



P-320 - DEFECACIÓN OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A RECTOCELE. VISIÓN DEL CIRUJANO

Gómez Ruiz, Lourdes; Calderón Duque, Teresa; Asanza Llorente, Juan Antonio; López López, Antonio; Garrido Escudero, Rafael; Cruz Romero, Pilar del Rosario; Santiago Peña, Juan Carlos; Martínez Cortijo, Sagrario

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Resumen

Objetivos: El síndrome de defecación obstructiva se define como un tipo de estreñimiento caracterizado por sensación de evacuación incompleta, necesidad de pujo, autodigitación vaginal o perineal, tenesmo y urgencia rectal. Sus principales causas son alteraciones anatómicas en el compartimento medio de la pelvis, tales como el enterocele, sigmoidocele y el rectocele, siendo éste último el más frecuente de los tres. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de los rectoceles.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de los casos de rectoceles intervenidos por el servicio de Cirugía General de nuestro hospital entre enero de 2014 y febrero de 2016. Se intervinieron 10 mujeres entre los 47 y los 72 años de edad, 5 de ellas multíparas (vía vaginal), y 3 con antecedentes de cirugía por cistocele e incontinencia urinaria. Todas las pacientes se encontraban sintomáticas presentando clínica de defecación obstructiva, y además 3 de ellas asociaban incontinencia urinaria o fecal. Se llevó a cabo un abordaje endovaginal realizándose: plicatura de la pared rectal en 3 casos; plicatura de la pared rectal asociando levatorplastia en 4 casos; y reparación del rectocele con refuerzo del tabique rectovaginal con malla de BIO A en 3 casos. La evolución fue óptima en 8 pacientes (80%) con desaparición completa de la clínica, una paciente recidivó (10%) en extremo apical, a los 2 años de la intervención, y otra (10%) presentó incontinencia fecal aunque en menor grado que antes de la cirugía. Esta última paciente se sometió a neuromodulación del nervio tibial posterior con resultados iniciales favorables.

Resultados: El rectocele es la protrusión de la cara anterior del recto sobre la pared posterior de la vagina. Es un hallazgo anatómico muy común, mayoritario en la mujer multípara, sin que tenga necesariamente traducción clínica o funcional. Los factores de riesgo son el parto vaginal (sobre todo el instrumentado), la edad avanzada, la obesidad, la cirugía pélvica previa y las alteraciones del colágeno. Se caracteriza por trastornos defecatorios, como la defecación obstructiva (30% de los casos), aunque algunas pacientes pueden presentar incontinencia fecal asociada. Son estas las que consultan al cirujano. Las pacientes que presentan únicamente clínica de prolapso a nivel de la vagina son valoradas por Ginecología. El diagnóstico es clínico, siendo necesaria la defecografía o RMN dinámica para descartar otras patologías asociadas (enterocele, invaginación interna o anismo), que justifiquen la clínica, previo a la intervención quirúrgica. La intervención quirúrgica sólo se indica en los casos sintomáticos. La existencia de diferentes vías de abordaje (vaginal,

transanal, perineal, abdominal), el empleo o no de mallas y la frecuente asociación con otras cirugías (histerectomía, TVT...), hacen que sea difícil sistematizar el tratamiento quirúrgico del rectocele.

Conclusiones: El abordaje endovaginal del rectocele como causa de defecación obstructiva, constituye una opción quirúrgica sencilla y efectiva. Es fundamental una correcta evaluación prequirúrgica para descartar otros defectos anatómicos y funcionales asociados. La intervención precisará un enfoque individualizado para cada paciente.