

CURA DE RECTOCELE POR VÍA TRANSANAL. EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

VARGAS ELVIS*
PÉREZ LOURDES*
MELO INGRID**
BRAVO PATRICIA**
SARDIÑAS CARLOS***

RESUMEN

Objetivos: Determinar la eficacia de la técnica para cura del rectocele por vía transanal usando la máquina PPH®. Estudio realizado en la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas.

Pacientes y método: Estudio prospectivo, descriptivo, realizado entre mayo de 2.007 y abril de 2.009, cuya población estuvo conformada por 62 mujeres con diagnóstico de rectocele, que presentaban sintomatología importante de síndrome de defecación obstruida (SDO), a las cuales se realizó protocolo de estreñimiento: tiempo de tránsito colónico (TTC), ciego móvil y defecografía. Fueron intervenidas 20 pacientes haciendo uso de la técnica vía transanal con máquina autosuturadora de 33mm (PPH).

Resultados: El rectocele grado II ocupó el 77% de los casos. El principal motivo de consulta fue la sensación de evacuación incompleta 74%, seguida de la digitalización con 41%; ambos síntomas del síndrome de defecación obstruida. Entre las patologías asociadas se encuentran principalmente: hemorroides (59,3%), cistocele (46%), intususcepción o prolapso mucoso (49%). Todos los pacientes intervenidos fueron corregidos por técnica vía transanal haciendo uso de la máquina de PPH 33 mm, de los cuales a 40% se le realizó adicionalmente cura del tiempo posterior, 20% cecopexia y a 5% fistulotomía. El 59% de las pacientes presentó mejoría de los síntomas de defecación obstruida antes de los siete días del postoperatorio, y el resto entre 7 y 15 días. El 45% presentó dolor que cedió con AINES, 25% tuvo urgencia defecatoria y una paciente (5%) presentó estenosis anal resuelta posteriormente.

Conclusiones: Se demostró que la técnica para cura de rectocele por vía transanal con máquina PPH, tiene una tasa de éxito con resultados satisfactorios de un 95%, con complicaciones menores

Palabras clave

Rectocele, cura transanal, síndrome de defecación obstruida.

* *Fellow de coloproctología del Hospital Universitario de Caracas.*

** *Cirujano coloproctólogo. Adjunto de la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas.*

*** *Cirujano coloproctólogo. Jefe de la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas.*

TRANSANAL APPROACH IN THE TREATMENT OF RECTOCELE. EXPERIENCE OF THE COLOPROCTOLOGY UNIT AT THE HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

ABSTRACT

Objective: To determinate the efficient of the transanal approach technique to cure rectocele using the PPH machine. Study perform in the coloproctology unit at the Hospital Universitario de Caracas.

Patients and method: A prospective, descriptive, study carried out on 62 women with rectocele and symptoms of outlet obstruction syndrome (OOS), between May 2.007 and April 2.009. Colonic transit time (CTT), move cecum and defecography was done to each patient. Of these 62 patients, 20 were operated on using the transanal approach technique with the PPH machine and we determined the efficiency of that.

Results: Of these 62 patients studied, rectocele grade II occupied 77%, the mean symptom was incomplete evacuated sensation (74%), following of digitalization (41%) both symptoms of OOS. We found other pathologies associated like hemorrhoids (59.3%), cistocele (46%), intususcepcion or mucosal prolapse (49%). In all the patients operated we used the transanal approach with PPH machine 33mm; of these patients, 40% we did posterior time cure, 20% cecopexy and 5 % fistulotomy. A 59% improved the symptoms of OOS before 7 days and 41% between 7 and 15 days. A 45% of the patients had pain that relieved with AINES, 25% defecatory urgency and one patient stricture that was cure after.

Conclusions: We demonstrated that the transanal approach technique for rectocele using the PPH machine had low percentage of complications and good results.

