

# TRANSPOSICIÓN DEL MÚSCULO GRACILIS COMO ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE FÍSTULA RECTOVAGINAL PERSISTENTE. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

TORRES, CARLOS\*  
GONZÁLEZ, PEDRO\*  
SUÁREZ, LUIS\*  
GIL, DINA\*\*

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir el uso de la transposición del músculo gracilis como alternativa de tratamiento, en un caso de fístula rectovaginal recidivada y documentarla con la literatura actualizada.

**Pacientes y método:** Estudio descriptivo de un caso clínico y revisión de la literatura. Paciente femenina de 29 años quien acude a la consulta de cirugía del Hospital Sor Juana Inés de la Cruz por cursar desde hace 3 meses con secreción fecal persistente a través de vagina a pesar de tres cirugías previas. Se le realizó colgajo de mucosa rectal con recidiva de la fístula a los 7 días. La paciente es seleccionada para realizar transposición del músculo gracilis y ostomía derivativa como alternativa quirúrgica.

**Resultados:** Poca morbilidad, buena evolución postoperatoria, curación de la fístula rectovaginal, con un seguimiento sin recidivas durante 6 meses.

**Conclusiones:** El tratamiento de las fístulas rectovaginales persistentes es un problema complejo. La transposición del músculo gracilis es el tratamiento de elección en fístulas rectovaginales recurrentes, en las cuales han fallado reparaciones previas, por lo tanto, ofrece una alternativa de tejido viable con poca morbilidad postoperatoria y alto índice de curación.

**Palabras Clave:** Fístula rectovaginal. Gracilis.

## ABSTRACT

### GRACILIS MUSCLE TRANSPOSITION AS AN ALTERNATIVE IN THE TREATMENT OF PERSISTENT RECTOVAGINAL FISTULA. A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW.

**Objective:** To describe the use of the transposition of the gracilis muscle as an alternative treatment in a case of recurrent rectovaginal fistula and to document it with up-to-date literature.

**Patient and method:** This is a descriptive study of a clinical case and revision of literature. A female 29 years old patient who goes to the the surgery consult at the hospital Sor Juana Inés de la Cruz. She complains and indicates that she has had the symptoms for 3 months with persistent fecal secretion through the vagina even after three previous surgeries. An advancement endorectal flap is performed recurrent fistula after seven days of surgery and is decided to perform the transposition of the gracilis muscle and ostomy as a surgical alternative.

**Results:** Low morbidity, good evolution post-operative, treatment rectovaginal fistula with follow up without recurrence during six months.

**Conclusions:** The treatment for the rectovaginal fistula recurrent is a complex problem. The transposition of the gracilis muscle is the chosen treatment for rectovaginal fistulas recurrent which shows previous failed repair attempts for it offers an alternative with low postoperative morbidity and high cure index.

**Key words:** Rectovaginal fistula. Gracilis

---

\* Servicio de Cirugía General del Hospital Sor Juana Inés de la Cruz. Mérida, Venezuela.

\*\* Hospital Universitario de los Andes. Mérida. Venezuela

Las fístulas rectovaginales (FRV) son poco frecuentes<sup>(1)</sup>. La prevalencia es del 0,1% de todas las patologías vaginales<sup>(2)</sup>. La elección del tratamiento depende de la clasificación de la fístula la cual pueden ser (simple o compleja), de acuerdo a la localización, el funcionamiento de los esfínteres y tratamientos quirúrgicos previos. Las fístulas simples son aquellas localizadas en el tercio medio e inferior de la vagina, menores de 2,5 cm. de diámetro y secundarias a trauma o sepsis. Las FRV complejas son mayores de 2,5 cm de diámetro secundarias a radioterapia, enf de Crohn y otras patologías<sup>(3,4,5)</sup>. La reparación con técnicas locales de las fístulas simples tienen buenos resultados; sin embargo, las técnicas locales en las fístulas complejas presentan resultados poco satisfactorios pero con un índice mayor de recidivas<sup>(3,4,5)</sup>. Además, con el tratamiento local de las fístulas recidivadas éstas recurren<sup>(4,5,6)</sup>. Lowry et al. (1988)<sup>(7)</sup> describen que los pacientes con FRV simples curan en un 85% con un colgajo de mucosa endorectal, sin embargo, el fallo de la primera cirugía disminuye al 55% con un tercer esfuerzo de reparación. Igualmente, recomiendan otras opciones quirúrgicas en estas fístulas que no cierran. En una revisión de la experiencia publicada por cirujanos de colon y recto describen varios tipos de procedimientos quirúrgicos en el tratamiento de fístulas rectovaginales y rectouretrales recidivadas, pero no hay actualmente un procedimiento estándar universalmente aceptado. Entre ellos la derivación fecal u ostomías, los colgajos mucosa endorectal, anastomosis coloanal, la transposición de colgajos con omento, y transposición de varios músculos: bulbocavernosos, recto del abdomen, sartorio, glúteo, y gracilis han sido descritos<sup>(6,8,9,10)</sup>. Nosotros al evaluar las alternativas quirúrgicas que implicaran menor morbilidad y mayor posibilidad de éxito basada en experiencias reportadas por diversos cirujanos de colon y recto optamos por la realización de la transposición del músculo gracilis como alternativa quirúrgica.

