

Original

Recto (colpo, perineo) sacropexia ventral en el tratamiento del prolapso rectal y rectogenital

José M. Enríquez-Navascués^{a,*}, José L. Elósegui^a, Francisco J. Apeztegui^b, Carlos Placer^a, Nerea Borda^a, Martín Irazusta^a, José A. Múgica^a y Javier Murgoitio^a

^aServicio de Cirugía General y Digestiva, Sección de Cirugía Colorrectal, Unidad de Suelo Pélvico, Hospital Donostia, Donostia, España

^bServicio de Ginecología y Obstetricia, Unidad de Suelo Pélvico, Hospital Donostia, Donostia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de enero de 2009

Aceptado el 10 de febrero de 2009

On-line el 23 de julio de 2009

Palabras clave:

Prolapso rectal

Rectopexia ventral

Prolapso genital

Colpopexia

RESUMEN

Introducción: La sacrorrectopexia ventral con malla permite la corrección del prolapso rectal minimizando la disección del recto. La colpoxia posterior corrige los prolapsos apicales y posteriores de la vagina. La combinación de ambos procedimientos permite la corrección simultánea de los prolapsos de los órganos pelvianos (POP).

Objetivo: Presentar los resultados de una serie de pacientes con distintos tipos de POP tratados mediante la misma técnica quirúrgica.

Material y método: Entre enero de 2005 y agosto de 2008 intervenimos mediante una recto(colpo)sacropexia ventral a 57 pacientes diagnosticados de alguna forma de POP, que dividimos en tres grupos: grupo A, prolapso rectal total aislado o combinado con histerocele o colpocele (11 pacientes); grupo B, rectoenterocele con invaginación rectal interna y/o periné descendente (4 pacientes), y grupo C, prolapso genital del compartimento medio-posterior (42 pacientes). Se intervino por vía laparoscópica a los 15 pacientes de los grupos A y B y a 11 del grupo C. En 41 casos se empleó una malla biológica, y en los demás, una sintética macroporosa.

Resultados: La media de edad de la serie era 66 (19-81) años; 55 eran mujeres y 2, varones; la mediana de seguimiento fue 25 (4-48) meses). No hubo complicaciones postoperatorias mayores. En el grupo A registramos una recurrencia del prolapso (1/11); los 7 pacientes que presentaban incontinencia mejoraron tras la intervención; no se registró ningún caso de estreñimiento de novo y 8 de los 9 pacientes de los grupos A y B, con defecación obstructiva, mejoraron. En el grupo C se detectaron 9 (21%) recurrencias de alguno de los compartimentos vaginales, pero sólo 4 (9%) requirieron reintervención. En todas las recurrencias se había utilizado una malla biológica.

Conclusiones: La recto(colpo)pexia ventral laparoscópica es una técnica efectiva para corregir los POP. Con las mallas biológicas, aunque seguras e inocuas, obtuvimos resultados menos duraderos.

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josemaria.enriqueznavascues@osakidetza.net (J.M. Enríquez-Navascués).

0009-739X/\$ - see front matter © 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.02.014

Ventral rectal sacropexy (colpo-perineal) in the treatment of rectal and rectogenital prolapse

A B S T R A C T

Keywords:

Rectal prolapse
Ventral rectopexy
Genital prolapse
Colpopexy

Introduction: Ventral sacral-rectopexy with mesh corrects rectal prolapse and minimises rectal dissection. Subsequent colpoexy corrects apical and posterior prolapses of the vagina. The combination of both procedures can lead to the simultaneous correction of pelvic organ prolapses (POP).

Objective: To present the results of a patient series with several types of POP treated using the same approach and operation.

Material and method: A total of 57 patients diagnosed with any type of POP were operated on between January 2005 and August 2008 using ventral rectal-colpo-sacropexy, who were grouped into three types: A, total rectal prolapse isolated or combined with a hysterocele or colpocele (11 patients); B, rectoenterocele with internal rectal invagination and/or descending perineum (4 patients); and C, middle and posterior genital compartment prolapse (42 patients). The laparoscopic approach was used in the 15 patients of groups A and B and 11 from group C. A biological mesh was used in 41 patients and a macroporous synthetic one in the rest.

Results: The mean age of the patients in the series was 66 (19-81) years, with 55 females and 2 males. The median follow up was 25 (4-48) months. There were no major post-surgical complications. A recurrence of prolapse was recorded in one patient in group A (1/11); the 7 patients who suffered from incontinence improved after the surgery, no case of de novo constipation being recorded and an improvement in 8 of the 9 patients from groups A and B with obstructive defaecation. There were 9 (21%) recurrences detected in group C, but only 4 (9%) required reintervention. In all the recurrences a biological mesh had been used.

Conclusions: Laparoscopic ventral rectal-colpo-pexy is an effective technique to correct POP. Although safe and innocuous, the results with biological meshes did not last as long.

