



## Tratamiento no quirúrgico de la fístula rectovaginal. A propósito de un caso

### RESUMEN

**Antecedentes:** la fístula rectovaginal es un padecimiento excepcional de tratamiento complejo.

**Objetivo:** reportar un caso clínico y exponer el tratamiento expectante de las fístulas rectovaginales como alternativa a la cirugía cuando el riesgo quirúrgico no es asumible.

**Caso clínico:** paciente de 85 años de edad, con una fístula rectovaginal e importante comorbilidad asociada que impedía cualquier intervención quirúrgica.

**Conclusión:** en las pacientes con riesgo quirúrgico porque los inconvenientes no superan las ventajas, la atención no quirúrgica es una opción de tratamiento de las fístulas rectovaginales.

**Palabras clave:** fístula anal, fístula rectovaginal, tratamiento expectante.

Rocío de los Llanos Moreno-Selva<sup>1</sup>  
María Teresa Gómez-García<sup>2</sup>  
Jessica Nogueira-García<sup>3</sup>  
Ana Gómez-Alarcón<sup>4</sup>  
María Esther Ruiz-Sánchez<sup>4</sup>  
Gaspar González-de Merlo<sup>4</sup>

<sup>1</sup> FEA de Obstetricia y Ginecología Hospital General de Villarrobleado.

<sup>2</sup> FEA de Obstetricia y Ginecología Hospital General Universitario de Albacete.

<sup>3</sup> FEA de Obstetricia y Ginecología del Hospital General de Villarreal.

<sup>4</sup> MIR Obstetricia y Ginecología del Hospital General Universitario de Albacete, España.

## Non-surgical management of rectovaginal fistula: a case report

### ABSTRACT

**Background:** The rectovaginal fistula is a rare disease whose treatment is extremely difficult.

**Objective:** To present the expectant management of rectovaginal fistula as an alternative to surgery for those cases in which the surgical risk is not an acceptable option.

**Clinical case:** We report the case of a rectovaginal fistula in an 85-year-old woman with significant comorbidity that avoided the performance of any surgical technique.

**Conclusion:** In patients whose surgical risk does not exceed the benefits, non-surgical management would be an option of treatment of rectovaginal fistula.

**Key words:** anal fistula, rectovaginal fistula, expectant management.

Recibido: abril 2015

Aceptado: mayo 2015

### Correspondencia

Dra. Rocío de los Llanos Moreno Selva  
Hospital General de Villarrobleado  
Avenida Miguel de Cervantes s/n  
02600 Villarrobleado, Albacete, España  
rociomoreno85@hotmail.com

### Este artículo debe citarse como:

De los Llanos Moreno-Selva R, Gómez-García MT, Nogueira-García J, Gómez-Alarcón A y col. Tratamiento no quirúrgico de la fístula rectovaginal. A propósito de un caso. Ginecol Obstet Mex 2015;83:350-355.



## ANTECEDENTES

La fístula anal es una conexión anormal entre la superficie interna del conducto anal y la piel que rodea la región perianal; se trata de una lesión frecuente, susceptible de ser tratada mediante intervención quirúrgica, pero el procedimiento es electivo.<sup>1,2</sup> La incidencia se calcula en 8.6 casos por cada 100,000 personas-año.<sup>3</sup> Es más frecuente en hombres, con una proporción hombre-mujer de 2:1, y con media de edad de 40 años.<sup>4</sup> En muchas ocasiones las pacientes pueden tener antecedentes de dolor e inflamación perianal o drenaje quirúrgico o espontáneo de un absceso perianal; por esto muchos autores consideran ambos padecimientos como diferentes fases de un proceso común.<sup>3-5</sup> Otras manifestaciones clínicas de la fístula anal son: secreción perianal, diarrea, tenesmo, polaquiuria, calambres abdominales, sangrado rectal, dolor o sensación de ardor anal, o incluso excoriación de la piel, secundaria a la exposición crónica a la secreción purulenta e irritante de la fístula.<sup>6</sup> En algunas ocasiones puede manifestarse como causa de vulvodinia, dispareunia, leucorrea crónica o úlceras perianales crónicas de difícil curación.<sup>7</sup>

