

# Abordaje del compartimento posterior. Prolapso rectal, rectocele.

*Posterior Compartment Approach: Rectal Prolapse, Rectocele*

Valdés Hernández J

Cirugía general y del aparato digestivo. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

## INTRODUCCIÓN

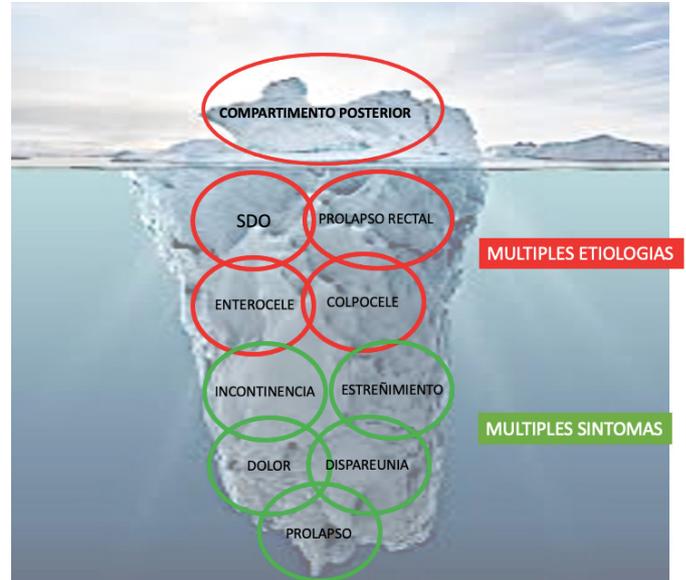
El abordaje quirúrgico del compartimento posterior no es una tarea fácil y está asociado a una serie de posibles dudas a la hora de plantearlo, como son;

- ¿Cuándo debe plantearse una intervención quirúrgica?
- ¿Cuál es la mejor vía para realizar dicha intervención?
- ¿Debe plantearse dicho abordaje en todos los pacientes?
- ¿Es necesario poner malla? Y en caso afirmativo, ¿qué tipo de malla es la más indicada?

Éstas y otras dudas pueden surgir a la hora de plantear el abordaje de la patología del compartimento posterior, y cuando decidimos acudir a la evidencia científica para tratar de aclarar estos aspectos, nos encontramos con que la evidencia, en la mayoría de los casos, es escasa y de poco peso.

Ésto se debe, principalmente, a que bajo el epígrafe de trastornos del compartimento posterior se engloba una amalgama de patologías muy diferentes entre sí como pueden ser el prolapso rectal, el síndrome de defecación obstructiva, enterocele, colpocele etc. que a

su vez engloban distintos síntomas, en ocasiones incluso antagónicos, como la incontinencia, el estreñimiento, dolor, síntomas asociados al prolapso, dispareunia etc (**Figura 1**).



**Figura 1** Etiología y sintomatología de los trastornos del compartimento posterior.

### CORRESPONDENCIA

Javier Valdés Hernández  
Hospital Universitario Virgen Macarena  
41009 Sevilla  
[valdeshernandez@hotmail.com](mailto:valdeshernandez@hotmail.com)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Valdés Hernández J. Abordaje del compartimento posterior. Prolapso rectal, rectocele. Cir Andal. 2025;36(2):107-111. DOI: 10.37351/2025362.10

Por ello, es complicado obtener conclusiones respecto al mejor manejo de estas patologías y síntomas tan dispares. Pero, por si esto no fuera suficiente, la manera de abordar quirúrgicamente estos procesos implica una gran diversidad de vías de abordaje y técnicas quirúrgicas, como son;

#### -Abordajes Perineales

- o Abordaje transvaginal
- o Abordaje transperineal
- o Técnicas resectivas transanales (STARR)
- o Técnica de Delorme
- o Técnica de Altemier (rectosigmoidectomía perineal)

#### -Abordajes abdominales

- o Rectopexia Ventral
- o Rectopexia posterior de Wells- Rectopexia de Ripstein.
- o Rectopexia asociada a sigmoidectomía (Frykman- Goldberg)
- o Rectopexia sin malla.

