

Reporte de caso

Ano-recto-vulvo-vaginoplastia perineal en paciente pediátrica para reparación de fístula rectovaginal secundaria a abuso sexual

Sexual Assault-Related Rectovaginal fistula repair by perineal anal-recto-vulvar-vaginoplasty in a pediatric patient

Jesús Fernández-Fernández MD^a
Robersy Pérez MD^b
Moraima Romero MD^b
Dario Montiel MD^a
Sahily Morales MD^b
Jesús Fernández-Chacín^c

^a Servicio de Urología Pediátrica, Hospital Universitario de Maracaibo, Universidad del Zulia, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela.

^b Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario de Maracaibo, Universidad del Zulia, Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela.

^c Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.

RESUMEN

Introducción: la fístula rectovaginal es una conexión anómala entre el recto y la vagina, que suele manifestarse clínicamente con la expulsión de heces a través de esta última. **Reporte del caso:** se presenta el caso clínico de una paciente de 13 años, abusada sexualmente a los 6 años de edad, quien consultó por eliminación de gases y heces por la vulva a pesar de haber sido sometida a reparación de fístula rectovaginal en 2 oportunidades previas. En esta ocasión, la comunicación rectovaginal fue corregida a través de ano-recto-vulvo-vaginoplastia perineal con colostomía sigmoidea derivativa temporal de protección. **Discusión:** posterior a la cirugía se confirmó la corrección de la comunicación rectovaginal y la continencia fecal, con excelentes resultados cosméticos para la paciente. Se hacen algunas consideraciones teóricas sobre las diferentes opciones terapéuticas quirúrgicas empleadas en niñas con este tipo de lesiones adquiridas. **Conclusiones:** La ano-recto-vulvo-vaginoplastia perineal, representa un abordaje idóneo para la corrección de defectos complejos de esta naturaleza.

Palabras clave: fístula rectovaginal, agresión sexual, anorectovulvovaginoplastia perineal.

© 2025 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Fecha recibido: octubre 23 de 2023
Fecha aceptado: septiembre 10 de 2024

Autor para correspondencia:

Dr. Jesús Angel Fernández-Fernández
jafernandezf@hotmail.com

DOI

10.31260/RepertMedCir.01217372.1434

ABSTRACT

Introduction: a rectovaginal fistula is an anomalous communication between the rectum and the vagina, which usually manifests clinically by stool expulsion through the later. **Case report:** we present a clinical case of a 13-year-old girl who was sexually abused at 6 years of age, who consulted for vulvar air and fecal leakage, despite of having undergone two previous rectovaginal fistula repairs. This time, the rectovaginal communication was corrected through perineal anal-recto-vulvar-vaginoplasty plus a temporary diverting protective colostomy. **Discussion:** rectovaginal communication repair and fecal continence were confirmed, after surgery, exhibiting excellent cosmetic results for the patient. Some theoretical considerations are made on the different surgical therapeutic options used in girls with this type of acquired lesions. **Conclusions:** perineal anal-recto-vulvar-vaginoplasty, represents an ideal approach for correcting complex deficits of this nature.

Keywords: rectovaginal fistula, sexual assault, perineal anal-recto-vulvar-vaginoplasty

© 2025 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

La fistula rectovaginal representa una comunicación anormal entre las superficies epiteliales de la pared anterior del recto y la posterior de la vagina. Ante el paso de gases o heces a través de esta última, el diagnóstico ofrece pocas dificultades. Cuando es producto de abuso sexual, además del daño funcional causa gran afectación psicológica debido a autoculpa, temor a represalias y lealtad, y/o temor al agresor y a la familia. El proceso terapéutico suele ser un desafío tanto para la paciente como para el cirujano, debido a sus síntomas irritantes y vergonzosos y al alto índice de fracasos de la reparación quirúrgica.