Key words

Rectocele, transanal approach, outlet obstruction syndrome (OOS)

Diferentes estudios han determinado que aproximadamente el 25% de las mujeres mayores de 60 años tienen síntomas de evacuación obstruida y se calcula que el 71% de éstos casos es debido a un rectocele⁽¹⁾. La fisiopatología de esta entidad ha variado con el transcurrir del tiempo; en la década de los 70s y 80s se atribuía a un defecto del tabique rectovaginal y/o distensión del tejido conjuntivo por causas mecánicas ó funcionales; pero ya para la década de los 90s se ponía en duda la verdadera presencia de este septo ó tabique debido a la imposibilidad de identificarlo claramente por métodos de imágenes como la tomografía ó resonancia magnética⁽²⁾. Antonio Longo en el año 1.999 usando ultrasonografía bidimensional demostró la presencia de defectos a nivel del espacio rectovaginal y los atribuyó a la ausencia de la capa muscular circular del recto⁽³⁾. Regadas y Cols en el año 2.005 evaluaron el canal anal y la unión anorrectal en mujeres normales y en portadoras de rectocele usando ultrasonografía tridimensional dinámica e identificó alteraciones anatómicas que actualmente están íntimamente asociadas a la patogénesis del rectocele; como por ejemplo: que la longitud media del esfínter anal externo anterior en mujeres sin rectocele era en promedio de 1,9 cms vs 1,6 cms en mujeres portadoras de rectocele y, lo más llamativo, que todo el canal anal superior, parte del medio y la unión anorrectal en su porción anterior están desprovistos de musculatura estriada a diferencia de como ocurre en la porción posterior en la cual si está provisto de músculo estriado; por lo cual se denomina a este defecto anatómico como zona "GAP" que en las mujeres con rectocele mide aproximadamente 1,5 cm (Figura 1).

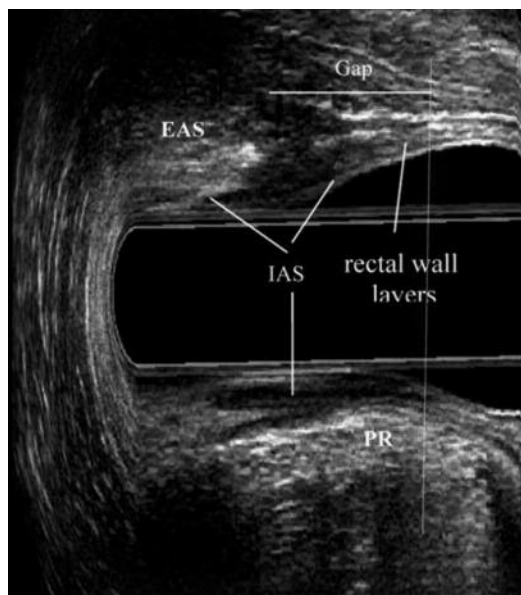


FIGURA 1 Zona GAP entre la pared rectal y el IAS (EAI) esfínter anal interno. Note la ausencia de músculo estriado. (Fuente Dr. S Regadas)

El tratamiento quirúrgico del rectocele no depende sólo del tamaño sino también de la sintomatología, y debe ser demostrado mediante estudios complementarios como la cindefecografía ó ecodfecografía^(5,6,7). Se han descrito varios abordajes para corregir el rectocele, el transvaginal en la cual se ha demostrado que sólo el 50% de las mujeres mejoran los síntomas de evacuación obstruida y el 20% recidivan al año⁽⁸⁾, el transperineal que actualmente es poco usado⁽⁹⁾ y el abordaje transanal cuyo fundamento es la excisión de la mucosa de la pared anterior del canal anal superior y recto inferior con plicatura longitudinal ó transversa de la capa muscular, mejorando los síntomas de evacuación obstruida en un 80-100% y nos permite corregir además patologías anorrectales asociadas^(10,11,12). Altomare en el año 2.000 la aplicó combinándolo con la vía transperineal con no muy buenos resultados STAPL (stapled trans-anal prolasectomy with perineal levatorplasty)⁽¹³⁾. Así como también Longo en el año 2.002 utilizando dos máquinas conocidas como Babycontour describió la técnica STARR (stapled transanal rectal resection)⁽¹⁴⁾ con muy buenos resultados, pero con dificultades técnicas para quien no cuenta con ese instrumental y con alto costo/beneficio; motivado a esto Regadas y cols describieron el año 2.005 la técnica TRREMS (transanal repair of rectocele and full rectal mucosectomy with one circular stapler)⁽¹⁵⁾, en la cual usa una sola máquina circular cortante y en nuestro estudio nosotros aplicamos la misma mecánica, pero usando la máquina para prolapso hemorroidal de 33mm conocida como PPH (Figura 2).



