

Fístula rectovaginal en el cáncer de recto localmente avanzado

Rectovaginal fistula in locally advanced rectal cancer

Marco Antonio CRESPO ALVAREZ*^{ID}, María LABALDE MARTÍNEZ*^{ID}, Paola PERALTA FERNANDEZ-REVUELTA*^{ID},
Andre Luis GUIBERT PATIÑO*^{ID}, Eduardo FERRERO HERRERO*^{ID}.

* Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Autor de correspondencia:

Marco Antonio Crespo Alvarez
ORCID: 0009-0008-3795-4779
Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, Unidad de Cirugía Colorrectal, Hospital Universitario 12 de Octubre. Avenida de Córdoba s/n, 28041 Madrid - España
E-mail: marc_antoni2009@hotmail.com
Phone: +34 913908000

Recibido: 28-07-2024

Revisado: 03-08-2024

Aceptado: 10-08-2024

Published: 05-12-2024

Descargo de responsabilidad/

Nota del editor:

Las declaraciones, opiniones y datos contenidos en todas las publicaciones pertenecen exclusivamente a los autores y colaboradores individuales y no a Dykinson S.L. ni a los editores. Dykinson S.L. y/o el(los) editor(es) declinan toda responsabilidad por cualquier daño a personas o propiedad que resulte de cualquier idea, método, instrucción o producto mencionado en el contenido.

Este artículo, se distribuye bajo licencia Creative Commons Interaccional 4.0 No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND 4.0)

© 2024. Los autores. Publicado por Archivos de Cirugía

Resumen

Introducción: El cáncer de recto localmente avanzado es una causa poco frecuente de fístula rectovaginal. Una vez establecida la fístula, la cirugía es el único tratamiento curativo.

Objetivo: Presentar el caso de una mujer de 48 años con cáncer de recto localmente avanzado asociado a una fístula rectovaginal.

Material y Métodos: Mujer de 48 años que presenta alteraciones de ritmo intestinal, rectorragia y expulsión de moco marronáceo a través de la vagina, lesión pétreo a 2 cm del margen anal y una fístula rectovaginal. Se confirma el diagnóstico mediante colonoscopia, Tomografía Computarizada y Resonancia Magnética, siendo diagnosticada de tumor cT4bN0M0 de la AJCC 8th edición.

El caso es presentado en el comité multidisciplinar de tumores en el que se decide colostomía, posterior neoadyuvancia con quimioterapia y radioterapia, reevaluación y cirugía mediante amputación abdominoperineal y resección de la pared vaginal infiltrada.

Resultados: Se realiza una colostomía lateral laparoscópica, con posterior quimioterapia neoadyuvante y radioterapia.

A las 8 semanas de finalizar la quimioterapia se realiza una amputación abdominoperineal laparoscópica con resección de pared posterior de vagina en bloque. Sin complicaciones postoperatorias y la paciente es dada de alta al 8º día postoperatorio.

El informe patológico es ypT0N0 (8ºed AJCC-UICC TNM).

Conclusión: El plan terapéutico debe estar guiado por un equipo multidisciplinar. En el tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado asociado a fístula rectovaginal es recomendable realizar una colostomía previa a la neoadyuvancia y la cirugía curativa incluye resecciones radicales como la amputación abdominoperineal con resección en bloque de la pared vaginal.

Palabras clave: fístula rectovaginal, cáncer de recto localmente avanzado.

Abstract

Introduction: Locally advanced rectal cancer is a rare cause of rectovaginal fistula. Once the fistula is established, surgery is the only curative treatment.

Objective: To present the case of a 48-year-old woman with locally advanced rectal cancer associated with a rectovaginal fistula.

Material and Methods: A 48-year-old woman presented with alterations in bowel rhythm, rectal bleeding and expulsion of brownish mucus through the vagina, a stony lesion 2 cm from the anal margin and a rectovaginal fistula. The diagnosis was confirmed by colonoscopy, CT and MRI, and she was diagnosed with cT4bN0M0 tumor according to the AJCC 8th edition.