REPORTE DE CASO

Adolescente de 13 años de edad quien sufrió ataque sexual con penetración vaginal a los 6 años, el cual ocasionó desgarró recto-vulvo-vaginal severo, intentándose corregir sin éxito en 2 oportunidades durante la fase aguda del trauma mediante rafia primaria de las lesiones con colostomía de protección tipo Hartman. La paciente consultó después de 7 años, momento en que fue corregida la lesión a través de anorrectovulvovaginoplastia perineal con realización simultánea de colostomía sigmoidea derivativa temporal tipo Hartman, ya que la misma había sido cerrada previamente por otro equipo de cirujanos. La inspección preoperatoria evidenció introito vulvar de apariencia normal, con circunferencia anal anterior irregular y prolapso de la mucosa rectal en el periné, ambas estructuras separadas por un delgado pliegue de tejido a nivel de la horquilla vulvar posterior (**figura 1**). Durante la cirugía, luego de seccionar dicho pliegue, se observó la destrucción del periné con amplia comunicación entre recto y vagina (**figura 2**).



Figura 1. Introito vulvar con exposición de la mucosa rectal en el periné. Pliegue cutáneo a nivel de la horquilla vulvar posterior. Fuente: los autores.



Figura 2. Destrucción del periné, con unión de recto y vagina, dando lugar a "cloaca anovaginal". Fuente: los autores.

Se procedió a disecar la pared anterior del recto fusionado con la vagina (**figura 3**), hasta obtener tejidos sanos, individualizar cada estructura, y delimitar el tabique de separación entre ambas (periné). El ano-recto fue reparado sin tensión con 2 planos de sutura continua, quedando expuesto el núcleo del periné, cuya electroestimulación corroboró su indemnidad. Luego se reconstruyó por separado la adventicia, muscular y la mucosa de la pared vaginal (**figura 4**). La cirugía finalizó con reparación del periné, cierre cutáneo e himenoplastia (**figura 5**). El posoperatorio transcurrió sin incidentes y la paciente egresó al cuarto día de la cirugía. El examen genital corroboró el estado de la reparación y luego de restablecer el tránsito intestinal se confirmó el estado de continencia fecal total.



Figura 3. Disección de la pared anterior del recto para separarla de la vagina. Fuente: los autores.



Figura 4. Reconstrucción de la adventicia, muscular y la mucosa de la pared vaginal. Fuente: los autores.

