



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

Disponible en Internet el 18 de septiembre 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%), resecando 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](mailto:gbannura@gtmail.com) (G. Bannura C.).

## 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 cirujano<sup>1</sup>. 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 neoplasias<sup>2-5</sup>. El diagnóstico sindrómico 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 reparación<sup>6</sup>. 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 particular<sup>7</sup>. 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<sup>1,3,5,7</sup>. Para evaluar la gravedad de la morbilidad postoperatoria se utilizó la clasificación de las complicaciones quirúrgicas de Clavien-Dindo<sup>8</sup>. 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 sobrevida superior a 5 años ([tabla 2](#)). Los 2 primeros casos fueron sometidos a radioquimioterapia postoperatoria y el resto a radioquimioterapia neoadyuvante. La sobrevida, que fluctuó entre 9 y 210 meses, estuvo condicionada por el estadio patológico.



**Figura 1** Fístula rectovaginal por cáncer de recto inferior. Colgajo glúteo para reconstrucción vaginal y control a los 3 meses.

**Tabla 1** Fístula rectovaginal: etiología (n=63)

Etiología	n	%	Clasificación
<i>Neoplásicas</i>	32	51	Complejas
Cáncer recto	10		
Cáncer anal	5		
Ca CU <sup>a</sup>	14		
Ca ovario	1		
GIST	2		
<i>Actínica</i>	17	27	Complejas
Ca CU	16		
Ca endometrio	1		
<i>Traumatismos</i>	9	14	Simples
Obstétrico	7		
Coito anal	2		
<i>Postoperatoria</i>	5	8	Mixtas
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>	

Ca CU: cáncer cervicouterino operado e irradiado (n=30); GIST: tumor del tracto gastrointestinal localizado en el tabique rectovaginal.

Complejas: 86%.

<sup>a</sup> Persistencia o recidiva.

La cirugía radical incluyó la resección de los genitales internos y el vaciamiento ganglionar estándar (exenteración pélvica posterior [EPP]), salvo en una paciente previamente hysterectomizada. En 2 pacientes jóvenes se complementó la resección radical con una reconstrucción vaginal mediante un colgajo glúteo con buenos resultados quirúrgicos, de las cuales una está viva luego de 160 meses de operada (fig. 1). En 2 casos con fístulas altas se intentó una cirugía radical con conservación de esfínteres y ambas alcanzaron una supervivencia prolongada con continencia aceptable. El tiempo de hospitalización promedio de la cirugía radical fue 18 días (extremos 6-44) y la morbilidad global fue 30%, con complicaciones Clavien-Dindo grado III (a + b) en el 10% de los casos. No hubo mortalidad operatoria. En las 3 pacientes restantes solo se realizó una colostomía por tratarse de una enfermedad diseminada en pacientes de edad avanzada, con una supervivencia de 2, 23 y 18 meses, respectivamente.

Las 5 pacientes con una FRV secundaria a un carcinoma escamoso con una edad promedio de 58 años (extremos 43-73) fueron tratadas inicialmente con el esquema de Nigro (radioquimioterapia con mitomicina C), lo que se complementó con una resección abdominoperineal (RAP) en 4 de ellas (3 por persistencia tumoral y una por una recidiva tardía a los 66 meses). Una paciente de 54 años, sometida a una

**Tabla 2** Fístula rectovaginal por cáncer de recto (n=10)

Edad, altura	HP / Estadio	Operación	RöQT	Sobrevivencia meses	V / F
23, RI	Indif. / IIIB	EPP + RAP	Sí	60	F
48, RS	MD / IIB	EPP + RAUB	Sí	210	V
84, RM	BD / IV	Colostomía	No	18	F
84, RI	BD / IV	Colostomía	No	2	F
63, RM	MD / IIIB	EPP + RAUB	Sí	156	V
42, RI	MD / RPC	EPP + RAP + colgajo glúteo	Sí	160	V
67, RM	MD / IV	Colostomía	No	23	F
48, RI	MD / IIIC	EPP + RAP + colgajo glúteo	Sí	9	F
64, RI	MD / IIIC	EPP + RAP	Sí	21	F
49, RM	BD / IIIB	Hartmann	Sí	20	F

BD: bien diferenciado; EPP: exenteración pélvica posterior; F: fallecido por cáncer; H: histopatología; MD: moderadamente diferenciado; RAP: resección abdominoperineal; RAUB: resección anterior ultrabaja; RI: recto inferior; RM: recto medio; RöQT: radioquimioterapia neoadyuvante; RPC: respuesta patológica completa; RS: recto superior; V: vivo.



