

Resección Rectal por vía Perineal Mediante Engrapadora Lineal: Experiencia Inicial de una Nueva Técnica para el Tratamiento del Rectocele Anterior

Miguel C. Montero (h), Miguel C. Montero

Instituto Privado de Gastroenterología, Sector Coloproctología. San Miguel de Tucumán, Tucumán, Argentina.

RESUMEN

Introducción: Analizar los resultados a corto y mediano plazo del tratamiento del rectocele anterior mediante la resección rectal transperineal con engrapadora lineal y refuerzo del tabique rectovaginal con malla. Prospectivo de casos consecutivos.

Pacientes y método: Entre 01 de abril de 2008 y 31 de Marzo de 2010, 12 pacientes fueron tratados en nuestra institución por presentar diagnóstico de Rectocele Anterior. Los pacientes fueron evaluados por cirujanos entrenados; sometidos a manometría anorrectal y estudios imagenológicos dinámicos. Se realizó una técnica de Resección Rectal por vía perineal con engrapadora lineal y la aplicación de malla. Se aplicaron distintos scores para evaluar los resultados.

Resultados: El 100% fueron sexo femenino, edad promedio 44,6 años. El tiempo promedio de cirugía fue 164 minutos (r: 135-180). No hubo complicaciones intraoperatorias. La estadía media hospitalaria fue 2,6 días. La morbilidad fue del 16,6% (2) y no hubo mortalidad relacionada al procedimiento. La evaluación basal del score ODS mostró un promedio de 19,16, mientras el promedio determinado al 7 y 21 día postoperatorio fue 0,5 y 0,16 respectivamente ($P = 0,001$). La evaluación del estreñimiento usando el score PAC-SYM mostró un resultado basal promedio de 17,08, mientras que al 7 y 21 día postoperatorio fue 3,25 y 1,32 respectivamente ($P = 0,002$). El cuestionario de Satisfacción a los 6 meses mostró mejoría significativa respecto al valor basal ($p = 0,001$).

Conclusión: Esta nueva técnica permite restaurar el tabique rectovaginal resecando el defecto rectal. Los resultados funcionales obtenidos son favorables, con baja morbilidad y pocas complicaciones relacionadas al uso de mallas.

Palabras claves: Rectocele; Cirugía del Rectocele-SOTS

ABSTRACT

Objective: To analyze short and mid-term results of anterior rectocele treatment by trans perineal rectal resection with linear stapler and rectovaginal septum reinforcement with mesh.

Patients and methods: Between 01 April 2008 and 31 March 2010, 12 patients were treated at our institution with diagnosis of Anterior Rectocele. Patients were evaluated by trained surgeons, underwent anorectal manometry and dynamic images studies. We performed a novel technique called "Stapled Perineal Rectocele resection". Different scores were applied to evaluate the results.

Results: 100% were female, average age 44.6 years. The mean surgical time was 164 minutes (r: 135-180). There were no intraoperative complications. The average hospital stay was 2.6 days. The morbidity was 16.6% (2) and there was no procedure-related mortality. Baseline of ODS showed an average score of 19.16, while the average determined at 7 and 21 days postoperatively was 0.5 and 0.16 respectively ($P = 0.001$). The assessment of constipation using the PAC-SYM score showed a mean baseline of 17.08 results, while at 7 and 21 days after surgery was 3.25 and 1.32 respectively ($P = 0.002$). The patient satisfaction score after six months showed significant improvement from baseline ($p = 0.001$).

Conclusion: The novel technique restores rectovaginal septum and extirpates the rectal defect. The functional results are favorable, with low morbidity and few complications related to the use of mesh.

Key words: Rectocele; Rectocele Surgery-ODS

INTRODUCCIÓN

Aunque la incidencia real del Rectocele Anterior es desconocida, constituye una de las principales causas de Síndrome de Obstrucción del Tracto de Salida (SOTS) rectoanal, con una prevalencia estimada del 76% en pacientes de sexo femenino.¹

El rectocele es resultado de una debilidad del tabique recto-vaginal debido a la tracción y el descenso del suelo pélvico durante el parto vaginal;² o consecuencia del estreñimiento crónico en pacientes con anismo. El debilitamiento del tabique recto-vaginal durante la defecación permite la formación de un verdadero reservorio constituido por la pared rectal anterior, desplazando la vagina y

generando frecuentemente la necesidad de digitación para completar la defecación.

En un estudio sobre la anatomía del compartimento posterior de la pelvis, De Lancey³ identificó tres niveles de soporte para evitar la formación de un rectocele:

1. El Paracolpium (ligamentos cardinales y útero-sacos).
2. La fascia endopélvica.
3. El tejido denso del rafe perineal.

El tratamiento quirúrgico del rectocele anterior se puede realizar a través de un abordaje transvaginal, transanal o transperineal.⁴⁻⁶ En 1996, Watson et al. describieron el abordaje transperineal del rectocele utilizando una malla de polipropileno para reforzar el tabique rectovaginal.⁷

Debido a la escasa literatura sobre el uso de material protésico en la cirugía transperineal, y teniendo en cuenta el riesgo potencial de infección y/o erosión, la aplicación de mallas en el tratamiento del rectocele por vía transperineal

Miguel C. Montero (h)
drmonteromiguel@hotmail.com

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

está sujeta a los resultados de estudios prospectivos y controlados.^{8,9}

El objetivo de nuestro estudio es analizar los resultados a corto y mediano plazo del tratamiento del rectocele anterior mediante la resección rectal transperineal con engrapadora lineal y el refuerzo del tabique rectovaginal con malla no reabsorbible.