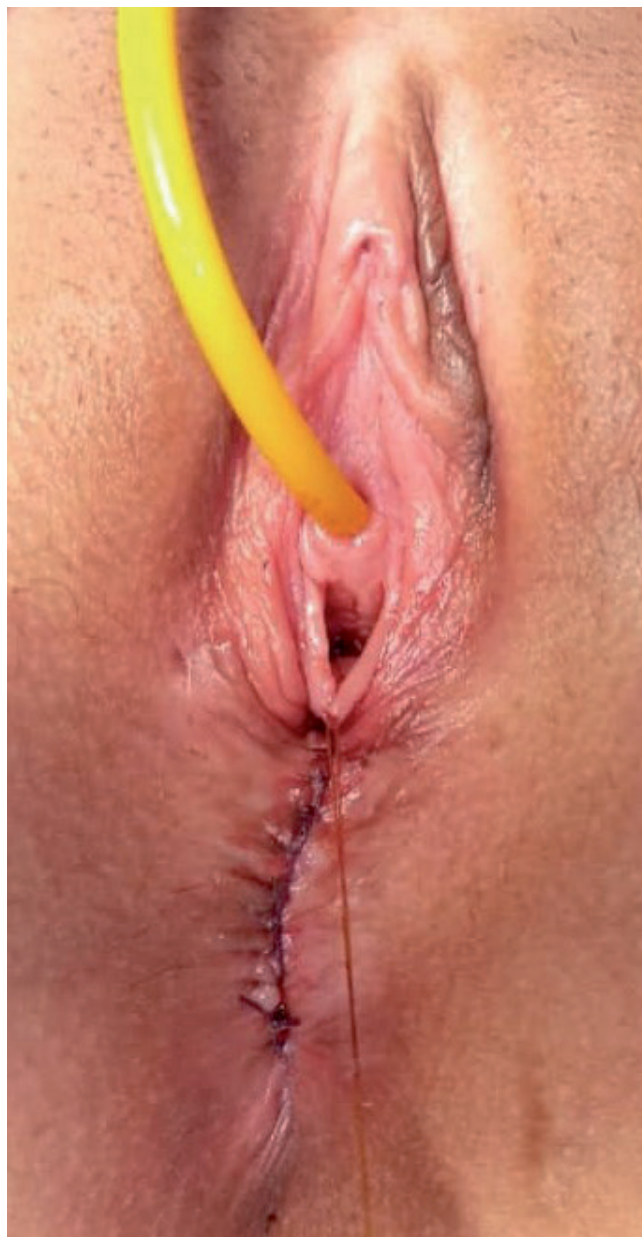


Figura 5. Aspecto final después del cierre cutáneo del periné e himenoplastia. Fuente: los autores.

DISCUSIÓN

Las fistulas rectovaginales adquiridas pueden deberse a múltiples causas, entre las que se destacan las infecciosas, neoplásicas, radiaciones, laceraciones perineales durante el parto, cirugía vaginal o rectal, lesiones traumáticas penetrantes o cortantes y violencia sexual.¹ Al igual que en mujeres adultas, en niñas los desgarrs rectovulvovaginales secundarios a violencia sexual son secundarios a penetraciones vaginales y/o anales, o por inserción de objetos contusos.^{2,3} El mecanismo etiopatogénico no siempre

es claro pero la penetración vigorosa más la debilidad natural de la pared vaginal posterior en la infancia han sido interpretadas como las posibles causas. La penetración anal y vaginal simultánea es otra causa de alta presión para la pared posterior de la vagina.⁴ La lesión de esta paciente fue considerada compleja de acuerdo con sus características (> 2.5 cm de longitud e intento previo de reparación fallido).⁵ El diagnóstico preoperatorio es importante en este tipo de patología, no solo para verificar la comunicación anormal sino para identificar sus características y planificar el tratamiento. Se realiza con base en la historia clínica y la exploración bajo anestesia, lo cual facilita la inspección vaginal, el tacto rectal y en ocasiones el paso de instrumentos entre las dos estructuras para demostrar la comunicación. En casos dudosos, el paso y visualización de azul de metileno o espuma de agua oxigenada en la vagina luego de ser instilados a través del ano, confirman la presencia de fistulas. Los procedimientos endoscópicos vaginales y rectales son útiles para identificar fistulas muy proximales.

La anatomía del defecto representa un requisito previo fundamental para el éxito del tratamiento quirúrgico, el cual aunque es curativo en la mayoría de los casos, presenta riesgos de recidiva por lo que el abordaje quirúrgico en fistulas complejas debe individualizarse para cada paciente. El uso de colostomía derivativa temporal, muy generalizado en el pasado, parece tener poco fundamento en la actualidad⁶, aunque algunos defienden su uso para detener la fuga fecal y garantizar el éxito de la reparación primaria en fistulas complejas de grandes dimensiones o intentos previos de reparación, ubicación alta, daño no reconocido del esfínter, tejido circundante cicatrizal y enfermedad subyacente.⁷⁻⁹

El momento de reparación definitiva de la fistula juega un papel importante para lograr buenos resultados, por lo que debe diferirse de 1 a 6 meses hasta que los tejidos circundantes luzcan sanos.^{7,10} En relación con la vía de abordaje, se han descrito algunos procedimientos de acuerdo con las dimensiones, causas y localización, aunque no existe consenso de la vía más eficiente.⁸ El mismo puede ser transanal, transabdominal, transvaginal o perineal,¹¹ o sagital posterior de acuerdo con la ubicación o complejidad de la fistula.¹⁰ Las de localización baja o intermedia pueden corregirse a través de perineoproctotomía con porcentajes de éxitos reportados de 84%.¹²