© 2009 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los trastornos de la estática y del sostén del suelo y órganos pelvianos obedecen, en la mayoría de las ocasiones, al desequilibrio resultante entre las fuerzas de expulsión y de retención. La principal fuerza de expulsión es el aumento de la presión intraabdominal, cuyo vector resultante incide en el rafe central del periné, mientras que las fuerzas de retención están representadas por los sistemas musculoponeuróticos de anclaje de los órganos al suelo pelviano, que se oponen al incremento de la presión abdominal. Por ello, además de la edad, los mecanismos que favorecen el desarrollo de los prolapsos de los órganos pelvianos (POP) se relacionan con las condiciones que incrementan la presión intraabdominal, los partos vaginales y las modificaciones hormonales o quirúrgicas de los elementos de sostén. No obstante, la patogenia de algunos prolapsos rectales puede escapar a este esquema, como pone de manifiesto su desconcertante epidemiología y, sin embargo, su reparación anatómica más efectiva es su fijación quirúrgica a la pelvis¹, como en el resto de los POP².

Los POP pueden desarrollarse de manera combinada (los genitourinarios con mayor frecuencia que los genitorrectales), de forma simultánea o sucesiva, y hay diversos estudios epidemiológicos que constatan y cifran estas asociaciones, que ocurren tanto desde el punto de vista anatómico (p. ej.,

invaginación rectal y rectoenterocele) como funcional (incontinencias mixtas, disfunciones)^{3,4}. Por lo tanto, las pacientes presentan una combinación de síntomas producidos por efecto directo de los POP, como exteriorización, peso o abultamiento pelvipereineal, y por la disfunción genital, urológica o intestinal, que resulta según el hiato o el compartimento pelviano afecto.

Hay varias opciones quirúrgicas en el tratamiento de los POP, mediante abordajes, que pueden ser tanto perineales como abdominales, para cada compartimento individual, con sus ventajas y desventajas.

La sacropexia de la cara anterior/ventral del recto mediante una malla, en que se incorpore o no a ella la cara posterior y/o la cúpula vaginal o el periné, según las combinaciones patológicas, logra no solamente fijar el recto o la vagina en casos de prolapso de estos órganos, sino que reconstruye el tabique rectovaginal y los niveles 1 y 2 de soporte pelviano descritos por DeLancey⁵, lo que permite la reparación simultánea de los distintos POP que, aisladamente o en combinación, aparecen a través del diafragma urogenital, el hiato anorrectal o de su soporte muscular (periné descendente).

Presentamos un estudio observacional sobre los resultados anatómicos obtenidos en una serie de pacientes diagnosticados de prolapsos rectales o rectogenitales, aislados o en combinación, intervenidos mediante sacrocolpopexia y/o

rectopexia ventral con malla, realizadas en la sección de cirugía colorrectal o junto con ginecología.

Pacientes y métodos

Entre enero de 2005 y agosto de 2008 se intervino a 57 pacientes diagnosticados de alguna forma de POP y que dividimos en tres grupos: grupo A, prolapso rectal total externo aislado (9 pacientes) o combinado con histerocele o colpocele (2 pacientes); grupo B, rectoenterocele con invaginación rectal interna (4 pacientes, 2 de ellos con síndrome de periné descendente [SPD] concomitante), y grupo C, prolapso genital del compartimento medio y/o posterior (42 pacientes); éste fue un grupo difícil de categorizar por concomitancia de alteraciones urogenitales que precisaron gestos quirúrgicos asociados.

Todos los pacientes del grupo A y B fueron intervenidos por vía laparoscópica; se realizó rectopexia ventral con malla, a la que se incorporaba el periné o la vagina en caso de enfermedades concomitantes; en el grupo C, se realizó sacro(histero)colpopexia con malla mediante abordaje laparotómico de Pfannestiel en 31 pacientes y en el resto (11 pacientes), mediante laparoscopia, según la experiencia del cirujano o el ginecólogo.

En 41 casos, se empleó una malla biológica de dermis acelular porcina (Pelvicol[®], Bard); en 10, una malla sintética macroporosa de polipropileno (Ginemesh[®], Ethicon), y en los 6 restantes, una combinación de ambas mallas; el motivo de la elección de un tipo u otro de malla se especifica más adelante.

Utilizamos una historia clínica uniformada (anexo 1) en la que constan los antecedentes de POP y cirugía urogenital o anorrectal previa, así como la sintomatología estructurada funcionalmente (pelvipereineal, intestinal, genital y urológica). Se estadificó a las pacientes con prolapso genitourinario de acuerdo con el sistema de cuantificación (POP-Q) de la Sociedad Internacional de Continencia⁶. Se realizaron estudios de imagen y/o funcionales mediante endoscopia, defecografía, tiempo de tránsito, urodinamia, manometría anorrectal o ecografía endoanal, según la historia de los pacientes y los hallazgos exploratorios. A los pacientes con historia de prolapso rectal externo completo no evidenciable en la exploración física, además de la defecografía, se les solicitó que realizaran ellos mismos una fotografía del prolapso rectal cuando estuviera exteriorizado.

