



Cirugía y Cirujanos

ISSN: 0009-7411

[cirugiaycirujanos@prodigy.net.mx](mailto:cirurgiaycirujanos@prodigy.net.mx)

Academia Mexicana de Cirugía, A.C.

México

González-Contreras, Quintín Héctor; Castañeda-Argáiz, Roberto; Rodríguez-Zentner, Homero
Augusto; Tapia-Cid de León, Héctor; Mejía-Ovalle, Rabí Rabí; Espinosa-de los Monteros, Antonio
Interposición de músculo gracilis para reparar fístulas ano y rectovaginales recurrentes
Cirugía y Cirujanos, vol. 77, núm. 4, julio-agosto, 2009, pp. 319-321
Academia Mexicana de Cirugía, A.C.
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66211210011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Interposición de músculo gracilis para reparar fístulas ano y rectovaginales recurrentes

Quintín Héctor González-Contreras,* Roberto Castañeda-Argáiz,** Homero Augusto Rodríguez-Zentner,** Héctor Tapia-Cid de León,** Rabi Rabi Mejía-Ovalle,** Antonio Espinosa-de los Monteros***

Resumen

Introducción: La fístula rectovaginal por definición es la que comunica la región anorrectal hacia la pared posterior de la vagina, como resultado de enfermedad inflamatoria intestinal, lesión iatrogénica, malignidad y trauma. El tratamiento depende de la clasificación de la fístula (simple o compleja). Existen a la fecha pocas publicaciones acerca del uso de la interposición del músculo gracilis como tratamiento factible y seguro para las fístulas rectales, vaginales y uretrales.

Casos clínicos: En este artículo presentamos la experiencia inicial en tres pacientes a quienes se les realizó interposición del músculo gracilis, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", centro médico de tercer nivel en la ciudad de México.

Conclusiones: El uso de músculo gracilis para reparar fístulas rectovaginales y anorrectales complejas es aplicable en nuestro medio si bien debe limitarse a fístulas recurrentes, después de haber fracasado con otros procedimientos.

Palabras clave: Fístulas rectovaginales, músculo gracilis.

Summary

Background: By definition, rectovaginal fistula is a result of an abnormal connection between the rectum and vagina. It is often a result of inflammatory bowel disease, iatrogenic illness, malignancy or trauma. Rectovaginal fistula treatment is dependent on the classification of the fistula (simple or complex). There are few reports on transposition of gracilis muscle as a feasible option for treatment of rectal, vaginal and urethral fistula.

Clinical cases: We present the first three case experiences from the *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"*, a tertiary-care medical center in Mexico City.

Conclusions: Gracilis muscle transposition is a feasible procedure in our population for treatment of recurrent rectovaginal and anorectal fistulas.

Key words: Rectovaginal fistulas, gracilis muscle.

Introducción

La fístula rectovaginal por definición es la que comunica la región anorrectal hacia la pared posterior de la vagina, como resultado de enfermedad inflamatoria intestinal, lesión iatrogénica, malignidad y trauma; su diagnóstico se realiza por sospecha clínica ante drenaje purulento del área perineal, vaginitis recurrente y mal olor, o por el paso de aire o heces por la vagina.¹

El tratamiento depende de la clasificación de la fístula rectovaginal (simple o compleja), su localización, estado del mecanismo del esfínter y los intentos previos de reparación. La fístula rectovaginal simple es la localizada en la porción media y baja del *septum* vaginal, menor de 2.5 cm de diámetro y secundaria a trauma o sepsis.² La fístula compleja es mayor de 2.5 cm de diámetro y secundaria a otras causas diferentes a infección o trauma.³⁻⁵

Osnat Zmora y colaboradores, en un estudio de nueve pacientes, informaron como opción viable la transposición de músculo gracilis para la reparación de fístulas entre recto, vagina y uretra, especialmente después de reparaciones transanales y perineales fallidas.⁴

Los tres casos aquí descritos son los primeros tratados con este procedimiento en el Instituto Nacional De Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" y posiblemente en México.

Técnica quirúrgica

Con el paciente en posición de litotomía modificada se realiza una incisión perineal y desarrolla un plano entre el esfínter anal

* Servicio de Cirugía de Colon y Recto.

** Fellow de Cirugía de Colon y Recto.

*** Servicio de Cirugía Plástica.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", México, D. F.

Solicitud de sobretiros:

Quintín Héctor González-Contreras.

Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", Vasco de Quiroga 15, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, 14000 México, D. F.

Tel.: (55) 5487 0900. Fax: (55) 5573 9321. E-mail: quinhec@hotmail.com

Recibido para publicación: 01-10-2008

Aceptado para publicación: 07-04-2009



Figura 1. Identificación del trayecto fistuloso.

externo y la vagina; el trayecto es identificado y se desmantela la fistula. Se continúa la disección 2 a 3 cm por arriba del sitio de la fistula, creando un lecho para el músculo gracilis vascularizado. Mediante una incisión longitudinal a lo largo de la parte interna del muslo, se identifica el músculo; el tendón es desinsertado, disecado y liberado proximalmente creando un túnel entre la piel del periné para llevarlo al lecho, entre la pared de la vagina y el recto. Se coloca el drenaje y las incisiones de piel son cerradas⁶ (figuras 1 y 2).

