

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: [http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=260&Itemid=242](http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242)

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

## XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

RECTOPEXIA VENTRAL LAPAROSCÓPICA ROBÓTICA

Autores:

Autor presentador:

J. Gómez Zabala

Resto de autores:

A. Loizate, J. Fernández, I. Vilar, M. García, S. Leturio, S. Ruiz, A. Gómez Palacios, J. Méndez.

Institución:

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.

Hospital Universitario de Basurto.

Bilbao. España.

Resumen de comunicación:

Introducción:

El prolapso rectal es la protrusión de la pared rectal a través del esfínter anal o bien el descenso circunferencial del intestino a través del ano. Se trata de un problema infrecuente pero muy molesto, especialmente cuando se asocia a incontinencia fecal.

Existen multitud de técnicas quirúrgicas para el tratamiento de esta patología y ninguna de ellas se considera la ideal, ya que su escasa incidencia hace que sea muy difícil realizar estudios prospectivos y randomizados.

En este video se muestra la realización de una rectopexia ventral laparoscópica asistida por el robot Da Vinci.

Objetivo:

Demostrar la utilidad que tiene el sistema quirúrgico Da Vinci para realizar este tipo de procedimientos.

Material y método:

Varon de 44 años, apendicectomizado e intervenido de un prolapso rectal en el año 2007 por vía perineal, mediante la técnica de Delorme.

Acude por recidiva del prolapso rectal, que condiciona la vida diaria del enfermo.

Exploraciones complementarias sin hallazgos patológicos de interés.

El vídeo muestra un esquema de la técnica quirúrgica y la localización de los puertos de trabajo.

En primer lugar se realiza el diseño de la malla que vamos a colocar al paciente, en forma de "L" o "palo de golf".

La disección comienza a nivel del promontorio sacro, con la apertura de la hoja de peritoneo visceral del colon, que va extendiéndose a lo largo de la cara lateral derecha del colon sigmoidees y recto, hasta llegar al fondo de saco de Douglas. Tras abrir la reflexión peritoneal, se continúa la

# SECLA ENDOSURGERY

disección hacia el recto distal avanzando por las caras anterior y posterior del mismo. Una vez completada la disección del recto, se procede a la colocación de la malla fijada con varios puntos sueltos de material irreabsorbible. Se coloca la malla ocupando toda la cara anterior del recto en su porción más distal y extendiéndose por la cara lateral derecha hasta alcanzar el plano posterior para quedar anclada a nivel del promontorio sacro. A continuación se procede al cierre del plano peritoneal abierto con el fin de que la malla quede enterrada y aislada de las asas intestinales.

En un plano general se observa cómo queda la zona al finalizar la intervención quirúrgica.

#### Resultados:

La intervención quirúrgica fue llevada a cabo sin complicaciones.

Durante el postoperatorio el paciente presentó una evolución favorable, siendo dado de alta al 4º día.

#### Conclusiones:

El sistema quirúrgico Da Vinci se ha mostrado como una herramienta útil y segura para la realización de múltiples procedimientos quirúrgicos en los que el campo quirúrgico se sitúa en la región pélvica del enfermo. En nuestra opinión la utilización del robot para la realización de la rectopexia facilita de una manera notable la labor del cirujano y puede llevarse a cabo con total seguridad. Obtenemos un gran beneficio debido a la mejor visión que ofrece el robot, fundamentalmente en campos quirúrgicos más reducidos y donde la disección del cirujano ha de ser más precisa. Además de esto, gracias a la articulación de sus pinzas, tanto la fijación de la malla con puntos como la reperitonización de la zona intervenida, resultan mucho más sencillas y cómodas que con la cirugía laparoscópica convencional.

Sin embargo al tratarse de una patología infrecuente, resulta muy complicado poder establecer comparaciones entre ambos abordajes (laparoscópico y robótico) ya que se realizan muy pocos procedimientos de este tipo como para poder establecer diferencias significativas.