

## Fístula rectovaginal operada con anestesia local infiltrativa

### Rectovaginal Fistula Treated Under Local Infiltration Anesthesia

Yaneilis Gil García<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0009-6994-3801>

Yoandra Benítez González<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0009-0005-0346-7479>

Andrea Guissella Puentestar Jaramillo<sup>2,3</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5847-3025>

Christian Rafael Bravo Encalada<sup>4,5</sup> <https://orcid.org/0009-0006-3618-830X>

Geovany José Pérez Curbelo<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0001-9633-0375>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo. La Habana, Cuba.

<sup>2</sup>Universidad Técnica Particular de Loja. Ecuador.

<sup>3</sup>Instituto Nacional de Gastroenterología. La Habana, Cuba.

<sup>4</sup>Universidad Nacional de Loja. Ecuador.

<sup>5</sup>Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Dr. Salvador Allende. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [ybenitez@infomed.sld.cu](mailto:ybenitez@infomed.sld.cu)

## RESUMEN

**Introducción:** La fístula rectovaginal consiste en la comunicación anormal entre el ano-recto y la vagina mediante un trayecto, que provoca gran malestar en las pacientes que la padecen.

**Objetivo:** Presentar los resultados de una paciente con diagnóstico de una fístula rectovaginal operada ambulatoriamente con anestesia local infiltrativa.

**Presentación del caso:** Se presentó una paciente de 28 años de edad, con antecedentes de salud, que llegó a consulta con diagnóstico de una fístula rectovaginal secundaria a ser operada de una bartolinitis. Luego del chequeo

preoperatorio se realizó intervención quirúrgica ambulatoria con anestesia local infiltrativa, seguimiento semanal en consulta durante el primer mes y alta definitiva a las diez semanas de operada.

**Conclusiones:** La fístula rectovaginal puede causar una serie de complicaciones, que incluyen la fuga de heces a través de la vagina, e infecciones con impacto significativo en la calidad de vida de las pacientes, pero con un diagnóstico adecuado y un tratamiento quirúrgico efectivo, puede lograrse resolver este malestar.

**Palabras clave:** fístula rectovaginal; cirugía ambulatoria; anestesia local infiltrativa.

## ABSTRACT

**Introduction:** A rectovaginal fistula is an abnormal connection between the anorectal region and the vagina via a tract, causing significant discomfort in affected patients.

**Objective:** To present the results of a patient diagnosed with a rectovaginal fistula who underwent outpatient surgery under local infiltration anesthesia.

**Case Presentation:** A 28-year-old patient with no significant medical history presented for consultation with a diagnosis of a rectovaginal fistula secondary to surgery for Bartholin's gland inflammation. Following the preoperative examination, outpatient surgery was performed under local infiltration anesthesia, with weekly follow-up visits during the first month and final discharge ten weeks post-surgery.

**Conclusions:** A rectovaginal fistula can cause a series of complications, including fecal leakage through the vagina and infections, which significantly impact patients' quality of life; however, with an accurate diagnosis and effective surgical treatment, this condition can be successfully resolved.

**Keywords:** rectovaginal fistula; outpatient surgery; local infiltration anesthesia.

Recibido: 20/11/2025

Aceptado: 24/11/2025

## Introducción

La fístula rectovaginal (FRV) es la comunicación anormal entre el recto y la vagina, la cual es poco frecuente. Su importancia radica en los trastornos que provoca en la esfera psíquica, sexual y social. El trauma obstétrico y vaginal; la enfermedad inflamatoria intestinal; la radioterapia; el cáncer pélvico, perineal o anorrectal; y la iatrogenia quirúrgica constituyen los factores de riesgo para su desarrollo.

