

Artículos multimedia

Abordaje laparoscópico de rectocele mediante colposacropexia

Laparoscopic approach to rectocele by colposacropexy

C. Monje-Salazar, L. Lobato-Bancalero, S. Mansilla-Díaz, E. Corrales-Valero, A. del Fresno-Asensio, J.L. Cuba-Castro, R. de Luna-Díaz

Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

RESUMEN

El prolapso rectal completo manifestado como rectocele es una patología que afecta en gran medida a la calidad de vida del paciente. El tratamiento quirúrgico de esta patología va dirigido al restablecimiento de la anatomía pélvica normal, para lo que se han descrito múltiples técnicas. La colposacropexia ventral laparoscópica es una técnica segura y eficaz para el tratamiento integral del descenso del suelo pélvico. El abordaje laparoscópico reduce la tasa de morbimortalidad así como la estancia hospitalaria, y el abordaje abdominal presenta mejores resultados y menor tasa de recurrencia que el abordaje perineal. En cuanto al abordaje anterior, presenta menor riesgo de estreñimiento posterior.

Presentamos el caso de una mujer de 24 años con rectocele grado IV que se somete a colposacropexia ventral anterior laparoscópica.

Palabras clave: colposacropexia, laparoscopia, rectocele, estreñimiento.

ABSTRACT

The complete rectal prolapse, that appears like rectocele, is a pathology that greatly affects the quality of life of the patient. The aim of surgical treatment of this pathology is to restore the normal pelvic anatomy, for which multiple techniques have been described. Laparoscopic ventral colposacropexy is a safe and effective technique for integral treatment of pelvic prolapse. The laparoscopic approach reduces the morbidity and mortality rate as well as the hospital stay, and the abdominal approach has better results and a lower recurrence rate than the perineal approach. As for the anterior approach, it presents a lower risk of subsequent chronic constipation.

We present the case of a 24-year-old woman with grade IV rectocele who underwent laparoscopic anterior ventral colposacropexy.

Keywords: colposacropexy, laparoscopy, rectocele, constipation.

INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal completo manifestado como rectocele es una patología que afecta en gran medida a la calidad de vida del paciente. Es más frecuente en mujeres, sobre todo relacionado con los antecedentes obstétricos. Es habitual encontrar alteraciones en la anatomía pélvica de estos pacientes como un sigma redundante, fijación laxa del recto al promontorio, diástasis del elevador del ano o excesiva profundidad del fondo de saco de Douglas.

CORRESPONDENCIA

Cristina Monje Salazar
Hospital Universitario Virgen de la Victoria
29010 Málaga
cris_288_ms@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Monje Salazar C, Lobato Bancalero L, Mansilla Díaz S, Corrales Valero E, del Fresno Asensio A, Cuba Castro JL, de Luna Díaz R. Abordaje laparoscópico de rectocele mediante colposacropexia. Cir Andal. 2018;29(4):555-56.

El tratamiento quirúrgico de esta patología va dirigido por tanto al restablecimiento de la anatomía pélvica normal. Para ello se han descrito múltiples técnicas que podemos dividir en dos grupos: abordaje perineal vs. abordaje abdominal, siendo este último por vía abierta o laparoscópica.

La colposacropexia ventral es una opción como técnica de reparación mediante abordaje anterior laparoscópico.

CASO CLÍNICO

Mujer de 24 años sin cirugías pélvicas ni embarazos previos, que presenta rectocele grado IV que se acompaña de incontinencia fecal, sangrado y gran perjuicio en la calidad de vida. Aporta defecograma con descenso de suelo pélvico en los compartimentos anterior, medio y posterior.

La paciente se somete a colposacropexia ventral anterior laparoscópica, que además se completa con sigmoidectomía por estreñimiento crónico en probable relación con dolicosigma. Durante la cirugía se evidencia importante descenso del suelo pélvico, útero en anteversión y una llamativa hiperlaxitud del peritoneo con formación de grandes pliegues a nivel de fondo de saco de Douglas.

Durante la cirugía se procede a la apertura del peritoneo para la colocación de una malla titanizada en forma de Y invertida que se fija a promontorio, cara anterior de recto y pared posterior de vagina. Se reseca el peritoneo sobrante y se cierra con sutura continua, quedando la malla totalmente recubierta y restableciendo así la profundidad adecuada del fondo de saco de Douglas, lo que evita recidivas tempranas. La cirugía se completa con sigmoidectomía por sigma redundante.