## PACIENTE Y MÉTODOS

Paciente femenina de 29 años quien consulta por presentar salida de gases y secreción fecaloidea por vagina de tres meses de evolución. Tiene como antecedente haber sufrido traumatismo genital secundario a caída de su propia altura, presentando lesión de vagina y recto. Es valorada por ginecólogo quien inicialmente realiza rafia primaria de la lesión, presentando recidiva de la fístula. A los 10 días, se le realizó nueva rafia con colgajo de vagina sin obtener resultados. Es valorada en la consulta del servicio de Cirugía General del Hospital Sor Juana Inés de la Cruz, tres meses posterior al traumatismo, donde al examen físico se evidencia lesión de 1 cm de diámetro que comunica el tercio medio de la vagina con el recto a 3 cm del orificio anal, presencia de tejido fibroso, adelgazamiento importante del tabique rectovaginal. Al tacto rectal: esfínter normotónico. A 3 cm

del margen se palpa el orificio. Se planifica tercera intervención con realización de colgajo de mucosa endorectal, evidenciando tejido cicatrizal y adelgazamiento del tabique en su tercio medio, restos de material de sutura, reaparición de los síntomas al 6 día de postoperatorio. Se planifica para realizar transposición del músculo gracilis.

### Técnica quirúrgica

Previa preparación dietética, farmacológica y mecánica del colon, se colocó al paciente en posición de Lloyd-Davis previa colocación de sonda vesical, se realizó inicialmente una colostomía derivativa (Figura 1). Luego se procedió a realizar la movilización del músculo gracilis de la pierna izquierda, con tres incisiones longitudinales en la cara interna del muslo, una primera incisión en su inserción distal para separar el músculo de la tibia, (Figura 2). Se prosiguió a continuación a separarlo del muslo, siempre conservando el pedículo vasculo-nervioso proximal, se pasó el músculo hacia el cuerpo perineal a través de un túnel subcutáneo girándolo sobre su pedículo, (Figura 3) es preciso no realizar maniobras de tracción fuerte por el riesgo de desgarrar o ejercer demasiada tensión sobre el pedículo. Posteriormente se realizó incisión transversa en el cuerpo perineal, con disección del tabique hasta 3 cm. por encima de la fístula rectovaginal y retiro de material de sutura de intervenciones anteriores. Se procedió a reparar el defecto fistuloso con sutura de polipropileno 2-0, previo desbridamiento de la fístula. El músculo se fijó en el cuerpo perineal entre el recto y la vagina, abarcando un área de 3 centímetros alrededor del orificio fistuloso (Figuras 4 y 5).

**Figura 1**



**Figura 2**

Incisiones muslo y movilización músculo gracilis

**Figura 3**

Túnel subcutáneo preservando el paquete vásculo-nervioso

**Figura 4**

El músculo gracilis es colocado entre el recto y vagina

**Figura 5**

El músculo gracilis es colocado entre el recto y la vagina con cierre defecto



Evolución postoperatoria. Ligero edema y dolor en miembro inferior izquierdo que cede con analgésicos, sin limitación funcional para la deambulación.

Cierre de la colostomía. Al tercer mes de postoperatorio posterior a verificar el cierre de la fistula mediante examen ginecológico y rectoscopia.

Resultados. Cierre de la fistula rectovaginal, ausencia de dolor perineal y en el miembro inferior izquierdo, sin limitaciones funcionales al 3er y 6º meses del postoperatorio. La continencia se evidencia normal. La paciente actualmente sin pareja, por lo cual no se ha podido evaluar la presencia de dispareunia; sin embargo, se aprecia buen tono paredes de la vagina.