**Figura 2** Fístula rectovaginal actínica. Descenso de colon con anastomosis coloanal diferida.

colostomía previa al esquema de Nigro, está viva sin recidiva luego de 92 meses de seguimiento. Tres pacientes están vivas a los 82, 96 y 108 meses sin evidencias de enfermedad y una paciente de 53 años falleció a los 9 meses por complicaciones graves de la radioterapia sin recidiva tumoral.

Catorce pacientes con un promedio de edad de 50 años (extremos 28-64) presentaron una FRV secundaria a persistencia tumoral luego de radioterapia por un cáncer cervicouterino (Ca CU) (8 de ellas luego de cirugía ginecológica). En todas ellas se efectuó solo una desfuncionalización, mediante una colostomía sigmoidea en asa en 8 casos, una colostomía transversa en un caso y una ileostomía en asa en 5, falleciendo por la enfermedad de base entre 2 y 26 meses. Una paciente con cáncer de ovario sometida a quimioterapia presentó una fístula compleja recto-vesico-vaginal secundaria a una recidiva locorregional. Debido a la presencia de enfermedad diseminada (metástasis pulmonares) se efectuó solo una ileostomía en asa, falleciendo a los 10 meses de la desfuncionalización.

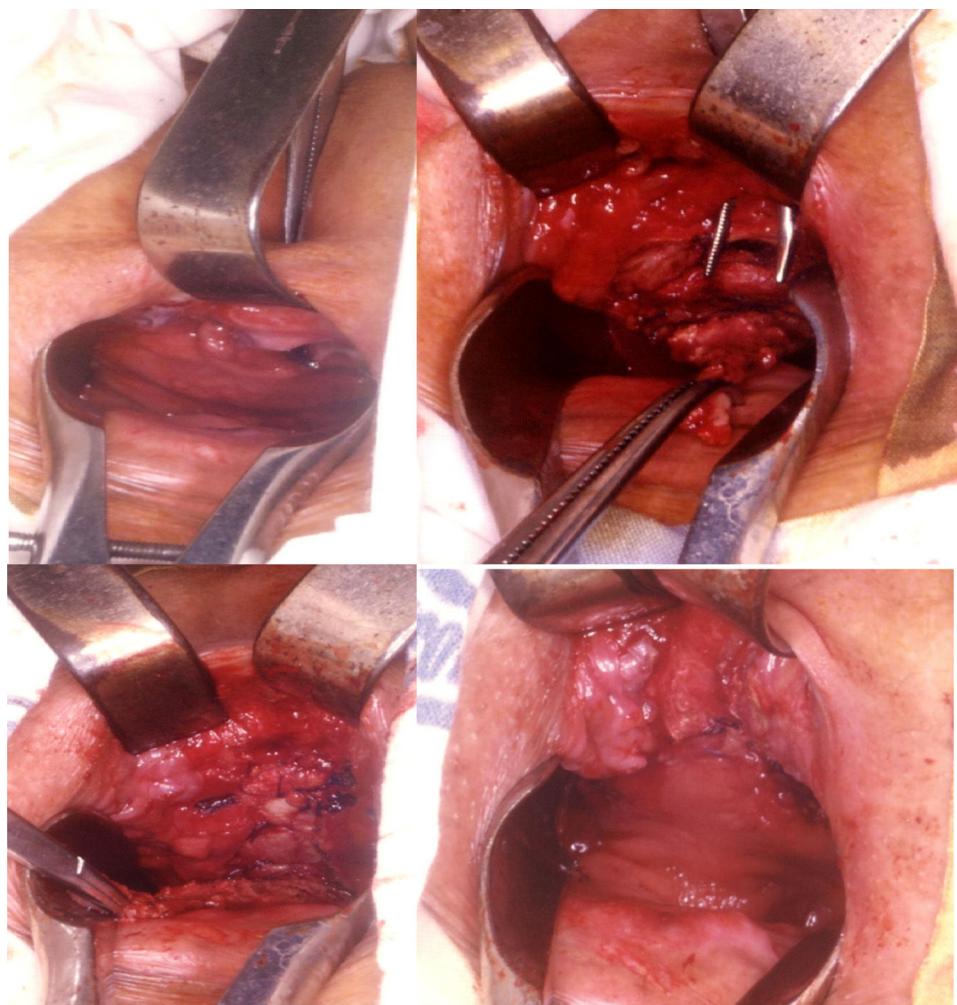
Dos pacientes presentaron una FRV secundaria a un GIST del tabique rectovaginal, ambas confirmadas por inmunohistoquímica (CD 117 y CD 34 positivo intenso en las células tumorales). Una paciente de 64 años consultó por rectorragia de 6 meses de evolución, asociada a pujo y pérdida de peso de 10 kg. Al examen se aprecia una masa de 10 cm en el tabique rectovaginal que se explora y biopsia bajo anestesia. No hubo disponibilidad en esa época de tratamiento específico y falleció a los 18 meses por enfermedad diseminada. La otra paciente de 63 años refirió dolor pélvico, rectorragia y pérdida de peso de 7 kg en 4 meses. El TAC informó de un tumor de 10 × 9 cm, confirmado por la RM de pelvis. Luego de una significativa reducción de la masa secundaria al tratamiento con imatinib por 3 meses, se logró la resección completa del tumor mediante una cirugía local y completa 54 meses de seguimiento<sup>9</sup>.

