



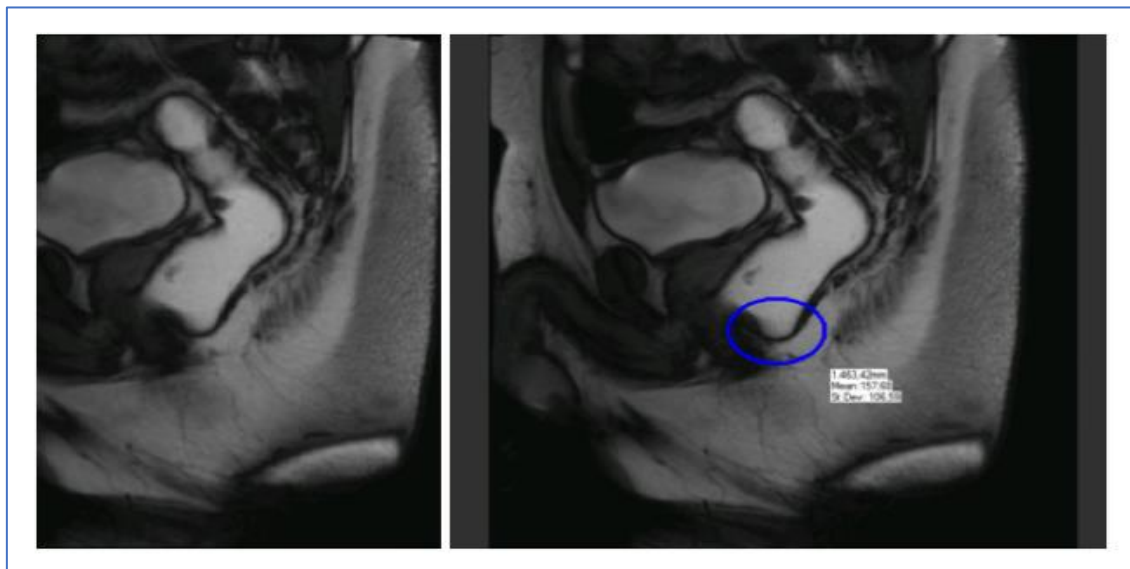
SINDROME DE DEFECACIÓN OBSTRUCTIVA POR RECTOCELE POSTERIOR TRATADA MEDIANTE TÉCNICA STAPLED TRANSANAL RECTAL RESECTION (STARR)

Lévano-Linares, Dennis César¹; Alías Jiménez, David¹; Manso Abajo, Belén¹; Franco Herrera, Rocío¹; Durán Poveda, Manuel¹; García Olmo, Damián².

1. Servicio de Cirugía General. Unidad de Coloproctología. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Madrid.
2. Servicio de Cirugía General. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid

CASO CLÍNICO

Presentamos a un paciente varón de 35 años con una obesidad grado II (índice de masa corporal (IMC): 34,5), lumbalgia crónica y discopatía degenerativa L4-S. Es valorado por cuadro de tenesmo rectal, esfuerzo defecatorio y rectorragia esporádica desde los 10 años requiriendo en torno a una hora para lograr una evacuación incompleta, necesitando de extracción digital. Se le realiza una Rectoscopia: hemorroides internas grado II y fisura anal en proceso de cicatrización; una resonancia magnética dinámica pélvica (RMDp): rectocele posterior moderado (Figura 1). En la Manometría Anorrectal se describe una sensibilidad rectal preservada, pero sin una adecuada relajación durante la maniobra defecatoria.





Archivos de Coloproctología, 2019; 3(3):55-59
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201934004

Figura 1. RMD pélvica. Secuencia dinámica TRUFI sagital durante evacuación rectal. (adquisición 53-54/55). Descenso y protrusión de la pared posterior del recto que desciende 2.4cm por debajo de la línea pubocóccigea. Rectocele posterior moderado.

Se realiza una técnica STARR utilizando el Kit Contour Transtar CCS-30™ (CT CCS-30), la intervención se inicia introduciendo el dilatador anal circular y fijándola mediante cuatro puntos cardinales a la piel perianal. Se introduce una torunda y se valora la extensión del prolapso y su límite superior. A continuación, se realizan “suturas en paracaídas” mediante la colocación de 3-4 puntos de sutura asentados en el vértice de la intususcepción para exponer el tejido con una tracción uniforme. A continuación, se introduce la grapadora Contour y se inicia la resección realizando disparos sucesivos (entre 7-8 cargas) en sentido antihorario hasta completar la semi-circunferencia posterior en su totalidad (Figura 2).