The case was presented to the multidisciplinary committee on tumors, where a colostomy was decided, followed by neoadjuvant chemotherapy and radiotherapy, reevaluation and surgery by means of abdominoperineal amputation and resection of the infiltrated vaginal wall.

Results: A laparoscopic lateral colostomy was performed, followed by neoadjuvant chemotherapy and radiotherapy.

Eight weeks after the end of chemotherapy, a laparoscopic abdominoperineal amputation was performed with en bloc resection of the posterior vaginal wall. There were no postoperative complications and the patient was discharged on the 8th postoperative day.

The pathology report was ypT0N0 (8th edition AJCC-UICC TNM).

Conclusion: The therapeutic plan should be guided by a multidisciplinary team. In the treatment of locally advanced rectal cancer associated with rectovaginal fistula, it is advisable to perform a colostomy prior to neoadjuvant therapy and curative surgery includes radical resections such as abdominoperineal amputation with en bloc resection of the vaginal wall.

Key words: Rectovaginal fistula, locally advanced rectal cancer.

LISTA DE ABREVIATURAS

Margen Anal Externo: MAE

Introducción

El cáncer de recto localmente avanzado es una causa poco frecuente de fistula rectovaginal en la que el crecimiento tumoral invasivo desde el recto hacia la vagina puede erosionar las estructuras lumbinales, permitiendo la fistulización¹. Una vez establecida la fistula en el cáncer de recto, la cirugía es el único tratamiento curativo². El plan terapéutico debe ser multidisciplinar y seguir las recomendaciones de las sociedades científicas de tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado que incluyen la quimioterapia, radioterapia y cirugía^{3,4}.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una mujer de 48 años con cáncer de recto localmente avanzado asociado a una fistula rectovaginal.

Material y métodos

Mujer de 48 años que presenta alteraciones de ritmo intestinal, rectorragia intermitente y expulsión de moco marrónáceo a través de la vagina desde hace 3 meses. En la exploración física mediante tacto rectal y vaginal bimanual se evidencia la presencia de una lesión pétreo a 2 cm del margen anal externo (MAE) y una fistula rectovaginal. Se con-

firma el diagnóstico mediante colonoscopia en la que se objetiva una lesión anterior a nivel de la línea pectínea de aspecto adenomatovelloso, de aproximadamente 3 cm, que impresiona de infiltrante con ulceración central. En la resonancia magnética se objetiva la lesión a 3,4 cm del MAE con engrosamiento mural que afecta al tercio superior del canal anal- unión anorrectal y recto inferior con una longitud de unos 4,2 cm y un trayecto corto de aproximadamente 9 mm que comunica con el margen izquierdo de la pared posterior del tercio inferior de la vagina en relación con fistula rectovaginal conocida, sospechoso de invasión, T4b (Figura 1). La tomografía axial computarizada toracoabdominopélvica describe un engrosamiento mural recto-anal en relación con la neoplasia conocida y que anteriormente contacta con la vagina, en relación con fistula rectovaginal sin signos de extensión a distancia. Los niveles de Antígeno Carcinoembrionario son de 5.41 ng/ml.

Con el diagnóstico de neoplasia de recto localmente avanzada asociada a fistula rectovaginal (cT4bN0M0) el caso es presentado en el comité multidisciplinar de tumores digestivos en el que se decide el plan terapéutico que consiste en: colostomía, posterior neoadyuvancia con quimio y radioterapia, revaluación y cirugía mediante amputación abdominoperineal y resección de la pared vaginal infiltrada.



Figura 1. Resonancia magnética en T2 en laque se visualiza el tumor rectal (flecha) y la fistula rectovaginal.