De acuerdo con la teoría criptoglandular, la infección de las glándulas interesfinterianas es el suceso inicial en la formación de una fístula anal.<sup>8</sup> El proceso infeccioso puede propagarse por diferentes vías y aprovechar los distintos espacios anatómicos, que pueden funcionar como lugares de distribución de la infección que dan lugar a la gran variabilidad morfológica de estas fístulas.<sup>9</sup> Existen otras causas para menos de 10% de estas fístulas, que actúan mediante los mismos mecanismos: enfermedad de Crohn,<sup>10</sup> radioterapia, tuberculosis, traumatismos (lesiones obstétricas<sup>11</sup> iatrógenas), fisuras, enfermedad diverticular, actinomicosis, adenocarcinoma anal<sup>12</sup> o la infección por diversos microorganismos en pacientes con VIH, como *Mycobacterium avium* intracelular.<sup>13</sup>

En la mayor parte de las ocasiones las fístulas anales tienen un trayecto superficial, corto, recto y fácil de identificar, con un orificio primario evidente (fístula anal simple). Las fístulas anales complejas son las que tienen múltiples trayectos, profundos, difíciles de localizar en su recorrido o las fístulas rectovaginales, con estenosis ano-rectal o evidencia de inflamación macroscópica rectal.<sup>14,15</sup>

Se reporta el caso de una paciente con una fístula rectovaginal en quien se optó por una conducta médica expectante, ante las comorbilidades que incrementaban el riesgo quirúrgico.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 86 años de edad, recibida en el servicio de Urgencias del Hospital General de Villarrobledo, España, con fiebre y deterioro del estado general de dos días de evolución, astenia generalizada, dificultad para la deambulación, incremento de la disnea habitual, tos con expectoración oscura y dolor rectal de 15 días de evolución, sin mejoría con antihemorroidales tópicos. Antecedentes médicos relevantes: hipertensa, dislipidémica, divertículos en el colon y, durante los últimos dos años, con diversos ingresos al hospital por insuficiencia respiratoria y sepsis de origen urinario. Antecedentes ginecoobstétricos: dos embarazos y dos partos eutócicos sin complicaciones; requería usar pañal desde hace 5-6 meses.

En la exploración inicial la paciente tenía fiebre de 38°C, estado general con palidez mucocutánea y edemas bimaleolares. En la exploración ginecológica se visualizaron heces en el introito y un orificio ulceroso en el tercio inferior de la vagina, cercano al introito (Figura 1) de 1.5 x 2 cm, con salida de heces a la expresión. No se observaron lesiones nodulares ni sospechosas de malignidad. El resto de la vagina y el cérvix se encontraron normales. Durante el tacto rectal se

palpó un orificio fistuloso con la úlcera descrita en la Figura 2; el trayecto afectaba todo el aparato esfinteriano. En la rectoscopia se visualizaron hemorroides externas y una lesión ulcerada y excavada en el recto anterior, después de pasar por el conducto anal, cubierta de material fibrinoide y con márgenes discretamente sobreelevados, de aspecto no claramente tumoral, de la que se tomaron biopsias; el informe anatomopatológico descartó la malignidad.



**Figura 1.** Úlcera de 2 x 1.5 cm de diámetro a nivel de introito.



**Figura 2.** Orificio fistuloso desde el recto hasta la lesión ulcerada en el introito. Se aprecia el guante que asoma en el fondo de la úlcera.