Técnica quirúrgica: los cirujanos colorrectales abordamos por laparoscopia el suelo pelviano, de igual manera que lo hacemos con el recto. Los ginecólogos abordan la pelvis desde la izquierda, con el mismo trocar óptico, pero con los trocates de trabajo en posición invertida. Un ayudante se sitúa entre las piernas de las pacientes para manipular el recto y/o la vagina con objeto de facilitar su identificación y presentación.

El promontorio sacro se expone mínimamente, cuidando de no lesionar el nervio hipogástrico derecho; la incisión peritoneal se extiende en forma de J invertida hacia el fondo de saco de Douglas, y se disecciona el tabique rectovaginal. La profundidad de esta disección dependerá de las estructuras que queramos incorporar a la reparación; la vagina requiere una disección de 4 cm en sus caras anterior y posterior para fijar en ellas una malla con forma de Y invertida (fig. 1); para el

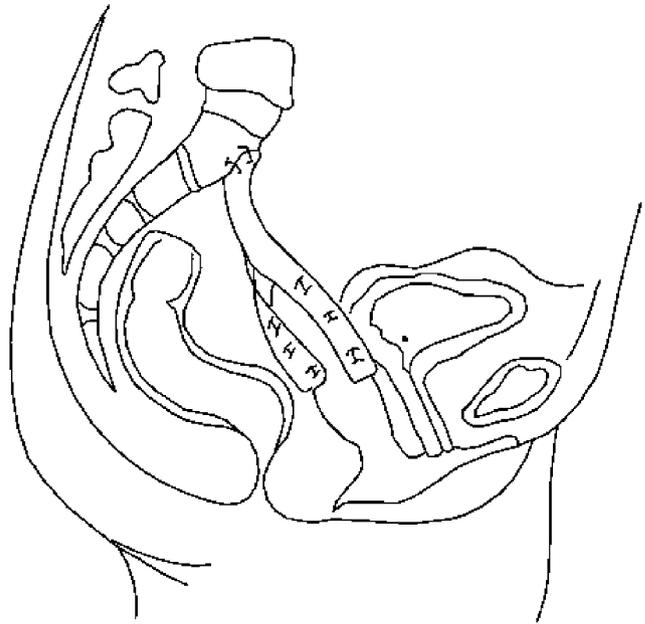


Figura 1 - Sacrocolpopexia con malla en «Y» invertida.

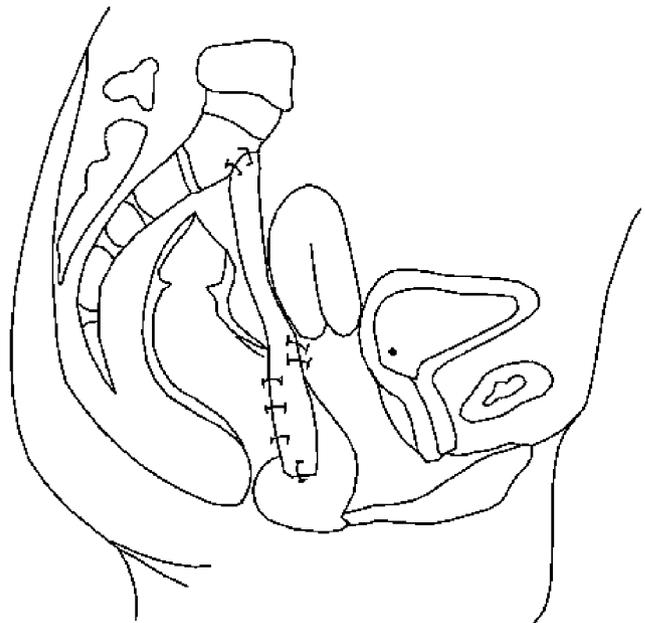


Figura 2 - Sacrorrectopexia ventral con malla que puede fijarse a la vagina (colpopexia) y también al periné (perineopexia).

prolapso de recto se disecciona toda la cara anterior del recto inferior, pero no las caras posterior o posterolateral, hasta la unión anorrectal (en grandes rectoenteroceles puede requerirse una incisión perineal externa). Preparamos una malla en forma trapezoidal, de 12-15 cm de longitud y 5,5 cm de ancho en la mitad distal y de 3,5 en la proximal, que se fija mediante 4-6 puntos irreabsorbibles (Ticron[®] 2-0, Tyco Healthcare) en la capa muscular de las caras anterolaterales del recto inferior y se incorporan los ligamentos uterosacos, en caso de enterocele o histerocele, o las caras anterior y posterior de la cúpula vaginal, en caso de rectocele o descenso de la cúpula vaginal (fig. 2). La malla se fija, mediante 2 puntos de igual material, al

ligamento anterior del promontorio sacro. El borde lateral del peritoneo incidido se cierra por encima de la malla elevando el fondo de saco de Douglas.