Resultados

Se realiza una colostomía lateral laparoscópica. La paciente recibe neoadyuvancia con Capecitabina y radioterapia de ciclo largo en pelvis, incluyendo cadenas ganglionares ilíacas externas e inguinales bilaterales con una dosis de 45 Gy (Fx 5x1,8 Gy) y en recto, una dosis de 50 Gy (Fx 5x2 Gy). Posteriormente se administra quimioterapia de consolidación con FOLFOX (4 ciclos). En la resonancia magnética de reevaluación se observa mayor prominencia de la fistula rectovaginal con abundantes cambios fibroinflamatorios y engrosamiento mural del canal anal.

A las 8 semanas de finalizar la quimioterapia se realiza una amputación abdominoperineal laparoscópica con resección de pared posterior de vagina en bloque (Figuras 2-5). No presenta complicaciones postoperatorias y la paciente es dada de alta en el 8 día postoperatorio.

El informe patológico identifica un área de fibrosis cicatricial, inflamación aguda y crónica y reacción gigantocelular, sin evidencia de tumor residual infil-

trante. No se observan imágenes de invasión linfocelular ni perineural. Se aíslan 17 ganglios linfáticos negativos para malignidad. En los bordes de la pared vaginal se identifica un epitelio escamoso acompañado de tejido fibroinflamatorio con inflamación crónica y congestión vascular compatible con trayecto fistuloso. No se evidencian células tumorales residuales. El grado de regresión patológica modificado de Ryan es 0⁵. Los márgenes quirúrgicos están libres de afectación tumoral y la escisión mesorrectal total es completa. El estadio patológico es ypT0N0 (8^oed AJCC-UICC TNM)⁶.

Durante el seguimiento al año no se detecta recidiva clínica, analítica, endoscópica ni radiológica.

Discusión

Las fistulas rectovaginales tienen un impacto importante en la calidad de vida de las pacientes⁷. Las causas más comunes son las lesiones obstétricas, las infecciones, la enfermedad de Crohn y las secundarias a tratamientos con radioterapia pélvica⁸.

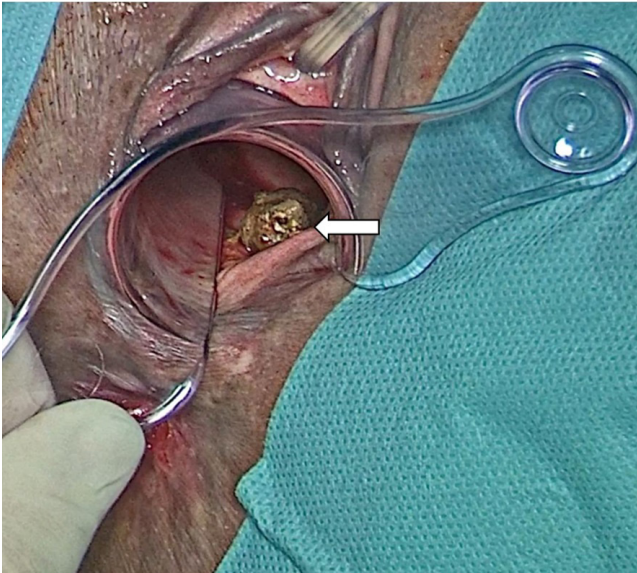


Figura 2. Fístula rectovaginal en la que se observa la salida de materia fecal a través de la misma.

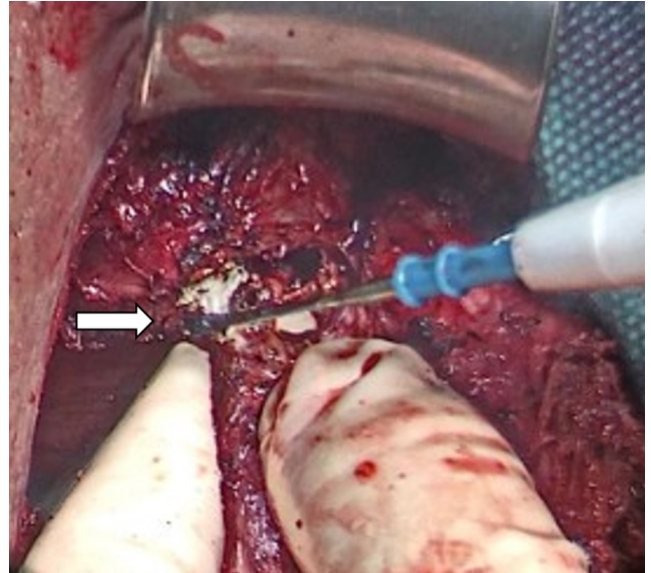


Figura 3. Resección del recto y pared posterior de la vagina con resección del margen de la fístula (flecha)