Dieciséis pacientes con un promedio de edad de 64 años (extremos 36-77) con antecedentes de Ca CU irradiado (10 de ellas con cirugía radical) presentaron una FRV actínica, sin evidencias de enfermedad neoplásica, entre 16 y 52 meses luego del tratamiento radiante. Quince pacientes fueron sometidas a una operación de descenso con mucosectomía rectal y anastomosis coloanal. En 9 casos se realizó la operación clásica de Parks con protección de la anastomosis mediante una ileostomía en asa. En las otras 6 pacientes, a quienes se había practicado ya una colostomía previa, se

realizó un descenso con colostomía perineal transitoria y anastomosis coloanal diferida (fig. 2). En una paciente con una fístula compleja recto-vesico-vaginal se agregó una operación de Bricker (ileostomía urinaria) y en otra con una microvejiga se realizó una gastrocistoplastia. Una paciente de 72 años solo recibió una colostomía sigmoidea en asa por presentar daño esfinteriano severo y completó 140 meses de sobrevida. La morbilidad quirúrgica global en el grupo de cirugía radical fue 30%, de las cuales el 13% fue grado III de Clavien-Dindo. El tiempo promedio de hospitalización fue 20 días (extremos 13-76). No hubo mortalidad operatoria. En el seguimiento a largo plazo que fluctuó entre 18 y 240 meses fallecieron 2 pacientes por graves complicaciones actínicas de la esfera urológica y 3 por causas no relacionadas. De las 10 pacientes disponibles para evaluación 3 pacientes presentan incontinencia a gases, una tiene una incontinencia grado 2, hay un caso de incontinencia a heces sólidas y 5 refieren continencia plena. En este periodo de observación, con una media de 82 meses, no se ha pesquisado una recidiva de la FRV. Una paciente de 52 años operada e irradiada por un cáncer de endometrio que fue sometida a una operación de descenso con buena evolución postoperatoria presenta una recidiva de la FRV que ha impedido el cierre de la ileostomía de protección.

Entre el subgrupo de las pacientes con una FRV de origen traumático, 7 casos correspondieron a trauma obstétrico. El promedio de edad fue 32 años (extremos 22-39) y presentaron una FRV luego de un parto con fórceps y desgarró perineal de tercer o cuarto grado, 2 de ellas recidivadas. Estas pacientes fueron tratadas mediante un colgajo de avance de grosor total por vía rectal más reconstrucción esfinteriana (esfinteroplastia más plastia de los elevadores) (fig. 3). Luego de un seguimiento de 20 a 184 meses, hay 4 pacientes que refieren una continencia plena, 2 presentan incontinencia a gases y una paciente de 34 años, obesa mórbida, presenta actualmente una FRV recidivada luego de 2 intentos sin éxito y debe mantener una colostomía de protección. Las otras 2 pacientes, ambas VIH positivos, presentaron una FRV traumática secundaria a coito anal que fueron reparadas con un colgajo de grosor máximo más plastia de los elevadores. Una paciente de 30 años presenta una evolución satisfactoria y está sana a los 150 meses de seguimiento. Otra paciente de 33 años evoluciona con una recidiva precoz, requirió de una colostomía y finalmente completa 144 meses desde la segunda reparación que fue exitosa.