Resultados

De los pacientes intervenidos, 55 eran mujeres y 2, varones, con una media de edad de 66 (19-81) años. La mediana de seguimiento fue 25 (4-48) meses.

Del grupo A (prolapso rectal completo), una paciente tenía una operación previa (Delorme). En 4 pacientes se utilizó una malla biológica, en 3 se utilizó una malla biológica reforzada con otra de polipropileno y en 4, una malla de polipropileno. No se registró ninguna complicación postoperatoria; sin embargo, una paciente desarrolló una recidiva del prolapso rectal 6 meses después de la intervención; se la reintervino por laparoscopia y se encontró que la malla se había «despegado» del promontorio, el recto y la pared vaginal estaban bien integrados en la malla; se volvió a fijar al promontorio mediante suturas, con buen resultado hasta la fecha. La estancia mediana postoperatoria del grupo fue 2 (1-3) días.

En una de las pacientes del grupo B el abordaje laparoscópico abdominal se completó con una incisión perineal para anclar la malla en el rafe perineal por esta vía; así se reconstruyó el tabique rectovaginal en toda su longitud. No se registró morbilidad postoperatoria, si bien una de las pacientes con SPD, a la que se colocó una malla biológica, presentó un prolapso completo de recto 1 año después de la intervención, que se trató mediante rectopexia ventral laparoscópica con malla de polipropileno, combinada con sigmoidectomía, con buen resultado anatómico y funcional 2 años después de la intervención.

De las pacientes del grupo C, a 31 se les había efectuado una histerectomía previamente (mayoritariamente, vía vaginal). Junto con la sacrocolpopexia, se colocaron 10 cintas suburetrales (4 TVT, Gynecare®, Ethicon; 6 TOT Monarc®, AMS) por incontinencia urinaria genuina de esfuerzo, y en otras 5 pacientes se corrigió un cistocele, central o lateral, concomitante. Durante el seguimiento, se registraron 9 (21%) recurrencias anatómicas de POP superiores al estadio II; no obstante, durante el seguimiento se pudo constatar la débil correlación lineal entre la anatomía y los síntomas. Tres de las

recurrencias fueron del compartimento medio y 6, del compartimento anterior o el posterior. Se reintervino a 4 (9%) pacientes por recidiva, en 3 pacientes se realizó una nueva sacrocolpopexia con malla de polipropileno (anteriormente las 4 tenían una malla biológica) y en la otra, se realizó una fijación de la cúpula vaginal a la espina ciática (operación de Richter). La morbilidad de este grupo se produjo por gestos quirúrgicos (erosión vaginal por mallas colocadas por vía vaginal). La estancia mediana del grupo fue 5 (3-8) días.

En la *tabla 1* se especifican datos relativos a procedimientos iniciales, cirugías simultáneas, tipo de mallas utilizadas, recurrencias y reintervenciones por prolapso.

En cuanto a los resultados funcionales, intestinales (incontinencia o estreñimiento) o genitourinarios, sólo tenemos datos parciales. De los pacientes del grupo A, los 7 pacientes que presentaban algún grado de incontinencia en el preoperatorio mejoraron y en ninguno se deterioró la continencia anal tras la rectopexia ventral; no registramos ningún caso de estreñimiento de novo tras la intervención, y en 8 de los 9 pacientes de los grupo A y B que presentaban síntomas de defecación obstructiva en el preoperatorio mejoraron tras la intervención; el estreñimiento definido como defecación infrecuente permaneció inalterado en 2 de los 3 pacientes que lo padecían antes de la operación. Ninguno de los 2 pacientes varones sufrió eyaculación retrógrada o deterioro en la erección; sin embargo, no tenemos datos preoperatorios o postoperatorios completos con respecto a la dispareunia entre las pacientes sexualmente activas, si bien éste no fue un motivo de queja entre las 5 pacientes de los grupos A y B de las que tenemos datos a este respecto.

Discusión

La elección del abordaje y la técnica quirúrgica para el prolapso completo se basa, fundamentalmente, en: a) las características del paciente; b) el tamaño del prolapso; c) los trastornos pelvianos concomitantes, y d) los síntomas funcionales acompañantes y el hábito intestinal. La finalidad de la cirugía es corregir el defecto anatómico, aliviar en lo posible la disfunción intestinal acompañante y evitar las secuelas funcionales posteriores.

