



*Archivos de Coloproctología*, 2019; 2(4):43-51  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201944161](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201944161)

## **POPS LAPAROSCÓPICO COMO TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS**

Paula Troncoso Pereira \*, Enrique Moncada Iribarren\*\*, Cristina Samartín Toimil\*\*, Marta Paniagua García-Señorans\*\*, Vincenzo Vigorita\*\*, Ana María Gay Fernández\*\*

\* Hospital Mateu Orfila, Menorca. S. Cirugía General y Digestiva

\*\*Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo. S. Cirugía General y Digestiva.

### **CASO CLINICO**

Presentamos el caso de una paciente mujer de 79 años sin alergias medicamentosas conocidas y con dislipemia e insuficiencia venosa crónica como principales antecedentes médicos. Dos partos vaginales no instrumentados. Valorada en consultas externas de Cirugía General a donde es derivada desde el servicio de Ginecología.

La paciente había sido estudiada en dicho servicio cinco años antes siendo diagnosticada de incontinencia urinaria de esfuerzo y rectocele de tercer grado sintomático. Se había realizado una ecografía transvaginal que mostraba un mioma intramural-submucoso de 45 mm sin otras alteraciones.

Se le propuso a la paciente la realización de una colporrafia posterior pero la paciente rechazó la intervención. Dos años después, la paciente vuelve a ser valorada en dicho servicio al haber aumentado los síntomas y es derivada al Servicio Cirugía General para valoración en la unidad de coloproctología dado el tamaño del rectocele y la no conformidad de la paciente a intervenir.

Al ser valorada en nuestro servicio y mediante una anamnesis dirigida, la paciente refiere clínica de defecación obstructiva precisando digitación para defecar desde hace años, con incontinencia urinaria leve con Valsalva. A la exploración física, se objetivaba un gran rectocele grado IV al tacto bimanual con descenso del suelo pélvico en bipedestación.



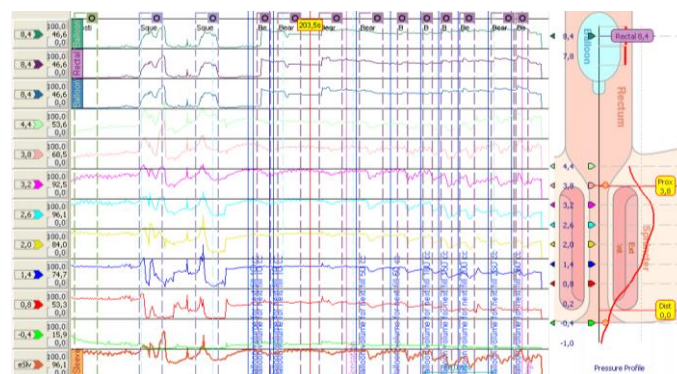
*Archivos de Coloproctología*, 2019; 2(4):43-51

DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201944161](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201944161)

Se realizan las pruebas complementarias pertinentes para completar el estudio, incluyendo una colonoscopia que no evidenció patología orgánica intraluminal. Además de la endoscopia, se realizó una ecografía endoanal en la que se observaba una gran apertura de las ramas del músculo puborrectal en el canal medio y alto y un gran defecto anterior del esfínter anal externo de 143°.

El estudio manométrico mostró una presión media basal de 98 mmHg y una presión con Valsalva de 121 mmHg. El volumen sensitivo umbral fue de 20cc y el volumen umbral defecatorio de 300cc. El reflejo rectoanal inhibitorio no aparecía registrado. (Figura 1).

Figura 1: manometría ano-rectal

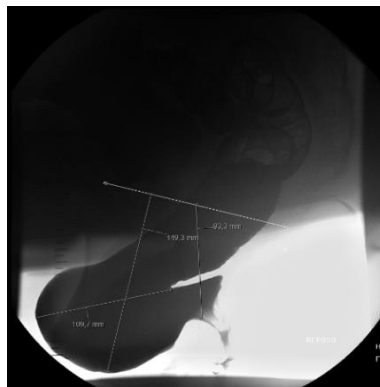


Asimismo, se realizó una cistodefecografía ya que no fue posible marcar la vagina por salida de rectoceles a través de ésta. En ella se visualizaba un marcado rectocele en reposo que medía 10 cm de diámetro y que aumentaba discretamente durante la defecación a 11.6 cm, presentando una marcada retención de contraste después de la misma. El rectocele improntaba en la uretra desplazándola anteriormente. La unión rectoanal se situaba a 9 cm de la línea pubococcigea en reposo y el borde inferior del rectocele a 14.9 cm. El diámetro del canal anal era de 8.2 mm. No fue posible una adecuada medición del ángulo anorrectal, dada la distorsión del recto. Se objetivaba también una discreta incontinencia fecal durante el reposo e incontinencia vesical durante la defecación. No se visualizaron enteroceles ni sigmoidoceles. (Figura 2).