No todas las fístulas rectovaginales son detectadas en el examen bidigital inicial. Para ponerlas de manifiesto, se puede llenar la vagina con agua y observar la salida de burbujas durante la rectoscopia. Otra maniobra es colocar un tampón en la vagina e instilar azul de metileno por el recto y luego de 10-15 minutos examinar la tinción del tampón. Ante su sospecha, cuando no es posible realizar el examen físico por dolor, se hace necesaria la exploración bajo anestesia.<sup>(1,2,3,4)</sup>

Las fístulas rectovaginales se clasifican en simples y complejas. Las primeras son las ubicadas en el tercio inferior o medio de la vagina. Las complejas son las que se ubican en el tercio proximal de la vagina. La mitad de las pequeñas fístulas de origen obstétrico se curan espontáneamente, por lo que resulta conveniente esperar al menos seis meses para realizar una cirugía.<sup>(5)</sup>

El mejor procedimiento quirúrgico para su reparación varía de acuerdo con la ubicación, el tamaño y la causa de la fístula; y su abordaje puede ser transanal, perineal, transvaginal o abdominal.<sup>(6)</sup> Una fístula rectovaginal comunica el sistema de alta presión del recto con el sistema de baja presión de la vagina, por lo que el abordaje a través del ano-recto proporciona un buen resultado. El éxito de la reparación depende de su complejidad y para lo cual, es importante la elección de la técnica quirúrgica ideal en cada caso.<sup>(6)</sup>

A todas las pacientes se les solicitó el consentimiento informado para el empleo de este material con fines científicos. El objetivo de la presentación fue presentar los resultados de una paciente con diagnóstico de una fístula rectovaginal operada ambulatoriamente con anestesia local infiltrativa.

## Presentación del caso

Se presenta una paciente de 28 años de edad, con antecedentes de parto transvaginal instrumentado seis años atrás, que refirió que hacía aproximadamente un año habría presentado un absceso próximo a la glándula de Bartolino, por la cual llevó tratamiento de urgencia con incisión y drenaje. Tres meses después, se le resecó la glándula como tratamiento definitivo, y a tres meses de la extirpación de la glándula de Bartolino notó que comenzó a expulsar gases y heces por vagina, acompañado de molestias, prurito y escaso sangrado.

## Examen físico

Al examen físico, se constató:

- Tacto vaginal: normal
- Examen con espejulo: se observó orificio fistuloso de bordes fibroso en pared posterior de la vagina a 1,5 cm del introito vaginal
- Región perianal:
  - Inspección: normal
  - Examen digital rectal: induración en la zona de la línea anorrectal anterior donde estaba el orificio fistuloso
  - Esfínter normo tónico

## Estudios realizados

Los estudios mostraron lo siguiente:

- Anoscopia: se observó a nivel del conducto anal, la cripta engrosada a nivel del orificio fistuloso
- Hemograma y química sanguínea en límites normales

## Tratamiento

Para el tratamiento se tuvo en cuenta lo siguiente:

- Tras discusión colectiva en el servicio se programó turno quirúrgico para una cirugía electiva mayor ambulatoria con anestesia local infiltrativa.
- Luego del bloqueo nervioso de la región perianal y periné anterior con lidocaína al 1 %, introdujo el explorador por orificio fistuloso de la vagina.
- Se realizó fistulotomía cortando la apertura de la fistula (fig. 1).



**Fig. 1** - Fistulotomía.

- Posteriormente se realizó fistulectomía con desbridamiento y raspado para eliminar el tejido infectado, el que incluyó trayecto y orificios fistulosos.
- Se realizó adecuada hemostasia y vendaje de la herida (fig. 2).



**Fig. 2 - Fistulectomía.**

- Se indicó como tratamiento posoperatorio inmediato reposo en cama, dieta libre y analgésicos.
- Luego de las 24 h de operada, se le indicó higiene anal local posdefecatoria y a la hora del baño; defecar diario, e hidroterapia (baños de asientos tibios), tres veces al día por 20 minutos.

La paciente acudió a consulta semanal hasta su recuperación, en la cual se tomaron fotos para evaluar su evolución por semanas, con buena granulación de la región perianal. Se mantuvo el seguimiento por el servicio de coloproctología con curas con mercurio cromo y las medidas antes mencionadas hasta las diez semanas, durante las cuales la paciente mantuvo una buena evolución. Una vez que la herida estuvo completamente cerrada por segunda intención, se decidió su alta definitiva.