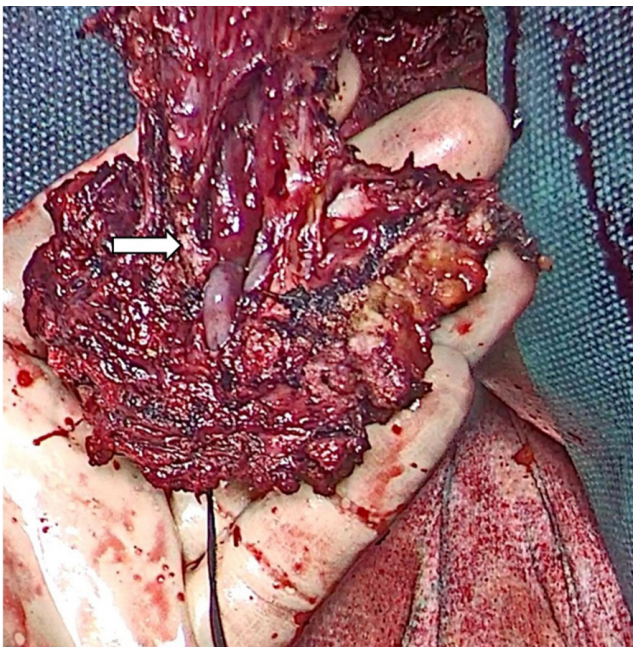


Figura 4. Pieza quirúrgica de resección en bloque que incluye recto y fístula rectovaginal (flecha).

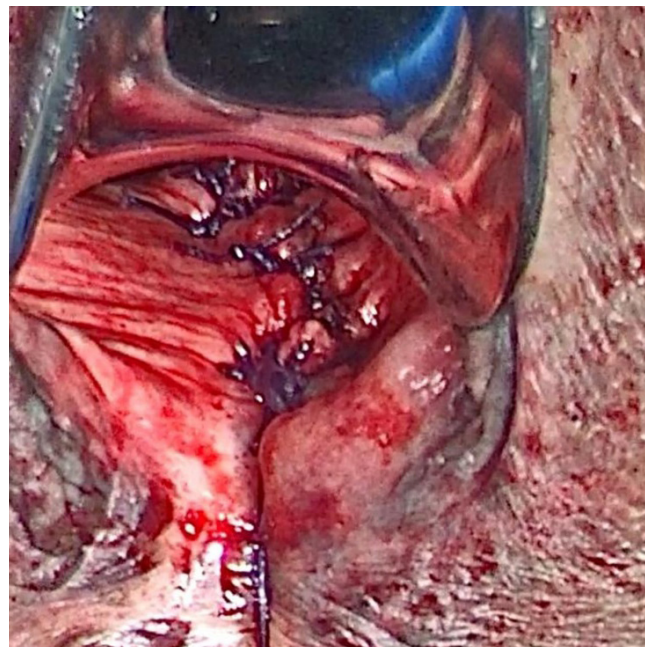


Figura 5. Cierre de la fístula vaginal con puntos sueltos de poliglactina 910, visión posterior del canal vaginal

Las lesiones obstétricas son la causa más frecuente de fístula rectovaginal, la cual suele presentarse en el momento del parto o dos semanas después y están asociadas a partos prolongados⁸. Por otro lado, algunos abscesos criptoglandulares en el tabique rectovaginal pueden drenar por la vagina y crear una fístula RV residual, al igual que algunas bartolinitis. En la enfermedad de Crohn la inflamación transmural puede provocar la aparición de fístulas rectovaginales, que suele estar

asociada a sepsis perianal, fístulas anales con trayectos múltiples y recto fibrótico. Su tratamiento es quirúrgico aunque la terapia médica con inmunomoduladores tiene un papel importante. El momento del tratamiento quirúrgico depende de la actividad de la enfermedad, el grado de infección, la presencia de un defecto sincrónico del esfínter y el impacto general en la calidad de vida de la paciente⁹.

