

Fístula rectovaginal. Presentación de un caso[★]

Rectovaginal fistula. Case report



Henry Villalonga Aragón^{1*}, René Javier Marrero Vega², Jennifer Rodríguez Grau¹, Abel Santana González-Chávez³

¹Estudiante de 5º año de Medicina. Alumno Ayudante de Cirugía Pediátrica. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Hospital Pediátrico "Eliseo Noel Caamaño". Matanzas-Cuba.

²Estudiante de 5º año de Medicina. Alumno Ayudante de Pediatría. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Hospital Pediátrico "Eliseo Noel Caamaño". Matanzas-Cuba.

³Especialista de II grado en Cirugía Pediátrica. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Hospital Pediátrico "Eliseo Noel Caamaño". Matanzas-Cuba.

*El trabajo se presentó en la Jornada Provincial de Casos Interesantes, Matanzas-Cuba.

Recibido: 19/04/18 | Revisado: 13/05/18 | Aceptado: 06/11/18 | Online: 18/12/18

✉Correspondencia: (H. Villalonga Aragón). Correo electrónico: rvcastro.mtz@infomed.sld.cu



Citar como: Villalonga H, Marrero RJ, Rodríguez J, González-Chávez AS. Fístula rectovaginal. Presentación de un caso. 16 de Abril. 2018;57(269):207-210.

Resumen

Las malformaciones anorrectales están entre las anomalías congénitas más frecuentes en la cirugía pediátrica y tienen una incidencia estimada entre 1 en 2000 y 1 en 5000 nacidos vivos. Dentro de ellas se encuentra la fístula rectovaginal, una anomalía que según la clasificación Krickenbeck, se encuentra entre las más raras. A pesar del desarrollo de nuestra medicina y de nuestro sistema de salud con excelentes resultados reconocidos a nivel internacional, la falta de sistematicidad en la aplicación del método clínico defendido por nuestra escuela de medicina, conlleva a errores y retrasos diagnósticos que pueden atentar con un desempeño de excelencia en la práctica médica. El presente caso se trata de una recién nacida que a los 19 días le detectaron un ano imperforado, por un mal empleo del método clínico.

Palabras clave: fístula rectovaginal, malformaciones anorrectales, recién nacido

Abstract

Anorectal malformations are among the more frequent congenital anomalies in pediatric surgery, with an estimated incidence ranging between 1 in 2000 and 1 in 5000 live births. Among them, is the rectovaginal fistula, an anomaly that according Krickenbeck classification is within the rarest. Despite the development of our medicine and our

health system with excellent internationally recognized results, the lack of systematic application of the clinical method advocated by our school of medicine, leads to errors and diagnostic delays that can threaten performance of excellence in medical practice. The present case is about a newborn who, at 19 days, was diagnosed with an imperforate anus due to a poor use of the clinical method.

Keywords: anorectal malformations, rectovaginal fistula, newborn

Introducción

Las malformaciones anorrectales (MAR) están entre las anomalías congénitas más frecuente en la cirugía pediátrica, con una incidencia estimada entre 1 en 2000 y 1 en 5000 nacidos vivos¹. Es un poco más frecuente en varones (1,4:1), aunque esto puede variar de acuerdo con el nivel del defecto². La agenesia anorrectal con fístula rectovaginal (FRV) es muy baja (1 %), aunque en la literatura inglesa varía entre 0-84 %, debido a errores en la nomenclatura³. A lo largo de los años se han propuesto varias clasificaciones y actualmente la más conocida es la propuesta por Krickbeck (tabla 1)⁴.

Tabla 1. Clasificación diagnóstica internacional de Krickbeck.

Variantes clínicas más frecuentes

Fístula perineal (cutánea)
Fístula rectouretral bulbar
Fístula rectovesical
Fístula vestibular
Cloaca
No fístula
Estenosis anal

Variantes raras o regionales

- Colon en bolsa
- Atresia o estenosis rectal
- Fístula rectovaginal
- Fístula en H

Las MAR se clasifican de acuerdo a su nivel anatómico y el sexo. Según su nivel anatómico, las malformaciones son caracterizadas en cuanto a si se producen a un nivel alto, intermedio o nivel bajo, con o sin fistula asociada. Del 50 al 60 % de los niños presentan una o más

anomalías asociadas; dentro de estas las más frecuentes son cardiovasculares, gastrointestinales, vertebrales y genitourinarias⁵. Estas anomalías deben ser investigadas antes de proceder al tratamiento quirúrgico, ya que en ocasiones determinan el pronóstico del paciente⁶.

Presentación del caso

Paciente femenina de 2 meses de edad, con antecedentes de parto por cesárea, anterior a las 40 semanas, con un peso al nacer de 3400 g. Fue dada de alta del hospital municipal de Jagüey Grande, donde ocurrió el nacimiento, a las 72 horas sin ninguna complicación.

A los 19 días es detectado en la consulta de puericultura la presencia del ano imperforado (figura 1) y es remitida al Hospital Pediátrico “Eliseo Noel Caamaño” donde se procede a la primera etapa del tratamiento quirúrgico que consiste en una colostomía derivativa, donde el colon descendente se hace sigmoides. Se realiza posteriormente un colograma distal y fistulografía con contraste hidrosoluble, lo cual confirma el diagnóstico de fístula rectovaginal.