Es por ello que es complicado obtener respuestas con respecto al abordaje de las patologías del compartimento posterior, ya sea de la indicación de cirugía como de la técnica a emplear.

## SITUACIÓN ACTUAL DEL ABORDAJE QUIRÚRGICO DEL COMPARTIMENTO POSTERIOR

Es fundamental, en la medida de lo posible, tratar de estandarizar la forma de abordar esta patología, sin olvidar que, debido a que tanto las distintas patologías, así como la distinta sintomatología que pueden presentar estos pacientes, siempre tenemos que tener en cuenta que va a ser necesario individualizar la técnica quirúrgica a la medida de nuestros pacientes y que siempre puede quedar espacio para la decisión personalizada cirujano-paciente.

Una revisión Cochrane publicada en el año 2015 por Tou *et al*<sup>1</sup>, con el objetivo de clarificar la mejor vía de abordaje para el prolapso rectal completo, concluía que, dada la heterogeneidad en los estudios, así como la escasa evidencia de los mismos, el pequeño tamaño muestral y su metodología, no existía evidencia científica robusta para recomendar ninguna de las técnicas quirúrgicas analizadas.

La revisión sistemática con metanálisis publicada por Pellino *et al*<sup>2</sup> en 2022, comparaba el abordaje abdominal frente al abordaje perineal en el tratamiento del prolapso rectal externo. Las conclusiones de este estudio indican que el abordaje abdominal podría ser favorable frente al perineal con respecto a la posibilidad de recurrencia del prolapso, asociando además una menor incidencia de incontinencia postoperatoria pero con una mayor presencia de estreñimiento.

Sin embargo, es importante decir, que dicha mejoría en cuanto a

recurrencia en el abordaje abdominal tuvo significación estadística solo al analizar los estudios retrospectivos, pues al analizar los trabajos prospectivos no se encontró una diferencia estadísticamente significativa. Probablemente esto pueda deberse a que solo se incluyeron tres estudios prospectivos en este metanálisis, con escaso número de pacientes y con tiempo de seguimiento corto.

No obstante, esta publicación de Pellino *et al*, ofrece algo de luz sobre la mejor vía de abordaje. Identifica, además, dos factores muy importantes en cuanto a la posibilidad de que exista un aumento de la recurrencia, que fueron; la edad y el tiempo de seguimiento.

Por lo tanto, a mayor edad, mayor posibilidad de recidiva, y a mayor tiempo de seguimiento en el estudio, mayor posibilidad de recidiva. Ambos factores deben tenerse muy en cuenta, tanto para elegir una u otra técnica, como a la hora de valorar la importancia de un trabajo con respecto al tiempo de seguimiento postoperatorio.

En el año 2023, Emile *et al*<sup>3</sup> publicó un metanálisis incluyendo 9 ensayos clínicos con 728 pacientes sobre el tratamiento quirúrgico del prolapso rectal completo. Los resultados de este estudio mostraron que la Rectopexia posterior con malla y la rectopexia ventral con malla tuvieron los mejores resultados en cuanto a recurrencia frente a otras técnicas como el Altameier, Delorme, rectopexia con resección, o rectopexia sin malla.

No obstante, cabe destacar que los ensayos clínicos analizados de nuevo tuvieron, en general, un tiempo de seguimiento corto (12-47 meses) y que el número de pacientes incluidos en cada estudio podría considerarse algo escaso (17-293) destacando, a este respecto, la publicación de Senapati *et al*<sup>4</sup>.

Merece la pena analizar con más detalle este trabajo de Senapati *et al*, EL PROSPER trial, publicado en 2013, por tratarse de un ensayo clínico prospectivo aleatorizado multicéntrico, con el que se pretendía arrojar luz sobre la mejor alternativa quirúrgica en el tratamiento del prolapso rectal completo.