La paciente presenta un postoperatorio sin complicaciones inmediatas. Tras revisión en consulta al mes de la intervención refiere dificultad ocasional para la micción, por lo que recibe actualmente estimulación tibial posterior.

DISCUSIÓN

La colposacropexia ventral laparoscópica es una técnica segura y eficaz para el tratamiento integral del descenso del suelo pélvico, especialmente en pacientes jóvenes, al permitir el restablecimiento completo de la anatomía pélvica. Así se consigue una mejoría en la incontinencia así como en el estreñimiento asociados en un 40-50%, y por consiguiente una mejora en la calidad de vida. Como complicación más frecuente encontramos la retención urinaria, hasta en un 7% de los casos.

El abordaje abdominal recogido en la literatura presenta mejores resultados y menor tasa de recurrencia que el abordaje perineal, actualmente reservado para pacientes que no toleran la vía abdominal, y únicamente como tratamiento del rectocele, sin posibilidad de un tratamiento integral del suelo pélvico.

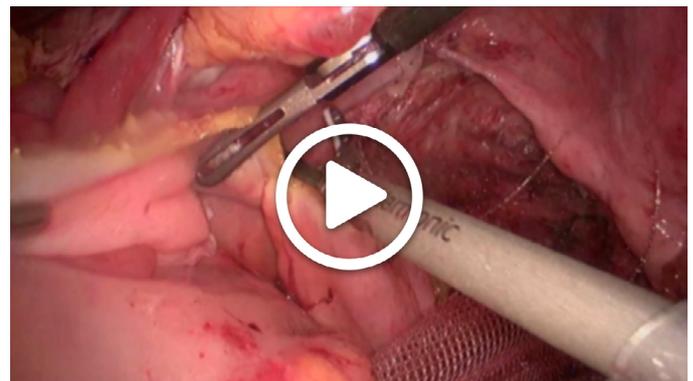
Cuando comparamos el abordaje abdominal abierto vs. laparoscópico, no encontramos en la literatura diferencias en cuanto a resultados

funcionales y tasa de recurrencias. Además, el abordaje laparoscópico reduce la tasa de morbimortalidad así como la estancia hospitalaria, siendo actualmente el abordaje más reproducido.

En cuanto al abordaje anterior en comparación con abordaje anterior y posterior, podemos concluir que este último presenta un mayor riesgo de estreñimiento y disquecia en relación con la lesión de la inervación autónoma del recto procedente del plexo sacro, como consecuencia de la disección de los ligamentos laterales.

En cuanto al material protésico empleado, se tiende al uso de mallas sintéticas frente al de mallas biológicas, sin clara diferencia entre ellas en la literatura en cuanto a lesiones por erosión. Aunque muchos autores recomiendan mallas biológicas para evitar lesiones a largo plazo por migración de éstas y ulceración por decúbito, la peritonealización de la malla asociada a una correcta fijación de la misma, permite la colocación de prótesis sintéticas evitando este riesgo.

En resumen, podemos decir que en nuestro centro optamos, siempre que el paciente lo permita, por un abordaje abdominal anterior por vía laparoscópica, con colocación de malla preperitoneal, resección del exceso de peritoneo y sigmoidectomía en caso de dolicosigma, como técnica de preferencia para un restablecimiento lo más integral posible del suelo pélvico.



[Acceder al vídeo](#)

BIBLIOGRAFÍA

1. Maggiori L, Bretagnol F, Ferron M, Panis Y. Laparoscopic ventral rectopexy: a prospective long-term evaluation of functional results and quality of life, *Tech Coloproctol.* 2013 Aug;17(4):431-6.
2. Sileri P, Franceschilli L, de Luca E, Lazzaro S, Angelucci GP, Fiaschetti V, Pasencic C, Gaspari AL. Laparoscopic ventral rectopexy for internal rectal prolapse using biological mesh: postoperative and short-term functional results, *J Gastrointest Surg.* 2012 Mar;16(3):622-8.
3. Faucheron JL, Trilling B, Girard E, Sage PY, Barbois S, Reche F. Anterior rectopexy for full-thickness rectal prolapse: Technical and functional results, *World J Gastroenterol.* 2015 Apr 28;21(16):5049-55.
4. Kersting S, Jung KP, Berg E. Alloplastic material in prolapse surgery: Indications and postoperative outcome of ventral rectopexy, *Chirurg.* 2017 Feb;88(2):141-146