

P. A. Lehur
X. Kahn
P. Glémain

Tratamiento quirúrgico de los rectoceles

Resumen.— El rectocele es una manifestación clínica muy frecuente. Se define como una hernia de la pared anterior del recto a través del tabique rectovaginal. Sus manifestaciones son polimorfas: ginecológicas (como una tumefacción vaginal eventualmente asociada con un prolapso urogenital) o digestivas (como un estreñimiento terminal). La decisión operatoria se basa en un estudio pelvipérvico clínico completo, asociado a una defecografía, una manometría anorrectal y una exploración urodinámica. La corrección de los rectoceles se hace principalmente por vía baja. La vía transanal (Sullivan, Khubchandani) asegura una plicatura endoluminal de la capa muscular del recto y una resección de la mucosa rectal distendida por el rectocele. La vía perineo-vaginal aborda el rectocele por su cara exterior y lo reduce por medio de bolsas concéntricas y mediante la recuperación de la tensión de la fascia rectal. La miorrafia de los músculos elevadores del ano, respetando el calibre de la vagina, refuerza la reparación y recupera la tensión del piso pélvico. Las dos técnicas tienen una morbilidad muy baja y sus resultados funcionales son equivalentes. La vía alta se escoge cuando se prevén procedimientos que involucran los sistemas urinario o genital. Permite, luego de una disección rectovaginal y de una resección del fondo de saco de Douglas, el refuerzo del tabique rectovaginal con una prótesis no reabsorbible y la suspensión sin tensión de las caras anterior del recto y posterior de la vagina al promontorio lumbosacro. El tratamiento quirúrgico está indicado ante todo rectocele sintomático cuando la rehabilitación por biorretroalimentación del asincronismo abdominoesfinteriano y el tratamiento médico del estreñimiento no han corregido la molestia funcional. Dada la falta de factores predictivos del resultado postoperatorio, la paciente debe ser informada sobre el riesgo de corrección incompleta de los síntomas o de un factible fracaso. En el tratamiento de un rectocele se deben identificar las anomalías asociadas de la estática pelvipérvica para tratarlas simultáneamente.

© 1999, Editions Scientifiques et Médicales. Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

Introducción

El rectocele es una manifestación clínica muy frecuente y se define como una hernia de la pared anterior del recto a través del tabique rectovaginal. Perteneciente a su vez a los trastornos de la estática rectal, de los cuales es una forma clínica particular, y a los trastornos de la estática pelvipérvica. En realidad, es uno de los componentes habituales de los prolapsos genitales, en los cuales el rectocele se encuentra asociado con anomalías de la estática de los pisos pélvicos anterior (urinario) y medio (genital).

La expresión clínica de los rectoceles es doble. Pueden ser responsables de manifestaciones digestivas y ginecológicas asociadas en grados variables. Esta dualidad influye sobre las modalidades del estudio y del tratamiento quirúrgico de los rectoceles, que pueden diferir según la importancia

dada al aspecto digestivo o ginecológico de los trastornos. Sin embargo, el mejor conocimiento actual sobre las alteraciones de la estática pelvipérvica y su estudio pluridisciplinario han hecho que las prácticas sean más homogéneas [2]. Este capítulo se limita al tratamiento quirúrgico del rectocele anterior en la mujer, excluyendo así los esporádicos rectoceles que ocurren en el hombre (luego de una prostatectomía) o los rectoceles posteriores de la mujer que se exteriorizan a través de la parte posterior del piso pélvico.

Objetivos terapéuticos

En el tratamiento quirúrgico del rectocele en la mujer se persiguen cuatro objetivos:

- el objetivo principal es la corrección durable del defecto del tabique rectovaginal y de la hernia rectal para restaurar una función anorrectal normal. En este caso, el criterio de juicio es esencialmente funcional y no anatómico, la normalización de la defecación;
- el tratamiento debe buscar la corrección concomitante en el curso de la misma intervención de las anomalías aso-

Paul-Antoine LEHUR: Professeur des Universités, praticien hospitalier.

Xavier KAHN: Chef de clinique-assistant des hôpitaux de Nantes.

Clinique chirurgicale II.

Pascal GLÉMAIN: Praticien hospitalier, service d'urologie (Hôtel-Dieu).

Centre hospitalo-universitaire régional de Nantes, 1, place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes cedex 01, France.

ciadas con el rectocele y responsables de la sintomatología: incontinencia urinaria eventualmente oculta por el rectocele, prolapso uterino asociado o incontinencia anal;

— el tratamiento debe evitar enmascarar otros trastornos de la estática pelviperineal, como el colpocele, que pueden descompensarse más tarde necesitando una nueva intervención;

— por último, el tratamiento no debe originar secuelas ya sean dolorosas (debidas a las incisiones), anales (con aparición de una incontinencia postoperatoria), o sexuales (con dispareunia secundaria) [5].

Responder a estos objetivos es un programa ambicioso que justifica una evaluación clínica y funcional completa y habilita una práctica pluridisciplinaria que asegure un resultado funcional de buena calidad [22].

