



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



VC-118 - RECTOPEXIA ROBÓTICA. ABORDAJE ABDOMINAL EN PACIENTE CON PROLAPSO RECTAL TOTAL

Robla Álvarez, David; Santos Vieitez, Lucía; Gómez Area, Esther; Guerreiro Caamaño, Aloia; Romero González, José Antonio; Bermúdez Pestonit, Isabel

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Resumen

Introducción: Presentamos el caso de una paciente mujer de 46 años que acude a consultas de cirugía general derivada por su médico de atención primaria por prolapso rectal. Como antecedentes relevantes presenta una intervención de resección de miomas uterinos por laparoscopia y G1P1. Presenta un prolapso rectal total de unos 10 cm con Valsalva, con esfínter ligeramente hipotónico a la exploración. No refiere escape de gases ni urgencia defecatoria. Ecografía endoanal y manometría sin alteraciones esfinterianas.

Caso clínico: Con la paciente en posición de Lloys Davis, se utilizaron 4 trócares de 8 mm + trócar auxiliar en la posición descrita. Se inicia la intervención con la movilización de la unión rectosigmoidea para exposición lateral derecha de la reflexión peritoneal. Movilizamos y fijamos el útero con punto de seda exterior para mejor exposición de la reflexión peritoneal. Se realiza la apertura peritoneal a dicho nivel, en el lado derecho del recto, hasta identificar el periostio del promontorio sacro. Se continúa la apertura peritoneal de derecha hacia cara anterior abriendo así el saco de Douglas mediante tijera con electrocoagulación. Se realiza tacto vaginal en varias ocasiones durante la intervención para mejor identificación y delimitación de la pared posterior vaginal. Se continúa la disección hasta abordar el tabique rectovaginal, disecándolo hasta alcanzar los músculos del suelo pélvico (elevadores del ano), no siendo necesaria la movilización de la cara posterior del recto. Una vez identificado el músculo elevador del ano a ambos lados del recto, así como ambos laterales rectales, se introduce malla preformada de fluoruro de polivinilideno PVDF en forma de T. Se introduce la misma en su eje transversal para mejor posicionamiento en ambos extremos. Se realiza fijación de la malla con sutura continua de sutura barbada irreabsorbible, en primer lugar, a la pared posterior de la vagina y posteriormente al músculo elevador en su porción lateral izquierda. Se continúa la sutura en la capa muscular de la cara anterior del recto hasta alcanzar el músculo elevador del ano contralateral. Se anuda punto barbado para mayor seguridad debido a la tracción que ejerceremos en la malla. Una vez suturada la malla al elevador, se tracciona de la misma y se fija al periostio del sacro en la disección previamente realizada con monofilamento irreabsorbible. Se decide no utilizar *tackers* para evitar daños nerviosos en el periostio. Posteriormente, se realiza un punto de sutura en ambos márgenes laterales del recto, en la capa muscular, para mejor acoplamiento de la malla. Se revisa hemostasia y se realiza cierre peritoneal con sutura barbada en este caso reabsorbible. En el posoperatorio la paciente evoluciona favorablemente y sin complicaciones. Actualmente presenta un esfínter normotónico, y realiza deposiciones sin prolapso

rectal.