**Figura 3** Fístula rectovaginal obstétrica. Reparación con colgajo rectal grueso.

Las FRV postoperatorias (quirúrgicas) fueron secundarias a una exenteración pélvica posterior por cáncer de recto bajo (2 casos de 68 y 59 años), una operación de Duhamel por megacolon (72 años), una reconstitución de Hartmann luego de trauma obstétrico (26 años) que cerraron en forma satisfactoria luego de una desfuncionalización con una ileostomía en asa (3 casos) y colostomía (un caso). Una paciente falleció a los 12 meses con enfermedad diseminada y las otras 3 tuvieron un seguimiento de 8, 14 y 16 años, respectivamente, sin evidencias de recidiva. La quinta paciente de 82 años presentó una FRV pequeña 2 años después de una resección local endoanal por cáncer de recto superficial que se reparó con éxito, falleciendo a los 90 años por otra causa.

En forma global, el abordaje de la FRV fue directo por vía abdominal en 26 pacientes (41%), 11 con resección de la fístula neoplásica y 15 actínicas sometidas a cirugía reconstructiva, sin recidiva de la fístula y sin una ostomía definitiva en 19 de ellas. En 19 pacientes con una FRV por persistencia tumoral o de origen actínico no se abordó la fístula en forma directa y solo se efectuó una desfuncionalización proximal para mejorar la calidad de vida. 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 (tabla 3). En suma, el abordaje local solo se realizó en 12 casos, el 33% (21/63) de los casos requirió de una ostomía definitiva para el manejo de la FRV y, excluyendo las fístulas simples, en el 40% de las fístulas complejas se logró el cierre de la fístula con conservación esfinteriana.

## Discusión

Las series de FRV publicadas son muy heterogéneas, probablemente debido a los patrones de referencia que son muy variables, lo que hace muy difícil intentar un análisis comparativo. La prevalencia de la FRV en el mundo se ha calculado en 50.000 a 100.000 casos nuevos por año<sup>10</sup>, siendo el trauma obstétrico la primera causa en EE. UU., seguido de las complicaciones de la enfermedad de Crohn<sup>11</sup>. En cuanto al examen clínico, es relativamente fácil hacer el diagnóstico diferencial de la FRV con una fístula colo o enterovaginal, toda vez que el examen rectal y vaginal exclusivo o complementado con una endoscopia permite habitualmente confirmar o descartar el compromiso rectal. Esto es de particular importancia si se plantea una desfuncionalización temporal o definitiva de la FRV, ya que una colostomía

**Tabla 3** Abordaje y cirugía efectuada según la etiología

Etiología	n	Operación descenso	RAP / Hartmann	Reparación local	Ostomía
<i>Neoplásicas</i>					
Cáncer recto	10	4	2 <sup>a</sup> / 1		3
Cáncer anal	5		4		1 &
Ca CU	14				14
Ca ovario	1				1
GIST	2			2	
<i>Actínica</i>					
Ca CU	16	15			1
Ca endometrio	1				1
<i>Traumatismos</i>					
Obstétrico	7			7	
Coito anal	2			2	
<i>Postoperatoria</i>					
	5			1	4
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>19</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>25</b>

&: colostomía previa (sin cirugía de salvataje); Ca CU: cáncer cervicouterino; GIST: tumor del tracto gastrointestinal localizado en el tabique rectovaginal; RAP: resección abdominoperineal.

<sup>a</sup> Reconstrucción de la vagina con colgajo de glúteo.

naturalmente no sería útil en el caso de una fístula más proximal. Se ha destacado el rol de la ultrasonografía en el diagnóstico de la FRV que permite identificar el orificio fistuloso interno en ambos epitelios así como trayectos secundarios y abscesos concomitantes<sup>12</sup>.

En esta serie se observa un franco predominio de las fístulas neoplásicas (51%), seguido de las complicaciones de la radioterapia, mientras que las FRV de origen obstétrico corresponden solo al 11% del total, lo que confirma la tendencia mundial de una reducción significativa en la génesis de esta etiología<sup>10</sup>. Por otra parte, no hemos tenido la oportunidad de tratar fístulas secundarias a enfermedades inflamatorias<sup>4-6</sup>, endometriosis, patología de la glándula de Bartolino o como complicación del tratamiento quirúrgico de la fístula anorrectal<sup>13</sup>.