Cuidados perioperatorios

Preparación para la cirugía

La cirugía de los rectoceles requiere sólo una preparación intestinal limitada. Es suficiente con un enema evacuador de 500 ml de agua tibia con 50 ml de polividona yodada, tanto la víspera como la mañana de la intervención. Puede recomendarse una dieta pobre en fibras durante la semana que precede a la hospitalización. Cualquiera que sea la vía de acceso, no hay indicación para una preparación cólica completa. No obstante, la preparación vaginal es importante. Corresponde a las recomendaciones hechas para cirugía vaginal y tiene como objetivo mejorar la troficidad vaginal y limitar el riesgo infeccioso. Se prescriben óvulos de promestrieno por un período de un mes antes de la intervención en las pacientes de edad avanzada. En la víspera y en la mañana de la intervención se hace una ducha vaginal abundante con polividona yodada diluida. Si se piensa colocar una prótesis no reabsorbible por vía abdominal, se realiza una preparación cutánea abdominal cuidadosa con un baño de polividona yodada y se rasura el abdomen. El perineo puede rasurarse sólo en la zona operatoria, lo cual se efectúa después de la anestesia y de la instalación de la paciente en posición operatoria. En esta cirugía se recomienda una prevención del riesgo tromboembólico adaptada al terreno y una antibioticoterapia profiláctica. Un protocolo posible es la inyección única en el momento de la inducción de una asociación imidazol-cefalosporina de segunda generación. Aunque no se considera indispensable, especialmente en las pacientes jóvenes, se aconseja colocar una sonda urinaria durante la instalación, que permanecerá durante 24 horas. Si hay un procedimiento urinario asociado, la sonda se impone durante un promedio de 5 días.

Anestesia

Se pueden proponer diferentes modalidades anestésicas. Si se practica un acceso perineal aislado, la anestesia locorregional peridural o caudal representa una opción interesante para esta cirugía, que es de corta duración (inferior a 1 hora en promedio), poco invasiva y no hemorrágica. La anestesia locorregional se recomienda cuando la posición ventral es necesaria para la intervención (vía transanal) [8], pues facilita la movilización y la instalación de la paciente. No obstante, no siempre es bien tolerada y algunos prefieren la anestesia general. El cambio de la paciente a la posición ventral bajo anestesia general, debe hacerse cuidadosamente en presencia del cirujano. La vía abdominal suele requerir anestesia general para mayor comodidad de la paciente, sobre todo durante el desplazamiento y la manipulación de las asas intestinales para exponer la pelvis.

Cuidados postoperatorios

En caso de intervención por vía baja, la hospitalización es de corta duración, inferior a 5 días y, cuando las condiciones son favorables, puede integrarse en el marco de una cirugía ambulatoria [8]. La sonda urinaria se retira al día siguiente de la intervención. Debe asegurarse un retorno fácil del tránsito y limitar los esfuerzos del pujo con la ayuda de laxantes suaves (aceite de parafina). Los cuidados locales (ducha y limpieza no estéril) no justifican los cuidados de una enfermera a domicilio. Usualmente, los dolores postoperatorios son limitados y mucho menos importantes que en la hemorroidectomía. En caso de acceso abdominal, la estancia hospitalaria es de alrededor de 7 días; el abordaje laparoscópico permite reducir este período. El postoperatorio es igual al de la cirugía de los prolapso.

Tratamiento quirúrgico del rectocele anterior de la mujer

Se han descrito numerosas técnicas para la corrección quirúrgica de los rectoceles. Durante mucho tiempo, el tratamiento estuvo a cargo de los cirujanos ginecólogos y la primera vía de acceso fue vaginal o perineal. Con el perfeccionamiento de las exploraciones funcionales anorrectales y el reconocimiento en los años 1980 del papel del rectocele en los trastornos de la evacuación rectal, se ha desarrollado el abordaje transanal de los rectoceles, practicado por los cirujanos digestivos. Actualmente se prefiere el tratamiento pluridisciplinario de los trastornos de la estática pelviperineal. El tratamiento de los rectoceles se integra en una estrategia global de corrección de las diferentes anomalías encontradas o potenciales.

Reducción del rectocele por vía transanal

Principio

La técnica descrita por Khubchandani y Sullivan [8,18], tiene por objeto la corrección de la deformación rectal anterior por vía rectal, endoluminal. El acceso se hace a través del canal anal para llegar al rectocele por el interior, del lado rectal.

Los principios de la intervención son:

— restituir una pared rectal anterior sólida gracias a la recuperación de la tensión de la musculatura rectal deformada mediante una serie de suturas internas y al desarrollo de una fibrosis cicatricial de la submucosa rectal «estimulada» por la intervención;