Diseño

Prospectivo, de casos consecutivos, no randomizado.

PACIENTES Y MÉTODO

Entre el 01 de abril de 2008 y 31 de marzo de 2010, 12 pacientes fueron tratados con la técnica de Resección Rectal por vía Perineal en forma consecutiva en nuestra institución por presentar Síndrome de Obstrucción del Tracto de Salida (SOTS) con diagnóstico de Rectocele Anterior.

Criterios de inclusión

- Pacientes de sexo femenino.
- Pacientes con al menos tres síntomas y/o signos de SOTS por seis meses.
- Rectoceles mayores a 4cm por Defecografía y Resonancia Magnética Dinámica de pelvis (RMD), con evacuación incompleta del material del contraste durante el estudio dinámico.
- Pacientes sin resultados favorables al tratamiento de rehabilitación con Biofeedback.

Criterios de exclusión

- Pacientes con patología psiquiátrica documentada.
- Pacientes que presentan patología multi-compartimental por RMD.
- Pacientes que presentan Contracción Paradojal Puborrectal (anismo) en el estudio de manometría anal.

Los pacientes fueron evaluados clínicamente por el mismo equipo de cirujanos colorrectales y de uro-ginecólogos para descartar prolapso de otros órganos pélvicos.

Los pacientes realizaron una entrevista con la psicológica de nuestro equipo previo a la cirugía para detectar la presencia de patrones de enfermedades que pueden afectar el resultado de la intervención quirúrgica.¹⁰

Todos los pacientes fueron estudiados por Manometría Anorrectal para descartar trastornos funcionales, principalmente la presencia de anismo.¹¹

La presencia y el grado de rectocele, así como la asociación a patologías de otros compartimientos fueron determinados por Defecografía y Resonancia Magnética Dinámica de pelvis.¹²

Las variables incluidas en el estudio fueron: edad, sexo, manifestaciones clínicas, tiempo de evolución de los sín-

tomias, la paridad, el grado de Rectocele, duración del procedimiento, dolor postoperatorio, complicaciones postoperatorias, la estadía hospitalaria, Score ODS (Obstructed Defecation Syndrome), Score PAC-SYM (Patients Assessment Constipation Symptom Questionnaire), Score PAC-QoL (Patients Assessment of Constipation-Quality of Life Questionnaire), Score de Watson y la satisfacción del paciente.

Técnica quirúrgica

Todos los pacientes recibieron preparación rectal basada en dieta líquida y un enema evacuante colocado por el propio paciente a las 15 y 22 hs del día previo a la cirugía. Se realizó profilaxis para Trombosis Venosa Profunda (TVP) con heparina de bajo peso molecular, adaptando la dosis al riesgo del paciente y la colocación de vendajes de compresión en los miembros inferiores.

El procedimiento se realizó en posición de litotomía, con anestesia raquídea, sedación y cateterismo vesical. Al momento de la inducción anestésica se administró una dosis de Cefalotina 1 gr. por vía intravenosa.

La vía de abordaje transperineal fue a través de una incisión transversal entre el ano y la vagina. La incisión se infiltró con solución de lidocaína y epinefrina para lograr la disección hidráulica del tabique rectovaginal.

Se continuó con disección roma y riguroso control de la hemostasia liberando el rectocele hasta el plano de los elevadores con especial cuidado del esfínter anal externo.

Una vez liberado el rectocele, se realizaron cuatro puntos de tracción a los extremos del mismo con hilo no absorbible. A continuación, se utilizó una engrapadora lineal cortante de 7.5 cm con cartucho verde para reseca el defecto rectal controlando la compliance del órgano en forma digital por vía transanal.

Identificado el músculo elevador del ano en cada lado, se hizo una plástica sin tensión con 2 puntos de hilo no absorbible. Posteriormente se colocó una malla de Polipropileno de 6 por 4 cm, con puntos de fijación para evitar su desplazamiento (figs. 1 a 4).

El procedimiento finalizó con un lavado vigoroso de la región utilizando solución salina. La herida perineal se suturó con puntos separados de nylon y fue cubierta con una compresa estéril.

Los criterios para el alta del paciente fueron:

- Adecuada tolerancia a la dieta.
- Deambulación.
- Catarsis efectiva.
- Diuresis espontánea.
- Parámetros generales estables.
- Herida perineal en evolución favorable.

Los pacientes fueron dados de alta con un plan nutricional a base de líquidos por 72 hs, tratamiento antibiótico



Figura 1: Identificación de los pubo rectales.



Figura 2: Puntos de tracción.

por 7 días con Amino-penicilina 1gr cada 12 hs y se mantuvo el vendaje compresivo hasta la deambulación normal. Se sugirió el uso de anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs) orales en función del grado de tolerancia al dolor y protección gástrica con inhibidores de la bomba de protones. El inicio de la actividad sexual se retrasó hasta la sexta semana postoperatoria.



Figura 3: Stapler por vía perineal.



Figura 4: Colocación de la malla.

Seguimiento

Los pacientes fueron referidos al primer control postoperatorio 72 horas después del alta para una evaluación clínica general y de la herida perineal. Los puntos fueron retirados a los 10 días del procedimiento.