Se aleatorizaron 293 pacientes entre 34 centros hospitalarios y se analizaron tanto la recurrencia, como los resultados funcionales y de calidad de vida, entre el abordaje abdominal y el perineal, así como entre las distintas técnicas de abordaje abdominal (rectopexia con sutura Vs rectopexia con resección), y de abordaje perineal (Delorme Vs Altameier).

Sin embargo el PROSPER trial no pudo concluir la superioridad de ninguna técnica ni vía de abordaje con respecto al resto, aunque si se apreció una mejoría en la calidad de vida de los pacientes sometidos a cualquier abordaje para el tratamiento del prolapso rectal.

Las posibles razones por las que este estudio no demostró superioridad estadísticamente significativa con ninguna vía de abordaje probablemente se deban a varios factores. En primer lugar el número de pacientes reclutados podría ser escaso (en un primer momento se planteó una N original de 950 pacientes, frente a los 293 finalmente incluidos). Por otra parte, estos 293 pacientes provienen de 34 centros hospitalarios diferentes en un periodo de más de 7 años, por lo que es lógico pensar que el número de pacientes intervenidos por centro y por año fue bastante escaso, pudiendo este hecho afectar a los resultados definitivos.

Además, dada la fecha del estudio (Febrero de 2001 a Abril de 2008), en este estudio no se analizaron algunas técnicas más actualizadas, entre ellas la rectopexia ventral laparoscópica.

Con respecto al abordaje perineal, cabe destacar la revisión sistemática y metanálisis publicado por Bhattacharya *et al*<sup>5</sup> en 2023 comparando la técnica de Delorme y Altemeier, demostrando una menor recurrencia con el Altemeier, aunque con una mayor tasa de dehiscencia anastomótica y una mayor estancia postoperatoria.

## RECTOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA

En los últimos años ha habido una técnica que se ha ido imponiendo de forma clara en el abordaje del prolapso rectal, al menos por vía abdominal, que es la rectopexia ventral laparoscópica.

Descrita inicialmente por D'Hoore *et al*<sup>6</sup> en 2006, existen varios motivos para que la rectopexia ventral haya irrumpido como una alternativa factible y prometedora.

1- En primer lugar, existe una necesidad de estandarizar un tipo de abordaje y técnica quirúrgica, pues como hemos visto previamente, existe una gran variabilidad entre las distintas técnicas por vía abdominal como también por vía perineal.

2- La implementación de la cirugía mínimamente invasiva ha servido de plataforma para que la RVL se introduzca con mayor facilidad en el arsenal terapéutico de los cirujanos.

3- La RVL permite abordar tanto los trastornos relacionados con el prolapso rectal completo, como los relacionados con otros prolapso de órganos pélvicos POP (enterocele, colpocele etc.) y rectocele, permitiendo un abordaje global de la patología de suelo pélvico cuando sea preciso, pudiendo además añadir la colocación de una malla a la reparación, siendo, por tanto, un abordaje muy versátil.

Las primeras publicaciones sobre la RVL presentaron unos resultados prometedores, con tasa de recurrencia bajas (en torno al 8% a los 10 años) y mejoría tanto de la incontinencia fecal como de la defecación obstructiva<sup>7</sup>.

La RVL lleva asociada una serie de pasos como son:

1- Apertura del peritoneo desde el promontorio hasta el fondo de saco de Douglas (generalmente en forma de J invertida) (**Figura 2**).

2- Disección del tabique rectovaginal: Esta disección debe llevarse a cabo de forma cuidadosa, y generalmente puede realizarse de forma roma, hasta alcanzar el plano de los elevadores (especialmente importante en caso de reparación de rectocele) (**Figura 3**).