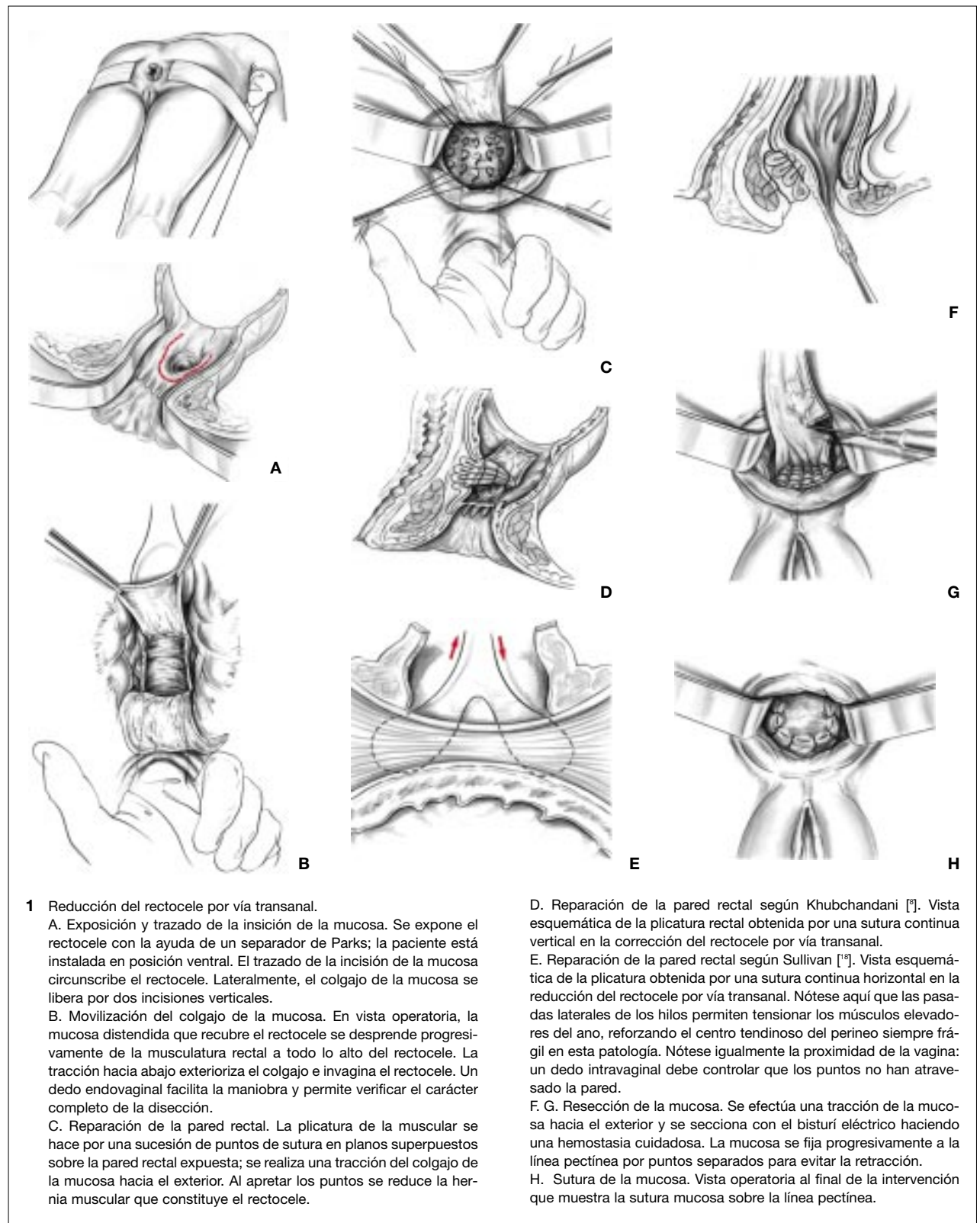
— suprimir el exceso de mucosa rectal que se formó en este verdadero divertículo por pulsión que constituye el rectocele y suprimir paralelamente el prolapso mucoso anterior que suele asociarse [3].

Esta técnica se aplica sólo al rectocele y no a otras anomalías de la estática pelviperineal. Puede asociarse con otros procedimientos proctológicos como la hemorroidectomía.

Técnica quirúrgica (fig. 1)

Instalación

Para esta cirugía se recomienda la posición ventral (*Jackknife position* de los autores anglosajones) [8,14]. Los miembros inferiores se separan y la pelvis está flexionada sobre los muslos para permitir un buen acceso perineal, los glúteos se tiran hacia afuera por medio de bandas adhesivas. Esta posición da acceso directo a la cara anterior de recto inferior, foco del rectocele, pero impide cualquier intervención perineal complementaria. En parte, esta es la razón por la cual algunos



optan por la posición ginecológica, que ofrece sin duda una presentación menos buena para el rectocele, pero permite asociar un procedimiento urológico o ginecológico [16] sin tener que dar vuelta a la paciente.

Exposición

La cirugía se practica a través del canal anal y necesita una dilatación anal moderada. Se hace suave y progresivamente

y se limita a dos dedos en un ano bien lubricado. Esta maniobra inicial permite la introducción de un separador autostático de láminas, del tipo separador de Parks, que se utiliza con valvas largas. La abertura del aparato debe hacerse paulatinamente y con prudencia. Se limita al mínimo necesario, pues esta maniobra puede tener efectos deletéreos sobre la función esfinteriana [21].

Dissección

Después de la identificación del rectocele, se abre la mucosa sobre la línea pectínea o levemente por encima de ella, con una incisión transversa de la hemicircunferencia anterior. También se ha propuesto comenzar esta incisión sobre el borde anal extrayendo el paquete hemorroidal situado a este nivel, sobre todo cuando se asocia una hemorroidectomía. La disección se hace con tijeras o con un bisturí eléctrico, para limitar el sangrado. Una infiltración en la zona operatoria de lidocaína con adrenalina también puede limitar el sangrado y facilitar la disección del plano submucoso. Sin embargo, numerosos grupos la han abandonado por el riesgo cardíaco potencial [7]. A partir de la incisión anal, se desprende un colgajo amplio de mucosa rectal de 6 a 8 cm de alto con el bisturí eléctrico y una torunda montada, hasta la cúpula del rectocele. El colgajo se libera progresivamente y se exterioriza a través del ano por dos incisiones longitudinales, hechas a cada lado de este último. Así se expone la capa muscular circular del recto. La hemostasia de los vasos de la submucosa debe ser minuciosa.

Plicatura de la capa muscular del recto y resección mucosa

El siguiente tiempo quirúrgico corrige el defecto muscular responsable de la hernia rectal con una plicatura cuidadosa de la musculosa rectal. Se han descrito diferentes técnicas que utilizan una sutura continua con hilo de reabsorción lenta calibre 3/0 o 4/0, con puntos que deben ser lo suficientemente superficiales para no atravesar la pared vaginal situada inmediatamente por delante. La plicatura puede hacerse:

- en un plano transversal con una serie de puntos horizontales que van de un borde al otro del recto y sobre toda la altura de la zona disecada [18],
- en un plano vertical según las mismas modalidades [8],
- asociando las dos técnicas [16].

