

Resultados funcionales en el tratamiento del prolapso rectal

Víctor Cortés Fuentes^{1,a}, Rodrigo Azolas M.^{1,b}, Mario Abedrappo M.^{1,c}, Antonella Sanguinetti M.^{1,d}, Mauricio Díaz B.^{1,e}, Jose Luis Llanos B.^{1,f}

Quality of life and functional outcomes of rectal prolapse surgery

Background: Rectal prolapse is a rare clinical entity, usually accompanied by other pelvic floor disorders, with a negative impact on quality of life. There are few models of quality of life adapted to our reality. One of them is the EQ-D5, adapted by Olivares-Tirado. **Objectives:** To evaluate the quality of life and functional outcomes of rectal prolapse surgery between 2015 and 2021 and correlate them with the different abdominal techniques. **Material and Methods:** This is a retrospective, observational, cross-sectional and cohort study. A total of 84 patients were screened, 59 were included. The EQ-D5 Survey was used for the analysis of quality of life. To complement the study, the Cleveland Clinic Incontinence Score and the Constipation Scoring System were measured. **Results:** There were significant changes in all surveys applied to pre- and postoperative improvement, with no differences between surgical techniques, but with a lower rate of postoperative stay in the laparoscopic group. **Discussion:** There is an improvement in the postoperative quality of life that is reflected in the indices obtained, independent of the surgical technique, however, this is attenuated in recidivated patients, which is related to the literature, also without finding differences between the techniques. There is less postoperative constipation in the ventral rectopexy technique. **Conclusions:** There is improvement in the quality of life independent of the surgical technique, without changes in relapsed patients. Perhaps the fastest and easiest technique for handling should be chosen, ideally laparoscopic.

Keywords: rectal prolapse; quality of life; rectopexy.

Resumen

Introducción: El prolapso rectal es una entidad clínica poco frecuente, habitualmente acompañada de otras alteraciones del piso pélvico, con un impacto negativo en la calidad de vida. Existen pocos modelos de calidad de vida adaptados a nuestra realidad. Uno de ellos es el EQ-D5, adaptada por Olivares-Tirado. **Objetivos:** evaluar la calidad de vida y los resultados funcionales de la cirugía de prolapso entre 2015 y 2021 y correlacionarlos con las distintas técnicas abdominales. **Material y Métodos:** Este es un estudio retrospectivo, observacional, transversal y de cohorte. Se pesquisaron 84 pacientes, se incluyeron 59. Para el análisis de la calidad de vida se utilizó la Encuesta EQ-D5. Para complementar el estudio se midió el *Cleveland Clinic Incontinence Score* y el *Constipation Scoring System*. **Resultados:** Hubo cambios significativos en todas las encuestas aplicadas a la mejoría en pre y postoperatorio, sin existir diferencias entre técnicas quirúrgicas, pero con menor índice de estadía postoperatoria en el grupo laparoscópico. **Discusión:** Existe una mejoría en la calidad de vida postoperatoria que se refleja en los índices obtenidos, independiente de la técnica quirúrgica, no obstante, esta se ve atenuada en pacientes recidivados, lo que se relaciona con la literatura, también sin encontrar diferencias entre las técnicas. Existe menos constipación postoperatoria en la técnica de rectopexia ventral. **Conclusiones:** Existe mejoría en la calidad de vida independiente de la técnica quirúrgica, sin cambios en pacientes recidivados. Ante ello, se debiera elegir la técnica más rápida y sencilla para el manejo, idealmente laparoscópica.

Palabras clave: prolapso rectal; calidad de vida; rectopexia.

¹Hospital Clínico Universidad de Chile, Departamento de Cirugía. Santiago, Chile.

^a<https://orcid.org/0000-0002-0345-9939>

^b<https://orcid.org/0000-0002-6887-6450>

^c<https://orcid.org/0000-0001-8814-9202>

^d<https://orcid.org/0000-0002-7992-5692>

^e<https://orcid.org/0000-0002-9616-5074>

^f<https://orcid.org/0000-0003-1182-0891>

Recibido el 2023-06-13 y aceptado para publicación el 2023-07-10.

