

Cartas al Director

Manejo de la fístula enterovaginal multirecidivada, alternativa terapéutica.

Management of multirecurrent enterovaginal fistula, therapeutic alternative.

Rosales Goas J, Alarcon Caballero JP, Martinez Rodriguez E, Baamonde De La Torre I, Madarro Pena C

Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. A Coruña.

Estimado Director, me complace poder escribiros acerca de la reconstrucción muscular tras la exenteración pélvica en pacientes sometidas a múltiples intervenciones, en este caso sobre "Manejo de la Fístula enterovaginal multirecidivada, alternativa terapéutica".

Palabras clave: exenteración pélvica, reconstrucción del suelo pélvico, colgajo muscular pélvico, reconstrucción vaginal.

Key words: pelvic exenteration, pelvic floor reconstruction, pelvic muscle flap, vaginal reconstruction.

INTRODUCCIÓN

La fístula enterovaginal es aquella que se produce por comunicación patológica entre la vagina y el tubo digestivo.

Numerosos procedimientos neoplásicos infiltrantes pueden incluir la exenteración pélvica como solución final, sin embargo, hay que destacar las numerosas complicaciones postoperatorias.

El colgajo del músculo Recto Anterior del abdomen "MRAM" está compuesto por músculo, fascia posterior y peritoneo que se va a irrigar a partir de la arteria epigástrica inferior. En nuestra técnica hemos preservado fascia posterior, piel y peritoneo realizando solamente la transposición muscular.

Especial mención al cuidado en su disección para no provocar alteraciones en la fascia anterior del abdomen tanto superior como inferior a la línea arcuata. Al preservar la fascia anterior conseguimos mantener la función de protección y sostén de las vísceras intraabdominales de la pared abdominal y abre la posibilidad para realizar una colostomía en caso de ser necesario, habitualmente abocada en hemiabdomen izquierdo.

Así mismo al tratarse de un colgajo puramente muscular, no sería necesario la transposición cutánea, permitiendo un cierre directo en el mismo acto quirúrgico, disminuyendo así la probabilidad de rechazo y de infección de herida quirúrgica postoperatoria.

Si lo comparamos con el uso de material protésico según las últimas publicaciones, disminuye la tasa de recidiva local y de

CORRESPONDENCIA

XREF

Jesús Rosales Goas
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol
15405 Ferrol, A Coruña.
rosales_sempresurf@hotmail.com

CITA ESTE TRABAJO

Rosales Goas J, Alarcon Caballero JP, Martinez Rodriguez E, Baamonde De La Torre I, Madarro Pena C. Manejo de la Fístula enterovaginal multirecidivada, alternativa terapéutica. Cir Andal. 2024;35(1):67-68. DOI: 10.37351/2024351.14

rechazo. Si se mantiene una correcta asepsia y se conoce la técnica, el tejido autólogo está especialmente indicado para este tipo de reconstrucciones.

CASO CLÍNICO

Paciente de 41 años con único antecedente de Endometriosis Grado IV.

Durante sus múltiples ingresos fue sometida a distintas intervenciones quirúrgicas:

En 2012 fue intervenida por sospecha de Enfermedad inflamatoria pélvica, realizándose salpingectomía izquierda y colocación de catéter doble J bilateral por clínica obstructiva.

En febrero del 2019 tras diagnóstico de adenocarcinoma endometriode sobre Endometriosis Grado IV con infiltración de vejiga y asas de intestino delgado a nivel pélvico; se procede a Exenteración pelviana total supraelevadora incluyendo "cistectomía radical, linfadenctomía pélvica bilateral, resección de tercio superior y medio de vagina, resección de uretra, resección de asas de intestino delgado infiltradas y posterior anastomosis con tejido sano, derivación uretero-ileal tipo Bricker y colostomía en FII".

La paciente presenta en Junio del 2020 clínica de fístula enterovaginal por lo que se procede a Fistulectomía y colocación de malla tipo BioA en pelvis.