Tabla 1 – Grupos, procedimientos iniciales, recurrencia y reintervenciones por prolapso

	Intervenciones previas	Cirugías simultáneas	Tipo de malla	Recurrencias	Reoperaciones
Grupo A (prolapsos rectales) (n = 11)	1 Delorme, 2 HT	–	4 biológicas, 3 mixtas, 4 sintéticas	1 (9%)	1 (9%)
Grupo B (rectoenteroceles+Ii con o sin SPD) (n = 4)	2 HT	1 perineorrafia	1 biológica, 3 mixtas	–	1 ^a
Grupo C (POP genitourinarios) (n = 42)	31 HT, 3 perineorrafias, 1 Burch	4 TVT, 6 TOT, 5 perineorrafia	36 biológicas, 6 sintéticas	9 (21%) ^b	4 (9%)

Ii: invaginación rectal interna; HT: histerectomía total; POP: prolapso de los órganos pelvianos; SPD: síndrome de periné descendente; TOT: cinta transobturatriz; TVT: cinta retropubiana.

^a Reintervención por prolapso no relacionado con la intervención anterior (véase «Resultados»).

^b Recurrencias del prolapso original o de otro compartimento.

El abordaje abdominal, mediante rectopexia, parece ser mejor que el abordaje perineal en lo que se refiere al control anatómico del prolapso y quizá también en lo funcional¹. Todas las técnicas abdominales se han reproducido por vía laparoscópica, con las ventajas inherentes a este abordaje^{7,8}.

Las distintas técnicas de rectopexia abdominal se diferencian en alguno de los tres aspectos siguientes: a) extensión de la disección o liberación del recto, en que se acepta como «obligatorias» las disecciones anterior y, sobre todo, posterior hasta el suelo de la pelvis, y es motivo de discusión el beneficio o no de preservar la cara lateral («ligamentos laterales») con el fin de preservar la inervación rectal y evitar el estreñimiento «sensorial» postoperatorio; b) el método de fijación posterior del recto al sacro, con puntos (Efron) o con malla, y si ésta rodea completa (Ripstein) o parcialmente al recto (Wells, Orr-Loygue), además del tipo de malla (absorbible, Gore-Tex, Ivalon, Marlex, etc.), y c) la asociación o no de resección intestinal (Fryckman-Goldberg) para mejorar tanto el resultado anatómico como el funcional de la intervención.

La rectopexia ventral laparoscópica con malla para el prolapso de recto completo fue descrita por D'Hoore et al⁹, y en una reciente revisión de 109 pacientes, con un seguimiento de más de 2 años, comunicaron un 3% de recurrencias¹⁰. La característica principal de esta técnica es que evita toda disección posterolateral del recto, suturando la malla a la cara anterior del recto para evitar su invaginación.

La pared anterior rectal tiene un papel central en la patogenia del prolapso rectal completo y también de la invaginación interna. A diferencia de las operaciones de Delorme o Altemeier, que reducen el volumen rectal y su distensibilidad, la rectopexia ventral preserva el reservorio rectal intacto. El estreñimiento de difícil tratamiento, o su agravamiento, ocurre en un 50% de los casos tras realizar una movilización posterior completa del recto (si no se asocia una resección intestinal); se señalan varias posibles causas, como la torsión del rectosigma redundante, el engrosamiento mural y la rigidez tras la fibrosis perirrectal, o la denervación rectal autónoma extrínseca secundaria¹¹. En los varones la disección exclusiva de la cara anterior rectal deja intacta la fascia de Denonvillier, con lo que el riesgo de lesión nerviosa es teóricamente menor.

En un ensayo clínico aleatorizado que comparaba la rectopexia de Wells (con malla) con la rectopexia simple (con puntos), se constató una igualdad de resultado anatómico, un mejor resultado funcional (menos estreñimiento) y menores complicaciones con la sutura simple¹², por lo que, tras movilizar completamente (anterior y posteriormente) el recto, utilizar una malla no añade ventaja alguna a la simple adherencia cicatricial del recto a la concavidad sacra. La utilización de una malla en la rectopexia ventral obedece a otras razones.

Por otra parte, la malla colocada ventralmente oblitera el espacio de Douglas, refuerza el tabique rectovaginal y proporciona un soporte vertical al cuerpo perineal, elevándolo, lo que la hace atractiva para tratar otras enfermedades del suelo pelviano, como rectoenteroceles, invaginación rectal interna, descenso perineal rebelde al tratamiento conservador, y anclando la malla a estructuras uterovaginales, para afecciones de los compartimentos pelvianos posterior y medio. Además, proporciona una reparación sincrónica de los prolapso rectogenitales combinados o complejos, que se observan hasta en un 20% de los casos. En este sentido, se han comunicado buenos

resultados, anatómicos y funcionales, con la colporrectopexia ventral laparoscópica para esta afección pelviana, así como para la defecación obstructiva con causa estructural¹³⁻¹⁵.

