

Fístula rectovaginal por traumatismo postcoital. Reporte de un caso y revisión bibliográfica

Gisela C. Makarchuk,¹ Silvia I. Figueroa,¹ Ignacio F. Ramallo,² Rene Schumacher,³

Hospital Naval de Puerto Belgrano, Punta Alta, Buenos Aires, Argentina.

¹Staff, Servicio Cirugía General.

²Staff, Sector de Coloproctología.

³Jefe del Servicio de Cirugía General.

RESUMEN:

Introducción: La fístula rectovaginal (FRV), comunicación anormal entre el recto y la vagina es inusual. Se clasifica como simple o compleja en función de su tamaño, localización y etiología subyacente.

Material y método: Reportamos un caso de una paciente femenina de 27 años con FRV postcoital con perforación del tabique rectovaginal a 1 cm del introito y 2 cm del margen anal. Se realiza cierre simple de la lesión con abordaje transanal y transvaginal. A los 6 meses no hay evidencia de recidivas.

Conclusión: La reparación con cierre simple de una FRV con abordaje mixto anal y vaginal presenta buenos resultados con recuperación y cicatrización total, sobre todo en las fístulas simples. Las lesiones complejas se deben tratar con cautela y tener en cuenta la causa de origen.

Palabras claves: Fístula rectovaginal; Traumatismo postcoital

ABSTRACT

Introduction: Rectovaginal fistula (RVF), an abnormal communication between the rectum and the vagina, is unusual. It is classified as simple or complex based on its size, location, and underlying etiology.

Material and methods: We present the case of a 27-year-old woman with postcoital RVF with perforation of the rectovaginal septum 1 cm from the introitus and 2 cm from the anal margin. Simple closure of the lesion is performed with a transanal and transvaginal approach. At 6 months there is no evidence of recurrence.

Conclusion: Repair with simple closure of a RVF using a mixed anal and vaginal approach has good results, with complete recovery and healing, especially in simple fistulas. Complex injuries should be treated with caution and the underlying cause should be considered.

Keywords: Rectovaginal Fistula; Coital Trauma

INTRODUCCIÓN

El traumatismo rectovaginal postcoital usualmente compromete piel y mucosas provocando metrorragia. El compromiso de recto y su comunicación anormal con la vagina es inusual y se denomina fístula rectovaginal (FRV). Se manifiesta por el paso de gases o heces del recto a vagina.

La incidencia de lesiones vaginales durante el coito es de 30 y 32 casos por año en Senegal y Estados Unidos respectivamente.¹ Por otra parte, un estudio realizado en el Hospital de Calabar, Nigeria, reveló que las lesiones coitales representan el 0,7 por 1000 emergencias ginecológicas.²

Las FRVs se clasifican como simples o complejas en función de su tamaño, localización y etiología subyacente. Las simples tienen una localización baja en el septo rectovaginal o el complejo esfinteriano anorrectal, tienen un diámetro menor a 2,5 cm y de origen traumático,

obstétrico o infeccioso. Las complejas tienen una ubicación más alta en el tabique rectovaginal proximal al complejo esfinteriano anorrectal, son mayores a 2,5 cm de diámetro y son causadas por radiación, neoplasia maligna, o enfermedad inflamatoria intestinal.³

La reparación quirúrgica está asociada con elevadas tasas de morbilidad y recurrencia (10-40 %).⁴ Las fístulas recurrentes también se consideran complejas debido a su asociación con la cicatrización tisular y la disminución de la perfusión sanguínea.⁵

CASO CLÍNICO

Una paciente femenina de 27 años ingresa al servicio de guardia por traumatismo rectovaginal coital.

La atención inicial es por ginecología en donde se realiza un control hemostático y reparación de la lesión vaginal. Egreso hospitalario a las 24 h.

Al 5° día postoperatorio, la paciente comienza con pasaje de gas y materia fecal por vagina, por lo cual consulta nuevamente y es derivada al sector de coloproctología. Se realiza examen físico: IMC 25 kg/m²; palpación bimanual que evidencia perforación del tabique recto vaginal de 1,5 cm de diámetro, a 1 cm del introito y 2 cm del

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

Gisela Makarchuk

giselamakarchuk@gmail.com

Recibido: julio de 2021. Aceptado: septiembre de 2021.



Figura 1: Tomografía axial computada, corte sagital.