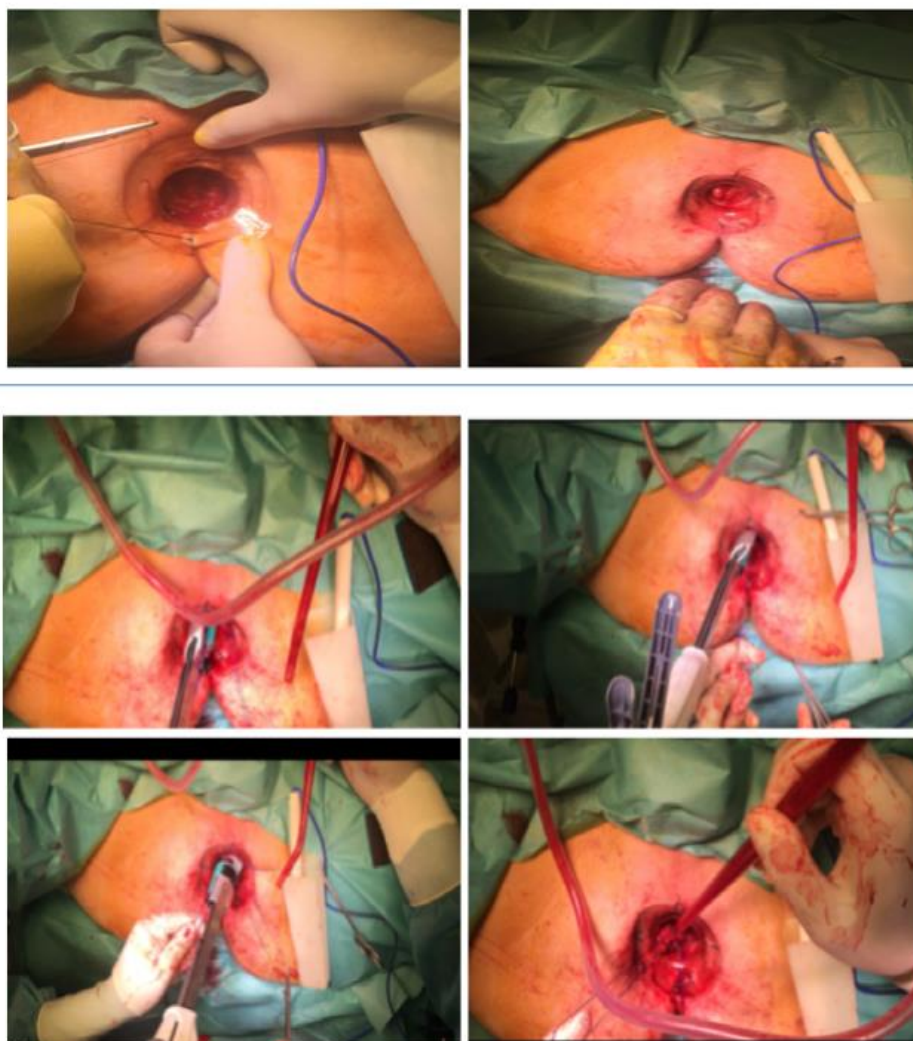




Figura 2. Técnica TRANSTAR. Se utiliza Kit Contour30 Transtar™ (Ethicon Endo-Surgery)

En el postoperatorio, paciente presentó una evolución favorable sin evidencia de rectorragia u otras complicaciones locales. Al mes, a los tres y seis meses de la cirugía se evidenció una mejoría del tenesmo rectal con evacuación completa para las heces sólidas sin necesidad de extracción digital. Se le realizó una RMDp observándose la resolución completa del Rectocele posterior previo (Figura 3).

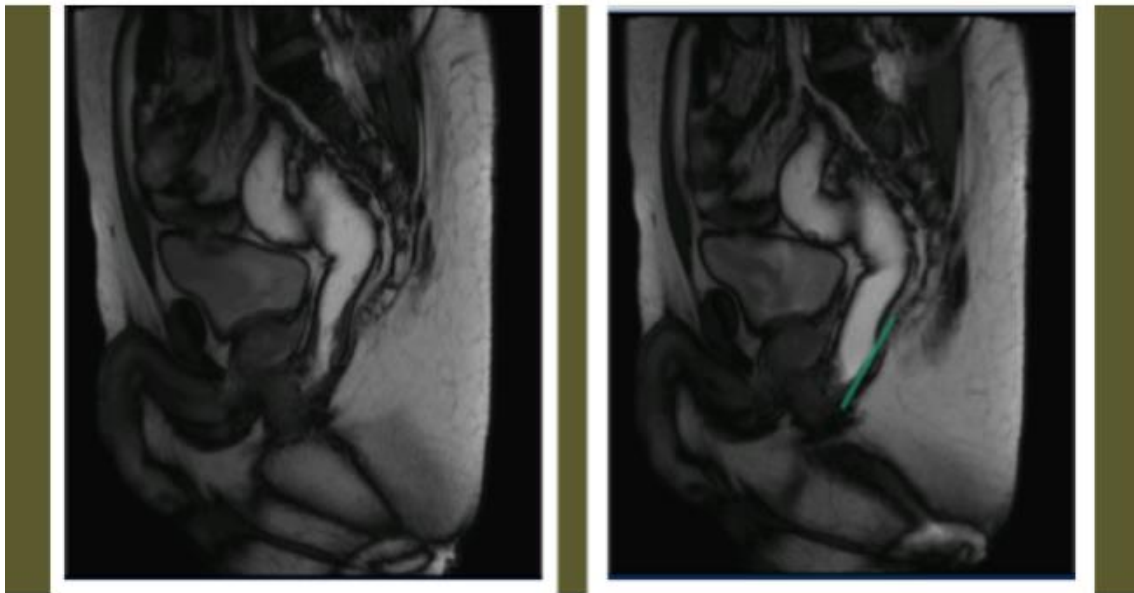


Figura 3. RMD pélvica. Secuencia dinámica TRUFI sagital durante evacuación rectal. (adquisición 53-54/55). Cambios postquirúrgicos NO observándose imagen de rectocele posterior.