Los médicos de los servicios de Cirugía, Ginecología y Medicina interna valoraron el caso y las posibilidades de tratamiento y ante la afectación total del esfínter anal decidieron que la mejor opción era una colostomía de descarga. Se le informó a la familia que la situación agravaría el estado de la paciente y no habría una mejoría apreciable en la calidad de vida, por eso se decidió la conducta expectante, con tratamiento antibiótico de amplio espectro (tazocel intravenoso durante el ingreso, metronidazol oral en el domicilio durante 7 días) y medidas higiénicas con curaciones locales. La paciente se dio de alta del hospital afebril y con una situación clínica estable. A pesar de la suspensión del tratamiento antibiótico la paciente no tuvo que reingresar al hospital por complicaciones derivadas de la fístula rectovaginal (infección de la fístula o de las vías urinarias), aunque se le dejó el drenaje por el orificio fistuloso. Durante una consulta de revisión la paciente otorgó su consentimiento para la publicación de su caso.

## DISCUSIÓN

Una fístula rectovaginal es una conexión epiteliada entre el intestino y la vagina. Son procesos infrecuentes que comprenden menos de 5% de las fístulas anales,<sup>11</sup> que comparten su causa, aunque las fístulas rectovaginales son más frecuentes por algún traumatismo obstétrico que por infecciones de las glándulas anales.

Gran parte del éxito del tratamiento de la fístula depende de la valoración y diagnóstico adecuados. El objetivo de la evaluación preoperatoria es: determinar la situación del orificio fistuloso interno, la localización del trayecto primario, secundario y las cavidades asociadas. Es muy importante reconocer, antes de plantear un tratamiento quirúrgico, la integridad y la función esfinteriana anal que pueda quedar afectada por el tratamiento.<sup>16</sup> En 90% de los casos la anamnesis y la exploración clínica minuciosa,



incluidas la exploración vaginal y rectoscopia, llevan al diagnóstico y definición de las características de la fístula rectovaginal,<sup>6</sup> como sucedió en el caso aquí comunicado. A pesar de que las fístulas rectovaginales se consideran complejas, no es necesario realizar otras pruebas complementarias de rutina, si se efectúa una correcta valoración de la exploración clínica.<sup>17</sup> Para los casos en los que el diagnóstico de los trayectos fistulosos sea más difícil se dispone de diferentes pruebas complementarias, como: resonancia magnética, ecografía endoanal, y menos utilizados, endoscopia y la tomografía computada. De estos procedimientos, la resonancia magnética ha demostrado superioridad para discriminar entre enfermedad simple o compleja en comparación con la exploración clínica y la ecografía endoanal. A pesar de su superioridad, la ecografía endoanal puede ser una excelente alternativa cuando se dispone de la resonancia magnética<sup>18</sup> que, además, permite valorar la integridad del aparato esfinteriano antes de pensar en la posibilidad de la cirugía.<sup>6</sup> Cuando ninguno de los anteriores está disponible, la tomografía computada puede resultar de ayuda para detectar abscesos o tumoraciones que pueden ser potenciales complicaciones asociadas con la fístula rectovaginal.<sup>6</sup> En casos con presentación atípica de la fístula, como el aquí reportado, en una paciente mayor con una fístula de larga evolución y carácter crónico, se recomienda tomar una biopsia de la lesión ulcerosa y del trayecto fistuloso, para descartar un proceso raro pero posible, como la malignización del epitelio de la fístula.<sup>19</sup>

La finalidad del tratamiento de cualquier fístula es la erradicación permanente del proceso supurativo sin afectar la continencia anal.<sup>20</sup> El tratamiento de las fístulas rectovaginales es extremadamente difícil, y casi siempre se requiere la aplicación de diferentes técnicas en la misma paciente, con tasas de recurrencia de 70-90%.<sup>11</sup> No existe ningún estudio publicado,