## Discusión

La discusión analiza el manejo del caso a la luz de la evidencia científica actual, en la que la fístula rectovaginal constituye una condición médica con significativo impacto físico, psicológico y social para quienes la padecen.<sup>(7,8)</sup>

La paciente presentaba el síntoma cardinal de una FRV: la eliminación de gases y heces a través de la vagina.<sup>(7)</sup> Como se corroboró en el examen físico con espéculo, este hallazgo es fundamental para su diagnóstico. En muchos casos—la fístula es claramente visible durante un minucioso examen pélvico,<sup>(9)</sup> por lo que la exploración física en este caso permitió identificar el orificio fistuloso y su localización a 1,5 cm del introito vaginal, lo que la clasifica como una fístula baja, según la estratificación que ubica estas lesiones en el tercio inferior del recto y la mitad inferior de la vagina.<sup>(8)</sup>

El manejo diagnóstico fue acertado al incluir una anoscopia, la cual reveló la cripta engrosada correspondiente al orificio interno, lo que completó así la evaluación del trayecto fistuloso.

El tratamiento definitivo de la mayoría de las FRV es quirúrgico, y la elección de la técnica depende de factores como la etiología, el tamaño, la localización y la calidad de los tejidos circundantes.<sup>(8,9)</sup>

En este caso, se optó por una fistulotomía y fistulectomía con curetaje del trayecto. El abordaje directo empleado es común en fístulas anales simples, pero puede considerarse en FRV bajas seleccionadas. Sin embargo, la literatura actual sugiere que, para el tratamiento de las FRV de origen obstétrico, existen otras técnicas con mayores tasas de éxito anatómico.

Una revisión sistemática y metaanálisis reciente de 2025 evaluó específicamente los resultados en FRV y encontró que técnicas como el procedimiento de Musset (colpoperineorrafia) y la escisión con cierre por capas (ECL), ya sea por vía transvaginal o transperineal, muestran mejores resultados anatómicos en comparación con el colgajo de avance endorrectal (ERAF)<sup>(10)</sup>

El procedimiento de Musset, en particular, está indicado en casos en los que existe un daño perineal asociado y que resulta en una cloaca anovaginal, ya que reconstruye integralmente el periné.<sup>(11)</sup>

Los principios fundamentales de la cirugía de estas fístulas incluyen la escisión del tejido no viable, la reparación con tejido sano y bien vascularizado, y la interposición de planos de tejido entre el recto y la vagina para prevenir la recurrencia.<sup>(8,11)</sup>

La fistulectomía realizada en el paciente cumple con el primer principio. No obstante, en procedimientos más complejos como los colgajos de avance o las técnicas que interponen músculo (como el colgajo de Martius o el Gracilis), se busca asegurar una barrera sólida entre ambos órganos y es especialmente crucial en fístulas recurrentes o de origen radiógeno.<sup>(8,12)</sup>

El manejo posoperatorio descrito en el caso, que incluyó higiene meticulosa, baños de asiento (hidroterapia) y curas locales es fundamental para el éxito.<sup>(9)</sup> Mantener la zona limpia y seca previene infecciones y favorece la cicatrización. El seguimiento semanal hasta la recuperación completa, que en este caso se extendió por diez semanas, fue clave para monitorizar la cicatrización por segunda intención.

Respecto al tiempo de recuperación, un metaanálisis de 2024 sobre recuperación de fístulas obstétricas en Etiopía, reportó una mediana de tiempo de recuperación de 4,05 semanas.<sup>(11,13)</sup>

La evolución de diez semanas en la paciente presentada puede considerarse dentro de un rango aceptable, especialmente para una herida que cicatriza por segunda intención. De este modo, la variabilidad en los tiempos de recuperación puede atribuirse a diferencias en las técnicas quirúrgicas, el estado general de la paciente, la calidad de los tejidos y la presencia o ausencia de infección.

