

# Reconstrucción del esfínter anal por destrucción extensa del tabique recto - vaginal

Dres. Edgardo Torterolo y Jorge Bermúdez

Se presenta un caso de reparación del esfínter anal y periné, secundario a un absceso y fístula operado en varias oportunidades, con intentos de reparación que fracasaron. Previa colostomía iliaca se reparó el periné y esfínter en forma anatómica, con un excelente resultado funcional. Se insiste en determinados aspectos de la técnica y la táctica quirúrgicas.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:*  
Anus / Surgery.

## INTRODUCCION

Creemos de interés la presentación de este caso que, si bien del punto de vista anatómico y etiológico es visto con relativa frecuencia, la gravedad del mismo así como la solución que se le dio no son las más habituales.

## CASO CLINICO

32 años, ♀, Hospital de Clínicas Nº 428097, presenta una historia de un año de evolución que comenzó con el drenaje de un absceso, la formación consiguiente de una fístula, que fue reseca, a partir de cuyo momento aparece la incontinencia y la imposibilidad de mantener relaciones sexuales. Se realiza un intento de reparación, que fracasa de inmediato, por lo cual es enviada al Servicio, sin los protocolos operatorios. Al ingreso presentaba una incontinencia total para gases y materias, comprobándose al examen la existencia de una cloaca rectovaginal por desaparición de la mitad inferior del tabique, palpándose los elevadores a ambos lados pero sin esfínter externo ni interno.

Se realiza como primera medida una colostomía iliaca a fin de desfuncionalizar el recto. Dos semanas después se realiza la reparación, de la siguiente forma: 1) Incisión en doble herradura, anterior y posterior, diseccionando los colgajos vaginales y rectales, así como el resto del tabique rectovaginal. 2) Identificación de los elevadores en ala profundidad, a ambos lados de la vagina y tabique, de los cabos seccionados de los bulbocavernosos hacia adelante transversos del periné hacia los lados y del esfínter externo e interno hacia atrás. 3) Cierre de la mucosa anal hasta la unión mu-

*Clinica Quirúrgica "A". Hospital "Dr. M. Quintela". Facultad de Medicina. Montevideo.*

cocutánea. 4) Aproximación de los elevadores entre vagina y recto, mediante varios puntos, tal como en la perineorrafia. 5) Sutura de los cabos del esfínter (externo e interno juntos), sin reseca tejido fibroso, en forma de sobretodo, mediante puntos en U de alambre de acero inoxidable. 6) Sutura de los cabos del transverso del periné y bulbocavernosos, reparando así el nudo central del periné. 7) Cierre de vagina y aproximación de la piel, que se deja entreabierto para drenaje.

La evolución fue sin incidentes, cerrando el periné en forma secundaria al cabo de tres semanas aproximadamente. Luego se cerró la colostomía. El resultado funcional fue excelente de entrada, recuperando la continencia perfecta para gases y materias y pudiendo mantener relaciones sexuales normales.

Al año se realizó una manometría rectal, que mostró valores normales.

## COMENTARIO

Varios son los puntos que interesa discutir: el primero es el de la realización previa de la colostomía. Creemos con Parks (4, 5) y Goligher (1) indicada la maniobra ya que nos asegura un ano destransitado, con un mínimo riesgo de infección, capaz de arruinar la mejor técnica quirúrgica. La creemos de indicación formal en casos como éste, multioperados, en los cuales una nueva falla deja menos tejidos locales para una nueva reparación y tiene además una desastrosa repercusión síquica sobre la paciente. Sin embargo, numerosos autores no la consideran necesaria (3, 7, 8).

El segundo punto es la necesidad de empeñar un máximo de esfuerzo en realizar la reparación con los tejidos locales, insustituibles para la función de la continencia.

El tercero es la técnica de la sutura, en la cual conservamos el tejido fibroso (5, 6, 8), el cual sirve de apoyo a los puntos que deben ser de material inerte. Por otro lado el entrecruzamiento sirve para darle al esfínter reparado el tono adecuado. Si queda estrecho, es fácil dilatarlo; si queda laxo, no tiene otra solución que la quirúrgica, y difícil.

El cuarto punto es que creemos importante dejar la piel entreabierto, que permita la salida de una posible colección. La piel del periné posee una considerable capacidad de reparación plástica, más aún en caso de colostomía.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 9 de abril de 1980.

Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica y Residente de Cirugía.

Dirección: Gral. Baldomir 2437, Montevideo (Dr. E. Torterolo).

Estamos convencidos de que el buen resultado obtenido se debe a la suma de estos detalles táctico - técnicos.

## RESUME

### Reconstruction du sphincter anal par destruction étendue de la cloison recto - vaginale

On présente un cas de réparation du sphincter anal et du périnée, à la suite d'un abcès et fistule, opéré à plusieurs reprises, avec des essais de réparation qui ont échoué.

Après avoir fait une colostomie iliaque, on a réparé le périnée et le sphincter sous forme anatomique, avec un excellent résultat fonctionnel. On insiste sur certains aspects de la technique et la tactique chirurgicales.

## SUMMARY

### Reconstruction of an Anal Sphincter Which had suffered Extensive Destruction of the Recto - Vaginal Wall

The patient had been operated several times in attempts to repair anal sphincter and perineum, secondary to abscess and fistula, which had failed. An iliac

colostomy was first performed, then the perineum and sphincter were repaired in an anatomic manner, with excellent functional result. There follows an account of certain aspects of this technique and surgical tactics which are essential to success.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. GOLIGHER JC. Anal Incontinence. In "Surgery of the Anus, Rectum and Colon". London. Bailliere - Tindall, 1975.
2. GREENWALD JC and HOEXTER B. Repair of rectovaginal fistulas. *Surg Gynecol Obstet*, 146: 443, 1978.
3. HAGIHARA PF, GRIFFEN WQ. Delayed correction of Anorectal Incontinence due to Anal Sphincter injury. *Arch Surg*, 111: 63, 1976.
4. HARDCASTLE JD and PARKS A. A study of Anal Incontinence and Some Principles of Surgical Treatment. *Proc R Soc Med (Suppl.)*: 63: 116, 1970.
5. PARKS A. Anorectal Disorders. *Med Annual*, 1971.
6. PARKS A. Anorectal incontinence. *Proc R Soc Med*, 68: 681, 1975.
7. RUSSELL TR and GALLAGHER DM. Low rectovaginal fistulas, approach and treatment. *Am J Surg*, 134: 13, 1977.
8. SLADE MS, GOLDBERG HS, SCHOTTLER JL, BALCOS EG and CHRISTENSEN CE. Sphincteroplasty for acquired anal incontinence. *Dis Col Rectum*, 20: 33, 1977.
9. TELINDE RW. Desgarros totales del perineo y fistulas rectovaginales. En: "Ginecología operatoria". Buenos Aires. Bernardes, 1948, p. 240.