

FÍSTULA VAGINO-CUTÁNEA SECUNDARIA A ABSCESO GLÚTEO: REPORTE DE CASO

VAGINO-CUTANEOUS FISTULA SECONDARY TO GLUTEAL ABSCESS: A CASE REPORT

León Miguel Fonseca Galindo¹, Yeraldine Lotero Londoño², Juan Andrés Galvis Sanabria³.

Recibido: 15 de Septiembre de 2025.

Aprobado: 15 de Octubre de 2025

RESUMEN

Una fístula es una conexión entre dos superficies epitelizadas que normalmente están separadas posterior a procesos infecciosos, inflamatorios o traumáticos en la mayoría de los casos. Las fístulas vagino-cutáneas son muy infrecuentes, ya que las más comunes en ese territorio anatómico son las que se dan entre la vagina y la vejiga o el recto y la vagina por la contigüidad anatómica de las estructuras. Presentamos el caso clínico de una mujer de 36 años con antecedente de obesidad y sedentarismo que consultó inicialmente en su unidad básica de salud por presentar dolor en región glútea y perianal concomitante con síntomas urinarios por lo que recibió tratamiento antibiótico para infección de vías urinarias y analgésicos sin mejoría del cuadro clínico. Al día 15, acudió al servicio de urgencias por presentar salida de material purulento por la vagina, al examen físico de ingreso Se identificó una lesión necrótica de 5 x 5 cm en la región perianal del glúteo izquierdo y, tras desbridamiento quirúrgico, se confirmó una fístula vagino-cutánea. El manejo inicial incluyó desbridamiento, escarectomía y cobertura con apósitos estériles, seguido de un segundo procedimiento para cierre parcial. La paciente permanece hospitalizada bajo manejo interdisciplinario esperando evolución para intervención adicional. En este caso clínico se hace evidente la importancia de hacer un diagnóstico médico oportuno, así como un examen físico adecuado en la consulta inicial y se documenta la rareza y complejidad de las fístulas vagino-cutáneas.

Palabras clave: Fístula vagino-cutánea, Absceso glúteo, Obesidad, sedentarismo

ABSTRACT

A fistula is an abnormal connection between two epithelialized surfaces that are normally separated, most commonly occurring secondary to infectious, inflammatory, or traumatic processes. Vagino-cutaneous fistulas are exceedingly rare, as the most frequent fistulas in this anatomical region are vesicovaginal or rectovaginal, due to the close proximity of these structures. We present the clinical case of a 36-year-old woman with a history of obesity and

Cómo citar este artículo: Fonseca Galindo LM, Lotero Londoño Y, Galvis Sanabria JA. Fístula vagino-cutánea secundaria a absceso glúteo: reporte de caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(4):119-128. Octubre 2025, ISSN 2981-5800



sedentary lifestyle who initially presented to her primary healthcare unit with pain in the gluteal and perianal region, accompanied by urinary symptoms. She was treated empirically with antibiotics for a presumed urinary tract infection and analgesics, without clinical improvement. On day 15, she attended the emergency department due to purulent vaginal discharge. Physical examination revealed a necrotic lesion measuring 5 × 5 cm in the perianal region of the left buttock, and surgical debridement confirmed a vagino-cutaneous fistula. Initial management included debridement, eschar excision, and sterile dressing coverage, followed by a second procedure for partial closure. The patient remains hospitalized under multidisciplinary management, awaiting further evaluation for additional intervention. This case highlights the importance of timely medical diagnosis and thorough physical examination during the initial consultation, and documents the rarity and complexity of vagino-cutaneous fistulas.

Key words: Vagino-cutaneous fistula, Gluteal abscess, obesity, sedentary lifestyle

Introducción:

Una fístula se define como una abertura anormal o pasaje entre dos superficies epitelizadas que normalmente están separadas, usualmente posterior a procesos infecciosos, inflamatorios o a lesiones en los tejidos. (1) Normalmente comienzan con una destrucción tisular, inflamación persistente y formación de un trayecto revestido por epitelio o tejido de granulación. (2)

La vagina es un conducto muscular formado por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado (3) con relación estrecha con varios órganos propios del piso pélvico. (4) por lo tanto, las fístulas que comprometen este territorio anatómico son debido a esa misma relación con estructuras perineales, musculares y fascias del suelo pélvico. Pueden originarse por infecciones locales, traumatismos obstétricos o quirúrgicos, radioterapia, cuerpos extraños o enfermedades inflamatorias crónicas. (5) La persistencia de la agresión como la supuración de un absceso impide la cicatrización normal y favorece el mantenimiento del conducto fistuloso. (6)

Las fístulas vagino-cutáneas se consideran un trastorno médico grave que se caracteriza por una abertura anormal entre la vagina y la región glútea y es extraordinariamente rara debido a que implica la erosión progresiva a través de planos

musculares y tejido subcutáneo hasta alcanzar la superficie del epitelio vaginal. (7) la literatura médica ha documentado muy pocos casos de este tipo de fístula ya que las más frecuentes son las fístulas rectovaginales o vesicovaginales. (8) Las causas más frecuentes de fístulas vagino-cutáneas reportadas en la literatura médica incluyen el uso de mallas suburetrales, fijaciones sacroespinosas y procedimientos reconstructivos de piso pélvico (9). Por lo tanto, cuando la fístula es posterior a abscesos en región glútea o isquiorrectal que progresan hasta la vagina son excepcionales y representan un patrón de diseminación inusual.