Las complicaciones postoperatorias fueron clasificadas por el “Sistema de estratificación de las Complicaciones” (STROC) de Clavien–Dindo.¹⁷

Se consideró como resultados de corto plazo aquellos obtenidos en los controles realizados a los 7 y 21 días del postoperatorio, y resultados de mediano plazo a los determinados en el 6to mes postoperatorio.

En la evaluación postoperatoria a corto plazo (7º y 21º día) se determinó el Score ODS (Obstructed Defecation Syndrome) y PAC-SYM (Patients Assessment Constipa-

tion Symptom Questionnaire) para la comparación con los respectivos valores basales pre-quirúrgicos.

En la evaluación a mediano plazo (6 meses), los pacientes fueron remitidos a consultorio externo para un examen proctológico, evaluar el Score ODS, Score de Watson y el impacto en la calidad de vida mediante el Score PAC-QoL.

Scores aplicados para la evaluación de SOTS y Calidad de vida referida al evento

La gravedad de los síntomas de estreñimiento se evaluó utilizando un score validado conocido como "Patients Assessment Constipation Symptom Questionnaire" (PAC-SYM) cuya puntuación va desde 0 (el mejor) a 48 (tabla 1).¹³

Se utilizó un score específico para evaluar el Síndrome de Obstrucción del tracto de salida anal conocido como "Modified ODS Patients Questionnaire" (ODS Score). El mismo evalúa 7 síntomas relacionados a la obstrucción del tracto de salida y un ítem puntual para la calidad de vida, asignándole un valor según la frecuencia de presentación de los mismos. La puntuación es de 0 (mejor) a 24 (tabla 2).^{14,15}

La evaluación de la calidad de vida de los pacientes en relación a la severidad de constipación, se realizó con un score validado conocido como "Patients Assessment of Constipation-Quality of Life Questionnaire (PAC-QoL). Las sub-escalas del score PAC-QoL evalúan bienestar físico, bienestar psicosocial, preocupaciones e inquietudes, y la insatisfacción. En nuestro estudio se aplicó la sub-escala de Satisfacción (tabla 3).¹⁶

Por último, para la evaluación independiente de los síntomas relacionados con la obstrucción del tracto de salida se utilizó un score aprobado por Watson y cols.⁷ Esta puntuación evalúa:

1. Frecuencia de las digitaciones,
2. La gravedad de Constipación,
3. Sensación de evacuación incompleta y
4. Presencia de impronta dentro de la vagina. Cada síntoma recibe un valor de 0 a 3 según la frecuencia de ocurrencia. La puntuación más alta posible total es de 12 puntos.

Estadística

Se determinó la media y desviación estándar para comparar el estado preoperatorio y postoperatorio de los diferentes scores. La diferencia entre ambos se estableció con la prueba de Wilcoxon y valores de $p < 0,05$ fueron considerados significativos. El software utilizado fue NCSS versión de 2001.

RESULTADOS

Un total de 12 pacientes fueron intervenidos con el procedimiento descrito en el periodo de estudio. To-

dos los pacientes fueron del sexo femenino, con una edad media de 44,6 años (r: 39-54, SD: 6,7, IC 95% 40.3-48.9). Un 100% (12) de los pacientes refirieron como queja principal la presencia de estreñimiento, con sensación de evacuación incompleta e impronta vaginal. Diez (83%) pacientes reportaron necesidad de digitación vaginal o anal para completar su evacuación. La evolución media de los síntomas fue de 6 años (r: 3-10) y el número promedio de nacimientos por paciente fue 3,6 (r: 1-9).

El examen clínico de los pacientes mostró en todos los casos la presencia de descenso perineal y debilidad de la pared anterior del recto mediante un examen digital.

El estudio defecográfico reveló la presencia de rectocele > 4 cm en el 100% (12) de los pacientes y una longitud media de 5.6cm (r: 4-7, SD 1.08, IC 95% 4.89-6.27); (figs. 5 y 6).

El estudio de Resonancia Magnética Nuclear Dinámica de pelvis evidenció el rectocele en todos los casos con una buena correlación respecto la defecografía y ausencia de patología en otro compartimiento (fig. 7). Los estudios dinámicos por imágenes mostraron en los 12 (100%) pacientes evacuación incompleta del medio de contraste intrarrectal.

El tiempo promedio de cirugía fue de 164 minutos (r: 135-180, SD: 18,19, IC 95%: 152,6 a 175,7) y no hubo complicaciones intraoperatorias.

La estadía media hospitalaria fue de 2,6 días (r: 1-3). En el 100% (12) de los casos, la Escala Visual Análoga (VAS) determinada a las 24 hs, 72 hs y 7 días posteriores a la cirugía fue inferior a 4 (dolor leve y tolerable) con buena respuesta a los analgésicos orales.

La morbilidad fue del 16,6% (2) y no hubo mortalidad relacionada con el procedimiento. Las complicaciones postoperatorias generales fueron 1 (8,3%) caso de rechazo de la malla protésica (stroc 3a) y 1 (8,3%) caso de dehiscencia de la herida perineal superficial (stroc 3a) sin signos de infección de la herida perineal profunda. El paciente con rechazo de la malla fue intervenido para la extracción de la misma a través de la herida perineal, toilette y posterior cierre. En el caso de la dehiscencia de herida perineal el paciente fue llevado a cirugía y se realizó sutura bajo anestesia local y sedación. Las complicaciones postoperatorias generales se detallan en la (Tabla 4).