Correspondencia a:

Dr. Víctor Cortés F.
janophno11@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Introducción

El prolapso rectal es una entidad clínica infrecuente, habitualmente acompañada de otras alteraciones del piso pélvico, con un impacto negativo en la calidad de vida. Se define como el descenso circunferencial de toda la pared rectal que se inicia por encima de la reflexión peritoneal pudiendo o no protruir por el conducto anal, siendo así completo o parcial, forma en que lo clasifica Altemeier¹. Su presentación clínica es variada, con varios factores de riesgo, y una incidencia real no bien precisada². La incontinencia fecal se asocia en alrededor del 50 a 75% de los pacientes, refiriéndose también constipación con bloqueo defecatorio que usualmente precede al prolapso, rectorragia y dolor³. Se estima que la cirugía fracasa en un 20-30% de los casos⁴. En las últimas 3-4 décadas se ha introducido un número importante de técnicas quirúrgicas abdominales, con objeto de corregir tanto el prolapso interno como externo asociado a síndrome de bloqueo defecatorio y/o incontinencia⁵. Tradicionalmente los procedimientos perineales se han reservado para pacientes añosos, no aptos a tolerar una cirugía por vía abdominal⁶. Los procedimientos abdominales han sido ampliamente desarrollados y usualmente incluyen una rectopexia, ya sea ventral o posterior, asociado o no al uso de malla bajo la reflexión peritoneal, y pueden ser desarrollados tanto por vía abierta como laparoscópica o robótica⁶. El estudio randomizado más grande para cirugía de prolapso externo, PROSPER, mostró que no existían diferencias significativas en recurrencia, función intestinal o calidad de vida entre las distintas técnicas^{2,5}. Varias herramientas se han usado para evaluar los resultados postoperatorios de los distintos procedimientos, pero no tienen en cuenta la valoración de los síntomas por parte de los pacientes³. En Chile, existen pocos modelos de calidad de vida adaptados a la realidad socio cultural. Uno de ellos es el EQ-D5, adaptada por Olivares-Tirado^{7,8}. A su vez existe

una serie de instrumentos para la determinación de la constipación o incontinencia que puedan existir tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio, encontrándose dentro de estos el FIQL, FISI, *Constipation scoring system*, *Cleveland Clinic incontinence score*^{9,10}. El estudio actual tiene como objetivo evaluar la calidad de vida y los resultados funcionales de la cirugía de prolapso entre 2015 y 2021 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, y correlacionarlos con las distintas técnicas quirúrgicas utilizadas.

Material y Métodos

Este es un estudio retrospectivo, observacional, transversal, analítico y de cohorte. Se incluyeron los pacientes operados entre 2015 y 2021, con técnicas quirúrgicas abdominales, excluyéndose aquellos fallecidos al momento de la encuesta, los que rehusaron su participación y las técnicas perineales. Se recopilaron datos clínico-demográficos, preoperatorios tanto en el examen físico como imagenológicos, y operatorios como técnica quirúrgica, tiempo quirúrgico, morbilidad y estadía hospitalaria. Se registro el seguimiento, porcentaje de recidiva y necesidad de reoperación por esta causa. En total se pesquisaron 84 pacientes, y se incluyeron 59. Para el análisis de la calidad de vida se utilizó la Encuesta EQ-D5 (Figura 1) que evalúa 5 dimensiones de calidad de vida, aplicándose tanto al preoperatorio como al postoperatorio. Esta encuesta incluye preguntas sobre movilidad, cuidados personales, Actividades habituales, dolor y apreciación anímica, las cuales se puntúan en una escala de 1 a 3, que arroja una serie de 5 dígitos (ej. 11.123), que se correlaciona a un valor, el cual se encuentra validado por Zarate et al. Estos valores fueron comparados en el pre y postoperatorio. Para complementar el estudio de calidad de vida se midió el *Cleveland Clinic incontinence score* (CCIS) (Figura 2) y el *Constipation Scoring system* (CSS)

	Nunca	Rara vez (menos de una vez al mes)	A veces (al Menos de una vez al mes)	Seguido (menos de una vez al día)	Siempre (todos los días)
¿Sólidos?					
¿Líquidos?					
¿Gas?					
¿Usaba gases en su ropa interior?					
Estilo de vida					

Figura 1. Cleveland Clinic Incontinence Score (CCIS).

