



# Cirugía Española

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



## V-181 - COLPORRECTOSACROPEXIA ROBÓTICA

Maya, Irene; Espín-Basany, Eloy; Pellino, Gianluca; Cirera de Tudela, Arturo; Kraft, Miquel; Solís, Alejandro; Galiana, Carmen; Marinello, Franco

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** Presentamos un vídeo de la técnica quirúrgica de una colporrectosacropexia robótica en una paciente que presenta un rectocele grado III asociado a un colpocele moderado con síntomas de defecación obstructiva.

**Caso clínico:** La paciente de 60 años con antecedentes de histerectomía transvaginal, que acude a consulta por sensación de bulto que prolapsa por vagina, estreñimiento y dificultad para la evacuación completa de heces. Para el estudio de síndrome de defecación obstructiva (SDO) se solicitaron las siguientes pruebas: una colonoscopia que fue normal, una manometría (que la paciente finalmente no se realizó), una ecodefecografía que no evidenciaba lesión esfinteriana pero sí un anismo ecográfico y un rectocele grado III, y una RM dinámica que muestra un rectocele grado III, un colpocele del muñón vaginal moderado-severo, un cistocele y un peritoneocele. Por tanto, esta paciente presenta una doble causa de SDO: funcional y anatómica. Dada la usencia de mejoría con tratamiento médico, se decide intervención quirúrgica mediante abordaje robótico.

**Discusión:** Colocación de la paciente con perneras y en posición de Trendelenburg. Para la colocación de los trócares, dibujamos previamente una línea curva que una a ambas espinas ilíacas con el ombligo. Dos dedos por encima de esta línea, trazaremos una segunda que será donde coloquemos los 4 trócares robóticos, todos de 8 mm, separados entre sí por 6-8 cm. Airseal también de 8 mm. En el brazo 1 colocaremos la Tip-up, en el 2 la pinza bipolar, en el 3 la óptica y en el 4 la tijera monopolar. Se realiza el *docking* robótico y colocamos el resto del instrumental. Traccionamos del sigma hacia la cabeza del paciente y realizamos la apertura medial del mesosigma con forma de J invertida hacia la pelvis. Disecamos el sacro hasta exponer correctamente el periostio, ya que ahí será el lugar donde anclamos la malla. Continuamos con la apertura del saco de Douglas. Realizamos la disección del tabique rectovaginal y una vez finalizado, realizamos el test de fuga con aire y con azul de metileno para comprobar estanqueidad de la pared del recto. Por último, realizaremos la douglasectomía. La malla que utilizamos se llama UPLIFT, creada originalmente para el tratamiento del colpocele/prolapso uterino. La anclamos a la pared anterior del recto y posterior de la vagina, para tratar el descenso de ambos órganos. Introducimos la malla y la desplegamos sobre la cara anterior del recto. La fijaremos con Gluebrand y 8 puntos sueltos de Vycril 3-0, sin atravesar por completo la pared del recto. A continuación, la anclaremos también a la cara posterior de la vagina. Finalmente, la fijaremos al promontorio sacro con 3 puntos de Ethibond 3-0, irreabsorbible. Por último, realizamos el cierre del peritoneo y el ascenso del Douglas con una continua de V-lock 3-0.

La paciente fue dada de alta a las 24 h de la cirugía y acudió a revisión a las 3 semanas, con una clara mejoría sintomática, sin dolor y con desaparición de la sensación de bulto vaginal, realizando una deposición diaria sin necesidad de laxantes.