



## Tratamiento quirúrgico de los rectoceles

G. Meurette, A. Vénara, P.-A. Lehur

*El rectocele se define como una hernia de la pared anterior del recto. En la mayoría de los casos, esta protrusión se produce a través del tabique rectovaginal. De forma excepcional, es posible que la protrusión sea lateral a través de los músculos elevadores o anterior en el varón tras una prostatectomía, en la celda prostática. El rectocele se relaciona con múltiples manifestaciones clínicas: ginecológicas de tipo tumefacción vaginal, asociada en ocasiones a un prolapso urogenital, o digestivas de tipo obstrucción de la defecación. En este último caso, suele asociarse a una procidencia interna del recto. La decisión quirúrgica se basa en una evaluación pélvica clínica completa, un estudio funcional y morfológico basado en una evaluación precisa de los síntomas, un estudio radiológico anorrectal (defecografía con contraste de las asas de intestino delgado y/o defeco-resonancia magnética [RM]), manometría anorrectal y estudio urodinámico. La corrección de los rectoceles aislados puede efectuarse por vía baja, perineal. La vía transanal tradicional (Sullivan, Khubchandani) permite una plicatura endoluminal de la musculatura rectal y una resección de la mucosa rectal distendida por el rectocele. Una alternativa la constituyen las técnicas de resección rectal transanal mediante grapado (STARR y trans-STARR), aunque estos accesos se limitan a casos seleccionados. El acceso perineovaginal permite acceder al rectocele por su cara vaginal (el colpocele): mediante unas bolsas de tabaco concéntricas y el retensado de la fascia rectal se reduce; una miorrafia de los músculos elevadores del ano, respetando el calibre de la vagina, refuerza la reparación y retensa el piso pélvico. La suspensión vaginal del ligamento sacroespinoso (Richter) puede completar el montaje quirúrgico en caso de asociación a un elitrocele. La utilización de prótesis de refuerzo del tabique rectovaginal por vía perineal ha dado lugar a debates aún no resueltos, debido a que aún no se ha evaluado por completo el riesgo de erosión, de infección y de exposición del material implantado. La morbilidad de estas técnicas es esencialmente local. Sus resultados funcionales son globalmente buenos, aunque dependen del contexto clínico y de la elección de la indicación quirúrgica. La vía alta abdominal es un acceso alternativo que puede preferirse cuando se requieren procedimientos asociados en los tractos urinario y/o genital, para un rectocele que se asocie a otros elementos de prolapso. Permite, después de la disección rectovaginal y de la douglasectomía, reforzar el tabique rectovaginal con una prótesis no reabsorbible y suspender sin tensión las caras anterior del recto y posterior de la vagina del promontorio lumbosacro. El acceso laparoscópico es actualmente la referencia para este procedimiento de suspensión de la zona posterior de la pelvis. El tratamiento quirúrgico está indicado ante un rectocele sintomático, cuando la rehabilitación por retroalimentación de una asincronía abdominoesfinteriana y el tratamiento médico del estreñimiento no han corregido las molestias funcionales. Dado que no existen factores predictivos del resultado postoperatorio, se debe informar a las pacientes del riesgo de corrección incompleta de los síntomas o del fracaso. Las anomalías asociadas de la estática pelviperineal deben identificarse durante el tratamiento de un rectocele y se deben tratar de forma simultánea.*

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Ano; Recto; Vagina; Estática pélvica; Rectocele; Prolapso; Estreñimiento; Incontinencia; Resección rectal transanal; Suspensión vaginal; Laparoscopia

## Plan

■ <b>Introducción</b>	2
■ <b>Objetivos terapéuticos</b>	2
■ <b>Tratamiento perioperatorio</b>	2
Preparación para la cirugía	2
Anestesia	2
Postoperatorio	2
■ <b>Tratamiento quirúrgico del rectocele anterior en mujeres</b>	3
Tratamiento del rectocele por vía transanal	3
Tratamiento del rectocele por vía transperineovaginal	8
Tratamiento del rectocele por vía abdominal	9
Procedimientos asociados al tratamiento del rectocele	9
■ <b>Indicaciones quirúrgicas en el rectocele anterior en mujeres</b>	10
Elección de la técnica quirúrgica	11
■ <b>Caso particular del rectocele en el varón</b>	11
■ <b>Conclusión</b>	11

## ■ Introducción

El rectocele es una manifestación anatómica frecuente, que se define como la hernia de la pared anterior del recto a través del tabique rectovaginal. Pertenece a la vez a los trastornos de la estática rectal (de la que representa una forma clínica) y más globalmente a los trastornos de la estática pelviperineal. Es uno de los componentes habituales de los prolapsos genitales, en los que el rectocele se encuentra asociado a anomalías de la estática de las zonas pélvicas, anterior (urinario) y media (genital). El rectocele, aunque sea voluminoso en la exploración física, puede ser completamente asintomático. No existe una correlación anatómica entre la extensión de una anomalía anatómica y sus síntomas funcionales. Por tanto, no se debe corregir de forma sistemática. La expresión clínica de los rectoceles puede ser doble. Pueden provocar manifestaciones tanto digestivas como ginecológicas, asociadas en grados variables. Esta dualidad influye en las modalidades de la evaluación y del tratamiento quirúrgico de los pacientes, que difieren dependiendo de si se hace hincapié en el aspecto digestivo o ginecológico de los trastornos. En la actualidad, el mejor conocimiento de los trastornos de la estática pelviperineal y su enfoque multidisciplinario hacen que las prácticas sean más homogéneas [1].