Reporte de caso:

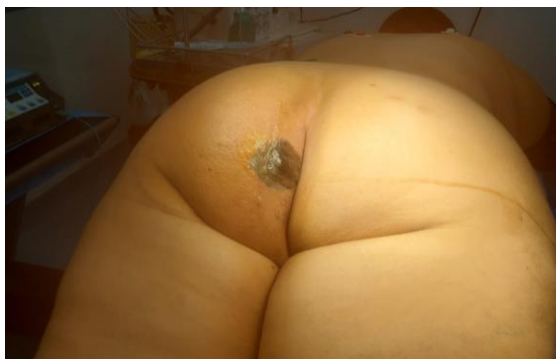
Paciente femenina de 36 años de edad, que labora como auxiliar administrativa con antecedente de obesidad (IMC 44.5; peso 107 kg) sin demás antecedentes de importancia, que consultó inicialmente en su unidad básica en tres ocasiones por presentar cuadro clínico consistente con dolor perianal que se irradia a región glútea izquierda y lumbar asociado a síntomas irritativos urinarios por lo que recibió tratamiento presuntivo para cólico renal e infección de vías urinarias sin presentar mejoría clínica. El día 15, la paciente acudió al servicio de urgencias por presentar cuadro clínico de 1 día de evolución dado por salida de material purulento por el canal

Cómo citar este artículo: Fonseca Galindo LM, Lotero Londoño Y, Galvis Sanabria JA. Fístula vagino-cutánea secundaria a absceso glúteo: reporte de caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(4):119-128. Octubre 2025, ISSN 2981-5800



vaginal con persistencia de sintomatología mencionada previamente a pesar de tratamiento antibiótico y analgésico por lo que se solicitó valoración por el servicio de cirugía general.

Figura 1. hallazgos al examen físico prequirúrgico



Al examen físico inicial se identificó una zona de tejido necrótico de aproximadamente 5 x 5 cm localizada en la región medial y perianal del glúteo izquierdo (Figura 1). por lo que se decidió realizar intervención quirúrgica urgente para lavado y desbridamiento del tejido necrótico, además de escarectomía, procedimiento ilustrado en las Figuras 2 a 4.

Figura 2. exposición de tejido necrótico intraoperatorio.



Figura 3. desbridamiento de tejido necrótico

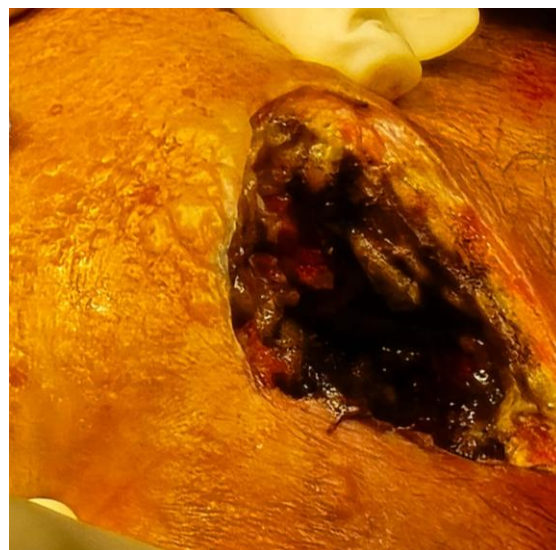


Figura 4. Área quirúrgica posterior a desbridamiento y lavado.



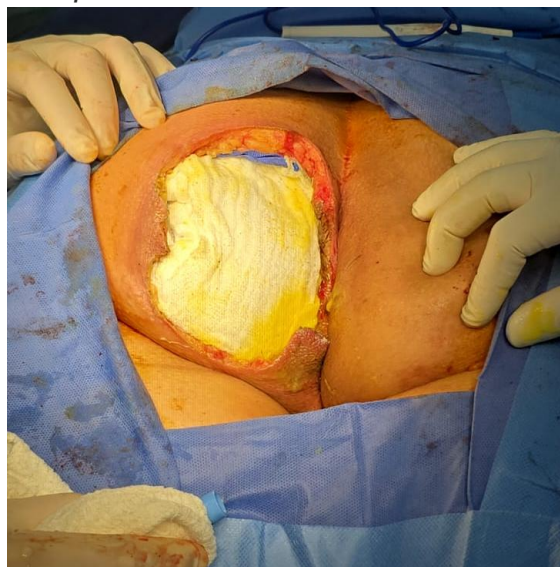
Durante la cirugía se confirmó la presencia de una fístula vagino-cutánea y se corrige el defecto (Figura 5). Se decidió dado el gran defecto de cobertura mantener el sitio operatorio abierto y cobertura con apósitos estériles, posteriormente fue

trasladada a la unidad de cuidados intensivos para vigilancia y manejo postoperatorio.