FIGURA 2. Máquina PPH 33mm durante cura de rectocele vía transanal.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo entre mayo de 2.007 y abril de 2.009, en el cual se incluyeron 62 mujeres de un total de 102 que consultaron a la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas, Venezuela por sintomato-

logía importante del síndrome de defecación obstruida y que al examen físico se evidenciaba rectocele, siendo excluidas las pacientes con antecedente quirúrgico de rectocele y aquellas que no deseaban formar parte del estudio. Estas pacientes fueron sometidas al protocolo de estreñimiento: tiempo de tránsito colónico, ciego móvil y cindefecografía o ecodefecografía. De estas 62 pacientes, 20 fueron llevadas a quirófano, donde bajo anestesia conductiva raquídea se les realizó cura de la del rectocele por vía transanal usando la máquina de PPH 33mm.

RESULTADOS

De los 62 pacientes incluidos en el estudio, la mayoría se encontraba entre el rango de edad de 51 a 60 años (35%) (Tabla 1), el rectocele grado II ocupó el 77% de los casos (Tabla 2), siendo el principal motivo de consulta la sensación de evacuación obstruida (74%), seguida de la digitalización (41%) ambos síntomas del síndrome de defecación obstruida (Tabla 3).

TABLA 1 Distribución por edad.

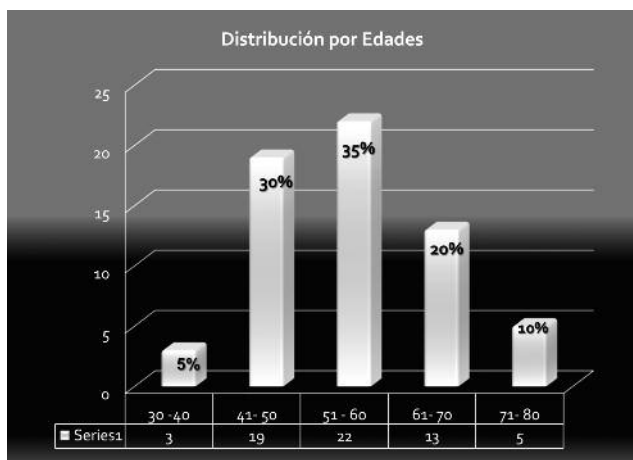


TABLA 2. Grados de rectocele.

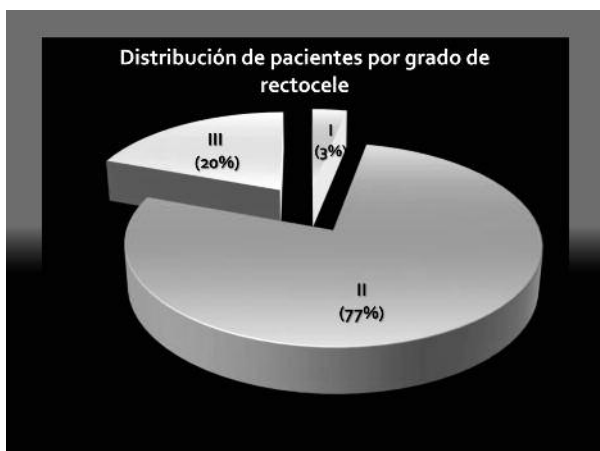


TABLA 3. Motivos de consulta de los pacientes.



