la FRV con independencia del procedimiento realizado. Concluyó que la ostomía derivativa de protección no debería formar parte del proceso de reparación de la FRV ya que su estudio indicó que no influía en la disminución del riesgo de infección de la herida, de la revisión quirúrgica posoperatoria ni de la recidiva. Se trata de un estudio retrospectivo con posibles sesgos a tener en cuenta en la interpretación de los resultados. Sin embargo, no es recomendable realizar un procedimiento quirúrgico sobre un tejido inflamado e infectado. Por lo que muchos autores recomiendan ostomía derivativa de protección en fístulas complejas y que se asocien a colgajos de interposición, aludiendo



a una disminución del riesgo de infección de la herida quirúrgica y de la recidiva. Las ostomías pueden ser localizadas en íleon o en colon según las preferencias de cada cirujano y de la enfermedad subyacente. Cuando el tejido presenta mala calidad por la inflamación e infección algunos autores recomiendan una ostomía derivativa 6 meses previos a la cirugía de reparación de la FRV.

Actualmente no existe evidencia para el manejo apropiado de las FRVs basada en ensayos randomizados controlados. Sin embargo, el uso del colgajo de bulbocavernoso como tejido vascularizado de interposición para el tratamiento de FRVs complejas parece factible dado la facilidad técnica, ausencia de complicaciones graves y tasa de éxitos satisfactoria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Champagne BJ, McGee MF. Rectovaginal Fistula. Surg Clin NAm.2010.90:69-82.
2. Reichert M, Schwanderner T, Hecker A, Behnk A. et al. Surgical Approach for Repair of Rectovaginal Fistula by Modified Martius Flap. Geburtshilfe Frauenheilkunde. 2014. 74:923-927.
3. Unger J. Incontinencia anal y fístula rectovaginal.En: Jones III HW, Rock JA.editores Te Linde Ginecología quirúrgica. 11° ed.Philadelphia: Wolters Kluwer;2017.p. 988-997.
4. Gallardo JM, Ayllón T. Fístula rectovaginal y rectouretral. Cir. Andal.2013;24:24-28.
5. Lowry AC. Management of rectovaginal fistula. Seminars in Colon and Rectal Surgery 2016. 27:64-68.
6. Gallo G et al. Matiu's flap for recurrent perineal and rectovaginal fistulae in a patient with Crohn,s disease, endometriosis and a mullerian anomaly. BMC Surgery.2017.17:107.



7. Kaminski JP, Tat C, Fleshner PR. Martius flap for persistent, Complex Rectovaginal Fistula. *Dis Colon Rectum* 2018;61:520.
8. Lambertz A, Luken B, Ulmer TF. Influence of diversión stoma on surgical outcome and recurrence rates in patients with rectovaginal fistula. *International Journal of Surgery*. 2016. 25: 114-117.
9. Das B, Snyder M. Rectovaginal Fistulae. *Clin Colon Rectal Surg*. 2016;29:50-56.
10. Fernández-Cebrián JM, Enríquez Navascués JM, Morales Castiñeiras V, Escribano Guijarro J. Reparación de las fístulas vaginales rdicas mediante cierre e interposición de tejido bulbocavernoso. *Cir Esp*. 2000. 67:576-580.