Si las tomas musculares laterales son lo suficientemente profundas, pueden alcanzar los haces más internos del músculo puborrectal y lo tensionan de nuevo [18]. Un dedo intravaginal que devuelva el rectocele y lo haga aparecer a través del ano puede ayudar a hacer la plicatura y verifica que no se haya atravesado la vagina. Al apretar los puntos que se pasaron se reduce el rectocele y se hace aparente el exceso de la mucosa, la cual se reseca después de la reparación muscular y se sutura con puntos separados de hilo reabsorbible 3/0 sobre la línea pectínea, identificada con precisión. En caso de hemorroidectomía asociada, la mucosa se fija sobre el esfínter interno como en la anoplastia mucosa.

Reducción del rectocele por vía transperineovaginal

Principio

Al contrario de la técnica precedente, el acceso se hace por el lado extraluminal, vaginal y anterior del rectocele. La cirugía es similar en su principio y sus objetivos, pero utiliza medios diferentes. La restauración de las condiciones anatómicas normales al nivel del recto y del perineo se obtiene con:

- la invaginación de la hernia rectal;
- la reparación de la fascia rectal rota [15];
- la puesta en tensión de la cincha de los músculos elevadores del ano y la reparación del centro tendinoso del perineo [10].

Esta reparación puede hacerse de forma aislada o en asociación con la corrección de un prolapso de los pisos anterior o medio.

Técnica quirúrgica (fig. 2)

Posición operatoria

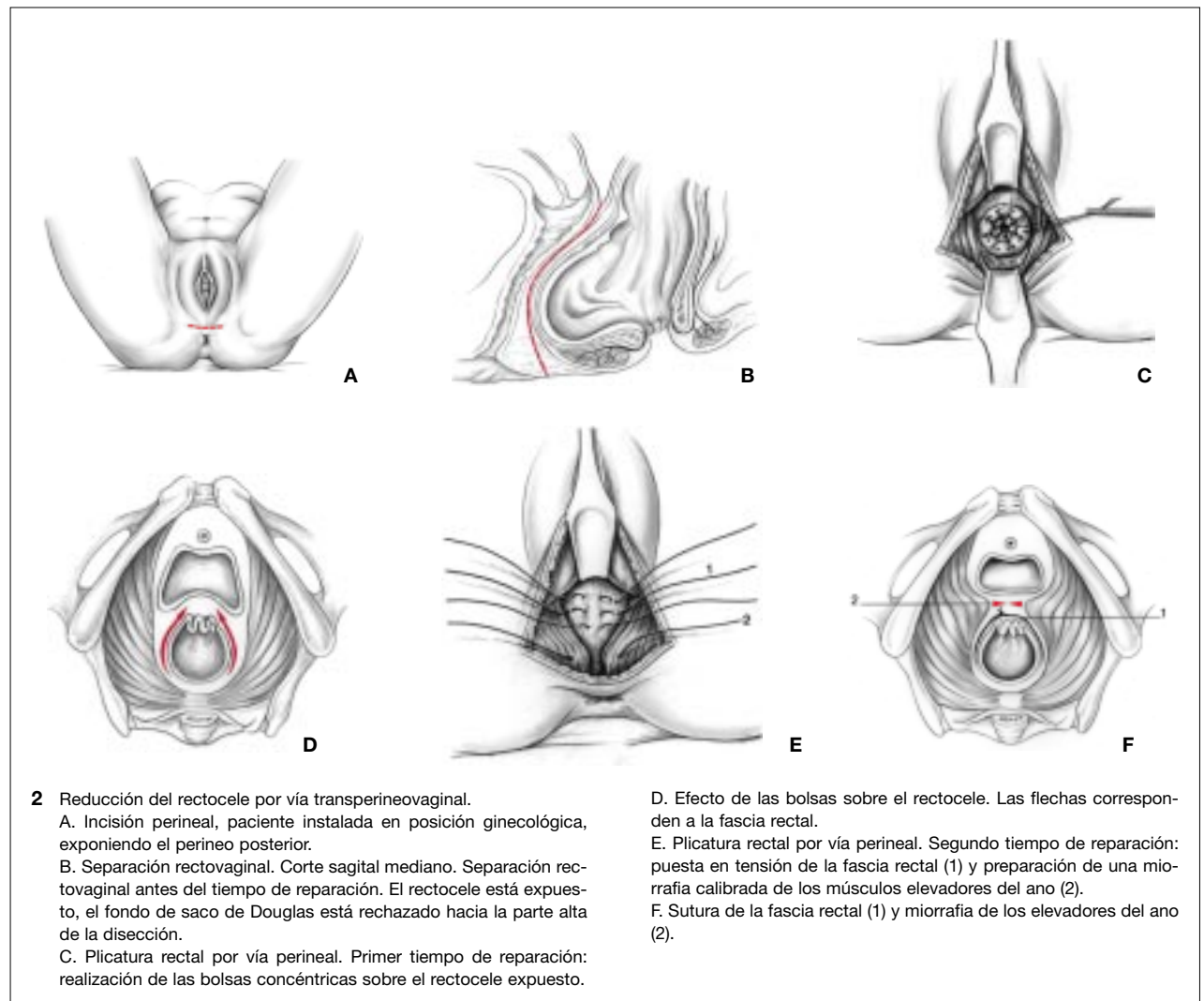
La instalación adecuada es la posición ginecológica en decúbito dorsal; el perineo se exterioriza bien gracias a una flexión importante de los muslos sobre la pelvis. Se coloca una pequeña mesa por debajo del perineo para el material del cirujano.