(Figura 3), ambos métodos validados en forma internacional y que arrojan puntaje, que se compararon para definir cambios con relación a la constipación o incontinencia. Estas encuestas fueron realizadas de forma telefónica previo consentimiento.

Para el análisis estadístico se aplicó estadística descriptiva, con medidas de resumen (tendencia central y dispersión), frecuencia absoluta y relativa. Para la comparación de variables cuantitativas se aplicó la prueba de Mann-Whitney para datos pare-

		0	1	2	3	4	5
¿Como era su frecuencia?	1-2 cada 1-2 días = 0						
	2 por semana =1						
	una por semana =2						
	Menos de una por semana =3						
	menos de una por mes =4						
Dificultad: ¿Tenía evacuación dolorosa?	nunca =0						
	Rara vez =1						
	a veces =2						
	usualmente =3						
	siempre =4						
¿Tenía sensación de evacuación incompleta?	nunca =0						
	Rara vez =1						
	a veces =2						
	usualmente =3						
	siempre =4						
¿Dolor abdominal?	nunca =0						
	Rara vez =1						
	a veces =2						
	usualmente =3						
	siempre =4						
¿Minutos en el baño por intento?	menos de 5 =0						
	5 a 10 =1						
	10 a 20 =2						
	20 a 30 =3						
	más de 30 =4						
¿Tenía Asistencia en deposiciones?	sin asistencia =0						
	laxantes =1						
	enemas o digital =2						
¿Tenía Fallas en defecar en 24 h?	nunca =0						
	1 a 3 = 1						
	3 a 6 =2						
	6 a 9 =3						
	mas de 9 =4						
historia de constipación en años	0 =1						
	1 a 5 =2						
	5 a 10 =3						
	10 a 20 =4						
	mas de 20 =5						

Figura 2. Constipation Scoring System (CSS).

dos, mientras que para las variables cualitativas se aplicó Chi-cuadrado. Se considero una significancia estadística con $p < 0,05$. El análisis de datos se realizó mediante el programa STATA V17.0

Resultados

Se recopilaron los datos de 59 pacientes operados por prolapso rectal entre 2015 y 2021. La mediana de edad fue de 58 años (21-97,) y 58 pacientes (98,3%) eran de sexo femenino. El IMC promedio fue 26,19 (DS 4,57), encontrándose 12 pacientes (20%) con obesidad y 21 (35%) con sobrepeso. 25,4% de los pacientes presento HTA, otro 25,4% trastornos de los hidratos de carbono, 21% hipotiroidismo y 11,6% trastornos psiquiátricos. La sintomatología en promedio fue de 50,35 (DS 46,3) meses previos a la cirugía, la cual se caracterizó principalmente como abombamiento rectal en un 58% como único síntoma o asociado a otro, seguido de constipación en un 46,6% como síntoma único o asociado. En este mismo escenario encontramos la incontinencia en 13% y rectorragia en 11%. Destaca que la combinación de constipación más incontinencia aparece solo en 5% (Tabla 1). Al examen físico destaca el tacto rectal con hipotonía en 45% y se

		1	2	3
Respecto a su movilidad	no Tengo problemas para caminar			
	Tengo algunos problemas para caminar			
	Tengo que estar en cama			
Respecto a su cuidado personal	No tengo problemas con mi cuidado personal			
	Tengo algunos problemas para vestirme solo o lavarme			
	soy incapaz de lavarme o vestirme solo			
Respecto a sus actividades habituales	no tengo problemas para realizar mis actividades habituales			
	Tengo algunos problemas para realizar mis actividades habituales			
	Soy incapaz de realizar mis actividades habituales			
Respecto a su dolor o malestar	No tengo dolor ni malestar			
	Tengo dolor o malestar moderado			
	Tengo mucho dolor o malestar			
Respecto a síntomas de angustia /depresión	No estoy angustiado o deprimido			
	Estoy moderadamente angustiado o deprimido			
	Estoy muy angustiado o deprimido			

Figura 3. Cuestionario EQ-5D.