Aunque por definición los tumores de recto bajo que fistulizan a la vagina son localmente avanzados (T4), debido a la cercanía con la vagina quizás tengan un mejor pronóstico que otras lesiones de igual compromiso transmural. En esta serie, en la mayoría de los casos fue posible plantear un tratamiento quirúrgico radical con intención curativa con resultados aceptables desde el punto de vista oncológico y de la preservación esfinteriana. El manejo multidisciplinario es perentorio, lo que implica una radioquimioterapia neoadyuvante de curso largo seguida de una exenteración pélvica posterior alrededor de 12 semanas de concluida la radioterapia<sup>14</sup>. En casos seleccionados pudimos realizar una reconstrucción vaginal con un colgajo glúteo, que es la técnica más sencilla y con mejores resultados para reparar la vagina.

En los casos de cáncer del canal anal, existe consenso que el tratamiento de elección es la radioquimioterapia según el esquema de Nigro modificado, dejando la RAP como un tratamiento de rescate. El efecto a largo plazo de la radioterapia queda claramente ilustrado en uno de nuestros casos con persistencia tumoral a los 6 meses (biopsia positiva), cuya pieza quirúrgica no demostró tumor residual a los 16 meses de completado el tratamiento radiante. La

eficacia del esquema de Nigro explica el mejor pronóstico relativo actual del carcinoma anal en comparación con el cáncer de recto bajo.

La FRV actínica representa la segunda causa en esta serie y en la mayoría de los casos se logró una reparación quirúrgica mediante una operación de descenso, que tiene como fundamento fisiopatológico llevar colon sano no irradiado hasta la pelvis para excluir la fístula<sup>15</sup>. Aunque se trata de una intervención compleja y de morbilidad elevada tiene resultados funcionales aceptables, como se muestra en esta y otras series<sup>16,17</sup>. En los casos que consultan sin una desfuncionalización, hemos realizado una modificación de la técnica original que consiste en diferir la anastomosis coloanal. Si bien la colostomía perineal transitoria agrega un segundo tiempo y cierto disconfort a la paciente, es segura, reduce la morbilidad de la anastomosis inmediata y obvia el cierre de la ileostomía o colostomía de protección empleada. En 2 casos de fístulas muy complejas se complementó el descenso con una operación de Bricker y gastrocistoplastia, respectivamente, por lo que es conveniente que el equipo de urología sea parte del enfoque multidisciplinario.

En los pacientes con cáncer diseminado de origen rectal o cervicouterino se plantea el tema de la desfuncionalización para mejorar la calidad de vida. Hemos utilizado distintas ostomías con estos fines y aunque lo ideal es emplear el segmento más distal y cercano a la fístula, no siempre es posible, ya sea por el compromiso neoplásico por vecindad del colon sigmoidees o por el daño actínico del íleon terminal, por lo que es necesario acceder a un segmento proximal. El colon transversal derecho es una alternativa válida en pacientes no operados de vesícula y, por último, es posible realizar una cecostomía amplia, es decir, con exteriorización del ciego. La sobrevida de estos pacientes es muy variable, con un máximo de 26 meses en esta serie.

El abordaje local de la FRV se efectuó solo en el 19% de los casos en esta serie, lo que se explica por el origen y la complejidad de los casos, con éxito en 7 de 9 casos de origen

traumático. Aunque existen numerosas técnicas propuestas para la reparación local de la FRV con resultados variables (los sellantes de fibrina, el tapón o *plug*, el colgajo bulbocavernoso de Martius, la transposición del músculo gracilis, la reparación vía vaginal y el injerto de células madres, entre otras)<sup>6</sup>, la reparación mediante un colgajo grueso es la técnica de elección con resultados satisfactorios en el 80% de los casos de origen obstétrico, cifra que desciende al 50-60% en los casos de una FRV secundaria a la enfermedad de Crohn<sup>8,18</sup>. En las pacientes con desgarró perineal de tercer o cuarto grado es necesario agregar una esfinteroplastia para mejorar los resultados en cuanto a continencia<sup>2,12</sup>. En casos especialmente complejos y algunas FRV recidivadas es conveniente proteger la reparación local con un tipo de ostomía para reducir la recurrencia<sup>19,20</sup>.