con asignación al azar, del tratamiento de estas fístulas debido a su baja incidencia y a la gran diversidad de su causa, repercusión clínica y diferentes modalidades de tratamiento. El tratamiento quirúrgico de la fístula depende de su localización, grado de afectación del aparato esfinteriano y de las comorbilidades. No existe una técnica quirúrgica estandarizada para el tratamiento de estas fístulas. El colgajo de avance rectal es una opción popular con tasa de éxito de 60 a 80%.<sup>11</sup> La fistulotomía o fistulectomía es una buena opción quirúrgica para las fístulas anales bajas, pero no para las fístulas de la pared anterior o en las que está afectado más del 50% del aparato esfinteriano, como en el caso aquí comunicado. D' Ambrosio y su grupo<sup>11</sup> mostraron una técnica novedosa y con altas tasas de éxito: la microcirugía endoscópica transanal, aunque sus ventajas quizá no puedan extrapolarse a la población general porque la realizaron en 13 pacientes con fístulas rectovaginales causadas por complicaciones de la cirugía vaginal o la radioterapia, sin incluir algún caso de infección de la fístula, condición que puede afectar el proceso de cicatrización. Además, todas sus pacientes tuvieron colostomía previa. La colostomía puede ser un tratamiento temporal o permanente de la fístula, que sólo se indica en casos excepcionales<sup>19</sup> porque es un procedimiento agresivo y no altera la historia natural de la enfermedad. En nuestro caso, debido a las características de la fístula, que afecta todo el espesor del esfínter anal, es la técnica de elección; sin embargo, debido a la situación clínica de la paciente y a su comorbilidad asociada, el riesgo quirúrgico no supera la ventaja del resultado quirúrgico en la mejora de la calidad de vida de la paciente. Este es el motivo por el que nos planteamos si el tratamiento de una fístula rectovaginal requiere siempre ser quirúrgico.

Son pocas las publicaciones en donde se reporta algún tratamiento no quirúrgico de estas fístulas, aunque tengan buenos resultados clínicos. En

pacientes con enfermedad de Chron es común la indicación de metronidazol o ciprofloxacino para tratar las fístulas perianales, que en verdad desaparecen durante el tratamiento, aunque es frecuente que recurran cuando se termina el esquema antibiótico.<sup>10,14</sup> Al tratamiento antibiótico también se ha asociado el de inmunomodulares (azatioprina o 6-mercaptopurina) o infliximab para la afección perianal persistente de la enfermedad de Chron, con tasas de curación similares a la cirugía.<sup>14</sup> Cichowski<sup>23</sup> reportó la curación de una fístula rectovaginal causada por el uso continuado de un pesario con la aplicación de estrógenos locales. Giordano<sup>24</sup> expuso la desaparición de una fístula rectovaginal secundaria a una hemorroidectomía con tratamiento, analgésicos y curaciones locales. Entendemos que en nuestro caso la curación completa de la fístula es complicada debido a su tamaño; sin embargo, planteamos el tratamiento expectante como alternativa al tratamiento quirúrgico, reservado para la reaparición de complicaciones infecciosas.

## CONCLUSIÓN

Las opciones de tratamiento de la fístula rectovaginal son múltiples, con resultados que varían dependiendo del tipo, localización, causa y comorbilidades. Ante los pocos casos publicados en relación con el tratamiento no quirúrgico de la fístula rectovaginal, se planteó la posibilidad de la conducta expectante en pacientes con comorbilidades y riesgo quirúrgico que permitiera el uso de técnicas invasivas, sin esperar mejoría en la calidad de vida ni curación total, pero sí el intento de paliar y prevenir sus complicaciones.