Tabla 1. Resumen de datos demográficos (* 1 paciente de sexo masculino en serie SP)

	Sacropromontofijación	Rectopexia ventral	Total	Valor p
Edad (mediana)	65,5 (33-97)	58 (23-91)	59	0,75
Sexo femenino (%) *	32 (55,1)	26 (44,9)	58	0,37
IMC	26,6 (N=33)	25,6 (N = 26)	59	0,64
HTA (%)	8 (53,3)	7 (46,6)	15	0,9
Diabetes (%)	9 (60)	6 (40)	15	0,7
Tabaquismo (%)	15 (55,5)	12 (45,5)	27	0,57
ASA I (%)	10 (58,8)	7 (41,2)	17	0,8
ASA II (%)	13 (54,1)	11 (45,9)	24	0,5
ASA III (%)	10 (55,5)	8 (44,5)	18	0,9
Cirugía de prolapso previa	5 (55,5)	4 (44,5)	9	0,9
Tiempo de enfermedad (meses)	43,8 (N = 33)	48,8 (N = 26)	59	0,601
Prolapso completo o incompleto (%)	24 (61,5)	15 (38,5)	39	0,5
Sin prolapso clínico (%)	7 (35)	13 (65)	20	0,05
Abombamiento (%)	18 (52,9)	16 (41,1)	34	0,7
Constipación (preoperatoria) (%)	16 (57,1)	12 (42,9)	28	0,39
Incontinencia (preoperatoria) (%)	3 (30%)	7 (70%)	10	0,284

evidencio prolapso completo o parcial al examen en 66,6% de los pacientes. 13% presento ulcera rectal solitaria. El promedio de partos fue de 2,7 (0-12, DS 1,8), con 2,1 (DS 1,5) para partos vaginales y 33,3% de macrosomía fetal. Dentro del estudio imagenológico, el examen de elección fue la RM o defecoRM en 77,9%, sin diferencias según técnica empleada. No se realizó estudio imagenológico en 7 pacientes (12,1%). El hallazgo radiológico más frecuente fue el rectocele en 91,4%, e invaginación rectorrectal en 49% (en la mayoría de los casos se solapan estos hallazgos). De los estudiados con RM 58,6% tuvo prolapso completo o incompleto, de los cuales el 66,6% fue a sacropromontofijación, caso inverso de los pacientes sin prolapso clínico en RM, que en el 68,4% fueron a rectopexia ventral (Tablas 2 y 3).

En lo quirúrgico (Tabla 4), 9 pacientes (15%) tuvieron cirugías previas por prolapso rectal, siendo la sacropromontofijación lo predominante. La cirugía más frecuente fue la sacropromontofijación en 33 pacientes (53,3%), seguida de la rectopexia ventral en 26 pacientes (45%). 23 pacientes (38,3%) requirieron un procedimiento asociado, siendo el 100% ginecológico. En todos se instaló malla. 50 casos (85%) fueron por laparotomía (30 sacropromontofijación y 20 rectopexias) y 9 (15%) por vía laparoscópica, con uno convertido (3 sacropromontofijación y 6 rectopexias) (Tabla 4). Hubo 5 (8,4%) complicaciones intra o postoperatorias precoces (Tablas 5 y 6), siendo la más frecuente el íleo adinámico en 3 casos, uno de ellos asociado a síndrome compartimental, todas en el grupo de sacropromontofijación por vía abierta, mostrando diferencias significativas.