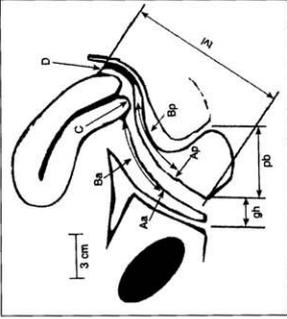
Inicialmente utilizamos mallas biológicas por sus ventajas, como la resistencia a las infecciones (se puede colocarlas en tejidos contaminados e infectados) y nula posibilidad de erosionar o lesionar vísceras. Su fin es estimular la formación de la matriz extracelular, la angiogénesis y factores de crecimiento, por lo que se utilizan como soporte temporal de colágeno acelular, más o menos duradero, e incluso definitivo. Sin embargo, pueden sufrir una rápida degradación (colagenasa) y algunas pacientes tienen una escasa capacidad de sintetizar matriz extracelular como para sustituir el soporte temporal que estas mallas aportan. La recurrencias de los POP que observamos en nuestra serie se relacionaron con la sacrofijación de las mallas o con su desaparición o degradación, hallazgos similares a los obtenidos por Altman et al¹⁶, que utilizaron la misma malla biológica que nosotros en casos de rectocele, por lo que su empleo sistemático no parece recomendable, aunque quepa señalar la ausencia de complicaciones o de problemas de dispareunia con su utilización.

Las complicaciones derivadas de las mallas en los POP (erosión, fistulización, contracción, infección) se relacionan principalmente con: el tipo de malla, la vía de colocación y la enfermedad del paciente. El tamaño del poro es la característica más importante de las mallas sintéticas¹⁷. Las microporosas son las que peor resistencia a la infección poseen y también más capacidad de erosionar tejidos y dañar vísceras; microporosas son las de Marlex, Mersilene, PTFE o de teflón (éstas dos últimas son, además, multifilamentosas), por lo que preferimos utilizar mallas sintéticas macroporosas. La utilización de mallas por vía transvaginal está conlleva una incidencia de erosión o infección mayor que por vía transabdominal; la reparación del descenso de cúpula vaginal o de cistocele (por otra parte la que conlleva más recidivas postoperatorias) es la cirugía más expuesta a complicaciones por el uso de mallas¹⁷.

De las pacientes con prolapso genital, registramos un 21% de recurrencias en las exploraciones físicas; sin embargo, sólo 4 (9%) requirieron reintervención por prolapso de los compartimentos medio o posterior sintomático, lo que constata la falta de correlación lineal entre la exploración física, la radiológica y la sintomática, hecho bien descrito en la literatura^{18,19}. Los POP genitourinarios combinados son difíciles de categorizar por las distintas combinaciones clínicas y funcionales; el compartimento anterior es la «cenicienta» de esta enfermedad y la incontinencia urinaria, clínica o subclínica, un hallazgo muy frecuente en casos de POP evolucionados²⁰. Por otra parte, en las reintervenciones de las pacientes del grupo C, se constató la imprevisibilidad del comportamiento de las mallas biológicas.

En definitiva, la rectosacropexia ventral con malla, de forma aislada, en caso de prolapso rectal completo, o en combinación con colpopexia (o fijación de los ligamentos uterosacos o del periné), en casos de prolapso simultáneos, procura mediante una sola intervención y un mismo abordaje, preferentemente laparoscópico, una reparación anatómica sólida de los POP y una adecuada corrección de las disfunciones que los acompañan, con escasas complicaciones, secuelas o recurrencias; así se cumple con la finalidad de esta cirugía.

Anexo 1

 <p>Osakidetza Servicio vasco de salud</p>	<p>1 abizena / 1º apellido _____ HK.zk. / Nº HC _____</p> <p>2 abizena / 2º apellido _____</p> <p>Izena / Nombre _____</p> <p>Adina / Edad _____ Zerbitzua / Servicio _____ Oheia / Cama _____</p> <p style="text-align: center;">Zorlu Pelbikoaren Unitatea Unidad de Suelo Pélvico</p>																
Exploración física																	
<p>Hábito normal <input type="checkbox"/> sobrepeso <input type="checkbox"/> obesidad <input type="checkbox"/></p> <p>EXPLORACIÓN VAGINAL (decubito)</p> <p>Ulceración epitelio vaginal: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Pérdida de orina al corregir prolapso: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>																	
																	