3- Colocación de malla: La prótesis se coloca en el espacio rectovaginal, teniendo en cuenta que la longitud recomendada es de aproximadamente 15 cm, pero no debemos olvidar que también es importante cubrir de forma correcta la anchura del tabique rectovaginal (especialmente en caso de reparación de rectocele) por lo que es recomendable la colocación de una prótesis de aproximadamente 15x4 cm (**Figura 4**).



**Figura 2**  
Apertura del peritoneo en J invertida.



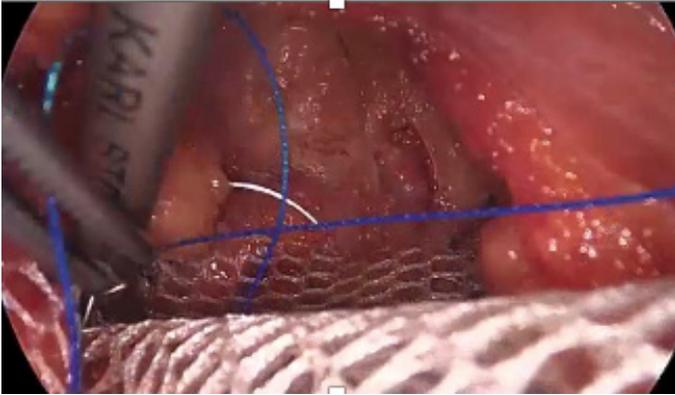
**Figura 3**  
Disección del tabique rectovaginal.



**Figura 4**  
Elección de la malla.

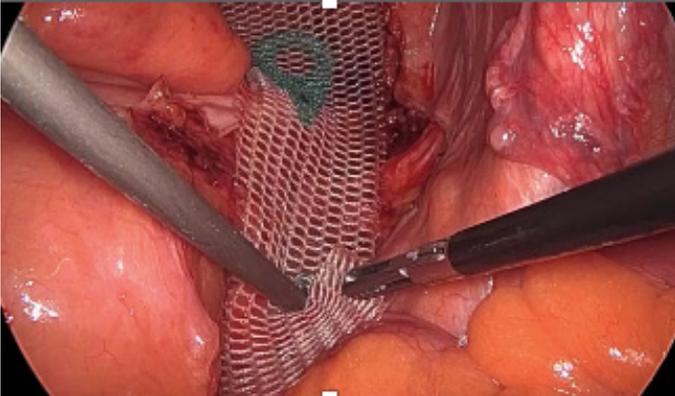
4- Fijación de la malla: Existen múltiples posibilidades para realizar la fijación de la prótesis. En un principio se optaba por sutura intracorpórea que se anudaba, bien con anudado intracorpóreo, o más frecuentemente mediante anudado extracorpóreo y descenso con un bajanudos. Sin duda, la introducción de la sutura barbada ha supuesto una ayuda para facilitar el anclaje de la prótesis en el fondo de la pelvis, al permitir eliminar el anudado<sup>8</sup>. La cirugía robótica también puede proporcionar una ayuda para esta sutura y anudado. La aplicación de adhesivos tipo cianocrilato también puede ser una alternativa añadida a la sutura para facilitar la colocación de la prótesis.

La prótesis debe fijarse a la cara anterior del recto, 3-4 cm por encima del elevador del ano, pero dicha sutura no debe ser transfixiante para evitar problemas posteriores de contaminación o extrusión de la malla. En caso de reparación de rectocele se puede fijar la malla al elevador del ano en ambos lados (Figura 5).



**Figura 5**  
Fijación de la prótesis con sutura barbada.

5- Fijación al promontorio sacro. La fijación de la prótesis al promontorio sacro se realiza generalmente mediante sutura o bien mediante la colocación de sutura helicoidal, pero es importante tener precaución para evitar lesionar o incluir el nervio hipogástrico a este nivel (Figura 6).