En conclusión, las series publicadas para el manejo de la FRV son muy heterogéneas, lo que probablemente refleje los diferentes patrones de referencia y las variadas fortalezas de la realidad local. No existen estudios prospectivos y aleatorios que sirvan de guía para el tratamiento de la FRV<sup>21,11</sup>. La gran mayoría de las FRV operadas en esta serie corresponden a fístulas complejas, especialmente de origen neoplásico o actínico, lo que explica el bajo porcentaje de casos con una reparación local. A pesar de lo anterior, en el 40% de las fístulas complejas se logró una reparación sin una ostomía definitiva. Aunque no tuvimos mortalidad operatoria en esta serie, la morbilidad es elevada, con un largo tiempo de hospitalización como promedio.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Lowry AC. Rectovaginal fistulas. En: Beck DE, Wexner SD, editores. *Fundamentals of anorectal surgery*. London: WB Saunders; 1998. p. 174–86.
- Ommer A, Herold A, Berg E, Fürst A, Schiedeck T, Sailer M. German S3-Guideline: Rectovaginal fistula. *Ger Med Sci*. 2012;10:1612–3174.
- Tsang CBS, Rothenberger DA. Rectovaginal fistulas. Therapeutic options. *Surg Clin North Am*. 1997;77:95–114.
- Pastor DM, Lowry AC. Surgical management of rectovaginal fistula. *Semin Colon Rectal Surg*. 2014;25:221–7.
- Roberts PL. Rectovaginal fistula. *Semin Colon Rectal Surg*. 2007;18:69–78.
- Das B, Snyder M. Rectovaginal fistulae. *Clin Colon Rectal Surg*. 2016;29:50–6.
- Kniery KK, Johnson EK, Steele SC. Operative considerations for rectovaginal fistulas. *World J Gastrointest Surg*. 2015;7:133–7.
- Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications. A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. 2004;240:205–13.
- Bannura G, Gallardo C, Cornejo V. Neoadyuvancia con imatinib en el manejo de GIST gigante del tabique rectovaginal. *Rev Chil Cir*. 2014;66:175–80.
- Adler A, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. Estimating the prevalence of obstetric fistula: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:246.
- Champagne BJ, McGee MF. Rectovaginal fistula. *Surg Clin North Am*. 2002;90:69–82.
- Yin HQ, Wang C, Peng X, Xu F, Ren YJ, Chao YQ, et al. Clinical value of endoluminal ultrasonography in the diagnosis of rectovaginal fistula. *BMC Med Imaging*. 2016;16:29.
- Bannura G, Contreras J, Melo C, Barrera A. Espectro clínico de la fístula rectovaginal: análisis de 38 pacientes. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2002;67:219–25.
- Bannura G, Barrera A, Cumsille MA, Contreras J, Melo C, Soto D, et al. Posterior pelvic exenteration for primary rectal cancer. *Colorectal Dis*. 2006;8:309–13.
- Parks AG, Allen CL, Frank JD, McPartlin JF. A method of treating post-irradiation rectovaginal fistulas. *Br J Surg*. 1978;65:417–21.
- Bannura G, Contreras J, Vásquez C. Resultados inmediatos y alejados del tratamiento quirúrgico de la rectitis actínica grave. *Rev Chil Cir*. 1994;46:9–14.
- Nowacki MP. Ten years of experience with Parks' coloanal sleeve anastomosis for the treatment of post-irradiation rectovaginal fistula. *Eur J Surg Oncol*. 1991;17:563–6.
- Kobayashi H, Sugihara K. Successful management of rectovaginal fistula treated by endorectal advancement flap: Report of two cases and literature review. *Springerplus*. 2015;4:21.
- Lambertz A, Lüken B, Ulmer TF, Böhm G, Neumann UP, Klink CD, et al. Influence of diversion stoma on surgical outcome and recurrence rates in patients with rectovaginal fistula. A retrospective cohort study. *Int J Surg*. 2016;25:114–7.
- Corte H, Maggiori L, Treton X, Lefevre JH, Ferron M, Panis Y. Rectovaginal fistula: What is the optimal strategy? An analysis of 79 patients undergoing 286 procedures. *Ann Surg*. 2015;262:855–61.
- Gottgens KW, Smeets RR, Stassen LP, Beets G, Breukink SO. The disappointing quality of published studies on operative techniques for rectovaginal fistulas: A blueprint for a prospective multi-institutional study. *Dis Colon Rectum*. 2014;57:888–98.