La radioterapia pélvica como parte del tratamiento de neoplasias ginecológicas y rectales puede ser una causa de fístula rectovaginal y tiene una relación directa con la dosis empleada. Suelen aparecer espontáneamente a los 2 años del tratamiento y se asocian a la presencia de comorbilidades y tabaco. Por lo general, la resección incluye una resección en bloque de la fístula y, en situaciones irresecables, la derivación de estomas puede mejorar la calidad de vida¹⁰. En el caso de nuestra paciente la fístula rectovaginal está presente antes del inicio de la radioterapia.

La neoadyuvancia con quimio y radioterapia y posterior cirugía es el tratamiento estándar del cáncer de recto localmente avanzado³. En el caso de aparición de fístulas anales complejas, abscesos perinales y fístulas rectovaginales asociadas a neoplasias de recto localmente avanzadas, como el caso descrito, la derivación fecal mediante la realización de una colostomía previa a la neoadyuvancia puede disminuir el riesgo de sepsis durante el tratamiento oncológico y es necesaria para que éste se administre de una forma segura. La amputación abdominoperineal con resección de la vagina infiltrada es el tratamiento quirúrgico de elección en los casos de tumores de recto

bajo con fístulas rectovaginales¹¹. En ocasiones la reconstrucción del suelo pélvico es compleja. No obstante, los avances en las técnicas quirúrgicas y en los cuidados postoperatorios han disminuido la morbilidad postoperatoria de este tipo de intervenciones radicales¹². Los resultados oncológicos a largo plazo tras resecciones R0 y respuestas patológicas completas dentro de un plan terapéutico adecuado consiguen tasas de supervivencia global y libre de enfermedad a 5 años del 89 % y 86 % respectivamente¹³.

Conclusión

La fístula rectovaginal constituye una forma de presentación poco habitual del cáncer de recto localmente avanzado. El plan terapéutico debe estar guiado por un equipo multidisciplinar. En el tratamiento del cáncer de recto bajo localmente avanzado asociado a una fístula rectovaginal es recomendable realizar una colostomía previa a la neoadyuvancia y la cirugía curativa incluye resecciones radicales como la amputación abdominoperineal con resección en bloque de la pared vaginal.

Bibliografía

1. Juan Garcia Armengol, Gonzalo P. Martín Martín, Carolina Martínez Perez; Fístula rectovagina. Estrategias técnicas para cambiar el curso evolutivo a la recurrencia. U si ocurre, ¿qué me ofreces?. Manual Practicum en Coloproctología de la AIECP 2022. Capítulo 2.7: 180-181.
2. Vogel JD, Johnson EK, Morris AM, Paquette IM, Saclarides TJ, Feingold DL, Steele SR. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Dis Colon Rectum*. 2016 Dec;59(12):1117-1133. doi: 10.1097/DCR.0000000000000733. PMID: 27824697.
3. Glynne-Jones R, Wyrwicz L, Tiret E, Brown G, Rödel C, Cervantes A, Arnold D; ESMO Guidelines Committee. Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2017 Jul 1;28(suppl_4):iv22-iv40. doi: 10.1093/annonc/mdx224. Erratum in: *Ann Oncol*. 2018 Oct 1;29(Suppl 4):iv263. doi: 10.1093/annonc/mdy161. PMID: 28881920.
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines). Versión 4.2024 (internet). Rectal cáncer. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/rectal.pdf
5. Jessup J, Benson A, Chen V: Colon and rectum. In: Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al., eds.: *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York, NY: Springer, 2017, pp 251-74.
6. Ryan R, Gibbons D, Hyland JM, Treanor D, White A, Mulcahy HE, O'Donoghue DP, Moriarty M, Fennelly D, Sheahan K. Pathological response following long-course neoadjuvant chemoradiotherapy for locally advanced rectal cancer. *Histopathology*. 2005 Aug;47(2):141-6. doi: 10.1111/j.1365-2559.2005.02176.x. PMID: 16045774.
7. Bashah DT, Worku AG, Yitayal M, Azale T. The loss of dignity: social experience and coping of women with obstetric fistula, in Northwest Ethiopia. *BMC Womens Health*. 2019 Jul 1;19(1):84. doi: 10.1186/s12905-019-0781-7. PMID: 31262289; PMCID: PMC6604173.
8. Champagne BJ, McGee MF. Rectovaginal fistula. *Surg Clin North Am*. 2010 Feb;90(1):69-82, Table of Contents. doi: 10.1016/j.suc.2009.09.003. PMID: 20109633.



