

## Artículos multimedia

# Rectopexia ventral laparoscópica

## *Laparoscopic ventral rectopexy*

**M. Pérez-Reyes, I. González-Poveda, S. Mera-Velasco, M. Ruiz-López, J. Santoyo-Santoyo**

*Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.*

### RESUMEN

Las alteraciones del suelo pélvico pueden encontrarse de forma sincrónica. El rectocele pertenece a los trastornos de la estática rectal, consiste en una protrusión de la cara anterior del recto sobre la pared posterior de la vagina. Las causas son multifactoriales.

Es necesario corregir los trastornos asociados, y, en casos de rectocele mayor a 2 cm, que ocasione sequedad y ulceración y, cuando exista atrapamiento fecal sintomático que obligue a evacuación digital, está indicada la cirugía.

Existen diferentes vías de abordaje y técnicas quirúrgicas, pero en los últimos años se prefiere la rectopexia anterior vía laparoscópica. El tiempo quirúrgico es mayor, pero disminuye la morbimortalidad y la estancia hospitalaria.

Presentamos un vídeo de nuestra estrategia quirúrgica mediante rectopexia anterior laparoscópica para el tratamiento de una paciente con estreñimiento crónico y diagnóstico rectocele.

**Palabras clave:** rectocele, rectopexia anterior laparoscópica.

### ABSTRACT

The pelvic floor disorders can be associated at the same time. The rectocele belongs to the disorders of the rectal statics, it is a protrusion of the anterior side of rectum into the posterior vagina wall. The causes are multifactorial.

It is necessary to treat the associated disorders, and, in cases of rectocele greater than 2 cm which make dryness and ulceration, and when there is a symptomatic fecal trapping that requires a digital evacuation, surgery is indicated.

There are surgical approaches and techniques, but in recent years, anterior laparoscopic rectopexy has been improved. Surgical time is longer, it decreases morbidity and mortality and hospital stay.

We present a video about our surgical strategy through laparoscopic anterior rectopexy for the treatment of a patient with chronic constipation and rectocele diagnosis.

**Keywords:** rectocele, ventral sacral rectopexy.

### INTRODUCCIÓN

El rectocele es una manifestación anatómica infrecuente. Consiste en una protrusión de la cara anterior del recto sobre la pared posterior de la vagina, que a su vez prolapsa, en grado variable, hacia el exterior. Pertenece a los trastornos de la estática rectal y de forma global a los trastornos de la estática pelviperineal<sup>1,2</sup>.

#### CORRESPONDENCIA

María Pérez Reyes  
Hospital Universitario de Málaga  
29010 Málaga  
[maria.perezreyes1991@gmail.com](mailto:maria.perezreyes1991@gmail.com)

XREF

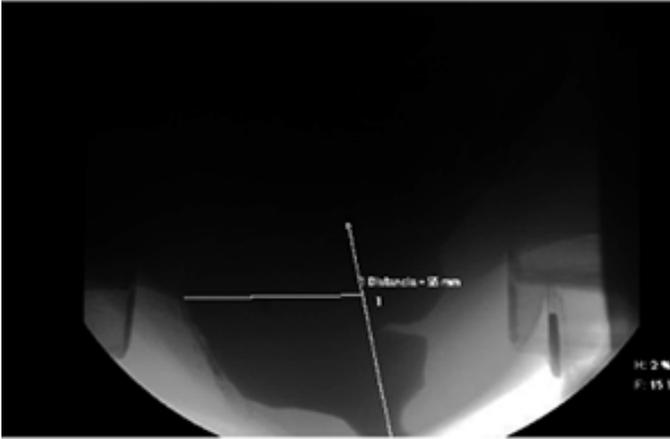
#### CITA ESTE TRABAJO

Pérez Reyes M, González Poveda I, Mera Velasco S, Ruiz López M, Santoyo Santoyo J. Rectopexia ventral laparoscópica. Cir Andal. 2018;29(4):557-559.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 46 años con antecedentes de histerectomía vaginal, derivada desde ginecología a consulta por estreñimiento crónico y rectocele grado III. A la exploración presentaba protrusión sobre la cara anterior del recto.

Se solicitó colonoscopia objetivando dos pólipos benignos (adenomas) y defecograma (Figura 1) informado como rectocele anterior grado III y enterocele grado III.



**Figura 1**  
Defecograma.

Estos hallazgos radiológicos son compatibles con descenso de suelo pélvico a nivel del compartimento posterior.

En ésta paciente se planteó intervención quirúrgica porque estaba muy sintomática y el tratamiento fisioterápico había fracasado. Fue intervenida de forma programada, con abordaje laparoscópico realizando rectopexia ventral colocando malla de polipropileno.

### Hallazgos intraoperatorios

Fondo saco Douglas muy descendido. Dolicosigma. Paciente con histerectomía. Descenso de cúpula vaginal.

### Técnica quirúrgica

Abordaje laparoscópico. Posición Lloyd Davis. Neumoperitoneo en hipocondrio izquierdo con aguja de Veress. Colocación de 4 trocares (10 mm ombligo (Óptica), 12 mm fosa iliaca derecha, 5 mm (x2) simétricos a ambos lados del ombligo, por debajo del borde externo de musculatura de rectos). Fijación a pared en fosa iliaca izquierda de apéndice epiploico de sigma con punto de sutura transparietal.