Figura 2: Tomografía axial computada de pelvis.

margen anal, superior al esfínter anal interno, el cual se encuentra indemne. La omografía axial computada muestra edema del tabique rectovaginal con pasaje de contraste hidrosoluble del recto a la vagina, a 2 cm del margen anal (figs. 1 y 2).

Conducta quirúrgica

Se coloca a la paciente en posición de navaja sevillana, previa anestesia raquídea. El examen proctológico constata la lesión descrita. Separador de Parks, desbridamiento de tejido desvitalizado y realización de colgajo un de mucosa anal, exponiendo músculos elevadores del ano y afrontándolos en la línea media. Cierre longitudinal con poliglactina 910 3/0 (figs. 3 y 4).

Abordaje vaginal en posición de litotomía, separador de Parks, desbridamiento, confección de un colgajo de mucosa vaginal y cierre transversal. Se constata cierre de



Figura 3: Lesión rectal.



Figura 4: Reparación rectal.



Figura 5: Lesión vaginal.



Figura 6: Reparación vaginal.

brecha (figs. 5 y 6). Tiempo quirúrgico: 60 minutos. Pérdida sanguínea: 50 cc.

Egreso hospitalario a las 48 h, sin particularidades.

Postoperatorio con buena evolución. A los 2 meses la herida se halla completamente cicatrizada y la paciente retoma sus actividades sexuales habituales. El seguimiento a los 6 meses no presenta particularidades.

DISCUSIÓN

Los factores de riesgo de lesiones postcoitales son: primera relación sexual, nuliparidad, sexo violento y/o en posición supina.¹

El sitio anatómico de lesión más frecuente es el fórnix posterior de la vagina.⁶

El diagnóstico se realiza con un examen semiológico, en caso de sospechas de fístula rectovaginal, se puede utilizar colonoscopia, tomografía axial computada o resonancia nuclear magnética. La ecografía endoanal tendría utilidad en la evaluación de la integridad del com-

plejo esfinteriano del ano.^{7,8}

Aunque no exista un gold standard para la reparación de las FRVs, se puede utilizar la evidencia disponible para determinar un tratamiento efectivo en cada caso en particular y a su vez evaluar el momento de su realización. Lo ideal es el manejo en etapa aguda o crónica (3-6 meses).

Existen varias técnicas quirúrgicas para tratar la FRV que se agrupan en 3 vías de abordaje: transanal (Tasa de éxito [TE] 80 %), transvaginal (TE 80-100 %) y transperineal (TE 85-100 %).³ El abordaje abdominal generalmente está indicado para fístulas complejas.⁹

En alrededor del 50 % que no responden a los tratamientos habituales o por su complejidad, se debe recurrir a conductas más agresivas como desfuncionalización o colgajos miocutáneos.³

En nuestro caso al tratarse de una fístula simple decidimos el abordaje mixto (transanal y transvaginal), por sus altas tasas de éxito.

REFERENCIAS

1. Cisse CT, Dionne P, Cathy A, Mendes V, Diadihou F, Ndiaye PD. Lésions vaginales au cours du coït. *Dakar Med* 1998;43:135-38.
2. Abasiattai AM, Etuk SJ, Bassey EA, Asuquo EE. Vaginal injuries during coitus in Calabar: a 10- year review. *Niger Postgrad Med J* 2005;12:140-44.
3. Gallardo Valverde JM, Ayllón Terrán MD, Fístula rectovaginal y

-
- rectouretral. *Cir Andal* 2013;24:24-8.
4. Songne K, Scotté M, Lubrano J, Huet E, Lefebure B, Surlemont Y, et al. Treatment of anovaginal or rectovaginal fistulas with modified Martius graft. *Colorectal Dis* 2007;9:653-56.
 5. Corman ML. Rectovaginal fistulas. In: *Colon and Rectal Surgery*. 2 ed. Philadelphia: JB Lippincott Co.1989.
 6. Rosenshein NB, Genadry RR, Woodruff JD. An anatomic classification of rectovaginal septal defects. *Am J Obstet Gynecol* 1980;137:439-42.
 7. Anate M. Vaginal trauma at sexual intercourse in Ilorin, Nigeria. An analysis of 36 cases. *West Afr J Med* 1989;8:217-22.
 8. Debeche-Adams TH, Bohl JL. Rectovaginal fistulas. *Clin Colon Rectal Surg* 2010;23:99-103.
 9. Vogel JD, Johnson EK, Morris AM, Paquette IM, Saclarides TJ, Feingold DL, Steele SR. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-ano, and rectovaginal fistula. *Dis Colon Rectum* 2016;59:1117-33.