*Archivos de Coloproctología*, 2019; 2(4):43-51  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201944161](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201944161)

Figura 2: videodefecografía



En conclusión, se trataba de una paciente con un gran rectocele anterior prolapsado a través de la vagina y que desplazaba anteriormente la uretra, con gran descenso perineal en reposo, sin evidencia de enterocele y con incontinencia urinaria durante la defecación y discreta incontinencia fecal en reposo.

En un inicio, se propone a la paciente la reparación del cuadro por vía perineal pero la paciente sigue sin querer intervenir.

No obstante, a lo largo de los siguientes meses la paciente presenta un empeoramiento franco del cuadro precisando incluso acudir a Urgencias en varias ocasiones por aumento importante del prolapso que en esos momentos asociaba un prolapso uterino completo, que le impedía incluso la bipedestación y le obligaba a mantener un encamamiento casi permanente.

Revalorada nuevamente en consultas externas, se observaba en esos momentos un colpocele y un rectocele grado IV con prolapso completo permanente, que se reducía completamente de forma manual con dificultad, pero prolapsaba espontáneamente en bipedestación y al realizar maniobras de Valsalva. La paciente se encontraba en estos momentos muy sintomática, con clínica que le impedía la realización de las actividades diarias cotidianas. (Figura 3).



*Archivos de Coloproctología*, 2019; 2(4):43-51  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201944161](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201944161)

Figuras 3 y 4: detalles del rectocele e histerocele



En estos momentos, al presentar la paciente un prolapso de órganos pélvicos importante, se propone una cirugía POPS (Pelvic Organs Prolapse Suspension) para corregir el cuadro, por vía laparoscópica. Se le explicó a la paciente la intervención quirúrgica y ésta se mostró de acuerdo dada la sintomatología que presentaba en esos momentos, por lo que se programó la operación quirúrgica de forma preferente tras realización del preoperatorio habitual y valoración por el servicio de Anestesia, el cual no contraindicó la intervención.

El día previo a la cirugía se administró un enema de limpieza y se realizó profilaxis antibiótica con Amoxicilina-clavulánico 2 gramos intravenosos antes de la intervención.

La operación quirúrgica fue llevada a cabo bajo anestesia general y con colocación de la paciente en posición de litotomía y con Trendelenburg de 30°. Se accede a cavidad abdominal por vía laparoscópica con 3 puertos (umbilical de 10mm, en flanco derecho de 10mm y en flanco izquierdo de 5 mm). Se empleó un vídeolaparoscopio de 30°.

Se explora la cavidad abdominal sin hallar alteraciones y se identifica el fondo de saco vaginal con ayuda de una valva introducida por la vagina. Se procede a la apertura del peritoneo del fondo de saco vaginal para fijar una malla de polipropileno de 3x25cm con forma de V con puntos sueltos de material irreabsorbible.



*Archivos de Coloproctología, 2019; 2(4):43-51*  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201944161](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201944161)

Se crean dos túneles subperitoneales bajo visión directa laparoscópica hasta el fórnix anterior de la vagina y se tunelizan las ramas de la malla, las cuales se extraen a través de dos incisiones situadas en las proximidades de ambas espinas ilíacas. Posteriormente, se realiza la peritonización de la brecha peritoneal antes realizada con una sutura continua de material barbado reabsorbible y se tracciona simétricamente de ambos brazos de la malla hasta conseguir una reducción completa del prolapso vaginal, pero sin producir una tensión excesiva en sus paredes, consiguiendo una corrección anatómica completa. Los brazos de la malla son fijados a la fascia del músculo oblicuo externo en la posición adecuada con material reabsorbible.

Se introdujo posteriormente un dilatador anal y se evaluó el canal anal observando una persistencia del rectocele anterior por lo que se asoció una resección según técnica STARR (Stapled transanal rectal resection). Inicialmente se expuso la cara anterior del prolapso mediante puntos de tracción a las 9, 12 y 3 horas en litotomía, traccionando la pared rectal hacia la luz y protegiendo la pared posterior con un retractor maleable. Se realiza entonces una resección de espesor completo con una grapadora PPH03 comprobando la no inclusión de la pared posterior de la vagina en el grapado. Posteriormente se realiza la misma maniobra con otra grapadora PPH03 en la pared posterior. Se comprueban los especímenes que contienen todas las capas de la pared rectal y se corrobora una correcta hemostasia al finalizar la intervención. La paciente presentó una evolución postoperatoria satisfactoria, sin presentar ninguna complicación ni incidencia destacables.

