



V-036 - RECTOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA COMBINADA CON DELORME INTERNO EN SEGUNDO TIEMPO PARA CONSEGUIR LA CORRECCIÓN COMPLETA DE UN PROLAPSO RECTAL EXTERNO CON ENTEROCELE POR TRACCIÓN SECUNDARIO

López De Lerma Martínez De Carneros, Clara; Alcaide Quirós, María José; Sánchez Romero, Ana; Lillo García, Cristina; López Rodríguez, Francisco; Sánchez-Guillén, Luis; Quinto Llopis, Saray; Arroyo Sebastián, Antonio

Hospital General Universitario, Elche.

Resumen

Introducción: El prolapso rectal es un cuadro benigno que se puede presentar de diversas formas generando un amplia variedad clínica con síntomas como dolor, evacuación incompleta, secreción rectal sanguinolenta y/o mucosa e incontinencia fecal o estreñimiento. Se caracteriza por la protrusión circunferencial de todo el espesor del recto que puede ser intermitente, presentarse de forma continua e incluso presentar incarceration y llegar a estrangularse. Inicialmente pueden tratarse de forma conservadora con recomendaciones dietéticas y rehabilitación del suelo pélvico. Sin embargo, en la mayoría de pacientes sintomáticos la cirugía será el tratamiento de elección. Existen diversas técnicas quirúrgicas (mucosectomía Delorme, rectosigmoidectomía perineal de Altemeier, STARR y Transtar, rectopexia ventral laparoscópica, etc.) y la elección de cada una de ellas se ajustará a las características del paciente, del prolapso y de las preferencias del cirujano. Presentamos un caso de prolapso rectal externo con enterocele secundario por tracción que precisó la combinación de 2 procedimientos para su completa resolución.

Caso clínico: Mujer de 78 años. Antecedente de adenocarcinoma de pulmón estadio IV (T4N1M1c) en tratamiento con quimioterapia (QT) paliativa con una esperanza de vida de un año. Intervenido con una cesárea y hernia inguinal. La paciente presenta prolapso rectal externo desde hace 4 meses. Inicialmente protruía con la defecación hasta presentar prolapso rectal en reposo que no se reduce en la actualidad. Refiere proctalgia intensa e incontinencia fecal que afectan notablemente a su calidad de vida. A la exploración se objetiva prolapso rectal externo voluminoso irreductible no complicado. En RM pélvica se informa de prolapso rectal con enterocele asociado por arrastre y mínimo descenso de cúpula vaginal, sin cistocele. Se consensua con Oncología suspender QT para poder realizar intervención quirúrgica. Se realiza rectopexia ventral laparoscópica: Se reducen las asas de intestino delgado herniadas a través de orificio en fondo de saco de douglas secundario a defecto completo del tabique rectovaginal (enterocele). Tras exéresis de saco herniario, se fija malla a capa seromuscular anterior rectal y promontorio sacro con puntos sueltos de Ethibond. Se cierra el tabique recto-vaginal mediante dos puntos de fornix posterior vaginal a malla. Reperitonización. La paciente presenta buena evolución. Sin embargo, a los 3 días posquirúrgicos presenta persistencia de pequeño prolapso de hemicircunferencia posterior de pared rectal inferior con el pujo defecatorio. Se decide reintervenir realizando un Delorme interno de la hemicircunferencia

posterior. Evoluciona sin otras incidencias. Revisada en consultas presenta remisión completa del prolapso y refiere desaparición del dolor y normalización de la continencia fecal.

Discusión: El prolapso rectal se puede reparar mediante diversas técnicas quirúrgicas en las que se debe tener en cuenta la variabilidad anatómica, condiciones físicas y basales del paciente, las causas específicas de cada defecto, la morbimortalidad de cada procedimiento y las preferencias del cirujano. Se pueden realizar técnicas perineales con plicatura/resección de pared rectal o, abdominales, con fijación del recto al sacro asociadas o no a resección de colon-recto. En ocasiones, como es el caso presentado, puede ser necesaria la combinación de dos técnicas diferentes para conseguir la resolución completa del prolapso.