La evaluación preoperatoria promedio del score ODS fue de 19,16 (r: 16-23), mientras que el ODS promedio determinado en el seguimiento a corto plazo (7° y 21° día postoperatorio) fue de 0,5 y 0,16 respectivamente (grafico 1). La diferencia de las medias fue estadísticamente significativa ($P = 0,001$).

La evaluación de los síntomas de estreñimiento aplicando el Score PAC-SYM mostró un resultado prome-

TABLA 1: PATIENTS ASSESSMENT CONSTIPATION SYMPTOM QUESTIONNAIRE (PAC-SYM)

Severity of constipation	Absent	Mild	Moderate	Severe	Very severe
Symptoms in the last week	0	-1	-2	-3	-4
Abdominal discomfort.					
Abdominal pain.					
Abdominal Rumbling					
Stomach upset					
Painful bowel movements					
Rectal Burning					
Rectal bleeding					
Difficult evacuation					
Inability to evacuate despite trying					
Constipation to evacuate					
Sensation of complete evacuation					
Stool with short pushes					

TABLA 2: MODIFIED ODS PATIENT QUESTIONNAIRE (ODS SCORE)

Question score	Response options			
1- Medication to evacuate	0	1	2	3
2- Difficulties to evacuate	0	1	2	3
3- Digitation to evacuate	0	1	2	3
4- Return to toilet to evacuate	0	1	2	3
5- Feeling of incomplete evacuation	0	1	2	3
6- Straining to evacuate	0	1	2	3
7- Time needed to evacuate	0	1	2	3
8- Lifestyle alteration	0	1	2	3

TABLA 3: PATIENT ASSESSMENT OF CONSTIPATION-QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE- PAC-QOL (SATISFACTION SUBSCALE)

How satisfied are seen in the last week regarding their evacuation	None	Very little	Moderate	Pretty	Very
	0	(1)	-2	-3	-4
1. Has been satisfied on the frequency of bowel movements.					
2. Has been satisfied on the regularity of bowel movements					
3. Has been satisfied with the time it takes for food to reach the intestine					
4. Has been satisfied with the treatment instituted					

dio preoperatorio de 17,08 (SD: 4,3, IC 95%: 14.3-19.8), mientras que en la evaluación a corto plazo (7° y 21° día post-operatorio) la puntuación fue 3,25 y 1,32 respectivamente (gráf. 2). La diferencia entre las medias de las muestras dio un resultado estadísticamente significativo ($P = 0,002$).

En el seguimiento a mediano plazo (6 meses), el examen clínico de los pacientes no evidenció recurrencia de los síntomas relacionados con la obstrucción del tracto de salida. La evaluación del Score ODS no modificó los valores respecto a la evaluación realizada a los 21 días del postoperatorio.

La evaluación comparativa de los síntomas asociados de

forma independiente con obstrucción del tracto de salida recto-anal se detalla en la tabla 5.

El cuestionario PAC-QOL (sub-escala de satisfacción) a los seis meses mostró una mejoría significativa con respecto al valor preoperatorio (preoperatorio 0,66 vs postoperatorio 3,58; $p = 0,001$) (gráf. 3).

DISCUSIÓN

El tratamiento óptimo del rectocele anterior sigue siendo un tema controvertido.¹⁰ Durante 1980, la Colporrafia Posterior fue el procedimiento elegido por los ginecólogos para el tratamiento del rectocele con resultados funciona-

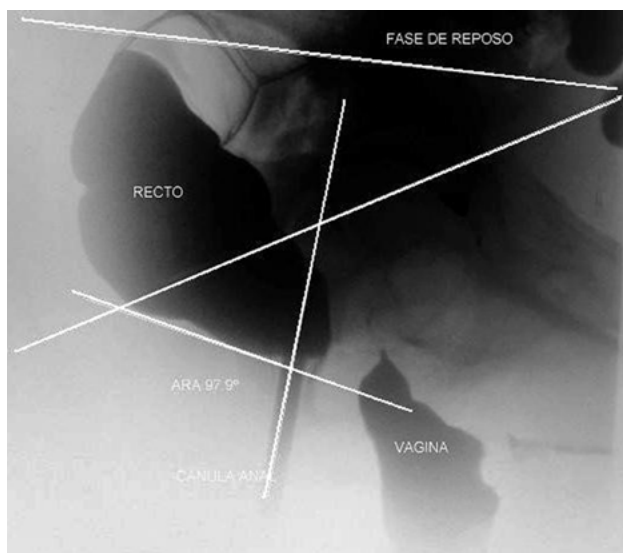


Figura 5: Fase de reposo.