Figura 5. Confirmación de fístula vaginal.



Figura 6. Cobertura de defecto por Compresa estéril.



A los 8 días postoperatorios, la paciente fue sometida a un segundo procedimiento quirúrgico en el cual se encontró el lecho operatorio limpio; se realizó un cierre parcial de la piel con puntos y se dejó una parte del defecto abierta, cubierta con compresas estériles (Figuras 7 y 8).

Figura 7. Región glútea durante segunda intervención quirúrgica.

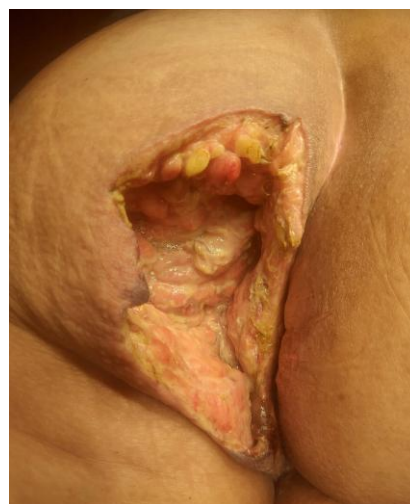


Figura 8. Cierre parcial del defecto de cobertura.



Cómo citar este artículo: Fonseca Galindo LM, Lotero Londoño Y, Galvis Sanabria JA. Fístula vagino-cutánea secundaria a absceso glúteo: reporte de caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(4):119-128. Octubre 2025, ISSN 2981-5800

Figura 9. Evolución parcial dos meses



Figura 8. Evolución ocho semanas, manejo con Factor de crecimiento epidérmico recombinante humano de forma intralesional y perilesional



La paciente continúa hospitalizada bajo manejo interdisciplinario, con seguimiento conjunto entre cirugía general, ginecología, cirugía plástica y cuidado crítico, a la espera de la mejoría del defecto de cobertura para definir pasos quirúrgicos adicionales.

Discusión

Las fístulas vagino-cutáneas son una entidad clínica extremadamente rara, lo cual limita la disponibilidad de literatura que describa su fisiopatología, presentación y manejo. La mayoría de las fístulas genitourinarias documentadas en la literatura se refieren a las vesicovaginales y rectovaginales, con una prevalencia considerablemente mayor debido a causas obstétricas, quirúrgicas o radiológicas (8). En contraste, las fístulas que involucran una comunicación directa entre la vagina y la piel, especialmente secundarias a abscesos glúteos, son poco reportadas.

Smith et al. (2015), refieren que las fístulas vagino-cutáneas usualmente surgen como complicaciones de procedimientos quirúrgicos del piso pélvico, como la colocación de mallas suburetrales o fijaciones sacroespinosas. (10) De forma excepcional, infecciones profundas como abscesos glúteos o isquiorrectales pueden extenderse y erosionar tejidos adyacentes para formar este tipo de fístulas, aunque la evidencia es escasa y se basa

principalmente en reportes de casos aislados (11).

El presente caso clínico es congruente con estas descripciones, destacándose la obesidad mórbida y el sedentarismo como factor predisponente que posiblemente contribuyó a la formación del absceso y mantenimiento de la fístula, dado que la obesidad se asocia con mala vascularización y dificultad en la cicatrización (12). Además, la demora en el diagnóstico inicial, reflejada en múltiples consultas sin identificación adecuada de la causa subyacente, es común en casos similares descritos en la literatura, lo que puede permitir la formación de la fístula a partir del proceso infeccioso e inflamatorio previo del apaciente y complicar el manejo (13)

El manejo quirúrgico mediante desbridamiento y escarectomía, con un enfoque en el cuidado abierto y manejo interdisciplinario, coincide con las recomendaciones actuales para fístulas complejas que requieren control del proceso infeccioso y preservación de tejidos (14). La importancia del abordaje multidisciplinario se resalta en estudios recientes, que documentan mejores resultados en pacientes con fístulas complejas. (15)

Conclusiones

Las fístulas vagino-cutáneas secundarias a abscesos glúteos constituyen una patología rara y desafiante que requiere alta sospecha

clínica, así como un adecuado y detallado examen físico inicial que no pase por alto detalles importantes, especialmente en pacientes con factores predisponentes como la obesidad mórbida y el sedentarismo. El diagnóstico tardío puede complicar la evolución y favorecer la persistencia del trayecto fistuloso. se resalta la importancia de un manejo quirúrgico oportuno, que incluya desbridamiento del tejido necrótico y corrección del defecto. de igual manera se resalta la importancia de contar con un abordaje interdisciplinario que involucre otras especialidades médicas para llegar a un desenlace adecuado para el paciente.