Tabla 2. Resumen resultados por imagen realizada

	Sacropro-montofijación	Rectopexia ventral	Total	Valor p
Resonancia magnética	24	22	46	-
Otro estudio	8	5	13	-
Total	31	28	59	0,76

Tabla 3. Correlación de tipo de prolapso con resonancia magnética

	Sacropro-montofijación	Rectopexia ventral	Total	Valor p
Prolapso clínico	18	9	27	-
Sin prolapso	6	13	19	-
Total	24	22	46	0,019

Tabla 4. Resúmenes resultados quirúrgicos inmediatos

	Sacropro-montofijación	Rectopexia ventral	Total	Valor p
Abierto	30	20	50	0,138
Laparoscópico	3	6	9	
Malla	33	26	59	0,230
Cirugía Concomitante	11	12	23	1
Tiempo Quirúrgico (promedio)	128,1	108,4	-	0,258
Tiempo de estadía (promedio)	5,7	2,8	-	0,81

Tabla 5. Complicaciones

Complicación	Clavien-Dindo	Cirugía	Laparoscópico/abierto
Síndrome Adherencial	IV	Sacropromontofijación	Abierta
Infección Sitio Quirúrgico	I	Sacropromontofijación	Abierta
Íleo Adinámico/ Síndrome compartimental	II	Sacropromontofijación	Abierta
Íleo Adinámico	I	Sacropromontofijación	Abierta
Íleo Adinámico	I	Sacropromontofijación	Abierta

Tabla 6. Análisis de complicaciones

	Sacropromontofijación abierta	Sacropromontofijación laparoscópica	Rectopexia ventral abierta	Rectopexia ventral laparoscópica	Valor de p
Complicación	5	0	0	0	0,209
Sin complicación	25	3	20	6	
	30	20	3	6	

El tiempo quirúrgico promedio fue de 114 minutos y el tiempo de estadía hospitalaria de 4,4 días. El seguimiento en promedio fue de 24 meses (26 para sacropromontofijación, 21 para rectopexia) (7-82), detectándose 8 recidivas (13%), 7 de sacropromontofijación, con un promedio de aparición a los 21 meses, cuya reparación fue con rectopexia ventral.

Resultados de encuestas

Se evaluaron escalas descritas pre y postoperatorias, vía telefónica y previo consentimiento. Se aplicó el *Constipation Scoring System*. Esta evaluación arrojó en promedio un puntaje de 13,75 en su modalidad preoperatoria y de 5,7 en su versión postoperatoria. Al comparar los índices existen diferencias significativas en relación con el pre y postoperatorio obteniendo valor $p < 0,001$. Al comparar por grupos, en relación con la técnica quirúrgica, no existen diferencias significativas postoperatorias con promedio de 4,2 vs 2,5 ($p = 0,57$) para sacropromontofijación y rectopexia ventral respectivamente. En relación con la incontinencia se aplicó el *Cleveland Clinic Incontinence Score*. Esta evaluación arrojó un promedio de puntaje de 7,2 en el preoperatorio y de 3,13 en el postoperatorio. Al comparar estos índices se evidencia diferencias significativas obteniendo un valor de $p < 0,001$, sin diferencias al comparar en subgrupos según técnica quirúrgica obteniendo un promedio de 5,1 vs 5,9 ($p = 0,88$) en sacropromontofijación y rectopexia ventral respectivamente (Figuras 4 y 5).

Finalmente, al evaluar la encuesta EQ-D5 (Tabla 7) se observan diferencias significativas en la mayoría de las dimensiones, al comparar preoperatorio y postoperatorio con $p < 0,05$, encontrando mejoras en los índices, dolor y angustia o depresión postoperatorio que se vieron disminuidos. En los ítems cuidados personales y actividades habituales en particular se aprecian diferencias significativas, pero en general existen buenos índices tanto en pre como en postoperatorio ($p = 0,0258$ y $p = 0,015$). En la