DISCUSIÓN

El Rectocele posterior en varones como causa de un SDO es una entidad poco frecuente y conlleva síntomas defecatorios importantes causantes de un deterioro en la calidad de vida del paciente, por lo que el conocimiento de procedimientos quirúrgicos eficaces en su tratamiento, cuando los métodos conservadores fallan, es de importancia clínica.



Hoy en día, existen dos dispositivos mecánicos para realizar la técnica STARR, una de ellas es la circular PPH-01 cuyo funcionamiento implica la resección de la mucosa, submucosa y la pared muscular rectal mediante 2 disparos simultáneos la cual ha sido criticada por su limitación en la visualización del campo operatorio debido a su diseño no ergonómico y por la presencia de complicaciones postoperatorias graves(4-6). Se ha introducido el CT CCS-30 como instrumento para realizar la técnica STARR. Esta grapadora es muy ergonómica debido a su perfil curvo y a su forma de media luna, lo que permite al cirujano realizar una resección con visualización directa del campo operatorio.

Una de las ventajas utilizando la grapadora CT CCS-30 sobre la grapadora circular PPH-01 es el de permitir al cirujano seleccionar el espesor de tejido a resecar, aumentando el volumen de resección en cada caso sin estar limitado por la capacidad del estuche de grapado(7-9). Este hecho, confirmado mediante el análisis de las piezas quirúrgicas, no se acompaña necesariamente de una diferencia significativa en los resultados funcionales(10).

Debido al poco tiempo de implantación de la técnica STARR, es difícil realizar conclusiones definitivas sobre su papel y eficacia en el tratamiento quirúrgico del rectocele y por tanto del SDO. En estudios previos se ha concluido que el procedimiento es seguro y eficaz en la resección circunferencial del espesor completo de la pared rectal, y da lugar a una mejoría en los índices de calidad de vida percibida por los pacientes con SDO con un índice de complicaciones del 11%, siendo las más frecuentes el sangrado (5) y del dolor postoperatorio (1%).

En nuestro caso, aunque el seguimiento postoperatorio es limitado, el paciente refiere una mejoría subjetiva de los síntomas del SDO que se correlaciona con la prueba de imagen de control en la que se objetiva la resolución anatómica completa del rectocele posterior. Es importante mencionar que los criterios de selección de los pacientes son esenciales para la elección de la técnica quirúrgica y el tipo de grapadora con los cuales obtener un mayor nivel de mejoría y satisfacción. Actualmente, es necesario realizar estudios prospectivos para afianzar su eficacia y definir sus complicaciones a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Varma MG, Hart SL, Brown JS, et al. Obstructive defecation in middle-aged women. *Dig Dis Sci*. 2008;53(10):2702-9.
2. Zbar AP, Lienemann A, Fritsch H, et al. Rectocele: pathogenesis and surgical management. *Int J Colorectal Dis*. 2003;18(5):369-84.



3. Regadas FS, Regadas SM, Rodrigues LV, et al. Transanal repair of rectocele and full rectal mucosectomy with one circular stapler: a novel surgical technique. *Tech Coloproctol.* 2005;9(1):63-6.
4. Gagliardi G, Pescatori M, Altomare DF, et al. Results, outcome predictors, and complications after stapled transanal rectal resection for obstructed defecation. *Dis Colon Rectum.* 2008;51(2):186-95; discussion 95.
5. Pescatori M, Gagliardi G. Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures. *Tech Coloproctol.* 2008;12(1):7-19.
6. Sciaudone G, Di Stazio C, Guadagni I, et al. Rectal diverticulum: a new complication of STARR procedure for obstructed defecation. *Tech Coloproctol.* 2008;12(1):61-3.
7. Boccasanta P, Venturi M, Roviario G. What is the benefit of a new stapler device in the surgical treatment of obstructed defecation? Three-year outcomes from a randomized controlled trial. *Dis Colon Rectum.* 2011;54(1):77-84.
8. Isbert C, Reibetanz J, Jayne DG, et al. Comparative study of Contour Transtar and STARR procedure for the treatment of obstructed defecation syndrome (ODS)--feasibility, morbidity and early functional results. *Colorectal Dis.* 2010;12(9):901-8.
9. Wolff K, Marti L, Beutner U, et al. Functional outcome and quality of life after stapled transanal rectal resection for obstructed defecation syndrome. *Dis Colon Rectum.* 2010;53(6):881-8.
10. Renzi A, Talento P, Giardiello C, et al. Stapled trans-anal rectal resection (STARR) by a new dedicated device for the surgical treatment of obstructed defaecation syndrome caused by rectal intussusception and rectocele: early results of a multicenter prospective study. *Int J Colorectal Dis.* 2008;23(10):999-1005.