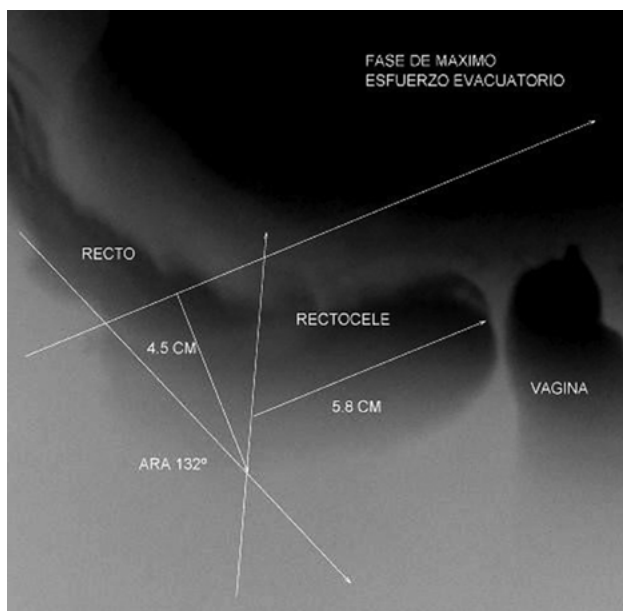


Figura 6: Fase de esfuerzo.

les desfavorables debido a que la atención no se focalizaba en el trastorno evacuatorio.¹¹⁻¹⁴ La literatura coloproctológica considero el tratamiento del rectocele a través de un abordaje transanal sin obtener diferencias significativas respecto de la vía vaginal cuando se evalúa el grado de constipación y dispareunia.¹¹ Sumado a esto, varios autores coinciden en que existiría cierto grado de afección de la continencia anal debido a la dilatación excesiva y mantenida durante el procedimiento. Aunque en la mayoría de los casos es transitorio, esto es un factor a tener en cuenta al tratar a un paciente con trastornos de la continencia anterior.^{15,16}

Recientemente los cirujanos han tratado de lograr una reparación más anatómica y fisiológica, utilizando los propios tejidos del paciente para tratar el defecto específico en el tabique recto-vaginal. Sin embargo, esta modalidad se

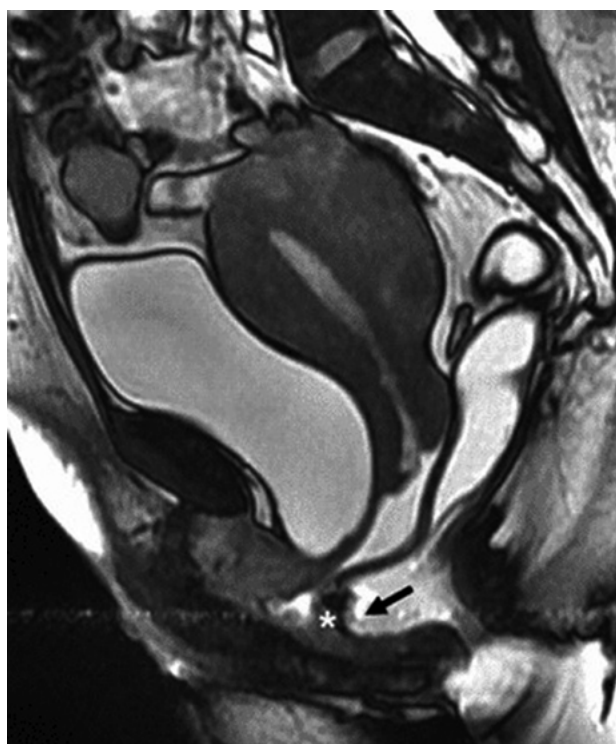


Figura 7: RM dinámica de pelvis en fase de esfuerzo.

TABLA 4: COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS GENERALES (N: 12)

Complication	Nº	STROC	%
Rechazo de malla	1	3a*	8,3
Deshicencia de herida	1	3a*	8,3
Total	2		16,6

*STROC: Stratification of Complications (Clavien-Dindo).

TABLA 5: COMPARACIÓN DE LA PUNTUACIÓN PREOPERATORIA VS POSTOPERATORIA (6 MESES) DEL SCORE DE WATSON Y COLS.

Síntomas	Preop.	Postop.	p
Digitación	1.58	0	0,003
Impronta vaginal	1.58	0	0.004
Severidad de constipación	2.41	0	0.001
Evacuación incompleta	1.91	0	0.002
Total	7.5	0	0.002

*Los valores representan la media de cada determinación. Prueba de Wilcoxon ($p < 0.05$).

asocia con altas tasas de dispareunia y recurrencia.^{17,18} Algunos autores sugieren que los malos resultados se deben a los cambios en la conformación del tejido conectivo favoreciendo el desarrollo del rectocele.

Así surgió la colocación de diferentes tipos de malla por vía transperineal con el fin de reforzar el tabique recto-vaginal ofreciendo una matriz permanente para el crecimiento del tejido fibroblástico.^{7,19-22} Jackson et al. observó la presencia de varias proteínas que inducen fibrosis en el componente extracelular de los pacientes con malla colocada.²³ Sin embargo, debido a la escasa literatura,

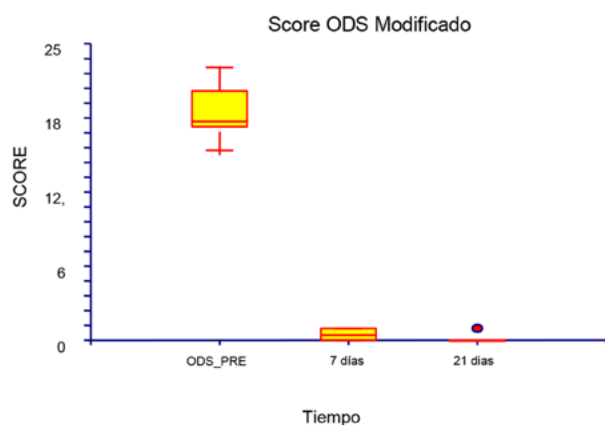


Gráfico 1: Comparación entre la puntuación ODS pre y postoperatorio a corto plazo. Prueba de Wilcoxon ($p = 0,001$).