## DISCUSIÓN

Las fístulas rectovaginales y rectouretrales que no cierran espontáneamente son candidatas a tratamiento quirúrgico. Las FRV recidivadas representan un problema mayor, ya que las cirugías previas debilitan el tabique rectovaginal y producen tejidos mal vascularizados lo que dificulta un cierre adecuado. Actualmente no se ha descrito un tratamiento estándar. Existen varios procedimientos quirúrgicos, los cuales han sido divididos en dos principales grupos. En el primer grupo se realiza el cierre del orificio rectal con o sin colgajo de avance. El principal problema de estos procedimientos es que sólo tratan el lado rectal. Esto es útil en fístulas rectovaginales donde la presión del recto es mayor a la de la vagina, al contrario de las rectouretrales donde la uretra maneja presiones altas. El segundo grupo de técnicas incluye la utilización de tejido viable para interponer entre el recto a la uretra o vagina; para ello se pueden emplear diversos tejidos. El omento puede ser empleado, pero implica una laparotomía y una disección pélvica anterior, lo cual se dificulta en pacientes con cirugías previas. La transposición del músculo del gracilis proporciona un tejido bien vascularizado y es posible la rotación del músculo, evitando la laparotomía. El músculo gracilis se ha usado como colgajo de rotación para varios propósitos sin producir defectos o limitaciones en la fuerza y rango de movilidad del miembro. Pickell et al (1952)<sup>(10)</sup> fue el primero en describir el uso de este músculo en el tratamiento de la incontinencia, posteriormente se han descrito en diversos procedimientos, para construir un neoesfínter alrededor del ano, con o sin el estímulo eléctrico en los pacientes con incontinencia fecal<sup>(11,12,13,14,15,16)</sup>, de igual manera también se han usado para la reconstrucción de lesiones perineales y cierre de heridas en resecciones abdominoperineales, en fístulas rectouretrales o rectovaginales<sup>(8,9,11,12)</sup>. Ryan et al (1979)<sup>(17)</sup> describió el uso de la transposición del gracilis para el tratamiento de fístulas rectouretrales. MacRae et al (1995)<sup>(6)</sup> reporta un 100% de curación en pacientes con fístulas rectovaginales completas tratadas con transposición del músculo gracilis. Nyam y Pemberton (1999)<sup>(11)</sup> sugirió que la transposición del músculo de gracilis tiene una buena proporción de éxito en reparación de fístulas rectouretrales, pero su experiencia era basado en tres casos, con un 100% de éxito, en un período de 15 años. Zmora et al (2003)<sup>(18)</sup> en el departamento de cirugía colorectal de Cleveland Clinic de Florida describe la experiencia con la movilización del músculo gracilis, y sugieren que la transposición de este músculo como procedimiento para el tratamiento de fístulas rectouretrales es exitosa en un 83%, afirmando que esta técnica tiene una alta posibilidad de curación y baja morbilidad. La mayoría de los cirujanos que han empleado la transposición del músculo gracilis describen un 100% de éxito en fístulas rectovaginales o rectouretrales de diversa etiología, tanto inflamatoria, iatrogénica,

post radioterapia, en cirugía por cáncer de próstata o de cuello uterino<sup>(9,10,11,13,14,15,16,17)</sup>, y de igual manera, en todos se describe el empleo de una ostomía y/o ileostomía de protección. Un punto a valorar en el uso de la graciloplastia en estas pacientes es el riesgo de dispareunia. Zmora et al. (2006)<sup>(8)</sup> afirman que un 57% de las mujeres no presentan dolor pélvico posterior al procedimiento. Desafortunadamente no describe la evaluación del riesgo de dispareunia en sus pacientes con transposición del gracilis a largo plazo.

El tratamiento de las fístulas rectovaginales persistentes es un problema complejo. La transposición del músculo gracilis es el tratamiento de elección en fístulas rectovaginales recurrentes en las cuales han fallado reparaciones previas. Los tejidos cicatrizados con poca vascularización son desfavorables para el cierre de las fístulas. El uso de la transposición del músculo gracilis, ofrece una alternativa de tejido viable con poca morbilidad postoperatoria y alto índice de curación. Es muy efectiva en pacientes con FRV persistente.

