



V-38 - PERINEOPLASTIA TRANSPERINEAL CON MALLA BIOLÓGICA EN EL TRATAMIENTO DEL RECTOCELE

M.V. Planells Roig, J.M. Bolufer Cano, A. Coret Franco, U. Ponce Villar, A. Bañuls Matoses, N. Orozco Gil, F. Peiró Monzó, A. Bultó, L. Martí, V. Carmona y F. Caro Pérez

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Objetivos: La perineoplastia transperineal (PPT) ha sido la técnica de elección favorita de los cirujanos colorrectales en el tratamiento del rectocele con defecación obstructiva (RDOB). La utilización de mallas sintéticas evitando la levatorrafia ha eliminado la dispareunia asociada a esta al igual que los desórdenes defecatorios generados por la levatorrafia al generar una contracción paradójica del puborrectal. Sin embargo las mallas de polipropileno se han visto asociadas a problemas de migración, extrusión y desarrollo de fistula perineal crónica, por lo que la introducción de las nuevas mallas biológicas ha permitido minimizar la frecuencia de estos efectos secundarios.

Métodos: Presentamos el vídeo en el que se muestra la técnica de la reparación protésica del septo rectovaginal en un caso de rectocele con defecación obstructiva asociado. En él se muestra el bloqueo preventivo del pudendo previo a la cirugía, el tiempo de disección del área cicatricial en el septo recto-vaginal, con la separación del complejo esfinteriano anal y la disección del rectocele, con la identificación de la fascia rectovaginal residual (Denonvilliers). La disección progresa hasta la grasa preperitoneal del saco de Douglas y lateralmente hasta la disección de los haces del puborrectal. La malla de dermis porcina se introduce en el espacio rectovaginal con forma de U invertida a fin de fijarla al peritoneo del Douglas (cefálicamente y lateralmente al puborrectal) para reforzar su estructura y evitar la posibilidad de enterocele. Se oblitera el espacio entre la malla y la muscular rectal/fascia rectovaginal con la aplicación de N butil 2 cianocralato. Se recorta la malla para adaptarla al espacio y se fija al complejo esfinteriano anal. De forma rutinaria se deja un drenaje aspirativo en el espacio virtual recto-vaginal y se reconstruye el cuerpo perineal. El taponamiento vaginal es mandatorio a fin de efectuar compresión en el espacio rectovaginal creado con el fin de evitar hematomas en el mismo.

Resultados: La PPT con malla es la técnica de elección por los coloproctólogos y con la introducción de las mallas biológicas se evita el problema de la extrusión y de la fistula perineal secundaria a la misma.

Conclusiones: Ofrece magníficos resultados en términos de corrección anatómica y funcional, no genera dispareunia, mejora la continencia ano-rectal y la incontinencia urinaria de stress, por lo que creemos es la técnica de elección en el manejo del RDOB.