

Tratamiento laparoscópico del prolapso rectal

Pilar Hernández, Eduardo M. Targarona, Carmen Balagué, Carmen Martínez, José Luis Pallares, Jordi Garriga y Manuel Trias
Servei de Cirurgia. Hospital de Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

Resumen

Introducción. El prolapso rectal es una enfermedad infrecuente que predomina en edades extremas de la vida. Su tratamiento es quirúrgico, aunque continúa habiendo una importante controversia en cuanto a la técnica más adecuada. En los últimos años la aplicación de la vía laparoscópica se ha demostrado factible y se acompaña de las ventajas de una técnica mínimamente invasiva.

Objetivo. Presentar los resultados preliminares de una serie de pacientes afectados de prolapso rectal que fueron abordados por laparoscopia; en la mayoría de ellos se practicó una rectopexia posterior laparoscópica.

Material y método. Entre febrero de 1998 y febrero de 2008, se ha intervenido a 17 pacientes diagnosticados de prolapso rectal total. En 15 casos se realizó una rectopexia posterior tipo Wells por laparoscopia y en los otros dos, una sigmoidectomía. Se analizaron las características preoperatorias y los resultados en el postoperatorio inmediato y el seguimiento a largo plazo.

Resultados. La media de edad de la serie es 63 (21-87) años y la del tiempo operatorio, 186 (105-240) min; el índice de conversión fue del 6,6%. La morbimortalidad postoperatoria fue nula, con una media de estancia hospitalaria de 5,2 (3-8) días. La media del seguimiento fue de 39 (6-96) meses, y no se han objetivado recidivas. En 1 paciente se produjo la migración intraluminal de la malla, que fue expulsada por vía rectal a los 2 años de la cirugía. Durante el seguimiento 1 paciente falleció debido a su enfermedad cardiorrespiratoria grave de base; el prolapso recidivó en 1 paciente tras una sigmoidectomía; antes de la intervención, 8 (53%) pacientes tenían constipación y 6 (40%), incontinencia. En los controles postoperatorios la constipación persistió en 3 (20%) y apareció de novo en 1 (6,6%). La incontinencia se solucionó en 4 (26%) y persistió en 2 (13%).

Conclusiones. La rectopexia laparoscópica es una buena opción técnica con escasa morbimortalidad que reduce la estancia hospitalaria y tiene buenos resultados a largo plazo.

Palabras clave: Prolapso rectal. Rectopexia. Laparoscopia.

LAPAROSCOPIC TREATMENT OF RECTAL PROLAPSE

Introduction. Rectal prolapse is an uncommon disease mainly seen in patients of advanced age. It is treated surgically, although there is still significant controversy as regards the most appropriate technique. In the last few years the laparoscopic route has been shown to be feasible and has the advantage of being a minimally invasive technique.

Objective. To present the preliminary results of a series of patients with rectal prolapse, the majority of whom were treated by performing a laparoscopic posterior rectopexy.

Material and method. Between February 1998 and February 2008, 17 patients diagnosed with total rectal prolapse were operated on. In 15 cases, a Wells type posterior rectopexy was performed and in the other two a sigmoidectomy was done. The pre-surgical characteristics, as well as the immediate post-surgical results and the long-term follow up results were analysed.

Results. The mean age of the series was 63 (21-87) years, with a mean operation time of 186 (105-240) min and a conversion index of 6.6%. There was no post-surgical morbidity and mortality and the mean hospital stay was 5.2 (3-8) days. The mean follow-up was 39 (6-96) months with no relapses seen. One patient had an intraluminal migration of the mesh which was expelled via the rectum, two years after the surgery. One patient died during follow-up due to his underlying severe cardio-respiratory disease. The prolapse re-occurred in one patient after a sigmoidectomy. Eight patients (53%) previously had constipation and in six cases (40%), incontinence. In the post-surgical reviews, constipation persisted in three patients (20%) and it was seen de novo in one case (6.6%). The incontinence was resolved in four cases (26%) and persisting in two patients (13%).

Conclusions. Laparoscopic rectopexy is a good technical option with a low morbidity-mortality and a reduced hospital stay, as well as good results in the long-term.

Key words: Rectal prolapse. Rectopexy. Laparoscopy.

Correspondencia: Dr. E.M. Targarona.
Servei de Cirurgia. Hospital de Sant Pau.
Avda. Antoni Maria Claret, 167. 08025 Barcelona. España.
Correo electrónico: etargarona@santpau.es

Introducción

El prolapso rectal es una enfermedad poco frecuente que consiste en la salida por el ano de las distintas capas del recto. Suele aparecer en edades extremas de la vida y habitualmente se relaciona con incontinencia y/o constipación, aspectos que considerar en su tratamiento¹⁻³.

El tratamiento del prolapso rectal es quirúrgico, aunque la técnica que se ha de realizar continúa siendo motivo de controversia y su elección se justifica en cada caso por diferentes parámetros. Así, las técnicas perineales (Delorme, Altemeier) suelen tener aplicación en pacientes de edad avanzada o con elevada comorbilidad, a pesar de que tiene un mayor índice de recurrencia y no ofrece una franca mejoría del grado de incontinencia del paciente, mientras las técnicas transabdominales, consistentes tanto en la resección de recto-sigma o en la pexia con malla fijada al pubis (anterior, Ripstein) o el sacro (posterior, Wells), presentan menor incidencia de recidiva pero son más agresivas.

En 1999 Cuschieri describió la utilización del abordaje laparoscópico para la realización de una rectopexia, y después varios autores han demostrado su posibilidad técnica y las potenciales ventajas a corto plazo, con resultados a largo plazo comparables a los de la cirugía abierta⁴ en cuanto a la tasa de recidivas y mejoría de las funciones (continencia, constipación).