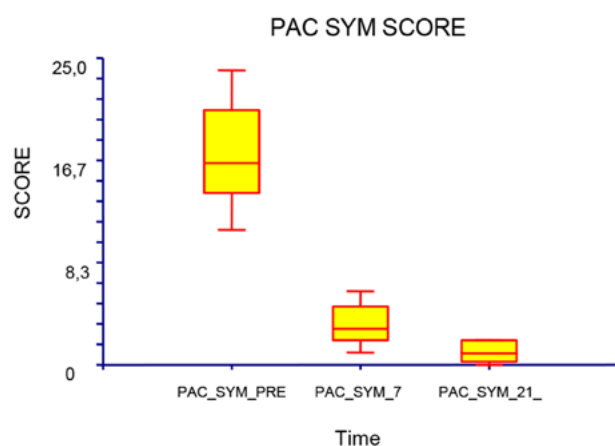


Gráfico 2: Comparación entre la puntuación PAC-SYM pre y postoperatorio a corto plazo. Prueba de Wilcoxon ($p = 0,002$).

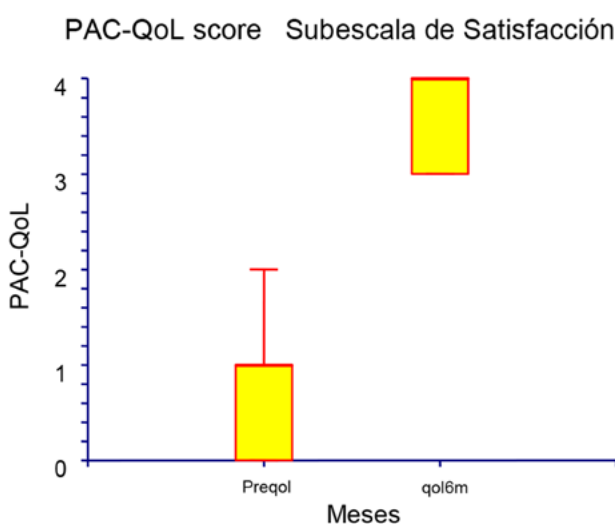


Gráfico 3: Valor de la subescala de Satisfacción del PAC-QoL pre y postoperatorio a mediano plazo. Prueba de Wilcoxon ($p = 0,001$).

la aplicación de la malla en el periné se mantuvo en disputa y sujeta a los resultados de estudios prospectivos y controlados.^{6,8}

Recientemente la técnica STARR (Stapled Transanal

Rectocele Resection) ha cobrado auge en numerosos centros de todo el mundo. Este procedimiento se basa en la recuperación anatómica y funcional del tracto de salida anal mediante la resección del tejido rectal redundante.^{24,25} A pesar de ser un procedimiento adoptado por muchos centros, estudios recientes han reportado una alta tasa de complicaciones, la necesidad de una alta curva de aprendizaje y un bajo nivel de satisfacción con síntomas persistentes en los pacientes.²⁶⁻²⁹

En nuestro estudio hemos aplicado una técnica novel que denominamos por sus siglas en inglés: SPERR (Stapled Perineal Rectocele Resection). Creemos que la premisa a seguir en el tratamiento de un paciente con rectocele es la restitución anatómica y funcional del tabique recto-vaginal. Aunque hoy pocos estudios prospectivos controlados pueden mostrar pruebas sólidas para el uso de mallas en el perineo, su utilización contribuye a reforzar el tabique sin mayores complicaciones. La restitución anatómica y funcional en nuestra experiencia fue del 100% en el seguimiento a mediano plazo. No se observó recurrencia de los síntomas durante dicho periodo. Estudios previos comparten nuestros resultados consiguiendo una recuperación anatómica y funcional favorable, con escasas complicaciones relacionadas por el empleo de malla.^{7,19,22,30-33}

Un tema sujeto a debate es el tipo de malla que se coloca en el perineo. Sezai et al. en su experiencia con la aplicación de malla absorbible, menciona que probablemente la disolución de la misma en un seguimiento a largo plazo no les permitió mantener la firmeza de la pared del tabique rectovaginal.³⁴ Sand y col. obtienen la misma observación en su estudio con un 24% de recurrencia a largo plazo.³⁵ Por otra parte, Mercer y col. sobre su experiencia con malla absorbible mostró resultados con escasas complicaciones relacionadas con la prótesis y a un seguimiento promedio de 25 meses.²² Hoore, en su estudio de la reparación laparoscópica combinada del rectocele (abdominal y transperineal) utiliza una malla absorbible con buenos resultados y sin complicaciones a los 2 años de seguimiento. En nuestra experiencia hemos aplicado malla no absorbible. Sólo tuvimos un caso de rechazo de la malla que se resolvió mediante la extracción quirúrgica de la misma, sin afectar los resultados funcionales. Estamos de acuerdo en que el defecto del tabique debe ser reparado con refuerzo de malla no absorbible para evitar las recurrencias a largo plazo. En nuestra opinión, la reparación quirúrgica con malla es eficiente y no presenta complicaciones mayores relacionadas con su uso como para ser relevantes o afectar los resultados funcionales en los pacientes.³⁶