Referencias:

1. Instituto Nacional del Cáncer (NCI). Definición de "fístula" [Internet]. En: Diccionario de cáncer del NCI; [fecha de consulta: 8 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/fistula>
2. Aimjirakul K, Seehanantawong T, Saraluck A. Vagino-cutaneous fistula caused by recurrent labial abscess: A case report. Case Rep Womens Health. 2025 Mar 6;46:e00698. doi: 10.1016/j.crwh.2025.e00698. PMID: 40134469; PMCID: PMC11931305.
3. Parrondo, P., T. Pérez-Medina, and J. Álvarez-Heros. "Anatomía del aparato genital femenino." Fundamentos de obstetricia (SEGO). 1ª ed. Madrid (2009): 15-27.

Cómo citar este artículo: Fonseca Galindo LM, Lotero Londoño Y, Galvis Sanabria JA. Fístula vagino-cutánea secundaria a absceso glúteo: reporte de caso, Revista Ciencias Básicas En Salud, 3(4):119-128. Octubre 2025, ISSN 2981-5800



4. Praderio RG. Anatomía del aparato genital femenino. En: Stornelli MA, de la Sota RL, editores. Manual de reproducción de animales de producción y compañía. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Ciencias Veterinarias; 2016. p. 22–37. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11336/13753>.
5. Alapatt CF, Son Y, Fink BA, Thoma B, Coulson S, Akanda S, Thatcher J, Mueller T. Ureterocutaneous fistula in the setting of recurrent gluteal abscesses: a case report. *EMJ Urol*. 2024;12(1):68–73. doi:10.33590/emjuro/10304254.
6. Morgan RB, Shogan BD. The science of anastomotic healing. *Semin Colon Rectal Surg*. 2022 Jun;33(2):100879. doi:10.1016/j.scrs.2022.100879.
7. Aimjirakul K, Seehanantawong T, Saraluck A. Vaginocutaneous fistula caused by recurrent labial abscess: A case report. *Case Rep Womens Health*. 2025 Mar 6;46:e00698. doi:10.1016/j.crwh.2025.e00698. PMID: 40134469; PMCID: PMC11931305.
8. Hilton P. Vesicovaginal fistula. *Br J Urol Int*. 2003;92(3):283–90. doi:10.1111/j.1464-410X.2003.04462.x.
9. Şahin AF, İlbey YÖ, Şahin N. Vaginocutaneous fistula and inguinal abscess presented 6 years after tension-free vaginal tape sling. *Arch Ital Urol Androl*. 2013 Jun 24;85(2):104-6. doi:10.4081/aiua.2013.2.104. PMID: 23820661.
10. Smith AB, et al. Vagino-cutaneous fistula following pelvic reconstructive surgery: case series and review. *Int Urogynecol J*. 2015;26(7):1071-7.
11. García-Arranz M, et al. Complex perineal fistulas: Surgical management and outcomes. *Surg Innov*. 2019;26(3):364-371.
12. Nguyen NT, El-Serag HB. The epidemiology of obesity. *Gastroenterol Clin North Am*. 2010;39(1):1-7.
13. Köhne CH, et al. Delayed diagnosis in perineal fistulas: Clinical implications. *Int J Colorectal Dis*. 2018;33(2):159-164.
14. Lazaro L, et al. Management of complex genitourinary fistulas: Surgical perspectives. *Urology*. 2017;102:15-22.
15. Petros PE, Ulmsten U. Multidisciplinary approach to female pelvic fistulas. *Int Urogynecol J*. 2015;26(5):615-20.

Cómo citar este artículo: Fonseca Galindo LM, Lotero Londoño Y, Galvis Sanabria JA. Fístula vagino-cutánea secundaria a absceso glúteo: reporte de caso, *Revista Ciencias Básicas En Salud*, 3(4):119-128. Octubre 2025, ISSN 2981-5800



¹ Médico especialista en Cirugía General, Hospital Universitario Erasmo Meoz. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3179-8268>

² Médico General Hospital Local Municipio de Los Patios ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-9510-5883>. Correo: Yeral.070@gmail.com

³ Médico General Universidad de Pamplona, Hospital Jorge Cristo Sahium. Villa del Rosario. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8054-6243>