CONCLUSIÓN

Esta paciente, más que una fistula rectovaginal, presentó una amplia comunicación, disimulada por un puente cutáneomucoso a nivel de la horquilla vulvar posterior. El defecto se corrigió a través del periné, pudiendo reconstruir la porción distal de la pared anterior del recto, el periné y la pared posterior de la vagina. Dicho abordaje no solo permitió

la disección y corrección en forma segura del recto y vagina con tejido sano, sino la reconstrucción de la circunferencia anterior del ano y la reparación del esfínter anal bajo visión directa para lograr la continencia fecal. El abordaje quirúrgico perineal permite una exposición adecuada y facilita la corrección de fistulas rectovaginales adquiridas complejas, con excelentes resultados funcionales y cosméticos.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen intereses económicos o relaciones personales que puedan haber influido en este trabajo.

FINANCIACIÓN

El presente artículo no recibió financiamiento alguno.

DECLARACIONES ÉTICAS

Se guardó estricta confidencialidad de la historia clínica, el uso de los datos de la misma fue solo para fines académicos.

REFERENCIAS

1. Marchand E, Martrille L, Hedouin V. Traumatic rectovaginal fistula after sexual intercourse following a non-consensual anal penetration: a case report and a review of the literature. *Forensic Sci Med Pathol*. 2021;17(4):679-683. doi: 10.1007/s12024-021-00409-6.
2. Omo-Aghoja LO, Ovbagbedia O, Feyi-Waboso P, Okonofua FE. Coitally Related Traumatic Injury of the Female Genital Tract in a Nigerian Urban Setting: A-5 year review. *Niger Postgrad Med J*. 2009;16(1):59-63.
3. Tchounzou R, Chichom-Mefire A. Retrospective Analysis of Clinical Features, Treatment and Outcome of Coital Injuries of the Female Genital Tract Consecutive to Consensual Sexual Intercourse in the Limbe Regional Hospital. *Sex Med*. 2015;3(4):256-60. doi: 10.1002/sm2.94.
4. Daniilidis A, Panteleris N, Symeonidis N. Rectovaginal tear after sexual intercourse in a young woman-a case report. *Hippokratia*. 2016;20(4):320.
5. Saclarides TJ. Rectovaginal fistula. *Surg Clin North Am*. 2002;82(6):1261-72. doi: 10.1016/s0039-6109(02)00055-5.
6. Vargas De la Llata RG, Márquez Rodríguez G, De Luna P. Fístula Recto-vaginal. *Rev Mex Cirgu Apar Diges*. 2015;4(3):104-109.
7. Debeche-Adams TH, Bohl JL. Rectovaginal fistulas. *Clin Colon Rectal Surg*. 2010;23(2):99-103. doi: 10.1055/s-0030-1254296.
8. Ulrich D, Roos J, Jakse G, Pallua N. Gracilis muscle interposition for the treatment of recto-urethral and rectovaginal fistulas: a retrospective analysis of 35 cases. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2009;62(3):352-6. doi: 10.1016/j.bjps.2008.11.067.
9. Platt JS, Lynch CM. Rectovaginal injury in a young child. A case report. *J Reprod Med*. 2003;48(11):889-92.
10. Ekenze SO, Nwagha UI, Ezomike UO, Obasi AA, Okafor DC, Nwankwo EP. Management of sexual assault-related large rectovaginal fistula in an eight-year-old. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011;24(2):e39-41. doi: 10.1016/j.jpag.2010.11.009.
11. Tsang CB, Rothenberger DA. Rectovaginal fistulas. Therapeutic options. *Surg Clin North Am*. 1997;77(1):95-114. doi: 10.1016/s0039-6109(05)70535-1.
12. Unlubilgin E, Ilhan TT, Sivaslioglu AA, Dolen I. Is the simple closure technique effective in the treatment of genital fistulas? *ISRN Obstet Gynecol*. 2013;2013:672540. doi: 10.1155/2013/672540.