Abordaje y resección del rectocele

Se realiza una incisión horizontal de 4 a 5 cm sobre la horquilla vulvar a igual distancia de la vulva y del ano. Se crea un desprendimiento rectovaginal completo a partir de esta incisión. La parte baja de esta disección es la más difícil y suele ser hemorrágica. Para superar esta dificultad se deja atrás de la disección el esfínter anal externo y se progresa con tijeras y una torunda montada en una zona que suele ser cicatricial. Los tactos rectales (protegidos) y vaginales ayudan a localizar el plano de disección que separa las fibras musculares longitudinales del recto de la pared blanca y nacarada de la vagina. Hacia arriba, la separación entre la vagina y el recto es más fácil. Se lleva hasta el fondo de saco de Douglas que siempre está profundo, incluido en la grasa subperitoneal. La cara anterior del recto, abombada por el rectocele, se encuentra bien individualizada al final de la disección y aparecen lateralmente estructuras fibrosas que corresponden según algunos autores a restos de la fascia rectal rota [15] y los bordes medianos de los músculos elevadores del ano, cuyo tono es variable según el estado del piso pélvico. La hemostasia del campo operatorio no siempre se obtiene fácilmente: el sangrado ocurre sobre todo durante la disección y tiende a detenerse espontáneamente en el tiempo de reconstrucción. Por esta razón se recomiendan la aspiración y el taponamiento, reservando los puntos apretados para las grandes venas del tabique rectovaginal, si no se pudo evitar lesionarlas. La abertura voluntaria o involuntaria de la vagina no es un problema. En caso de dificultad de exposición, una colpotomía longitudinal puede facilitar la separación rectovaginal y la realización de los procedimientos asociados (espinofijación de la vagina según Richter, por ejemplo). Luego de reavivar los bordes y sin practicar una colpectomía importante, se cierra la vagina con puntos en X de hilo de reabsorción lenta. La lesión del recto es más peligrosa, pero puede evitarse en la mayoría de los casos. Lo más importante es reconocer la lesión cuando ocurre. Se identifican los bordes de la perforación accidental con dos hilos y se libera la pared rectal para cerrarla inmediatamente en dos planos (uno mucoso y otro muscular). La reducción del rectocele completará la reparación.

Corrección del rectocele y reparación del piso pélvico

La exposición se obtiene con una valva de lámina estrecha, inclinando la vagina hacia arriba. La cara anterior del recto se toma con una pinza de disección en el sitio donde está más dilatado y prominente y se crean y anudan dos a cuatro bolsas concéntricas con hilo de reabsorción lenta 2/0 que reducen progresivamente el rectocele. Debe tenerse cuidado de no atravesar la pared rectal durante esta maniobra. Luego se tensiona la fascia rectal con dos o cuatro puntos pasados de un lado al otro de la disección, comenzando desde su punto más alto. Esta reparación conduce a los músculos elevadores del ano, los cuales son asidos con dos pinzas de Ombredanne puestas inmediatamente por delante del canal anal. La plicatura con polivinilo 2/0 (dos a tres puntos en X moderadamente apretados) acerca los dos bordes del hiato de los elevadores. Es fundamental colocar estos puntos de manera que la vulva y la vagina no se retraigan, para evitar el riesgo de dispareunia. Un tacto vaginal



con dos dedos verifica la ausencia de una retracción excesiva. Los planos subcutáneos se limpian con polividona yodada diluida, se cierran flojos con un hilo de reabsorción lenta y no se deja dren. El cierre cutáneo se hace con puntos separados y espaciados.

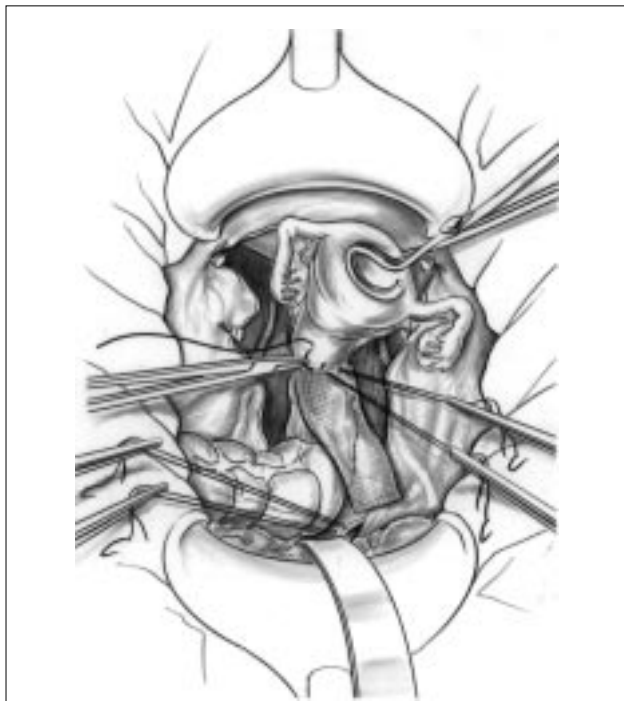
Interposición de una prótesis no reabsorbible

Se ha informado la interposición de una prótesis no reabsorbible en la zona de disección rectovaginal en un grupo pequeño de pacientes [24]. A pesar de que refuerza sin duda el control anatómico del rectocele, el riesgo infeccioso debe apreciarse con un número más importante de casos y se debe valorar rigurosamente el beneficio real de esta modificación técnica.

Reducción del rectocele por vía abdominal

Es posible abordar un rectocele por vía abdominal. La cirugía es realizable por laparotomía o por celioscopia y consiste en sostener sin tensión la cara anterior del recto disecada, con una prótesis no reabsorbible fijada al promontorio lumbosacro. Debe señalarse que no se trata de una rectopexia «clásica», la cual no es necesaria si no hay prolapso rectal completo y, además, la movilización completa del recto podría provocar o agravar el estreñimiento.