Este artículo se limita al tratamiento quirúrgico del rectocele anterior en la mujer. Los escasos rectoceles que se producen en varones (tras prostatectomía) o los rectoceles posteriores femeninos que se exteriorizan a través de la parte posterior del piso pélvico se mencionarán, pero existe menos consenso sobre su tratamiento quirúrgico.

## ■ Objetivos terapéuticos

Se deben alcanzar cuatro objetivos durante el tratamiento quirúrgico en los rectoceles anteriores de la mujer:

- el primer objetivo es la corrección duradera de la hernia rectal, con el fin de restaurar una función anorrectal próxima a la normal. El criterio de valoración aquí es esencialmente funcional y no anatómico: se trata de la normalización de la defecación;
- el segundo objetivo es un tratamiento pelviperineal global, dirigido a la corrección simultánea, durante la misma intervención, de las anomalías asociadas al rectocele y responsables de otros síntomas específicos: incontinencia urinaria en ocasiones enmascarada por el rectocele, prolapso uterino asociado, incontinencia anal;

- el tercer objetivo es evitar crear otros trastornos. El tratamiento debe evitar exponer otros trastornos de la estática pelviperineal, como un elitrocele o cistocele, susceptibles de descompensarse en el postoperatorio y de requerir una nueva intervención;
- por último, el cuarto objetivo consiste en no causar secuelas, tanto dolorosas relacionadas con las incisiones, anales con la aparición de incontinencia postoperatoria o incluso sexuales con una dispareunia secundaria [2].

Para satisfacer estos requisitos, se requiere una evaluación clínica y funcional completa y hacer hincapié en una práctica multidisciplinaria, con el fin de garantizar un resultado funcional a la altura de las expectativas [1, 2].

## ■ Tratamiento perioperatorio

### Preparación para la cirugía

La cirugía de los rectoceles sólo requiere una preparación limitada. Un enema evacuador el día previo y la mañana de la intervención suele ser suficiente para lograr el vaciamiento rectal necesario para la comodidad del cirujano. Se puede aconsejar una dieta pobre en fibra durante la semana previa a la hospitalización. No está indicado realizar una preparación del colon, con independencia de la vía de acceso utilizada. En cambio, la preparación vaginal es importante. Es idéntica a las recomendaciones realizadas para la cirugía vaginal y su objetivo es mejorar el trofismo vaginal y limitar el riesgo infeccioso. Se pueden prescribir óvulos de promestrieno durante 3 semanas antes de la intervención en las pacientes ancianas. Se realiza una ducha vaginal con povidona yodada el día previo y la mañana de la intervención. Se debe realizar una preparación cutánea abdominal mediante una ducha con jabón. El rasurado abdominal no es sistemático y, en caso de acceso abdominal con colocación de una prótesis no reabsorbible, depende de la intensidad de la pilosidad. El rasurado del periné se limita a la zona quirúrgica y sólo se efectúa después de la anestesia y de la colocación de la paciente en posición quirúrgica.

En esta cirugía, se recomienda una prevención del riesgo tromboembólico adecuada al contexto y una profilaxis antibiótica. Esta última se realiza con una inyección única en la inducción. Se puede insertar una sonda urinaria durante la colocación de la paciente y mantenerla durante la intervención, con la posibilidad de retirarla desde la sala de despertar, dependiendo de si se ha realizado o no un procedimiento específico urinario asociado.

### Anestesia

Se pueden emplear diferentes modalidades anestésicas para el tratamiento de los rectoceles. Si se efectúa un acceso perineal aislado, la anestesia locorregional peridural es una opción interesante para esta cirugía, que suele ser de corta duración (menor de 1 h en promedio), poco invasiva y no hemorrágica. La anestesia locorregional se recomienda cuando el decúbito prono es necesario para la intervención (vía transanal), porque facilita la movilización y la colocación de la paciente. Sin embargo, no siempre se tolera bien y la anestesia general es una opción estándar. El giro al decúbito prono de la paciente bajo anestesia general se realiza con prudencia, en presencia del cirujano. La vía abdominal, en particular laparoscópica, requiere anestesia general.

### Postoperatorio

Si la intervención se realiza por vía baja, la hospitalización es de corta duración, de 2-4 días. El uso de la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8725516>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8725516>

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