Los exámenes de laboratorio incluyeron: hematocrito (0,52), leucograma (12,4 x 10⁹/L), conteo de plaquetas (317 x 10⁹/L), glicemia (5,9 mmol/L), pO₂ (64,5 mmHg), pCO₂ = 30,3 mmHg, pH (7,503), sodio (136,8 mmol/L), cloro (104,6 mmol/L), calcio (1,371 mmol/L) y potasio (5,82 mmol/L).

A las 12 semanas de realizada la colostomía, se efectúa una anorrectoplastia sagital posterior satisfactoriamente. Se procede al cierre de la colostomía 3 meses después, mostrando la paciente una evolución favorable.

Discusión

Al evaluar un recién nacido con una malformación anorrectal, es necesario descartar la presencia de anomalías asociadas que puedan poner en peligro su vida⁷. Una vez realizado el diagnóstico de la MAR, se debe realizar la evaluación de la presencia de una fístula. Un examen cuidadoso del meato uretral con la comprobación de manchas de meconio, es importante y podría indicar una fístula en el sistema urogenital. Es posible que pueda tardar hasta 24 horas para que los signos de una fístula resulten evidentes. Por lo tanto, la ausencia de estos hallazgos durante el primer día de vida no elimina la posibilidad de una fístula coexistente.



Figura 1. Lactante con agenesia anorrectal y fístula rectovaginal.

Dentro de los estudios diagnósticos que se deben realizar en estos pacientes sin evidencia clínica de fístula se encuentra el invertograma, que fue introducido por Wangsteen y Rice en 1930, y en ocasiones se combina con contraste a través del periné en la luz del intestino distal⁸.

El tradicional invertograma no es tan utilizado actualmente ya que una radiografía lateral con el paciente en posición prono y la pelvis elevada (3 cm) es igualmente bueno para demostrar el bolsón rectal

evitando así la posibilidad de vómitos, cianosis y broncoaspiración que pudieran ocurrir⁶.

No existe un protocolo universal para el manejo de las variantes raras/regionales⁹. El tratamiento quirúrgico no está estandarizado. La mayoría de los neonatos requieren una colostomía inicial para descompresión. Para el tratamiento definitivo, la anorrectoplastia sagital posterior proporciona una mejor exposición de la anatomía distal del recto dentro del complejo esfinteriano¹⁰.

A pesar del desarrollo de nuestra medicina y de nuestro sistema de salud, con excelentes resultados reconocidos a nivel internacional, la falta de sistematicidad en la aplicación del método clínico defendido por nuestra escuela de medicina, conlleva a errores y retrasos diagnósticos que pueden atentar con un desempeño de excelencia en la práctica médica.

Conclusiones

Es importante la aplicación correcta del método clínico por parte de los profesionales de la salud. Un diagnóstico temprano de las malformaciones anorrectales permite su rápida corrección evitando de ese modo la aparición de posibles complicaciones.

Aspectos éticos

Se solicitó el consentimiento informado para el empleo de este material con fines científicos.

Autoría

Los autores participaron en igual medida en la realización del estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Ninguno.

Referencias

1. Gangopadhyay AN, Pandey V. Anorectal Malformations. Indian Assoc Pediatr Surg. 2015;20(1):10-15.
2. Engum SA, Grosfeld JL. Anorectal anomalies. En: Yeo CJ. Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract. Philadelphia: Elsevier; 2013. p. 2273-97.
3. Choudhury SR, Khan NA, Debnath PR, Yadav PS, Shah S, Chadha R. Anorectal agenesis with rectovaginal fistula: A rare/regional variant. J Indian Assoc Pediatr Surg. 2017;22:79-82.
4. Holschneider A, Hutson J, Peña A, Beket E, Chatterjee S, Coran A, et al. Preliminary report on the international conference for the development of standards for the treatment of anorectal malformations. J Ped Surg. 2005;40(10):1521-26.
5. Bhatnagar S. Anorectal Malformation (Parte 1). J Neonatal Surg. 2015;4(1):7.
6. Coran A, Adzick NS, Krummel T, Laberge JM, Shamberger R, Caldamone A. Pediatric Surgery. Philadelphia: Elsevier; 2012.
7. Rosen NG, Hong AR, Soffer SZ, Rodriguez G, Pena A. Rectovaginal fistula: a common diagnostic error with significant consequences in girls with anorectal malformations. J Pediatr Surg. 2002;37(7):961-5.
8. Bischoff A, Levitt MA, Peña A. Malformaciones anorrectales. CIRUPED. 2011;1(2):48-56.
9. Levitt MA, Peña A. Imperforate Anus and Cloacal Malformations. En: Holcomb GW, Murphy JP, Ostlie DJ. Ashcraft's Pediatric Surgery. Philadelphia: Elsevier; 2014. p. 492-514.
10. Tiwari C. Congenital rectovaginal fistula with anorectal agenesis: A rare anorectal malformation. Int J Pediatr Adolesc Med. 2017;4(4):138-40.



Este artículo de **Revista 16 de Abril** está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, **Revista 16 de Abril**.