La incisión del peritoneo pélvico comienza de modo superficial en el borde derecho del recto para identificar y evitar los nervios que van a la pelvis. Se continúa hasta el fondo de saco de Douglas, que puede voltearse con una pinza de Babcock si está muy profundo. Una tracción fuerte sobre el útero, un cuello persistente o la cúpula vaginal identificada eventualmente con la ayuda de una bujía de Hegar endovaginal, permiten encontrar el plano de disección entre la vagina y el recto. La separación rectovaginal y la disección del rectocele deben ser tan completas como sea posible [23]. Se diseca únicamente la cara anterior del recto para evitar cualquier deservación de la ampolla rectal, lo que produce estreñimiento postoperatorio. La reparación se basa en la interposición, entre la vagina y el recto de una prótesis no reabsorbible fijada sin tensión sobre el promontorio (fig. 3). La prótesis (4 a 5 cm de ancho y 10 a 12 cm de largo) se fija en primer término sobre la cara anterior del recto mediante seis puntos con hilo no reabsorbible (polivinilo 2/0), luego contournea el recto por la derecha para fijarse con dos puntos del mismo hilo sobre el ligamento vertebral anterior a la altura del promontorio, teniendo cuidado de no lesionar los nervios presacros. A continuación, la vagina se adosa y se fija sin tensión en su cúpula a la prótesis por medio de tres puntos del mismo hilo. Después del control de la hemostasia se cierra el peritoneo, generalmente sin drenaje.



3 Reducción de los rectoceles por vía abdominal (vista operatoria). Se ha terminado la separación rectovaginal y se ha puesto una prótesis no reabsorbible sin tensión, fijada sobre la cara anterior del recto desnuda. Se realiza luego la fijación al promontorio de la prótesis sin tensión. La vagina podrá fijarse sobre la prótesis, siempre sin tensión, después de una eventual histerectomía asociada.

Intervenciones asociadas con la reducción del rectocele

Por vía baja (transperineovaginal o transanal)

Un cierto número de intervenciones pueden completar la reducción de un rectocele por vía baja y mejorar así el resultado operatorio, al corregir una patología anorrectal o un trastorno de la estática pelviperineal asociada.

A la reducción del rectocele pueden asociarse:

- una hemorroidectomía, ya sea sólo del paquete anterior o de los tres paquetes clásicos. En este último caso se debe ser prudente en la conservación de puentes mucosos, teniendo en cuenta la importancia de la resección de la mucosa anterior, necesaria para corregir el rectocele;
- la corrección de un prolapso mucoso anterior: la vía endoanal lo suprime automáticamente; en caso de protrusión interna asociada, debe ampliarse la plicatura muscular sobre el muñón de invaginación. La reducción endorrectal del rectocele se asocia así con una cirugía de Delorme interna, en la cual la plicatura muscular es más importante sobre el lado anterior que sobre el lado posterior del recto;
- en caso de incontinencia anal asociada, la vía perineal permite una buena exploración del aparato esfinteriano anterior y la reparación de un eventual defecto detectado por ecografía endoanal preoperatoria. En ausencia de tal defecto, puede discutirse la práctica de una miorrafia retroanal de Parks [7, 11];
- una colpectomía posterior limitada, «romboidal», para suprimir el exceso de vagina, teniendo cuidado de no retraer el orificio vulvar durante la reconstrucción, para evitar la dispareunia.

Los trastornos de la estática pelviperineal anterior y mediana pueden corregirse en el curso de la reducción de un rectocele. También puede discutirse la corrección de una incontinencia urinaria y/o de un cistocele por vía baja

(cirugía de Bologna y sus derivadas) o una histerectomía vaginal en caso de prolapso uterino.

Por vía alta (abdominal)

La reducción del rectocele por vía alta se recomienda cuando se asocia a un procedimiento que la requiere, ya sea la corrección o la prevención de una incontinencia urinaria, la reducción de un cistocele (suspensión vaginal anterior según Scali + cirugía de Burch) [4], o la corrección de un prolapso genital.

La resección del fondo de saco de Douglas, asociada sistemáticamente, asegura el cierre alto de la pelvis. Se recomiendan desperitonizaciones limitadas al fondo de saco de Douglas y a la cara anterior del recto, pues una resección total del peritoneo pélvico posterior no ofrece ninguna ventaja. Esta maniobra tiene además el riesgo de traumatizar los nervios que van a la pelvis, cuya importancia es bien conocida.

En caso de colpocele asociado

Un colpocele se asocia frecuentemente con el rectocele anterior en la mujer. Es importante detectarlo y tratarlo simultáneamente.

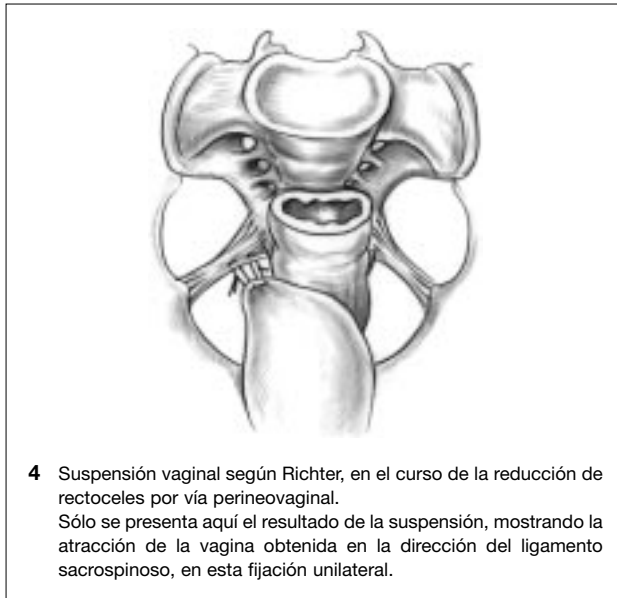
Si en una mujer joven se quiere evitar la vía vaginal, la suspensión vaginal y rectal por vía abdominal con resección del fondo de saco de Douglas representa la mejor opción.

