



O-345 - REFUERZO PROTÉSICO MÍNIMAMENTE INVASIVO DEL TABIQUE RECTOVAGINAL EN PACIENTES CON RECTOCELE SINTOMÁTICO. RESULTADOS A MEDIO PLAZO

Bellido Luque, Juan; Gómez Menchero, Julo; Suárez Grau, Juan Manuel; Limón Padilla, Juan; Pascual Salvador, Elena; Guadalajara Jurado, Juan

Hospital de Riotinto, Minas de Riotinto.

Resumen

Introducción: El rectocele es una de las anomalías anatómicas del suelo pélvico, que puede estar asociada a diferentes alteraciones en el mecanismo de la defecación, tales como disinergia del suelo pélvico o anismo, intususcepción rectal o descenso del suelo pélvico. Los síntomas clínicos pueden superponerse y varios hallazgos anatómicos pueden coexistir al mismo tiempo, a menudo en asociación con alteraciones psicológicas.

Métodos: Presentamos 19 pacientes con rectocele sintomático III-IV. Todos los pacientes fueron completamente estudiadas de acuerdo con protocolo estándar que incluye un historial completo, exploración por anoscopia. Colonoscopia o enema de bario se realizó también, para excluir el cáncer colorrectal o megarrecto. Una RM dinámica se realizó en cada paciente hasta mostrar el prolapso genital y/o rectocele. Los criterios de inclusión son rectocele sintomático, la exploración genital diagnóstica de rectocele grado III/IV. Los criterios de exclusión son contraindicación para anestesia general, cirugía pélvica previa y recurrencias. El tratamiento quirúrgico incluye disección laparoscópica de tabique rectovaginal y el refuerzo protésico utilizando una malla no absorbible fijada al músculo puborectal. Dicha malla se fija cranealmente al Promontorio mediante sutura helicoidal. Si existe asociación con el prolapso de órganos pélvicos, una nueva malla se fija en el fondo vaginal y se une al promontorio por su margen craneal, con formando una colposacropexia. Con el fin de evaluar los resultados de la intervención quirúrgica, se encuesta a los pacientes si han mejorado su sintomatología previa, tras los meses 1, 6, 12 y 24 después de la cirugía pélvica. Asimismo se realiza resonancia magnética pélvica dinámica anualmente.

Resultados: En 84% (16) de los pacientes, los síntomas mejoran o desaparecen. El 16% (3) de los pacientes presentan molestias perineales con la defecación o dispareunia relacionadas con la malla colocada, tras el primer año de seguimiento. Tras dos años de seguimiento no se han detectado recurrencias radiológicas. Sólo 1 paciente se queja de dolor perineal.

Conclusiones: El refuerzo protésico de la pared rectovaginal por vía laparoscópica ofrece buenos resultados a medio plazo. La cirugía mínimamente invasiva transabdominal es una alternativa a la cirugía perineal en el rectocele sintomático III/IV, y podría incluso ser un alternativa de primer orden en las recurrencias tras cirugía perineal. Si el rectocele se asocia a colpocele o cistocele, la colposacropexia debe añadirse al procedimiento previo.