Presentamos los resultados obtenidos en una serie de pacientes diagnosticados de prolapso rectal completo a los que se practicó rectopexia posterior laparoscópica.

Pacientes y método

Se han revisado los resultados clínicos de todos los pacientes intervenidos de prolapso rectal por laparoscopia incluidos en una serie prospectiva de cirugía laparoscópica avanzada del Servicio de Cirugía del Hospital de Sant Pau. En el periodo comprendido entre febrero de 1998

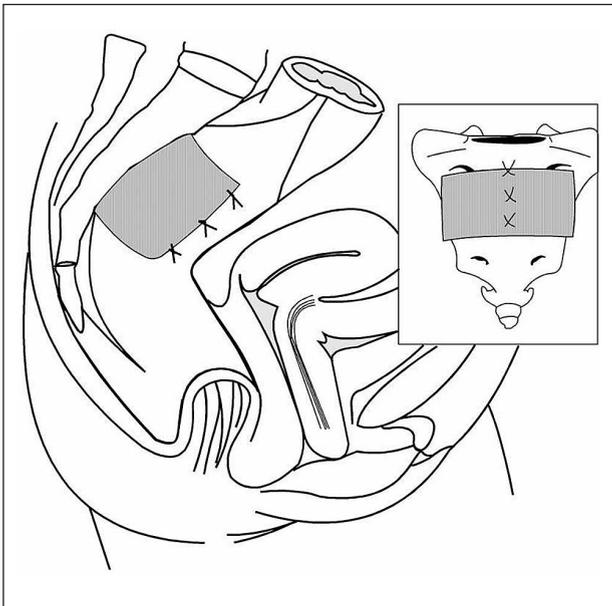


Fig. 1. Esquema de la rectopexia posterior tipo Wells.

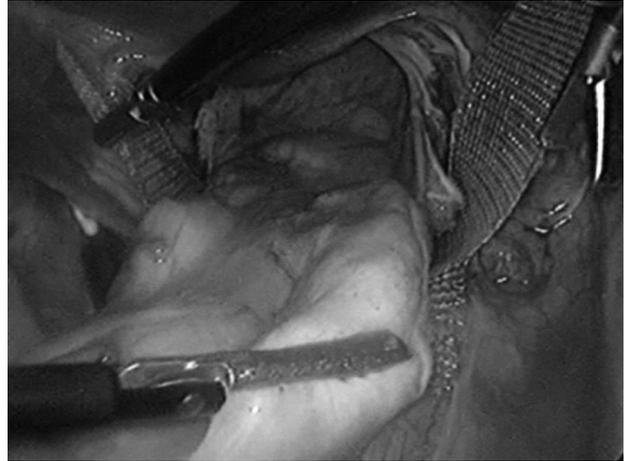


Fig. 2. Colocación de la malla.

y febrero de 2008, se ha intervenido a 17 pacientes diagnosticados de prolapso rectal total. En 15 casos se realizó una rectopexia tipo Wells por laparoscopia y en 2 casos (1 paciente en la que el prolapso se asoció a una diverticulosis y diverticulitis recidivante y 1 paciente con vólvulo recidivante) se efectuó una sigmoidectomía laparoscópica. Todos los pacientes fueron estudiados mediante rectoscopia y/o colonoscopia y enema opaco. No se efectuaron estudios funcionales del aparato esfinteriano o la dinámica anorrectal. Se han analizado los diferentes aspectos preoperatorios (edad, sexo, continencia, constipación, tiempo quirúrgico, dificultad operatoria, conversión a cirugía abierta), así como los resultados en el postoperatorio inmediato (complicaciones postoperatorias, reintervenciones, estancia hospitalaria) y el seguimiento a largo plazo (constipación, incontinencia, recurrencia).

Técnica quirúrgica

La técnica quirúrgica es similar al abordaje laparoscópico del recto⁵. El paciente se coloca en decúbito supino, con soportes en los hombros y perneras. Se coloca la mesa en posición de Trendelenburg para permitir la exposición de la cavidad pelviana. Se inicia con la colocación de los trocares tras la inducción del neumoperitoneo: se coloca un trocar de 10 mm umbilical, dos trocares en flanco-fosa iliaca derecha (5 y 12 mm) y uno en flanco izquierdo (5 mm). Durante la intervención puede añadirse un trocar suprapúbico opcional.

Tras exponer el promontorio y retraer el colon sigmoide, se incide el peritoneo pararectal en ambos lados y se procede a la disección del mesorrecto, tomando como referencia los vasos mesentéricos inferiores. Se diseña la cara posterior del recto hasta llegar casi al plano de los elevadores y se individualiza, sin lesionar los plexos nerviosos presacros (fig. 1).

Una vez realizada la movilización posterolateral del recto, se introduce un fragmento de malla no reabsorbible de 6 x 4 cm (Vypro, Ethicon) (fig. 2), que inicialmente se fija a la cara anterior del promontorio y del sacro con un dispositivo de grapado automático (Tacker, Covidien) (fig. 3). La fijación de la malla a las caras laterales del recto se realiza con puntos sueltos de material irreabsorbible (seda 2/0). Se coloca un drenaje aspirativo en el espacio prerrectal y se reperitoneiza la zona para evitar el contacto de la malla con las asas intestinales. Se reinstaura la dieta a las 24 h, y habitualmente el paciente puede ser dado de alta en 48 h.

Resultados

La serie se compone de 3 varones y 14 mujeres, con una media de edad de 63 (21-87) años. Tres pacientes tenían antecedentes psiquiátricos (anorexia nerviosa, trastorno de la personalidad y psicosis) y 8, antecedentes de cirugía abdominal. En la tabla 1 se resumen las características clínicas y los antecedentes medicoquirúrgicos de los pacientes.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4254275>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4254275>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)