En otros casos, el colpocele puede corregirse eficazmente con una suspensión vaginal al ligamento sacrospinoso (cirugía de Richter) [2]. La intervención consiste en abrir la fosa isquirrectal derecha a partir del abordaje perineal de la reducción del rectocele. Se desplaza el recto hacia la izquierda y se identifica con el dedo la estructura rígida del ligamento sacrospinoso que une la espina ciática al sacro. Las valvas largas y acodadas (Briesky) permiten exponer el ligamento, sobre el cual se pasan dos hilos de polivinilo 2/0 bien atrás de la espina ciática para no lesionar el paquete vasculonervioso pudiendo. Después de la plicatura rectal del rectocele, con los hilos que se han dejado en su sitio se pasan puntos por la cara posterior de la vagina y se anudan, lo cual atrae la vagina en su eje anatómico (fig. 4). Se puede realizar una suspensión vaginal bilateral, pero en este caso la fijación debe hacerse sin tensión para evitar la estenosis rectal.

Según Richter, la suspensión vaginal es particularmente útil para reposicionar correctamente la vagina sin estrecharla y completa de forma interesante la corrección del rectocele por vía perineal limitando una ptosis vaginal antiestética, sin perturbación sexual. Esta intervención, utilizada ampliamente por los cirujanos ginecólogos, merecería ser parte de las técnicas terapéuticas de los cirujanos digestivos que se ocupan de rectoceles.

Indicaciones quirúrgicas del rectocele anterior de la mujer

La presencia de un rectocele, incluso voluminoso, no es en sí misma una indicación para tratamiento. Muchas pacientes con rectoceles de tamaño importante no tienen ningún síntoma. De igual manera, la presencia de un rectocele en una paciente con estreñimiento no significa automáticamente que el rectocele sea la causa principal de su constipación. Sólo los rectoceles sintomáticos justifican un tratamiento, el cual eventualmente es quirúrgico. Se debe explicar con claridad a las pacientes que sólo los síntomas debidos al rectocele serán corregidos por la cirugía [13, 14]. Las manifestaciones de colon irritable, con frecuencia asociadas, o incluso aquellas relativas al descenso perineal excesivo o a un anismo [20], no serán modificadas por la cirugía y, en consecuencia, seguirán siendo invalidantes.



Elección de la técnica quirúrgica

La selección de las pacientes para cirugía se basa en la apreciación clínica de la molestia funcional [9,17] y en la evaluación clínica y radiológica del rectocele (volumen, tamaño superior a 3 cm, persistencia de la opacificación del rectocele después de una deposición) [1,3,19]. No siempre es fácil esta determinación y la responsabilidad del rectocele en la sintomatología a veces es difícil de afirmar y de cuantificar. Sin embargo, la benignidad de los procedimientos terapéuticos por vía baja permite proponerlos en caso de duda, previniendo a la paciente sobre la posibilidad del fracaso funcional [6].

En caso de rectocele sintomático, es preferible la vía perineal, respetando el área genital y corrigiendo las anomalías digestivas. Este acceso permite, además de la corrección del rectocele, una buena reparación del piso pélvico, sin riesgo importante de dispareunia si se respetan las precauciones ya descritas (cf supra) [12]. Es interesante señalar que esta actitud, inicialmente propia de la práctica ginecológica, es adoptada en la actualidad por equipos experimentados en las intervenciones colorrectales [13,24]. Tiene el inconveniente de no actuar sobre el prolapso de la mucosa rectal y la patología anal asociada. Otros autores prefieren una técnica transanal, endorrectal [8,14,18]. Este abordaje requiere una buena experiencia en este tipo de cirugía. Exige una dilatación anal que puede ser deletérea en el contexto de un perineo frágil, traumatizado y eventualmente desnervado. No permite la realización de la miorrafia de los eleva-

Cuadro I.— Resultados de las reducciones de rectocele por vía baja. Datos de la literatura [3,8,13,14].

Autores	Número de casos	Seguimiento promedio (en meses)	Tratamiento	Éxito %
Khubchandani et al	123	38	Transanal	82
Janssen et al	76	12	Transanal	92
Mellgren et al	25	12	Transperineal	88
Murthy et al	31	31	Transanal	92

dores del ano y no tiene ningún efecto sobre un posible colpocelo asociado.

En lo referente a sus resultados, las dos técnicas son aparentemente equivalentes, tanto con respecto a la morbilidad como a la mejoría funcional y/o el riesgo de recidiva (cuadro I). Desafortunadamente, los estudios disponibles son mediocres: la mayoría son retrospectivos, con un seguimiento insuficientemente largo para este tipo de patología y, sobre todo, no dan información sobre la evolución de los otros pisos pélvicos y particularmente sobre la necesidad de reintervención en el área genitourinaria. Por último, los criterios de selección de una u otra técnica por vía baja dependen sólo de la costumbre de los cirujanos.

Actualmente se admite que la vía alta debe reservarse a los rectoceles asociados con una patología urogenital que justifique el acceso abdominal [23]. La intervención permite así la corrección de todos los trastornos de la estática pélvica. Se recomienda la realización de una perineorrafia posterior como complemento al procedimiento por vía alta.

