



Revista Chilena de
cirugía

www.elsevier.es/rchic



ARTÍCULO ORIGINAL

Alternativas quirúrgicas en el manejo de la fístula rectovaginal: experiencia de 25 años

Guillermo Bannura C. *, Alejandro Barrera E., Carlos Melo L.,
Felipe Illanes F. y Cristian Gallardo V.

Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Recibido el 14 de julio de 2016; aceptado el 16 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Fístula rectovaginal;
Radioterapia

Resumen

Antecedentes: La fístula rectovaginal (FRV) es una patología de origen muy variado y el tratamiento representa un verdadero desafío terapéutico. No existen estudios prospectivos que orienten sobre el manejo de estas lesiones.

Objetivo: Evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de las pacientes con una FRV.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo en el cual se incluyen todas las pacientes intervenidas en un periodo de 25 años.

Resultados: Se trata de 63 pacientes con una FRV, la mitad secundaria a una neoplasia y un 27% secundaria al tratamiento radiante de tumores pélvicos. El trauma local y las FRV postoperatorias representan el 28% de los casos. El abordaje de la FRV fue abdominal en 26 pacientes (41%), resecaando la FRV neoplásica en 11 y efectuando una cirugía reconstructiva en 15 actínicas. En 17 pacientes con una FRV por persistencia tumoral solo se efectuó una desfuncionalización proximal. De las 5 pacientes con una FRV iatrogénica, en 4 se logró el cierre espontáneo mediante una ostomía transitoria y los 7 casos de FRV posparto fueron reparadas con un abordaje local con resultados satisfactorios en 6.

Conclusiones: En este estudio el abordaje local de la FRV se utilizó en 12 casos; el 33% (21/63) de los casos necesitó una ostomía definitiva y en el 40% de las fístulas complejas se logró el cierre de la fístula con conservación esfinteriana. Las series de FRV publicadas son muy heterogéneas, probablemente debido a patrones de referencia muy variables, lo que hace muy difícil realizar un análisis comparativo.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gbannura@gtmail.com (G. Bannura C.).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.08.008>

0379-3893/© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Rectovaginal fistula;
Radiotherapy

Surgical procedures for rectovaginal fistula: 25-years experience

Abstract

Background: Rectovaginal fistula (RVF) is a distressing condition with no generally accepted standard surgical management.

Aim: To assess results of surgery for RVF.

Material and method: This is a descriptive retrospective analysis of 63 patients operated on consecutively for RVF in a period of 25 years.

Results: Half of the cases were secondary to a pelvic malignancy and 27% due to radiotherapy of pelvic tumors. RVFs were associated with local (obstetrical) trauma and postsurgical complications in 28% of the cases. High RVFs were approached through abdominal procedures in 26 patients (41%), including radical resection of the primary tumor in 11 cases and coloanal sleeve anastomosis procedure in 15 patients with a RVF due to pelvic radiation. Seventeen patients with persistent pelvic tumors after radiotherapy and/or surgery were handled with a colostomy or ileostomy to improve quality of life. Four of five cases with postsurgical RVF closed spontaneously with a proximal colostomy and, in seven patients with obstetrical RVF, an advancement flaps were performed, with success in 6.

Conclusions: In this study local repair of RVF was employed in 12 cases, one third of the cases needed a permanent ostomy, and 40% of the complex cases of RVF were successfully repaired with sphincter preservation. Comparisons with other studies are precluded because of heterogeneity of published RVF series, probably due to different patterns of reference.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La comunicación patológica entre el recto y la vagina (FRV) es una entidad nosológica poco frecuente que obedece a numerosas causas y que afecta seriamente la calidad de vida de las pacientes, a la vez que implica un verdadero desafío para el cirujano¹. En la literatura extranjera las principales causas en la mujer adulta son las FRV de origen traumático, especialmente posparto, seguidas de las enfermedades inflamatorias, el daño actínico y las neoplasias²⁻⁵. El diagnóstico sindromático de FRV en general es relativamente fácil puesto que clínicamente se puede determinar mediante el tacto bimanual que la salida de material fecal por la vagina proviene de una lesión o defecto que afecta el recto. Estos síntomas específicos pueden estar precedidos por la descarga de secreción vaginal de mal olor en forma intermitente, lo que depende del tamaño y de la causa de la FRV.

Las series publicadas son muy heterogéneas en cuanto a la etiología, al tamaño y a la localización de la FRV, lo que claramente condiciona el tipo de reparación⁶. La mayoría de las publicaciones enfrenta el problema de la FRV específica de una patología, destacando las ventajas de una técnica quirúrgica o de un abordaje particular⁷. El motivo de esta revisión es conocer el espectro clínico de esta patología y sus principales causas, así como evaluar los resultados de las diferentes alternativas terapéuticas por grupo etiológico.

Material y método

Se trata de una revisión retrospectiva de la experiencia acumulada en el manejo de la FRV en un hospital general. Es un

estudio descriptivo en el cual se incluyen todos los pacientes intervenidos en forma consecutiva por una FRV en un periodo de 25 años. Se analizan los aspectos clínicos, la clasificación y los resultados del tratamiento quirúrgico, así como el seguimiento a largo plazo. La clasificación utilizada define una FRV simple como aquella que afecta el tabique rectovaginal en los tercios medio o inferior, es menor de 2,5 cm de diámetro y cuya etiología es traumática o infecciosa, y una FRV compleja si es alta, mayor de 2,5 cm de diámetro y de etiología inflamatoria, actínica, neoplásica y las FRV recidivadas^{1,3,5,7}. Para evaluar la gravedad de la morbilidad postoperatoria se utilizó la clasificación de las complicaciones quirúrgicas de Clavien-Dindo⁸. En la mortalidad operatoria se incluyeron los fallecidos en el hospital independientemente del tiempo ocurrido desde la intervención y los pacientes reingresados que fallecieron por una complicación médica o quirúrgica relacionada con la cirugía efectuada. El seguimiento se efectuó mediante controles en el policlínico de la especialidad y/o por entrevista telefónica.

Resultados

En el periodo señalado, se intervino en forma consecutiva 63 pacientes con una FRV, cuya etiología se detalla en la [tabla 1](#). En 7 de 10 pacientes con una FRV secundaria a un cáncer de recto bajo se intentó una cirugía radical con intención curativa, de las cuales 4 lograron una supervivencia superior a 5 años ([tabla 2](#)). Los 2 primeros casos fueron sometidos a radioquimioterapia postoperatoria y el resto a radioquimioterapia neoadyuvante. La supervivencia, que fluctuó entre 9 y 210 meses, estuvo condicionada por el estadio patológico.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8836486>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8836486>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)