## REFERENCIAS

1. Rickard MJFX. Anal abscesses and fistulas. *ANZ J Surg* 2005; 75:64-72.
2. Correa Rovelo JM, Avendaño Espinosa O, Canto Jairala JA. Fístulas anales complejas. *Rev Gastroenterol Mex* 1996; 61: 147-151.
3. Abcarian H. Anorectal infection: Abscess-fistula. *Clin Colon Rectal Surg* 2011; 24: 14-21.
4. Gupta PJ, Gupta SN, Heda PS. Which treatment for anal fistula? Cut or cover, plug or paste, loop or lift. *Acta Chir Lugosl* 2012; 59:15-20.
5. Srivastava KN, Agarwal A. A complex fistula in ano presenting as a soft tissue tumor. *Int J Surg Case Rep* 2014; 5: 298-301.
6. Reichert M, Schwandner T, Hecker A, Baumgart-Vogt, Wagenfehnner et al. Surgical approach for repair of rectovaginal fistula by Modified Martius flap. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2014; 74: 923-927.
7. LeFevre C, Erekson EA, Hoffstetter S, McLennan M. Fistula in ano. An uncommon cause of chronic vulvar symptoms. *Obstet Gynecol* 2010; 115: 421-423.
8. Michalopoulos A, Papadopoulos V, Txiris N, Apostolidis S. Perianal fistulas. *Tech Coloproctol* 2010; 14: S15-S17.
9. Navarro A, Martí M, García-Domingo MI, Gomez R, Marco C. Diagnóstico y tratamiento de las fístulas anorrectales complejas. *Cir Esp* 2004; 76:142-148.
10. De la Poza G, Lopez-Sanroman A, Taxonera C, Marín-Jimenez I, Gisbert JP, Bermejo F et al. Genital fistulas in female Crohn's disease patients. Clinical characteristics and response to therapy. *J Crohns Colitis* 2012; 6: 276-280.
11. D'Ambrosio G, Paganini AM, Guerrieri M, Barchetti L, Lezoche G, Fabiani B, et al. Minimally invasive treatment of rectovaginal fistula. *Surg Endosc* 2010; 26: 546-550.
12. Ibañez J, Erro JM, Aranda F, Almendral ML, Valenti C, Echenique-Elizondo. Adenocarcinoma mucinoso en fístula perianal de largo tiempo de evolución tratado mediante QT-RT neoadyuvante y amputación abdominoperineal laparoscópica. *Cir Esp* 2006; 79: 184-185.
13. Valerga M, Franchi M, Bases O, Viola C, Macias J. Fístula enterovulvar y enteroanal en una paciente infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001;19: 231-232.
14. Koutroubakis IE. The patient with persistent perianal fistulae. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2007; 21(3):503-518.
15. Bruyninx L, Meunier P. Assessment of complex perineal fistulas. *Acta chir belg* 2000; 100: 115-117.
16. Jordan J, Roig JV, García Armengo J, Esclapez P, Jordán Y, García Granero E et al. Importancia de la exploración física y técnicas de imagen en la valoración diagnóstica de las fístulas de ano. *Cir Esp* 2009; 85: 238-245.
17. Sheikh P. Controversies in fistula in ano. *Indian J Surg* 2012; 74: 217-220.
18. Sahni VA, Ahmad R, Burlin D. Which method is best for imaging of perianal fistula? *Abdom Imaging* 2008; 33: 26-30.
19. Ommer A, Herold A, Berg E, Fürst A, Sailer M, Schiedeck T. Cryptoglandular anal fistulas. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108: 707-713.



20. Casal E, San Idelfonso A, Sánchez J, Facal C, Pampim J. Fístula anal de origen criptoglandular. Opciones terapéuticas. *Cir Esp* 2005; 78: 28-33.
21. Göttgens 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: 888-898.
22. Mardini HE, Schwartz DA. Treatment of perianal fistula and abscess: Crohn's and non-Crohn's. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2007 Jun; 10(3):211-220
23. Cichowski S, Rogers RG. Nonsurgical management of a rectovaginal fistula caused by a Gellhorn pessary. *Obstet Gynecol* 2013; 122: 446-448.
24. Giordano A, Della Corte M. Non-operative management of a rectovaginal fistula complicating stapled haemorrhoidectomy. *Int J Colorectal Dis* 2008; 23: 727-772