En abril del 2021 es cuando acude a nuestro Centro, tras pruebas de imagen complementarias se diagnostica de Fístula enterovaginal recidivada sobre material protésico. Es entonces cuando se procede a una nueva intervención quirúrgica:

-Fistulectomía incluyendo resección ileocecal por cuadro fibrótico local y obstructivo.

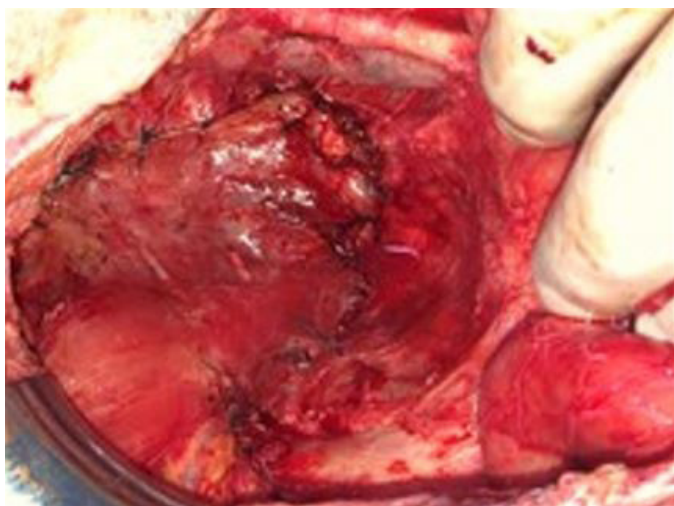


Figura 1

Transposición del colgajo tipo MRAM unilateral hasta conseguir formar de novo el suelo pélvico suturándolo a la fascia presacra, obturatriz e iliaca. Identificación y preservación de arteria epigástrica inferior.

-Colgajo del músculo recto anterior del abdomen ahorrador de fascia y piel.

-Eventroplastia con colocación de malla titanizada supraaponeurótica.

DISCUSIÓN

Durante el acto quirúrgico realizamos el acceso al vientre muscular derecho para su aislamiento. Cabe destacar la dificultad para la disección total unilateral del Músculo Recto Anterior del Abdomen, liberando el mismo y preservando fascia posterior y peritoneo por encima de la línea arqueada.

Tras la apertura de fascia posterior se consigue la transposición (MRAM) de 180º grados manteniendo la irrigación del mismo por la arteria epigástrica inferior previamente localizada y liberada sin llegar a su raíz en la arteria iliaca externa.

Posteriormente se procede al anclaje del colgajo a la fascia obturatriz, fascia iliaca y fascia presacra consiguiendo formar y aislar el nuevo suelo pélvico e interponiéndolo entre la fístula y las asas intestinales.

La paciente evolucionó de forma satisfactoria, como única complicación surgida cabe destacar la presencia de una colección pélvica que fue tratada de forma conservadora.

En el seguimiento no ha presentado recidiva de la patología previa.

La realización del colgajo MRAM en pacientes con fístulas complejas enterovaginales, sometidos a exenteración pélvica por diferentes etiologías tiene especial indicación, además de a sus múltiples ventajas asociadas a la menor morbilidad y mortalidad en pacientes postoperadas. No está descrito una mayor tasa de recidivas, hernias o necrosis respecto al uso de material protésico. Si bien es cierto que se necesita mayor número de publicaciones, por el momento resulta de una gran alternativa para el manejo de la fístula enterovaginal multirecidivada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mederos LA, Fuentes MA, Monzón M, Marcos JL. Manejo de la fístula ano-recto-vaginal compleja mediante el procedimiento de Martius: reporte de cinco casos. Rev Gastroenterol Peru. 2018;38(2):196-200.
2. Bannura C, Contreras P, Melo L, Barrera A. Espectro clínico de la fístula rectovaginal. Servicio y Departamento de Cirugía. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile. Rev Chil Obstet Ginecol 2002;67(3): 219-225.
3. Bannura C, Barrera A, Melo L, Illanes F, Gallardo V. Alternativas quirúrgicas en el manejo de la fístula rectovaginal: experiencia de 25 años. Rev Chilena Cirugía. 2017;69(2):144-150.