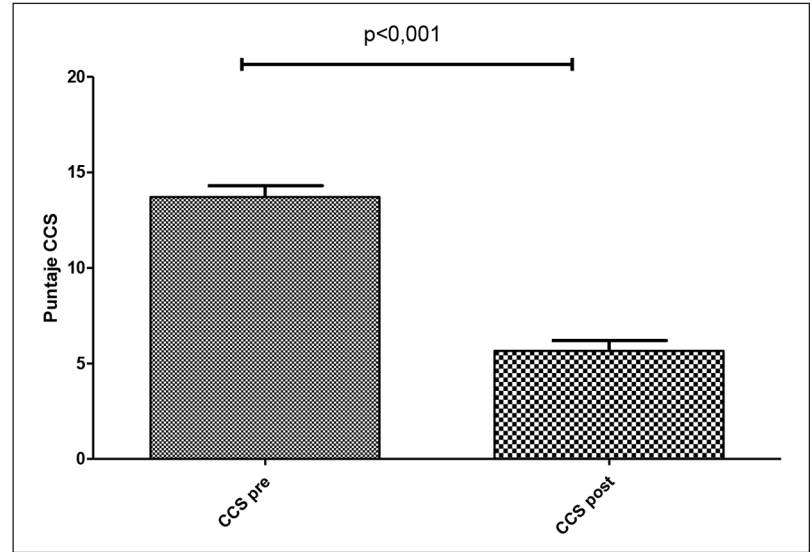


Figura 4. Gráfico valores CSS (Constipation Scoring System) pre y postoperatorio.

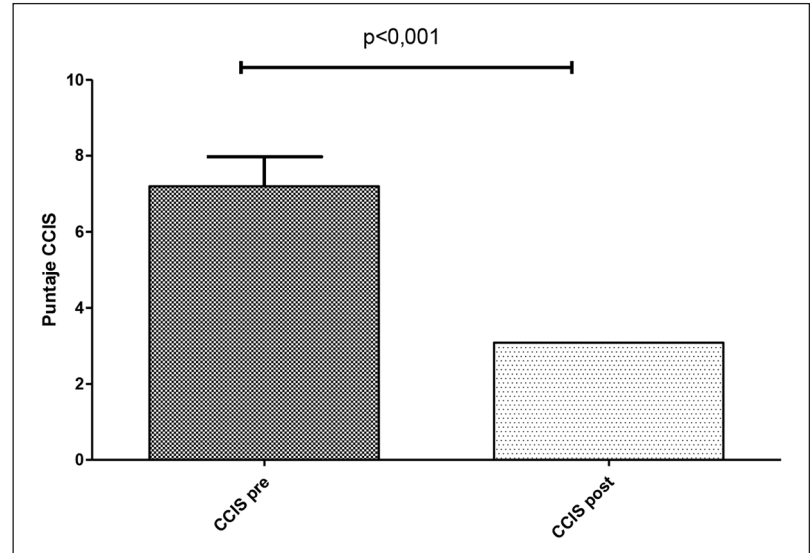


Figura 5. Gráfico valores CCIS (Cleveland Clinic Incontinence Score) pre y post operatorio.

Tabla 7. Resúmenes resultados EQ-5D

	Valor EQ-5D preoperatorio	Valor EQ-5D postoperatorio	Valor p
Dimensión movilidad	0,032	0,19	0,0023
Dimensión cuidado personal	0,016	0,098	0,0258
Dimensión actividades habituales	0,049	0,18	0,0115
Dimensión dolor	0,19	0,78	0,00001
Dimensión angustia	0,2	0,8	0,00001
Sumatoria global	0,4	0,9	0,0001