El éxito del tratamiento no solo se mide por el cierre anatómico de la fístula, sino por la restauración de la función y la calidad de vida de la paciente. La incontinencia fecal, las infecciones urinarias recurrentes, y el impacto en la autoestima y la vida íntima son complicaciones frecuentes que deben abordarse.<sup>(7)</sup> Si bien en la paciente presentada la evolución fue favorable, es esencial que en estos casos se realice un

seguimiento a largo plazo para evaluar la función esfinteriana completa y el bienestar psicosocial de las pacientes. En casos de daño del esfínter anal asociado, una reparación esfinteriana concomitante podría ser necesaria para optimizar los resultados funcionales.<sup>(9,11)</sup>

## Conclusiones

La fístula recto vaginal puede causar una serie de complicaciones, entre las que se incluyen la fuga de heces a través de la vagina y las infecciones con impacto significativo en la calidad de vida de las pacientes; pero con un diagnóstico adecuado y un tratamiento quirúrgico efectivo, se logra resolver este significativo malestar en aquellas pacientes que lo padecen. El tratamiento de la paciente con FRV mediante fistulectomía y cicatrización por segunda intención resultó en un desenlace favorable. Este caso clínico subraya la importancia del diagnóstico preciso, y de la selección de la técnica quirúrgica adecuada a las características de la fístula, así como de un tratamiento posoperatorio meticuloso. De este modo, la decisión terapéutica debe ser individualizada, al considerar la experiencia del cirujano y los principios fundamentales de la cirugía reconstructiva pélvica, en aras de lograr los mejores resultados funcionales y de calidad de vida para la paciente.

## Referencias bibliográficas

1. Hanavadi S, Durham-Hall A, Oke T, Aston N. Forgotten vaginal pessary eroding into rectum. Ann R Coll Surg Engl 2004;86(6):18-9. DOI: <https://doi.org/10.1308/147870804182>
2. Purwar B, Panda S, Odogwu SO, Joseph AT. Recto-vaginal sex leading to colostomy and recto-vaginal repair. Int J STD AIDS 2008;19(1):57-8. DOI: <https://doi.org/10.1258/ijsa.2007.005694>

3. Singhal SR, Nanda S, Singhal SK. Sexual intercourse: an unusual cause of rectovaginal fistula. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;131(2):243-4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2006.04.039>
4. Tebeu PM, Fomulu JN, Khaddaj S, de Bernis L, Delvaux T, Rochat CH. Risk factors for obstetric fistula: a clinical review. *Int Urogynecol J* 2012;23(4):387-94. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00192-011-1622-x>
5. Homsy R, Dai Koku NH, Littlejohn J, Wheeless CP. Episiotomy: risks of dehiscence and rectovaginal fistula. *Obstet Gynecol Surg* 1994;49(12):803-8. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7885655>
6. Hoexter B, Labow SB, Moseson MD. Transanal rectovaginal fistula repair. *Dis Colon Rectum* 1985;28(8):572-5. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02554145>
7. Mayo Clinic. Fístula rectovaginal - Síntomas y causas. 2024 [acceso 04/11/2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/rectovaginal-fistula/symptoms-causes/syc-20377108>
8. Tuma F, McKeown DG, Al-Wahab Z. Fístula rectovaginal. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [acceso 02/11/2025];1(54). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535350>
9. Mayo Clinic. Fístula rectovaginal - Diagnóstico y tratamiento; 2024. [acceso 03/11/2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/rectovaginal-fistula/diagnosis-treatment/drc-20377113>
10. Venara A, Houlet E, Pouopard E, Andre M, Bouet PE. Surgical repair of obstetric rectovaginal fistula: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Tech Coloproctol*. 2025 [acceso 04/11/2025];29(1):95. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11976829>
11. Asmare L, Bayou FD, Arefaynie M, Tsega Y, Endawkie A. Revisión sistemática y metaanálisis sobre el tiempo de recuperación de la fístula obstétrica en Etiopía, *BMC Women's Health*. 2023;24(1):547. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03391-7>
12. Cosson G, Giraudet E, Declas S, Delplanque E. Tratamiento de fístula rectovaginal y de las secuelas obstétricas. *EMC - Ginecología-Obstetricia*. 2020;56(2):1-12. DOI:

[https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(20\)43720-8](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(20)43720-8)

13. Bannura GC, Barrera EA, Melo LC, Ilianis FF, Gallardo VC. Alternativas quirúrgicas en el manejo de la fístula rectovaginal: experiencia de 25 años. Rev Chil Cir. 2017 [acceso 04/11/2025];69(2):144-50. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirugia-266-articulo-alternativas-quirurgicas-el-manejo-fistula-S037938931630120X>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.