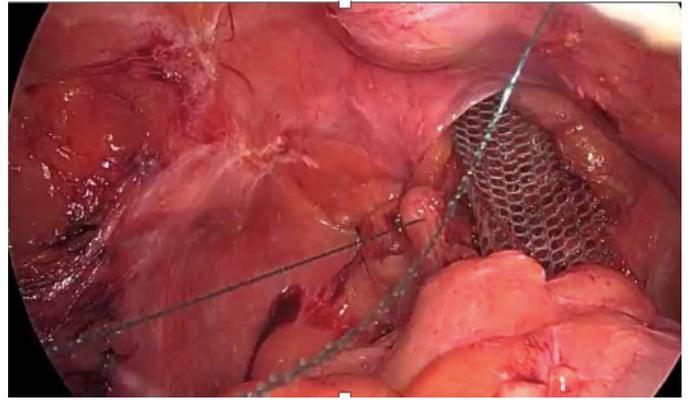


**Figura 6**  
Fijación de la prótesis al promontorio.

6- Cierre del peritoneo: Generalmente se realiza con sutura continua barbada cubriendo la zona de disección y la malla (Figura 7).

## PRÓTESIS EN LA RECTOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA

Existe mucha variabilidad sobre el tipo de malla que se puede colocar durante la RVL, tanto prótesis sintéticas como biológicas o incluso la fijación con sutura, sin malla.



**Figura 7**  
Cierre peritoneal.

Un metanálisis publicado por van der Schans en 2022<sup>9</sup> comparando el uso de malla biológica Vs sintética no demostró conclusiones definitivas a favor del uso de una u otra prótesis.

Se suele optar por el uso de malla sintética en la mayoría de los grupos y estudios publicados, aunque la malla biológica puede ser interesante en caso de pacientes jóvenes, mujeres en edad reproductiva o cuando exista un alto riesgo de contaminación intraoperatoria.

En 2024 se publicó un metanálisis por Hess et al<sup>10</sup>, analizando las complicaciones en relación con el uso de malla en la RVL en el que se establece que la RVL es una técnica segura, con una tasa de complicaciones baja, independientemente del tipo de malla utilizado. Sin embargo, en el estudio multicéntrico publicado por Evans et al<sup>11</sup> en 2015, se apreció una tasa de erosión de malla de aproximadamente el 2,5% con una mediana de aparición de esta complicación de 27+/-18 meses. Dicha tasa de erosión fue mayor cuando se utilizó una malla sintética frente a la biológica, pero dicho riesgo estaba especialmente aumentado cuando se utilizó una malla de poliéster por lo que quizás sería recomendable utilizar una malla de otro material como el polipropileno cuando se vaya a plantear la utilización de una prótesis sintética.

## CONCLUSIONES

El prolapso rectal continúa siendo un reto para el cirujano, tanto en el diagnóstico, como en la indicación de tratamiento.

No existe una evidencia científica robusta para recomendar una técnica o vía de abordaje frente a otra, si bien la literatura muestra que el abordaje abdominal puede tener mejores resultados en cuanto a la recidiva del prolapso.

La rectopexia ventral laparoscópica permite un abordaje global del suelo pélvico, siendo además una técnica segura, bien estandarizada y factible por vía mínimamente invasiva.

Existe controversia sobre el tipo de prótesis a utilizar cuando se realiza un abordaje abdominal, siendo la tendencia más aceptada la utilización de una prótesis sintética.

Las prótesis biológicas pueden tener un papel importante sobre todo en el abordaje quirúrgico de pacientes jóvenes, mujeres en edad reproductiva y cuando haya sospecha de contaminación intraoperatoria.