Actualmente se encuentra estable a los 6 meses de seguimiento, sin recidiva del prolapso de los órganos pélvicos a nivel anatómico y con unos resultados funcionales satisfactorios. No presenta defecación obstructiva y no ha precisado nuevas digitaciones. Además, no presenta clínica de incontinencia fecal y se encuentra satisfecha con los resultados.

**CONCLUSIONES:**



*Archivos de Coloproctología*, 2019; 2(4):43-51  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201944161](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201944161)

El prolapso de los órganos pélvicos puede afectar hasta el 40% de las mujeres postmenopáusicas influyendo negativamente en su calidad de vida y su prevalencia aumenta con la edad. Es un cuadro multifactorial en el que los principales factores de riesgo parecen ser la edad y menopausia, antecedentes obstétricos (paridad, partos vaginales e instrumentados), cirugía pélvica previa (histerectomía, prolapso órganos pélvicos, rectopexia, colposuspensión), disfunciones intestinales (estreñimiento, esfuerzo defecatorio aumentado), enfermedades con afectación del tejido conectivo (Síndrome de Marfan, Ehlers-Danlos), estilo de vida (obesidad, tabaco, ejercicio de alto impacto) y genéticos (historia familiar, raza caucásica y asiática). (1) (2). Parece existir, por tanto, una interrelación entre los factores epidemiológicos, genéticos y ambientales (3)

En muchas ocasiones, este cuadro puede tener un impacto importante en la calidad de vida de las pacientes generando, además de los síntomas físicos asociados como dolor o discomfort, distintos grados de incontinencia urinaria o alteraciones en la defecación, alteraciones psicológicas y afectación de la vida social de las pacientes.

De hecho, el impacto en la salud de las disfunciones del suelo pélvico medidas según los cuestionarios de calidad de vida son similares al impacto de otras afecciones crónicas y debilitantes como los accidentes cerebrovasculares, el cáncer, la diabetes o la demencia según algunos estudios (4)

Además, en aquellas pacientes que asocian clínica de defecación obstructiva, la sintomatología del cuadro puede empeorar presentando en ocasiones importantes complicaciones para conseguir una defecación satisfactoria.

Es éste, por tanto, un grupo de afecciones que pueden llegar a ser muy invalidantes para la mujer y es por ello por lo que se han descrito múltiples intervenciones para intentar obtener el mejor resultado clínico posible cuando el tratamiento conservador y médico no es efectivo. Varios son los estudios que han intentado comparar las diferentes técnicas para intentar dilucidar cuales aportarían mejores resultados, aunque hoy en día, el tipo de alteración predominante en la paciente y la experiencia del cirujano suelen ser los factores más influyentes a la hora de decidir la intervención a llevar a cabo.



*Archivos de Coloproctología, 2019; 2(4):43-51*  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201944161](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201944161)

Muchas son las técnicas descritas para la corrección del prolapso de órganos pélvicos, pero hay que tener en cuenta que muchas de ellas conllevan una ausencia de resolución o incluso un empeoramiento del estreñimiento de las pacientes (5) (6). El estreñimiento postoperatorio en este tipo de paciente conllevaría un esfuerzo mecánico diario en los órganos pélvicos y en las estructuras de soporte que podría influir en las recaídas tras una cirugía convencional. Éste es un factor a tener en cuenta sobre todo en aquellas pacientes que presentaban defecación obstructiva antes de la intervención.

Consideramos que las pacientes que presentan un prolapso de órganos pélvicos en la mayoría de los casos se deben a un defecto de soporte del suelo pélvico y a una disfunción de los ligamentos suspensorios por lo que la corrección de ambos defectos podría tener sentido para reparar el cuadro de las pacientes. Aunque se han realizado estudios comparando la eficacia de las intervenciones por vía abdominal y vaginal, así como comparando la eficacia del uso o no de materiales protésicos, con resultados controvertidos, la restauración de la anatomía normal en pacientes con prolapsos avanzados, reajustando el sistema de soporte ligamentoso dañado y resolviendo las alteraciones pélvicas, parece el tratamiento lógico para este tipo de pacientes.