<p>Clasificación TCS</p> <p>Estado 0: no prolapso</p> <p>Estado I: borde distal a >1 cm encima del himen</p> <p>Estado II: borde distal a nivel del himen (<1 cm)</p> <p>Estado III: borde distal a 1 cm del himen</p> <p>Estado IV: eversion vaginal completa</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">Aa</td> <td style="width:25%;">Ba</td> <td style="width:25%;">C</td> <td style="width:25%;">(cénix o borde)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Ap</td> <td>Bp</td> <td>D</td> <td>(fórnix, lig. uterosacro)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>(Himen punto fijo de referencia)</p> <p>A: cara anterior; P: cara posterior; HC: hito genital</p> <p>CP: cuerpo perineal; SI: C = sajo; D: elongación cuello</p>		Aa	Ba	C	(cénix o borde)					Ap	Bp	D	(fórnix, lig. uterosacro)				
Aa	Ba	C	(cénix o borde)														
Ap	Bp	D	(fórnix, lig. uterosacro)														
<p>TACTO RECTAL</p> <p>Descenso perineal <input type="checkbox"/></p> <p>Tono basal <input type="checkbox"/></p> <p>Palpación mucosa <input type="checkbox"/></p> <p>Haz puborectal <input type="checkbox"/></p> <p>Reflejo tusígeno <input type="checkbox"/></p> <p>Reflejo anocutáneo <input type="checkbox"/></p> <p>Dolor <input type="checkbox"/></p> <p>Tono de esfuerzo <input type="checkbox"/></p> <p>Bostezo anal (ano entreabierto) <input type="checkbox"/></p> <p>Contracción con Valsalva <input type="checkbox"/></p> <p>Sensibilidad perineal <input type="checkbox"/></p> <p>Prolapso con el esfuerzo <input type="checkbox"/></p>																	
Pruebas complementarias																	
<p>IMAGEN</p> <p>Defecografía <input type="checkbox"/></p> <p>RMN pélvica dinámica <input type="checkbox"/></p> <p>Cistografía <input type="checkbox"/></p> <p>Ecografía vaginal <input type="checkbox"/></p> <p>Ecografía endoanal <input type="checkbox"/></p> <p>Manometría anal <input type="checkbox"/></p> <p>LTMNP bilaterales <input type="checkbox"/></p> <p>Urodinamia <input type="checkbox"/></p> <p>Niveles hormonales <input type="checkbox"/></p>																	

 <p>Osakidetza Servicio vasco de salud</p>	<p>1 abizena / 1º apellido _____ HK.zk. / Nº HC _____</p> <p>2 abizena / 2º apellido _____</p> <p>Izena / Nombre _____</p> <p>Adina / Edad _____ Zerbitzua / Servicio _____ Oheia / Cama _____</p> <p style="text-align: center;">Zorlu Pelbikoaren Unitatea Unidad de Suelo Pélvico</p>																																																																																								
Sintomatología																																																																																									
<p>Edad: _____</p> <p>GENITAL</p> <p>"Abultamiento" vaginal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> (espontáneo <input type="checkbox"/> con el esfuerzo <input type="checkbox"/>) escala 0 _____ 10</p> <p>Pesadez perivaginal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Menopausia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Fecha / / Flato vaginal: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Actividad sexual <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Disminución sensibilidad vaginal: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Dispareunia/dificultad coital <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> escala 0 _____ 10</p> <p>INTESTINAL</p> <p>Estrefimiento/disqueria/tenesmo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Frecuencia deposicional: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Deseo defecatorio espontáneo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> pasiva <input type="checkbox"/></p> <p>Dificultad expulsiva <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Sensación evacuación incompleta <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Deseo defecatorio continuo <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Autodigitación <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Uso de laxantes/enemas <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Sensación o evidencia de prolapso <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Sangre/mucosidad anal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Escala de Vaizrey:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Vaizrey</td> <td>nucl.</td> <td>Rec.</td> <td>Imes.</td> <td>A. vena.</td> <td>>10m.</td> <td><10m.</td> <td>discontinua</td> </tr> <tr> <td>Incont. sólidos</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Incont. líquidos</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Incont. gases</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Afecta estilo vida</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>NO</td> <td>SI</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Pañal o plugs</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Urgencias</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>No afliet >15'</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>Calidad de vida</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>ACTIVIDAD</td> <td>NADA</td> <td>ALGO</td> <td>MUCHO</td> </tr> <tr> <td>Física</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Laboral</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Social</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Sexual</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Emocional</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>URINARIOS</p> <p>Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>IU asociada al ejercicio (esfuerzo) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>IU urg./frec. escape brusco con deseo miccional imperioso asociado a estímulos (ej: correr agua) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>IU total, pérdida completa y continua sin desencadenante específico <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Frecuencia de la IU <input type="checkbox"/> >1/d. <input type="checkbox"/> 1/d-1/sem. <input type="checkbox"/> 1/sem.-1/mes <input type="checkbox"/> <1/mes <input type="checkbox"/></p> <p>Síntomas urinarios obstructivos <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>ITU de repetición: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Antecedentes</p> <p>Nº de embarazos: _____ Nº partos distócicos: _____ Edad 1º parto: _____</p> <p>Cirugía previa <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Ginecológica (especificar): _____</p> <p>Urológica (especificar): _____</p> <p>Colorrectoanal (especificar): _____</p> <p>Tratamiento hormonal: _____</p> <p>Antecedentes generales: _____</p>		Vaizrey	nucl.	Rec.	Imes.	A. vena.	>10m.	<10m.	discontinua	Incont. sólidos	0	1	2	3	4			Incont. líquidos	0	1	2	3	4			Incont. gases	0	1	2	3	4			Afecta estilo vida	0	1	2	NO	SI			Pañal o plugs	0	1	2					Urgencias	0	1	2					No afliet >15'	0	1	2					ACTIVIDAD	NADA	ALGO	MUCHO	Física				Laboral				Social				Sexual				Emocional			
Vaizrey	nucl.	Rec.	Imes.	A. vena.	>10m.	<10m.	discontinua																																																																																		
Incont. sólidos	0	1	2	3	4																																																																																				
Incont. líquidos	0	1	2	3	4																																																																																				
Incont. gases	0	1	2	3	4																																																																																				
Afecta estilo vida	0	1	2	NO	SI																																																																																				
Pañal o plugs	0	1	2																																																																																						
Urgencias	0	1	2																																																																																						
No afliet >15'	0	1	2																																																																																						
ACTIVIDAD	NADA	ALGO	MUCHO																																																																																						
Física																																																																																									
Laboral																																																																																									
Social																																																																																									
Sexual																																																																																									
Emocional																																																																																									