9. Meyer J, Ris F, Parkes M, Davies J. Rectovaginal Fistula in Crohn's Disease: When and How to Operate? *Clin Colon Rectal Surg.* 2022 Jan 17;35(1):10-20. doi: 10.1055/s-0041-1740029. PMID: 35069026; PMCID: PMC8763467.
10. Zelga P, Tchorzewski M, Zelga M, Sobotkowski J, Dziki A. Radiation-induced rectovaginal fistulas in locally advanced gynaecological malignancies-new patients, old problem? *Langenbecks Arch Surg.* 2017 Nov;402(7):1079-1088. doi: 10.1007/s00423-016-1539-4. Epub 2016 Dec 16. PMID: 27987097; PMCID: PMC5660831.
11. Kawada K, Itatani Y, Horie A, Yamanaka H, Yamanoi K, Kasahara K, Yokoyama D, Okumura S, Hida K, Obama K. Robotic Posterior Exenteration for Locally Advanced Rectal Cancer with Rectovaginal Fistula. *Ann Surg Oncol.* 2022 Dec;29(13):8211-8212. doi: 10.1245/s10434-022-12158-z. Epub 2022 Aug 23. PMID: 35999413.
12. Rausa E, Kelly ME, Bonavina L, O'Connell PR, Winter DC. A systematic review examining quality of life following pelvic exenteration for locally advanced and recurrent rectal cancer. *Colorectal Dis.* 2017 May;19(5):430-436. doi: 10.1111/codi.13647. PMID: 28267255.
13. Cerdán-Santacruz C, Cano-Valderrama Ó, Santos Rancaño R, Terés LB, Vigorita V, Pérez TP, Rosciano Paganelli JG, Paredes Cotoré JP, Carre MK, Flor-Lorente B; Collaborating group for the study of long-term oncologic results of pathologic complete response in locally advanced rectal cancer patients; Spanish Rectal Cancer Project (Vikingo); Antona FB, Martín EY, Tebar JC, Cao IA, Coltell ZB, Alonso MG, Paredes Cotoré JP, Prada López BL, Riesco AB, Cánovas NI, Sánchez CM, Serrat DR, Conde GA, Toscano MJ, Aira AC, Pérez MR, Petit NM, Espín Basany E, Carré MK, Pellino G, Retuerta JM, Saldaña AG, Laso CÁ, Allende IA, Álvarez DH, Cazador AC, Sánchez Bautista WM, Torres Sánchez MT, Bonito AC, Velázquez MC, Díaz OM, Fuentes NS, Olías MDCV, Pérez TP, Rosciano Paganelli JG, Lorente BF, Valderrama ÓC, Santos Rancaño R, Terés LB, Santacruz CC. "Long-term oncologic outcomes and risk factors for distant recurrence after pathologic complete response following neoadjuvant treatment for locally advanced rectal cancer. A nationwide, multicentre study". *Eur J Surg Oncol.* 2023 Oct;49(10):106962. doi: 10.1016/j.ejso.2023.06.014. Epub 2023 Jun 29. PMID: 37414628.