Por otra parte, así como la técnica de STARR extirpa el recto redundante a través de la vía transanal con una gra-

padora circular, hemos aprovechado la oportunidad para realizar esta resección por vía perineal con una grapadora lineal. Vemos como una ventaja la posibilidad de la resección del reservorio rectal, además de fortalecer el tabique recto vaginal mediante una plástica sin tensión del elevador del ano y la colocación de una malla no absorbible. Esta combinación explica los resultados favorables respecto a los obtenidos por algunos autores que aplicaron la técnica STARR, donde tres meses después la defecografía mostró corrección en sólo el 29% de los casos.²⁶

La recuperación de la función de defecación se evaluó sobre la base de la eliminación o reducción de los síntomas asociados con el síndrome de obstrucción del tracto de salida anal. En este sentido, el score ODS nos permitió objetivar esta premisa, obteniendo resultados favorables cuando se comparan los valores basales respecto a los postoperatorios del 7° y 21° ($p = 0,001$). Del mismo modo el cuestionario PAC-SYM sobre la evaluación de la constipación de los pacientes, mostró una recuperación total de los síntomas, con resultado estadísticamente significativo

($p = 0,002$). La evaluación proctológica a los 6 meses no mostró recidiva clínica del rectocele.

La puntuación de Watson,⁷ score que evalúa de forma independiente los síntomas relacionados a la obstrucción del tracto de salida demostró 100% de recuperación (7,5 preoperatoria frente a 0 a los 6 meses postoperatorios, $p = 0,002$).

CONCLUSIÓN

La técnica denominada SPERR permite restaurar y reforzar el tabique rectovaginal con el uso de una malla y a su vez reseca el reservorio anterior del recto. Los resultados funcionales obtenidos son favorables, con una baja morbilidad general y pocas complicaciones relacionadas con el uso de las mallas. El carácter preliminar de nuestro estudio y el corto tiempo de seguimiento, plantea la necesidad de nuevos estudios prospectivos y controlados con un tiempo de seguimiento más largo.

BIBLIOGRAFÍA

- Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89:501-6.
- Richardson AC. The rectovaginal septum revisited: its relationship to rectocele and its importance in rectocele repair. *Clin Obstet Gynecol* 1993; 36:76-83.
- De Lancy JO. Structural anatomy of the posterior pelvic compartment as it relates to rectocele. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 815-823.
- Kahn MA, Stanton SL. Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual function. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 82-86.
- Kubchandani IT, Clancy JP III, Rosen L, Reither RD, Stasik JJ Jr. Endorectal repair of rectocele revisited. *Br J Surg* 1997; 84: 89-91.
- Zbar AP, Lienemann A, Fritsch H, Beer-Gabel M, Pescatori M. Rectocele: pathogenesis and surgical management. *Int J Colorectal Dis* 2003; 18: 369-384.
- Watson SJ, Loder PB, Halligan S, et al. Transperineal repair of symptomatic rectocele with marlex mesh: a clinical, physiological and radiological assessment of treatment. *J Am Coll Surg* 1996; 183:257-61.
- Segal JL, Karram MM. Evaluation and management of rectoceles. *Curr Opin Urol* 2002; 12:345-52.
- Zbar AP, Lienemann A, Fritsch H, Beer-Gabel M, Pescatori M. Rectocele: pathogenesis and surgical management. *Int J Colorectal Dis* 2003; 18: 369-84.
- Van Dam JH, Schouten WR, Ginai AZ, Huisman WM, Hop WC. The impact of anismus on the clinical outcome of rectocele repair. *Int J Colorectal Dis* 1996; 11:238-42.
- Pescatori M, Spyrou M, Pulvirenti d'Urso A. A prospective evaluation of occult disorders in obstructed defecation using the 'iceberg diagram'. *Colorectal Dis*. 2006 Nov; 8(9):785-9.
- Shorvon PJ, McHugh S, Diamant NE, Somers S, Stevenson GW. Defecography in normal volunteers: results and implications. *Gut* 1989; 30: 1737-1749.
- L. Frank, L. Kleinman, C. Farup, L. Taylor, P. Miner. Psychometric Validation of a Constipation Symptom Assessment Questionnaire. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 1999, 34 (9): 870-877.
- Amin AI, Hallbook O, Lee AJ, Sexton R, Moran BJ, Heald RJ. A 5-cm colonic J pouch colo-anal reconstruction following anterior resection for low rectal cancer results in acceptable evacuation and continence in the long term. *Colorectal Dis* 2003; 5:33-7.
- Paul A. Lehur, Angelo Stuto, Michel Fantoli, et al. Outcomes of Stapled Transanal Rectal Resection vs. Biofeedback for the Treatment of Outlet Obstruction Associated with Rectal Intussusception and Rectocele: A Multicenter, Randomized, Controlled Trial. *Dis Colon Rectum* 2008, 51: 1611-1618.
- Marquis P, De La Loge C, Dubois D, McDermott A, Chassany O. Development and validation of the Patient Assessment of Constipation Quality of Life questionnaire. *Scand J Gastroenterol*. 2005 May;40(5):540-51.
- Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of Surgical Complications. A New Proposal with Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. *Ann Surg* 2004; 240: 205-213.
- Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 10-7.
- Kahn MA, Stanton SL. Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual function. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 82-6.
- Mellgren A, Anzen B, Nilsson BY, et al. Results of rectocele repair: a prospective study. *Dis Colon Rectum* 1995; 38: 7-13.
- Sullivan ES, Leaverton GH, Hardwick CE. Transrectal perineal repair: an adjunct to improved function after anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1968; 11: 106-14.
- Sehapayak S. Transrectal repair of rectocele: an extended armamentarium of colorectal surgeons. A report of 355 cases. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 422- 33.
- Ho YH, Ang M, Nyam D, Tan M, Seow-Choen F. Transanal approach to rectocele repair may compromise anal sphincter pressures. *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 354-8.
- van Dam JH, Huisman WM, Hop WC, Schouten WR. Fecal continence after rectocele repair: a prospective study. *Int J Colorectal Dis* 2000; 15: 54-7.
- Porter WE, Steele A, Walsh P, Kohli N, Karram MM. The anatomic and functional outcomes of defect-specific rectocele repairs. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1353-8.
- Kenton K, Shott S, Brubaker L. Outcome after rectovaginal fascia reattachment for rectocele repair. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1360-4.
- Parker MC, Phillips RK. Repair of rectocele using Marlex mesh.