Entre las patologías asociadas se encontraron las hemorroides en 59,3%, cistocele 46%, e intususcepción ó prolapso mucoso 49% (Tabla 4). De las 20 pacientes sometidas a intervención quirúrgica, a 8 (40%) se les realizó un tiempo posterior, 4 (20%) cecopexia debido a presentar diagnóstico de ciego móvil y a uno (5%) fistulotomía por fistula perianal transesfinteriana (Tabla 5).

TABLA 4. Patologías asociadas.

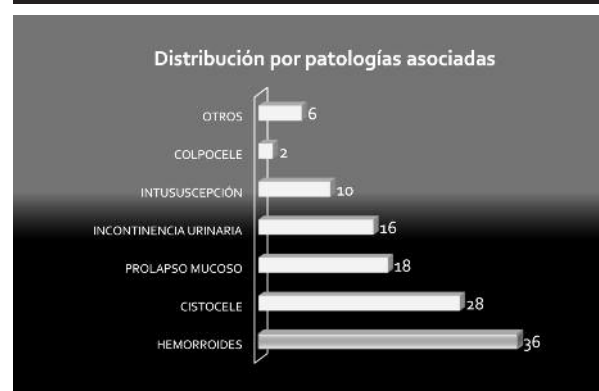
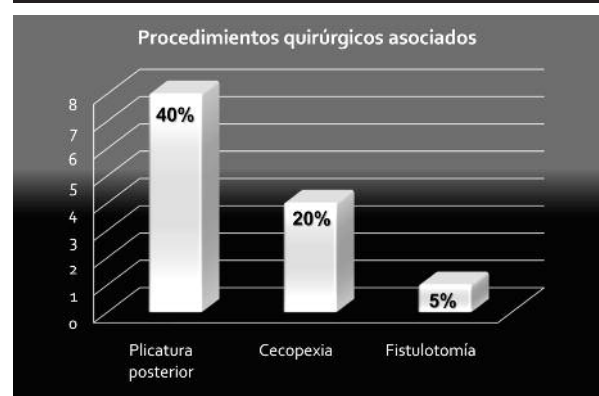


TABLA 5. Procedimientos quirúrgicos asociados.

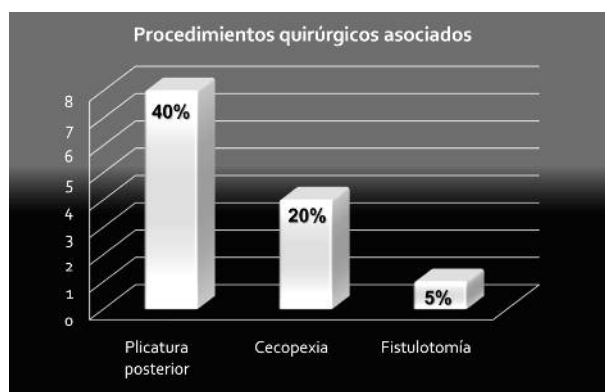


El 59% de los pacientes operados presentó mejoría de los síntomas de evacuación obstruida antes de los 7 días de operado y el resto entre los 7 y 15 días, siendo evaluado esto sin uso de laxantes postoperatorios y usando la escala de estreñimiento (Tabla 6). Las complicaciones más frecuentes fueron en el 45% dolor leve que cedía con el uso de anti-inflamatorios no esteroideos evaluado este parámetro a través de la escala análoga-visual para el dolor, 25% presentaron urgencia defecatoria que mejoró en todos los casos con indicaciones dietéticas y un paciente (5%) presentó estenosis anal evidenciada a los 2 meses de postoperado y que fue resuelta a través de dilataciones y estricterectomía con un rango de seguimiento que va de 4 meses a 51 meses (Tabla 7).

TABLA 6. Tiempo de resolución de los síntomas.



TABLA 5. Complicaciones postquirúrgicas.



DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos demuestran que el rectocele es una patología frecuente en mujeres entre los 51 y 60 años de edad que produce una disminución de la calidad de vida de la paciente de hecho modificando su estilo de vida hasta el punto de hacer del acto de defecar una tragedia. Al evaluar el procedimiento para cura del rectocele por vía transanal usando la máquina de

PPH 33mm, evidenciamos que es sin lugar a dudas útil, de fácil realización por personal entrenado y con resultados que superan a los otros tipos de abordajes; además, nos permite corregir otras patologías anorrectales asociadas. La morbilidad estuvo representada por complicaciones menores que mejoraron con tratamiento médico, a excepción de un caso de estenosis en la cual hubo la necesidad de llevarlo de nuevo a la mesa operatoria para corregirlo quirúrgicamente. En la evaluación postoperatoria se evidenció que todas las pacientes mejoraron su clínica de evacuación obstruida antes de los 15 días de operadas, en un rango de seguimiento hasta de 51 meses; sin embargo, es importante acotar que estos resultados deben ser corroborados con muestras poblacionales mayores y un más largo tiempo de control.

REFERENCIAS

1. Deen KI, Kumar D, Williams JG, Ollif J, Keighley MR. The prevalence of anal sphincter defects in fecal incontinence: a prospective endoscopic study. *Gut* 1993; 34: 685-688
2. Cheong DMO, Noguera JJ, Wexner SD, Jagelman DG. Anal endosonography for recurrent anal fistulas: image enhancement with hydrogen peroxide. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 1158-1160
3. Deen KI, Madoff RD, Belmonte C, Wong. Preoperative staging of rectal neoplasms with endorectal ultrasonography. *Semin Colon Rectal Surg* 1995; 6 (2): 78-85.
4. Kim JC, Cho YK, Kim SY, Park SK, Lee MG. Comparative study of three-dimensional and conventional endorectal ultrasonography used in rectal cancer staging. *Surg Endosc* 2002; 16(9): 1280-1285.
5. Oberwalder M, Thaler K, Baig MK, Dinnewitzer A, Efron J, Weiss EG, Vernava AM, Noguera JJ, Wexner SD. Anal ultrasound and endosonographic measurement of perineal body thickness: a new evaluation for fecal incontinence in females. *Surg Endosc* 2004; 18 (4): 650-654.
6. Gold DM, Bartram CI, Halligan S, Humphries KN, Kamm MA, Kmiot WA. Three-dimensional endoanal sonography in assessing anal canal injury. *Br J Surg* 1999; 86: 36-70.
7. Williams AB, Bartram CI, Halligan S, Marshall MM, Nicholls RJ, Kmiot WA. Multiplanar anal endosonography - normal anal canal anatomy. *Colorectal Dis* 2001; 3: 169-174.
8. Bollard RC, Gardiner A, Lindow S, Phillips K, Duthie GS. Normal female anal sphincter: difficulties in interpretation explained. *Dis Colon Rectum* 2001; 45: 171-175.
9. West RL, Felt-Bersma JF, Hansen BE, Schouten R, Kuipers E. Volume measurements of the anal sphincter complex in healthy controls and fecal-incontinent patients with a three-dimensional reconstruction of endoanal ultrasonography images. *Dis Colon Rectum* 2005; 48(3): 540-547.
10. Regadas SMM, Regadas FSP, Rodrigues LV, Silva FR, Lima DMR, Regadas-Filho FSP (2005) Importancia do ultra-som tridimensional na avaliação anorretal. *Arq Gastroenterol* 2005; 42: 226-232.
11. Regadas FSP, Murad-Regadas SM, Wexner SD, Rodrigues LV, Souza MHL, Silva FR, Lima DMR, Regadas Filho FSP. Anorectal three-dimensional endosonography and anal manometry in assessing anterior rectocele in women: a new pathogenesis concept and the basic surgical principle. *Colorectal Dis* 2006; 9: 80-85.