

P-378 - RECTOPEXIA ORR-LOYGUE EN VARÓN CON SÍNDROME DE CURRARINO: NUESTRA EXPERIENCIA

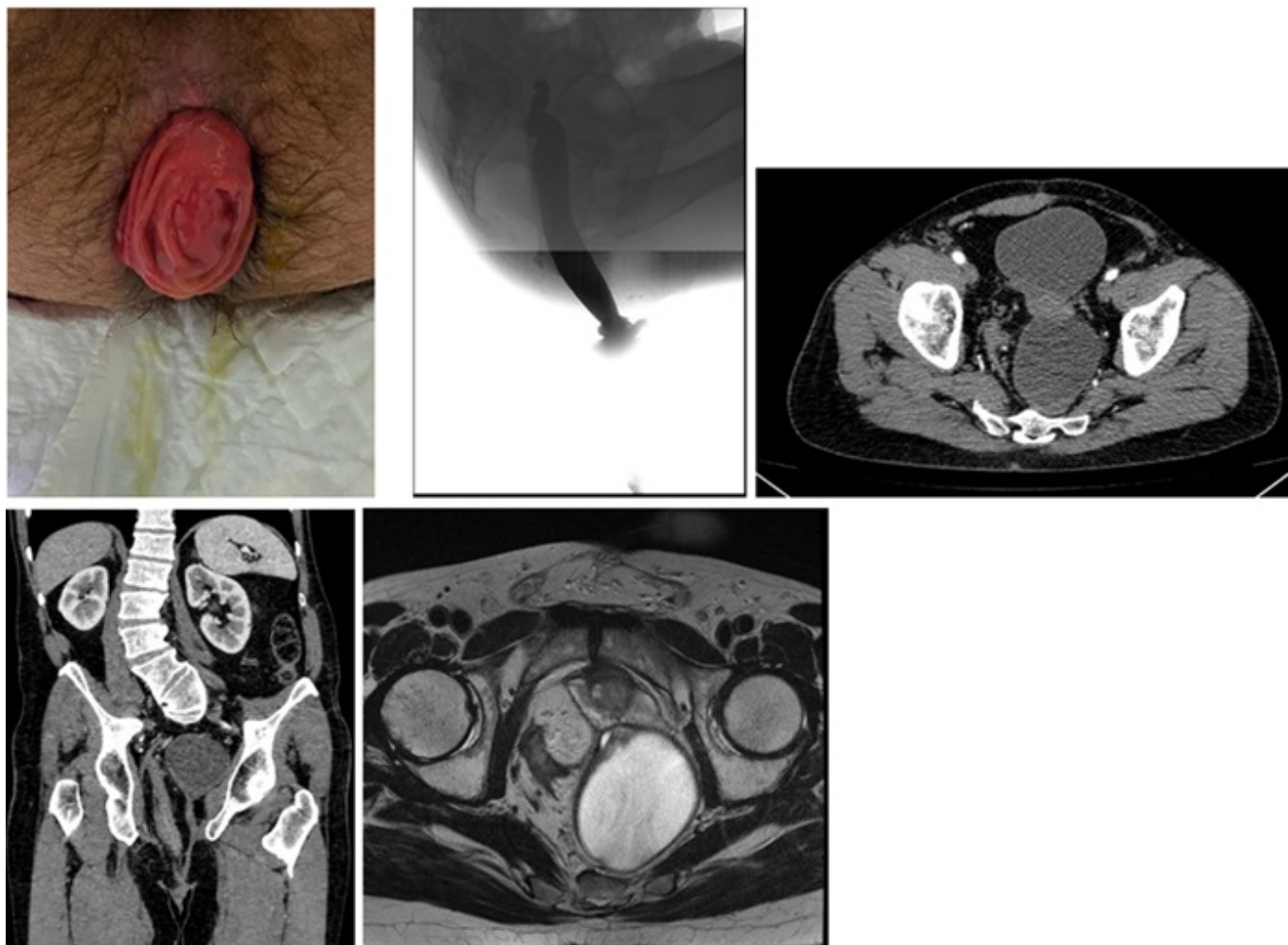
Plata Pérez, Guillermo; Peix Raya, Manuel; Cañones Martos, María Luisa; del Fresno Asensio, Antonio; Sanchiz Cárdenas, Elena

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: El rectocele en varones es una condición rara, generalmente asociada a otras disfunciones del suelo pélvico. Aunque es más común en mujeres, en hombres puede provocar síntomas significativos como dificultad para la defecación y sensación de evacuación incompleta. El tratamiento suele comenzar con medidas conservadoras, pero en casos seleccionados puede requerirse intervención quirúrgica. Presentamos un paciente varón con rectocele intervenido en nuestro centro mediante rectopexia tipo Orr-Loygue, en un paciente que asocia un síndrome de Currarino.

Caso clínico: Varón de 52 años con antecedentes de imperforación anal intervenida en la infancia, con colostomía derivativa y reconstrucción del tránsito posterior. Además, intervenido en múltiples ocasiones por prolapso rectal vía endoanal. Acude a consulta por recurrencia del prolapso, hipotonía esfinteriana y alteración defecatoria. En la exploración se evidencia prolapso rectal completo de 4-5 cm y, en estudios de imagen, se detecta, además, una voluminosa lesión quística presacro de aproximadamente 8 cm, sugerente de seroma o quiste de duplicación rectal. Se decide intervención quirúrgica mediante rectopexia abdominal de Orr-Loygue con extirpación de la masa quística. Durante la cirugía se confirma un tumor presacro adherido al mesorrecto, que se reseca completamente. La evolución posoperatoria es favorable, con resolución del prolapso, y mejoría de la función defecatoria sin incontinencia. El informe anatomopatológico confirma un quiste de duplicación rectal, que asociado a los antecedentes del paciente, podría corresponder con el síndrome de Currarino.



Discusión: El síndrome de Currarino es una malformación congénita rara caracterizada por la tríada de agenesia sacra parcial, masa presacra y malformación anorrectal. Se hereda de forma autosómica dominante, asociado al gen HLXB9. Su diagnóstico es radiológico y su tratamiento quirúrgico, con manejo multidisciplinar según la complejidad del caso. El rectocele en varones es una entidad poco frecuente, generalmente asociada a otras alteraciones del suelo pélvico como el prolapso rectal completo. Los síntomas más comunes son disquecia, sensación de evacuación incompleta y necesidad de maniobras digitales. La indicación quirúrgica debe basarse en una evaluación clínica y funcional del paciente, con estudios como defecografía, manometría anorrectal y resonancia magnética del suelo pélvico. El tratamiento inicial suele ser conservador, incluyendo cambios de dieta, laxantes, reeducación del suelo pélvico y *biofeedback*. Si estas medidas fracasan y se documenta correlación anatómico-funcional con los síntomas, se puede considerar la cirugía. La rectopexia tipo Orr-Loygue es una opción quirúrgica indicada especialmente cuando el rectocele se asocia a prolapso rectal. Esta técnica puede realizarse por vía abierta o laparoscópica, e implica la disección posterior del recto, su liberación hasta el elevador del ano, y su fijación de forma lateral al promontorio sacro mediante una malla (sintética o biológica). En caso de dolocolon se asocia a resección sigmoidea. La rectopexia mejora los síntomas de obstrucción defecatoria, reduce el rectocele y mejora la calidad de vida. Sin embargo, en varones debe considerarse cuidadosamente el riesgo de disfunción sexual por posible lesión del plexo hipogástrico, además de la mayor dificultad técnica asociada a la pelvis más estrecha del varón. La selección adecuada del paciente es clave para el éxito del tratamiento quirúrgico.