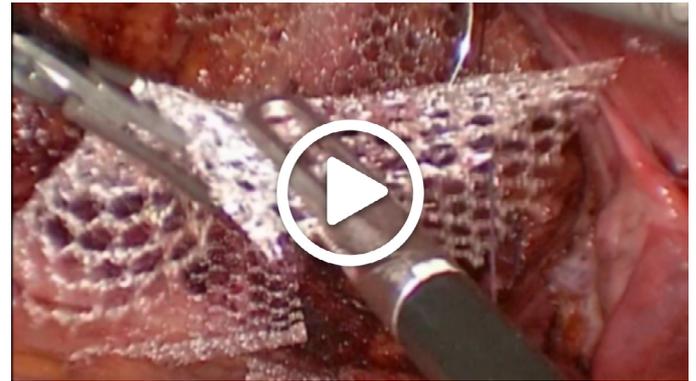
Diseción medial de mesocolon a nivel de promontorio identificando el peristio. Diseción del peritoneo de todo el espacio de Douglas hasta el tabique rectovaginal y hasta llegar a la musculatura puborrectal. Resección del saco peritoneal para disminuir recidiva.

Colocación de malla en "alas de mariposa" (extremidad distal + ancha para cubrir con una hemi-circunferencia anterior la parte baja del recto) fijando la cara posterior al músculo puborrectal y la cara anterior a la cúpula vaginal con vycril. El ayudante mediante un tacto vaginal bascula la vagina hacia delante para abrir el plano. Se fija con

un punto de vycril los dos segmentos de la malla a nivel medial. Es preciso visualizar bien la zona del promontorio para no lesionar los elementos vasculonerviosos. El extremo proximal de la malla se fija al promontorio con Prolene.

Se reperitoniza la zona pélvica promediando con sutura continua V-Loc™. Se libera el sigma fijado con punto a nivel de apéndice epiploico.

El postoperatorio cursó sin complicaciones, con tránsito intestinal conservado y desaparición del rectocele.



[Acceder al vídeo](#)

## DISCUSIÓN

El suelo pélvico se clasifica en compartimento anterior, medio y posterior. En el caso del suelo pélvico posterior, se pueden producir patologías como: colpocele posterior, rectocele, elitrocele, enterocele, prolapso rectal; y por otro lado, trastornos funcionales. Las alteraciones del suelo pélvico pueden presentarse de forma sincrónica, por ello exigen la atención de varios especialistas<sup>2,4</sup>.

En el caso del rectocele, puede acompañarse de otras patologías como enterocele. Éstos son afecciones propias del compartimento posterior, aunque pueden aparecer secundariamente a un fallo del compartimento central, ya que las lesiones del rafe perineal y el tabique rectovaginal pueden darse aisladas o acompañadas de otras que afectan también a los tejidos de sostén o fijación uterovaginal<sup>1</sup>.

Las causas son multifactoriales: anatómica (insuficiente fijación posterior del recto, longitud excesiva del rectosigmoide, hernia del fondo de saco de Douglas, diástasis de músculos elevadores, excesiva amplitud del conducto anal), cirugía pélvica previa, obesidad, envejecimiento, sobreesfuerzos, etc.<sup>2,4</sup>.

Puede coexistir con otros trastornos defecatorios como estreñimiento, por ello es necesario corregir los trastornos asociados, optimizar la función intestinal y, en casos de rectocele mayor a 2 cm, que ocasione sequedad y ulceración y, cuando exista atrapamiento fecal sintomático que obligue a evacuación digital, está indicada la cirugía<sup>1,2,4</sup>.

La finalidad de la cirugía es corregir el defecto anatómico, aliviar en lo posible la disfunción intestinal acompañante y evitar las secuelas funcionales posteriores<sup>4</sup>.

Existen diferentes vías de abordaje y técnicas quirúrgicas, pero en los últimos años se prefiere la rectopexia anterior vía laparoscópica porque al limitar la disección pélvica a la cara anterior, disminuye los riesgos de hemorragia presacra, de lesiones de plexos nerviosos y la denervación rectal y evita la movilización rectal posterolateral; todo esto, favorece un menor estreñimiento<sup>3-5</sup>; y al colocar la malla ventralmente, permite obliterar el espacio de Douglas, reforzar el tabique rectovaginal y dar soporte vertical al cuerpo perineal elevándolo<sup>4</sup>. El tiempo quirúrgico es mayor, pero disminuye la morbimortalidad y la estancia hospitalaria<sup>2</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fry RD, et al. In: Townsend C, Beauchamp R, Evers B, Mattox K, editors. Sabiston Tratado de Cirugía Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 19ªed. Barcelona: Elsevier Saunders; 2013.p. 1372-1374
2. Roger Lefevre MD, G Willy Davida MD. Functional Disorders: Rectocele. Clin Colon Rectal Surg 2008; 21(02):129-137
3. Meurette G, Vénara A, Lehu PA. Tratamiento quirúrgico de los rectoceles. EMC-Técnicas quirúrgicas- Aparato digestivo 2018; 34(1): 1-12 [Artículo E-40-708].
4. Enríquez-Navascués JM, et al. Recto (colpoperineo) sacropexia ventral en el tratamiento del prolapso rectal y rectogenital. CIR ESP 2009; 86(5):283-289.
5. Johanna Mäkelä-Kaikkonen, M.D et al. Does Ventral Rectopexy Improve Pelvic Floor Function in the Long Term?. Dis Colon Rectum 2018; 61: 230–238