Es fundamental contar con unidades multicéntricas o comités para decidir el mejor tratamiento para nuestros pacientes, individualizando la mejor vía de abordaje y técnica para cada caso.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tou S, Brown SR, Nelson RL. Surgery for complete (full-thickness) rectal prolapse in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Nov 24;2015(11):CD001758. doi: 10.1002/14651858.CD001758.pub3. PMID: 26599079; PMCID: PMC7073406.
2. Pellino G, Fuschillo G, Simillis C, Selvaggi L, Signoriello G, Vinci D, Kontovounisios C, Selvaggi F, Sciaudone G. Abdominal versus perineal approach for external rectal prolapse: systematic review with meta-analysis. *BJs Open.* 2022 Mar 8;6(2):zrac018. doi: 10.1093/bjsopen/zrac018. PMID: 35390136; PMCID: PMC8989040.
3. Emile SH, Khan SM, Garoufalia Z, Silva-Alvarenga E, Gefen R, Horesh N, Freund MR, Wexner SD. A network meta-analysis of surgical treatments of complete rectal prolapse. *Tech Coloproctol.* 2023 Oct;27(10):787-797. doi: 10.1007/s10151-023-02813-2. Epub 2023 May 8. PMID: 37150800.
4. Senapati A, Gray RG, Middleton LJ, Harding J, Hills RK, Armitage NC, Buckley L, Northover JM; PROSPER Collaborative Group. PROSPER: a randomised comparison of surgical treatments for rectal prolapse. *Colorectal Dis.* 2013 Jul;15(7):858-68. doi: 10.1111/codi.12177. PMID: 23461778.
5. Bhattacharya P, Hussain MI, Zaman S, Randle S, Tanveer Y, Faiz N, Sarma DR, Peravali R. Delorme's vs. Altemeier's in the management of rectal procidentia: systematic review and meta-analysis. *Langenbecks Arch Surg.* 2023 Dec 2;408(1):454. doi: 10.1007/s00423-023-03181-z. PMID: 38041773.
6. D'Hoore A, Penninckx F. Laparoscopic ventral recto(colpo)pexy for rectal prolapse: surgical technique and outcome for 109 patients. *Surg Endosc.* 2006 Dec;20(12):1919-23. doi: 10.1007/s00464-005-0485-y. PMID: 17031741.
7. Consten EC, van Iersel JJ, Verheijen PM, Broeders IA, Wolthuis AM, D'Hoore A. Long-term Outcome After Laparoscopic Ventral Mesh Rectopexy: An Observational Study of 919 Consecutive Patients. *Ann Surg.* 2015 Nov;262(5):742-7; discussion 747-8. doi: 10.1097/SLA.0000000000001401. PMID: 26583661.
8. Morciano A, Caliendo D, Campagna G, Panico G, Giaquinto A, Fachechi G, Zullo MA, Tinelli A, Ercoli A, Scambia G, Cervigni M, Marzo G. Laparoscopic ventral rectopexy plus sacral colpopexy: continuous locked suture for mesh fixation. A randomized clinical trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2022 Nov;306(5):1573-1579. doi: 10.1007/s00404-022-06682-2. Epub 2022 Jul 15. PMID: 35835920.
9. van der Schans EM, Boom MA, El Moumni M, Verheijen PM, Broeders IAMJ, Consten ECJ. Mesh-related complications and recurrence after ventral mesh rectopexy with synthetic versus biologic mesh: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol.* 2022 Feb;26(2):85-98. doi: 10.1007/s10151-021-02534-4. Epub 2021 Nov 23. PMID: 34812970; PMCID: PMC8763765.
10. Hess GF, Nocera F, Taha-Mehlitz S, Christen S, von Strauss Und Torney M, Steinemann DC. Mesh-associated complications in minimally invasive ventral mesh rectopexy: a systematic review. *Surg Endosc.* 2024 Dec;38(12):7073-7082. doi: 10.1007/s00464-024-11369-7. Epub 2024 Nov 8. PMID: 39516323; PMCID: PMC11614941.
11. Evans C, Stevenson AR, Sileri P, Mercer-Jones MA, Dixon AR, Cunningham C, Jones OM, Lindsey I. A Multicenter Collaboration to Assess the Safety of Laparoscopic Ventral Rectopexy. *Dis Colon Rectum.* 2015 Aug;58(8):799-807. doi: 10.1097/DCR.0000000000000402. PMID: 26163960.