



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-437 - RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL RECTOCELE POR VÍA VAGINAL SIN COLOCACIÓN DE MALLA

Almonacid Martínez, Magdalena; Sáez Ruiz, Susana; Ruiz Carmona, María Dolores; Alarcón Iranzo, Marina; Lozoya Trujillo, Roberto; Solana Bueno, Amparo; Fernández Martínez, Cristina

Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto.

### Resumen

**Introducción:** La reparación del rectocele puede realizarse por vía transperineal, transvaginal, transanal o abdominal. Cuando el acceso es el perineal, en nuestro Servicio hemos utilizado fundamentalmente la vía vaginal. Durante unos años empleamos mallas para reforzar la plastia vaginal pero observamos morbilidad por infección y/o extrusión de la misma. Desde hace aproximadamente una década hemos retomado la reparación vaginal clásica sin adición de malla.

**Objetivos:** Describir nuestros resultados en la reparación del rectocele por vía transvaginal sin utilización de malla.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de las pacientes intervenidas por rectocele sintomático mediante reparación transvaginal sin malla en nuestro centro, entre enero de 2012 y 2025.

**Resultados:** Se intervinieron 26 mujeres (mediana de edad: 60 años). La paridad media fue de 2, con un 92% de partos vaginales. El porcentaje de obesidad-sobrepeso y menopausia fue 69% y 65%, respectivamente. El 15% refirió cirugía anal previa. En el 11% de casos se trataba de un rectocele recidivado. El motivo de consulta más frecuente fue la asociación de bulto vaginal y defecación obstructiva (9 casos, 35%). El 31% de pacientes presentaba uno de los dos síntomas de forma aislada, respectivamente. El 42% asociaba incontinencia urinaria, el 34% fecal y/o ensuciamiento y el 7,7% urgencia evacuatoria. Se realizó defecorresonancia preoperatoria en el 96% de casos. El 80% presentó rectocele aislado, el 3,8% asociaba enterocele y el 15,4% cistocele y/o colpocele. La técnica quirúrgica consistió en la plicatura de la pared rectal anterior y tabique recto-vaginal y levatorplastia sin colocación de malla en todos los casos. En el 15% de casos se asoció otra técnica quirúrgica: *sling* suburetral (3) y colpopexia (1). La morbilidad precoz fue del 19% (5 pacientes). En tres, consistió en apertura muy limitada de herida cutánea y en la restante, de mucosa vaginal; todas precisaron únicamente cura local. A largo plazo, dos pacientes (7,7%) presentaron retracción fibrosa de herida cutánea junto a mucosa vaginal redundante en una de ellas y precisaron reparación quirúrgica. Con un seguimiento medio de 17 meses (rango: 1-76 meses); el 65% de las pacientes mostró resolución completa de la clínica. La aparición de estreñimiento *de novo* y dispareunia posoperatoria fue del 3,8%, respectivamente. La recidiva o persistencia de bulto vaginal ocurrió en 9 pacientes (35%). En 7, correspondía a rectocele pequeño o protrusión mucosa asintomáticos por encima de la levatorplastia y no precisó actuación. En las dos restantes, se mantuvo la defecación

obstructiva y necesidad de digitación.

**Conclusiones:** La reparación del rectocele por vía vaginal sin colocación de malla continúa siendo una buena alternativa con cifras de resolución clínica de un 65%. La morbilidad es leve y fundamentalmente, local. En un tercio de pacientes puede mantenerse la presencia de bulto vaginal, la mayoría asintomático. La defecación obstructiva también presenta mejoría aunque puede persistir en algún caso. La aparición de estreñimiento *de novo* y dispareunia posoperatorias es baja pero no nula. Las pacientes deben recibir información clara sobre el posible resultado funcional.