Casos clínicos

Caso 1

Mujer de 33 años de edad, con fistula rectovaginal compleja secundaria a episiotomía. Por ultrasonido endoanal se docu-

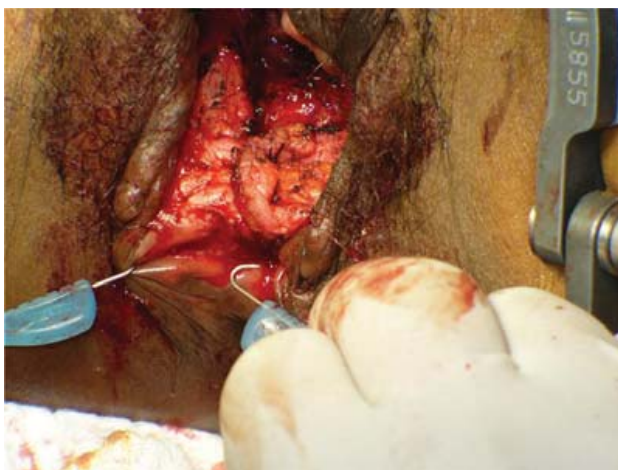


Figura 3. Trasposición del músculo gracilis.



Figura 2. Identificación del músculo gracilis.

mentó lesión de 30 % del esfínter anal en la porción anterior, por lo que mediante abordaje perianal se realizó esfinteroplastia e interposición de músculo gracilis derecho, con ileostomía de protección; la reconexión se llevó a cabo a los seis meses. A los ocho meses de seguimiento no existía evidencia de fistula (figura 3).

Caso 2

Mujer de 36 años de edad, con diagnóstico de fistula perianal compleja persistente a pesar de tres intentos previos de avance de colgajo de espesor total, por lo que se efectuó desfuncionalización con ileostomía en asa de protección. Se realizó histe-rotomía, esfinteroplastia e interposición de músculo gracilis entre el orificio primario y secundario. A las seis semanas y sin cierre de ileostomía, cursaba sin evidencia de recurrencia (figura 4).



Figura 4. Cierre final.

Caso 3

Mujer de 50 años de edad, con diagnóstico de poliangitis microscópica, neutropenia cíclica y fístula rectovaginal persistente, con historia de cuatro avances fallidos de colgajo de mucosa rectal. Se realizó ileostomía de protección por laparoscopia, además de interposición del músculo gracilis. El cierre de la ileostomía se llevó a cabo la séptima semana posterior a la intervención; a la octava semana no se documentaba recurrencia de la fístula.

Discusión

Con esta pequeña serie de casos demostramos que el uso de músculo gracilis para reparar fístulas rectovaginales y anorrectales complejas es aplicable en nuestro medio. Después de que las pacientes fueron sometidas fallidamente a diferentes tratamientos para cerrar las fístulas, se les realizó este procedimiento alternativo. Los resultados se comparan a los informados por MacRae,³ Zmora,⁴ y Rabau,⁵ quienes señalan un grado de cicatrización que oscila de 60 a 100 %; nosotros registramos 100 % tras la falta de datos de recurrencia durante el seguimiento a corto plazo. Más aún, ninguna paciente mostró disminución de la fuerza de la extremidad inferior donde se retiró el músculo o anomalías sensitivas en la misma. Hipotéticamente, la mayor cicatrización se debe a la interrupción del trayecto fistuloso y a que el colgajo creado es de espesor mayor que el cutáneo, evitando así las recurrencias. El beneficio de esta técnica se obtiene en fístulas recurrentes, después de haber fracasado con otros procedimientos,⁶ ya que se trata de un procedimiento con mayor grado de invasión que el convencional. Es de suma importancia el auxilio de un cirujano plástico experto en la realización de colgajos musculares, para asegurar la correcta inserción y tensión de las fibras musculares, evitando así falla del tratamiento o complicaciones secundarias a una mala técnica de colgajo.

La preferencia por una ileostomía en asa de protección en lugar de una colostomía se debió a que existen investigaciones donde se demuestra la ventaja de la realización de la ileostomía, sobre todo cuando se trata de patología a menos de 5 cm del margen anal, cuando existe antecedente de radioterapia, obstrucción, infección o ante la falta de experiencia del cirujano.⁷

El procedimiento descrito es técnicamente más fácil de efectuar y con menor morbilidad y mortalidad que una colostomía de Hartmann.⁸ Aunque el éxito en nuestra serie fue de 100 %, será necesario valorar los resultados en más pacientes y con seguimientos a largo plazo.

Referencias

1. Fazio VW. Current Therapy in Colon and Rectal Surgery. 2nd ed. St. Louis: Elsevier Mosby; 2005. pp. 35-40.
2. Lowry AC. Repair of simple rectovaginal fistulas: influence of previous repairs. *Dis Colon Rectum* 1988;31:676-678.
3. Mac Rae HM. Treatment of rectovaginal fistulas that has failed previous repair attempts. *Dis Colon Rectum* 1995;38:921-925.
4. Zmora O, Tulchinsky H, Gur E, Goldman G, Klausner JM, Rabau M. Gracilis muscle transposition for fistulas between the rectum and urethra or vagina. *Dis Col Rectum* 2006;49:1316-1321.
5. Rabau M, Zmora O, Tulchinsky H, Gur E, Goldman G. Recto-vaginal/urethral fistula: repair with gracilis muscle transposition. *Acta Chir Iugosl* 2006;53:81-84.
6. Rius J, Nessim A, Nogueras JJ, Wexner SD. Gracilis transposition in complicated perianal fistula and unhealed perineal wounds in Crohn's disease. *Eur J Surg* 2000;166:218-222.
7. Rodríguez-Zentner HA, Castañeda-Argáiz R, Vergara-Fernández O, Moreno-Berber M, Tapia-Cid de León H, Velázquez D, et al. A comparative analysis for the protective ileostomy closure by laparoscopic vs. open colorectal surgery. *Rev Mex Gastr* 2009 (in press).
8. Tsuyoshi K, Toshiaki W. Risk factors for anastomotic leakage after surgery for colorectal cancer: results of prospective surveillance. *J Am Coll Surg* 2006;3:439-444.