- Ann R Coll Surg Engl 1993; 75: 193-4.
28. Oster S, Astrup A. A new vaginal operation for recurrent and large rectocele using dermis transplant. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1981; 60: 493-5.
 29. Kohli N, Miklos JR. Dermal graft-augmented rectocele repair. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003; 14: 146-9.
 30. Mercer-Jones MA, Sprowson A, Varma JS. Outcome after transperineal mesh repair of rectocele: a case series. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 864-8.
 31. Jackson SR, Avery NC, Tarlton JF, et al. Changes in the metabolism of collagen in genitourinary prolapse. *Lancet* 1996; 347: 1658-1661.
 32. Boccasanta P, Venturi M, Stuto A, et al. Stapled transanal rectal resection for outlet obstruction: a prospective, multicenter trial. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1285-96.
 33. Corman ML, Carriero A, Hager T, et al. Consensus conference on the stapled transanal rectal resection (STARR) for disordered defecation. *Colorectal Dis* 2006; 8: 98-101.
 34. Dodi G, Pietroletti R, Milito G, Binda G, Pescatori M. Bleeding, incontinence, pain and constipation after STARR transanal double stapling rectotomy for obstructed defecation. *Tech Coloproctol* 2003; 7: 148-53.
 35. Pescatori M, Dodi G, Salafia C, Zbar AP. Rectovaginal fistula after double-stapled transanal rectotomy (STARR) for obstructed defecation. *Int J Colorectal Dis* 2005; 20: 83-5.
 36. Binda GA, Pescatori M, Romano G. The dark side of double-stapled transanal rectal resection. *Dis Colon Rectum* 2004; 47:1285-6.
 37. Jayne DG, Finan PJ. Stapled transanal rectal resection and evidence based practice. *Br J Surg* 2005; 92:793-4.
 38. Sullivan ES, Longaker CJ, Lee PY. Total pelvic mesh repair: a ten-year experience. *Dis Colon Rectum* 2001; 44:857-63
 39. von Theobald P, Labbe E. Three-way prosthetic repair of the pelvic floor. *Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32:562-70.
 40. de Tayrac R, Picone O, Chauveaud-Lambling A, Fernandez H. A 2-year anatomical and functional assessment of transvaginal rectocele repair using a polypropylene mesh. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17: 100-5.
 41. de Tayrac R, Devoldere G, Renaudie J, et al. Prolapse repair by vaginal route using a new protected low-weight polypropylene mesh: 1-year functional and anatomical outcome in a prospective multicentre study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18: 251-6.
 42. Sezai Leventoglu, M.D., Bulent Mentez, M.D., Murat AkNn, et al. Transperineal Rectocele Repair with Polyglycolic Acid Mesh: A Case Series. *Dis Colon Rectum* 2007; 50: 2085-2095.
 43. Sand PK, Koduri S, Lobel RW, et al. Prospective randomized trial of polyglactin 910 mesh to prevent recurrence of cystoceles and rectoceles. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 1357-1362.

COMENTARIO

El trabajo es un reporte de caso tratados con una técnica quirúrgica durante un período de 18 meses, aproximadamente.

Se trata de una reparación de rectocele anterior utilizando la vía de abordaje perineal. Vía que cuenta con varias ventajas respecto al abordaje vaginal y transanal, ya que se encuentra asociada a menor tasa de dispareunia que las vías vaginales y menor recidiva que las transanales.

Llama la atención que los autores manifiesten un éxito del 100% con este tratamiento y con un número tan bajo de complicaciones, fundamentalmente el bajo número de pacientes que manifestaron dispareunia, complicación que es frecuente en esta vía de abordaje. Y mas aún si le agregan una sutura mecánica lineal para quitar el defecto, con la consiguiente fibrosis que genera y que a su vez le agregan una malla de 4 x 6 cm en el periné, otro factor claramente vinculado a la generación de molestias vaginales no solo con las relaciones sexuales.

Muchos pacientes que presentan rectocele anterior sintomático asocian anismo y/o intususcepción rectoanal. Se desconoce si los pacientes incluidos en la muestra carecían de intususcepción rectoanal, ya que en esos casos el beneficio es mayor con la vía transanal.

El trabajo es interesante desde el punto de vista de la descripción de una nueva técnica.

Rubén Miravalle

Centro Privado de Cirugía y Coloproctología de la Ciudad de Buenos Aires. C.A.B.A., Buenos Aires.