*
* *

Para el cirujano confrontado con un rectocele es indispensable en la fase diagnóstica:

- verificar el carácter sintomático del rectocele;
- cerciorarse de que los síntomas estén relacionados con el rectocele por medio de exámenes adecuados;
- identificar otras anomalías patentes o potenciales de la estática pelviperineal.

En la fase terapéutica, es indispensable:

- explicar a la paciente el tratamiento y los resultados esperados;
- escoger la vía de acceso y la técnica más apropiadas para tratar el rectocele;
- asociar, si es necesario, la corrección de otros trastornos de la estática pelviperineal que se han detectado, para prevenir así el riesgo de degradación a largo plazo de la reparación efectuada y la aparición de un prolapso en otro nivel pelviperineal.

Bibliografía

- [1] Agachan F, Pfeifer J, Wexner SD. Defecography and proctography. Results of 744 patients. *Dis Colon Rectum* 1996 ; 39 : 899-905
- [2] Giuly J, Cravello L, d'Ercole C, Roger V, Porcu G, Blanc B. La spinofixation de Richter dans les prolapsus vaginaux. *Chirurgie* 1997 ; 122 : 430-434
- [3] Janssen LW, VanDijke CF. Selection criteria for anterior rectal wall repair in symptomatic rectocele and anterior rectal wall prolapse. *Dis Colon Rectum* 1994 ; 37 : 1100-1107
- [4] Juma S. Anterior vaginal suspension for vaginal vault prolapse. *Tech Urol* 1995 ; 1 : 150-156
- [5] Kahn MA, Stanton SL. Posterior colporrhapty: its effects on bowel and sexual function. *Br J Obstet Gynaecol* 1997 ; 104 : 82-86
- [6] Karlbom U, Graf W, Nilsson S, Pahlman L. Does surgical repair of a rectocele improve rectal emptying? *Dis Colon Rectum* 1996 ; 39 : 1296-1302
- [7] Keighley MR. Postanal repair - How I do it. *Int J Colorectal Dis* 1987 ; 2 : 236-239
- [8] Khubchandani IT, Clancy JP, Rosen L, Riether RD, Stasik JJ. Endorectal repair of rectocele revisited. *Br J Surg* 1997 ; 84 : 89-91
- [9] Lehur PA. Statique pelvipérinéale postérieure de la femme et ses troubles : données anatomiques et cliniques. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Gynécologie, 290-A-30, 1996 : 1-3
- [10] Lehur PA. Plicature rectale par voie périnéale. In : Villet R, Buzelin JM, Lazorthes F éd. Les troubles de la statique pelvipérinéale de la femme. Paris : Vigot, 1995 : 255-258
- [11] Lehur PA. Chirurgie de l'incontinence anale de l'adulte. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-705, 1999 : 1-14
- [12] Lehur PA, Moyon J, Bruley des Varannes S, Guiberteau-Canfrère V, Le Borgne J. Rectocèle isolée invalidante. Plicature rectale par voie périnéale. À propos de 20 cas. *Chirurgie* 1992 ; 118 : 516-521
- [13] Mellgren A, Anzen B, Nilsson BY, Johansson C, Dolk A, Gillgren P et al. Results of rectocele repair. A prospective study. *Dis Colon Rectum* 1995 ; 38 : 7-13
- [14] Murthy VK, Orkin BA, Smith LE, Glassman LM. Excellent outcome using selective criteria for rectocele repair. *Dis Colon Rectum* 1996 ; 39 : 374-378
- [15] Richardson AC. The rectovaginal septum revisited: its relationship to rectocele and its importance in rectocele repair. *Clin Obstet Gynecol* 1993 ; 36 : 976-983
- [16] Sarles JC, Arnaud A, Seleznieff I, Olivier S. Endorectal repair of rectocele. *Int J Colorectal Dis* 1989 ; 4 : 167-171
- [17] Siproudhis L, Dautremé S, Ropert A, Bretagne JF, Herresbach D, Raoul JL et al. Dyschezia and rectocele - A marriage of convenience? Physiologic evaluation of the rectocele in a group of 52 women complaining of difficulty in evacuation. *Dis Colon Rectum* 1993 ; 36 : 1030-1036
- [18] Sullivan ES, Leaverton GH, Hardwick CE. Transrectal perineal repair, an adjunct to improved function after anorectal surgery. *Dis Colon Rectum* 1968 ; 11 : 106-114
- [19] Van Dam JH, Ginal AZ, Gosselink MJ, Huisman WM, Bonjer HJ, Hop WC et al. Role of defecography in predicting clinical outcome of rectocele repair. *Dis Colon Rectum* 1997 ; 40 : 201-207
- [20] Van Dam JH, Schouten WR, Ginal AZ, Huisman WM, Hop WC. The impact of anismus on the clinical outcome of rectocele repair. *Int J Colorectal Dis* 1996 ; 11 : 238-242
- [21] Van Tets WF, Kuijpers JH, Tran K, Mollen R, Van Goor H. Influence of Parks' anal retractor on anal sphincter pressures. *Dis Colon Rectum* 1997 ; 40 : 1042-1045
- [22] Villet R, Buzelin JM, Lazorthes F. Les troubles de la statique pelvipérinéale de la femme. Paris : Vigot, 1995 : 1-269
- [23] Villet R, Morice P, Bech A, Salet-Lizee D, Zafiropoulos L. Approche abdominale des rectocèles et des élytrocèles. *Ann Chir* 1993 ; 47 : 626-630
- [24] Watson SJ, Loder PB, Halligan S, Bartram CI, Kamm MA, Phillips RK. Transperineal repair of symptomatic rectocele with Marlex mesh: a clinical, physiological and radiologic assessment of treatment. *J Am Coll Surg* 1996 ; 183 : 257-261