B I B L I O G R A F Í A

1. Tou S, Brown SR, Malik AI, Nelson RL. Surgery for complete rectal prolapse in adults. *The Cochrane Library*. 2008(4).
2. Maher C, Baessler K, Glazener CMA, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *The Cochran Library*. 2005(3).
3. Altman D, Zetterstrom J, Schultz I, et al. Pelvic organ prolapse and urinary incontinence in women with surgically managed rectal prolapsed: a population-based case-control study. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:28-35.
4. González-Argente FX, Jain A, Noguerras JJ, et al. Prevalence and severity of urinary incontinence and pelvic genital prolapse in females with anal incontinence and rectal prolapsed. *Dis Colom Rectum*. 2001;44:929-36.
5. DeLancey JO. Anatomics aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;166:1717-24.
6. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapsed and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol*. 1996;175:10-7.
7. Hernández P, Targarona EM, Balagué C, et al. Tratamiento laparoscópico del prolapso rectal. *Cir Esp*. 2008;84:318-22.
8. Salomon MJ, Young CJ, Evers AA, et al. Randomized trial of laproscopic versus open abdominal rectopexy for rectal prolapsed. *Br J Surg*. 2002;89:35-9.
9. D'Hoore A, Cadoni R, Penninckx F. Long term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. *Br J Surg*. 2004;91:1500-5.
10. D'Hoore A, Penninckx F. Laparoscopic ventral recto(colpo)pepy for rectal prolapsed: surgical technique and outcome for 109 patients. *Surg Endosc*. 2006;20:1919-23.
11. Karulf RE, Madoff RD, Goldberg SM. Rectal prolapse. *Curr Probl Surg*. 2002;38:762-823.
12. Novell JR, Osborne MJ, Winslet MC, et al. Prospective randomized trial of Ivalon sponge versus sutured rectopexy for full thickness rectal prolapsed. *Br J Surg*. 1994;81:904-6.
13. D'Hoore A, Vanbeckevoort D, Penninckx F. Clinical, physiological and radiological assessment of rectovaginal septum reinforcement with mesh for complex rectocele. *Br J Surg*. 2008;95:1264-72.
14. Slawik S, Soulsby R, Carter H, et al. Laparoscopic ventral rectopexy, posterior colporrhaphy and vaginal sacrocolpopexy for the treatment of rectogenital prolapse and mechanical outlet obstruction. *Colorectal Dis*. 2008;10:138-43.
15. Collinson C, Cunningham C, D'Costa H, et al. Rectal intussusception and unexplained faecal incontinence finding of proctographic study. *Colorectal Dis*. 2009;11:77-83.
16. Altman D, Zetterström J, Mellgren A, et al. A three-year prospective assessment of rectocele repair using porcine xenograft. *Obstet Gynecol*. 2006;107:59-65.
17. Chen CCG, Ridgeway B, Paraiso MF. Biological grafts and synthetic meshes in pelvic reconstructive surgery. *Clin Obstet Gynecol*. 2007;50:383-411.
18. Blanchrd KA, Vanlangendonck R, Winters JC. Recurrent pelvic floor defects after abdominal sacral colpopexy. *J Urol*. 2006; 175:1010-3.
19. Nygaard IE, McCreery R, Brubaker L, Connolly AM, Cundiff G, Weber AM, et al. Abdominal sacrocolpopexy: A comprehensive review. *Obstet Gynecol*. 2004;104:805-23.
20. Brubaker L, Cundiff GW, Fine P, Nygaard I, Richter H, Visco AG, et al. Abdominal sacrocolpopexy with Burch coloposuspension to reduce urinary stress incontinence. *N Engl J Med*. 2006;354:1557-66.