## REFERENCIAS

1. Baig MK, Zhao RH, Yuen CH, Noguera JJ, Singh JJ, Weiss EG, Wexner Simple rectovaginal fistulas. *Int J Colorectal Dis.* 2000, 15:323-327.
2. Venkatesh KS, Ramanujam PS, Larson DM, Haywood. Anorectal complications of vaginal delivery. *Dis Colon Rectum.* 1989. 32: 1039 -1041.
3. Lowry AC, Thorson AG, Rothenberger DA, Goldberg SA. Repair of simple rectovaginal fistulas: influence of previous repairs. *Dis Colon Rectum.* 1988, 31:676-678.
4. Wise WE Jr, Aguilar PS, Padmanabhan A, Meesig DM, Arnold MW, Stewart WR. Surgical treatment of low rectovaginal fistulas. *Dis Colon Rectum.* 1991, 34:271-274.
5. Hoexter B, Labow SB, Moseson MD. Transanal rectovaginal fistula repair. *Dis Colon Rectum.* 1985, 28:572-5.
6. MacRae H, McLeod R, Cohen Z, Stern H, Reznick R, Treatment of rectovaginal fistulas that has failed previous repair attempts. *Dis Colon Rectum.* 1995, 38:921-5.
7. Lowry AC, Thorson AG, Rothenberger DA, Goldberg SA. Repair of simple rectovaginal fistulas: influence of previous repairs. *Dis Colon Rectum.* 1988, 31:676-8.
8. Zmora O, Tulchinsky H, Gur E, Goldman G, Klausner J, Rabau M. Gracilis muscle transposition for fistulas between the rectum and urethra or vagina. *Dis Colon Rectum.* 2006, 49:1316-21.
9. Izawa JJ, Ajam K, McGuire E, et al. Major surgery to manage definitively severe complications of salvage cryotherapy for prostate cancer. *J Urol.* 2000, 164:1978-81.
10. Pickrell KL, Broadbent IR, Masters FW, Metzger JT. Construction of a rectal sphincter and restoration of anal continence by transplanting the gracilis muscle: a report of four cases in children. *Ann Surg.* 1952, 135:853-62.
11. Nyam DC, Pemberton JH. Management of iatrogenic rectourethral fistula. *Dis Colon Rectum,* 1999, 42:994-7.

12. Fürst A, Schmidbauer C, Swol-Ben J, Iesalniaks I, Schwandner O, Agha A. Gracilis transposition for repair of recurrent anovaginal and rectovaginal fistulas in Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis.* 2007, 10: 413-419
13. Mander BJ, Wexner SD, Williams NS, et al. Preliminary results of a multicenter trial of the electrically stimulated gracilis neoanal sphincter. *Br J Surg.* 1999, 86:1543-1548.
14. Mavrantonis C, Billotti VL, Wexner SD. Stimulated graciloplasty for treatment of intractable fecal incontinence: critical influence of the method of stimulation. *Dis Colon Rectum.* 1999, 42:497-504.
15. Shibata D, Hyland W, Busse P, et al. Immediate reconstruction of the perineal wound with gracilis muscle flaps following abdominoperineal resection and intraoperative radiation therapy for recurrent carcinoma of the rectum. *Ann Surg Oncol.* 1999, 6: 33-37.
16. Schiller Lawrence. Treatment of Fecal Incontinence. *Current Treatment Options in Gastroenterology.* 2003, 6: 319-327.
17. Ryan JA, Beebe HG, Gibbons RP. Gracilis muscle flap for closure of rectourethral fistula. *J Urol.* 1979, 122: 124-125.
18. Zmora O, Potente F, Wexner S, Pikarsky A, Efron J, Nogueras J, Pricolo V, Weiss E. Gracilis muscle transposition for iatrogenic rectourethral fistula. *Ann Surg.* 2003, 4: 483- 487.



## NOTICIAS BREVES



### DR. EMIGDIO BALDA NUEVO DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UCV

El 20 de junio se juramentó como nuevo Decano de la Facultad de Medicina de la UCV para el período 2008-2011 el doctor Emigdio Balda. Para la Sociedad Venezolana de Cirugía es motivo de enorme satisfacción el hecho que uno de sus miembros detente la tan importante función de dirigir los estudios universitarios de Medicina en estos críticos momentos. El doctor Emigdio Balda, llanero de pura cepa, nació en San Fernando de Apure, en 1954. Egresó con el título Médico Cirujano de la Universidad Central de Venezuela en 1979, en la Escuela Luis Razetti. Realizó el internado rotatorio y el postgrado de Cirugía General en el Hospital Universitario de Caracas, obteniendo en 1984 el título de Magister Scientiarum. En esta institución de salud ha realizado el doctor Balda fructífera labor asistencial, docente y gremial. Adjunto del Servicio de Cirugía I, director de la Escuela Luis Razetti, director del postgrado y del Comité de Disciplina de Cirugía General, representante profesoral ante el Consejo de la Facultad de Medicina, hasta ocupar ahora el honorable cargo de Decano. Autor de importantes estudios y tutor de varios trabajos especiales de investigación, su campo de trabajo abarca la docencia, la cirugía laparoscópica y de trauma. Muchos éxitos al doctor Emigdio Balda en el desarrollo de su gestión