La cirugía POPs asociada a STARR parece tener unos resultados satisfactorios que incluso podrían ser superiores a las técnicas tradicionales, tanto transvaginales como por colposacrosuspensión, siendo una técnica reproducible y segura en manos expertas, con buenos resultados anatómicos y funcionales. (7)

El asociar a la técnica una corrección del rectocele mediante la resección STARR nos asegura resolver correctamente el rectocele, restaurando la capa muscular del recto, lo que conllevaría una mejoría en la clínica de defecación obstructiva y estreñimiento. (7)

En nuestro caso, se decidió realizar la técnica STARR empleando dos grapadoras PPH03 en vez de la habitual PPH01. El empleo de esta grapadora parece disminuir el sangrado intraoperatorio de la línea de grapado reduciendo el tiempo quirúrgico de una forma segura y efectiva. (8)





*Archivos de Coloproctología, 2019; 2(4):43-51*  
DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201944161](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201944161)

Aunque la intervención STARR es una técnica que se ha asociado con complicaciones postoperatorias importantes (fístula rectovaginal, sangrado postoperatorio...) realizada por manos expertas es una intervención segura en pacientes seleccionados con unos buenos resultados funcionales y una mejoría en el síndrome de defecación obstructiva. (9)

En cuanto a la duda de preservar el útero o realizar una histerectomía, se ha observado que la recolocación del éste en su posición anatómica original conlleva unos beneficios asociados tanto quirúrgicos con funcionales y psicológicos en este tipo de intervención, además de evitar las potenciales complicaciones asociadas a una histerectomía. (7) (2)

Con la cirugía POPS asociada a una resección STARR para el tratamiento del prolapso de órganos pélvicos y síndrome de defecación obstructiva se obtienen unos buenos resultados anatómicos y funcionales, con una reducción o desaparición completa de los síntomas y signos que las pacientes presentaban preoperatoriamente. Es una intervención segura y que puede ser adecuada principalmente en aquellas mujeres con prolapsos pélvicos multiorgánicos y con una pared vaginal elongada y con buen trofismo. (10).

Probablemente sean necesarios más estudios para objetivar y comprobar la reproductibilidad de los resultados y el mantenimiento a largo plazo de los mismos.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Jelovsek JE, Maher C, Barber MD. Pelvic Organ Prolapse. The Lancet. 2007 March; 369(9566).
2. Giarenis I, Robinson D. Prevention and management of pelvic organ prolapse. F1000 Prime Rep. 2014 Sep; 6(77).
3. Ward RM, Velez Edwards DR, Edwards T, Giri A, Jerome RN, Wu JM. Genetic Epidemiology of Pelvic Organ Prolapse: A Systematic Review. Am J Obstet Gynecol. 2014 Oct; 211.





*Archivos de Coloproctología*, 2019; 2(4):43-51

DOI: [https://doi.org/10.26754/ojs\\_arcol/arch\\_colo.201944161](https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201944161)

4. Sung W, Washington B, Raker CA. Costs of ambulatory care related to female pelvic floor disorders in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 May; 202(5).
5. Maher CF, Qatawneh AM, Dwyer PL, Carey MP, Cornish A, Schluter PJ. Abdominal sacral colpopexy or vaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault prolapse: A prospective randomized study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 January; 190(1).
6. Geomini P, Brölmann H, Van Binsbergen N, Mol B. Vaginal vault suspension by abdominal sacral colpopexy for prolapse: a follow up study of 40 patients. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001 Feb; 94(2).
7. Ceci F, Spaziani E, Corelli S, Casciaro G, Martellucci A, Constantino A, et al. Technique and outcomes about a new laparoscopic procedure: the Pelvic Organ Prolapse Suspension (POPS). *G Chir*. 2013 May; 34(5-6).
8. Renzi A, Brillantino A, Di Sarno G, D'Aniello F, Giordano A, Stefanuto A, et al. PPH-01 Versus PPH-03 to Perform STARR for the Treatment of Hemorrhoids Associated With Large Internal Rectal Prolapse. *Surg Innov*. 2011 Sep; 18(3).
9. Ambe P, Weber S, Esfahani B, Köhler L. Surgical options in the treatment of the obstructed defaecation syndrome. *Dtsch Med Wochenschr*. 2011 Mar; 136(12).
10. Ceci F, Spaziani E, Casciaro G, Corelli S, Martellucci A, Constantino A, et al. Multiorgan female pelvic prolapse: pelvic organ prolapse suspension (P.O.P.S.) stapled transanal rectale resection (S.T.A.R.R.): new surgical techniques and results. *Ann Ital Chir*. 2013 Nov-Dec; 84(6).