Tabla 8. Resultados por cirugía

	EQ-5D preoperatorio	EQ-5D postoperatorio	Valor p
Rectopexia ventral laparoscópica	0,62	0,96	< 0,001
Rectopexia ventral abierta	0,44	0,94	< 0,001
Sacropromontofijación laparoscópica	0,9	1	0,8
Sacropromontofijación abierta	0,45	0,85	< 0,001

sumatoria global hay un cambio significativo en la formula pre y postoperatoria, alcanzando $p < 0,05$. Al realizar el análisis por técnica quirúrgica, no se aprecian diferencias en calidad de vida, por cada dimensión de la encuesta, sin identificar diferencias en el abordaje abierto v/s laparoscópico (Tabla 8). En relación con el subgrupo de pacientes recidivados y operados, al comparar el promedio de calidad de vida pre y post operatorio de la recidiva, se encontró un 50% de los pacientes con una percepción igual o peor, sin evidenciar diferencias significativas en el promedio de EQ-5D (0,543 V/S 0,768, $p=0,2$). Es importante destacar que, si bien el seguimiento es en promedio 24 meses, existe una amplia dispersión. Las encuestas fueron realizadas en promedio 46 meses después del procedimiento inicial. Se agrego una pregunta sobre la percepción general, calificando el cambio de vida como “mejor” en un 80% y como peor en 3,3%, sin existir diferencias significativas en relación con la técnica quirúrgica.

Discusión

En nuestra institución se han realizado varios procedimientos para la reparación del prolapso rectal en los últimos 6 años, viendo un aumento en la cirugía laparoscópica y disminución en procedimientos perineales. Es conocido que el grupo etéreo de mayor incidencia en esta patología son mujeres sobre 50 años, asociado a sobrepeso u obesidad y a partos vaginales, encontrándose en esta serie el promedio de edad en 58 años, con una abrumante mayoría en sexo femenino, sobrepeso, y con un promedio de partos vaginales de 2,1 lo que está de acuerdo con lo reflejado en la literatura³. La media de seguimiento fue de 24 meses, número que es un poco menor en relación con lo publicado, donde se observan seguimientos de hasta 60 meses, no obstante, se puede lograr una aproximación en relación a los resultados en términos de calidad de vida^{9,11}. En este tiempo de seguimiento se observó una reci-

diva del 13% de los pacientes (87,5% sacropromontofijación y 12,5% rectopexia ventral). Al revisar la literatura observamos que no existen diferencias significativas en términos de la recidiva cotejándola con la técnica quirúrgica. El estudio PROSPER compara técnicas perineales entre sí y abdominales entre sí, no encontrando significancia, aunque en el número absoluto de la recurrencia se observó un aumento no esperado en técnicas abdominales alcanzando un 19% de esa muestra². Existen estudios que muestran recurrencias menores, alcanzado 5,2 a 7,6%, según lo descrito en la revisión de Tou et al, no identificando diferencias entre las técnicas usadas^{12,13}. En relación con el subgrupo de pacientes recidivados y operados en esta serie, 50% tuvo una percepción igual o peor, sin evidenciar diferencias significativas en EQ-5D, lo que es consistente con lo reportado en la literatura^{2,12,14,15}.

Varios estudios reportan mejoría en los índices de incontinencia usando el *score* CCIS, mostrando disminución en índices de hasta 8 puntos en seguimiento, independiente de la técnica quirúrgica y con impacto en la calidad de vida, que se sinergia con el uso de mallas, mostrando también menos recurrencia según el metaanálisis de Hajibandeh^{10,14}. Nuestros resultados muestran esta tendencia a la mejoría de los índices de incontinencia con promedio de 4,9 puntos que si bien no alcanza los valores óptimos de lo descrito en la literatura si muestra una significancia estadística con impacto en la calidad de vida. Cabe destacar que en esta serie todos los pacientes, fueron reparados con malla. Otro tópico interesante en relación con los resultados funcionales es la constipación. En esta serie un 46,6% de los pacientes reporto constipación, que fue evaluada con el *Constipation scoring system*, mostrando una diferencia promedio de 8 puntos a la mejoría entre pre y postoperatorio, independiente de la técnica quirúrgica. La constipación se presentó como hallazgo nuevo en el postoperatorio de 8 pacientes (13,3%), de los cuales el 75% fue a sacropromontofijación. Al revisar estudios, encontramos mejorías precoces

desde los 3 meses, con reducciones del índice hasta 50% en su puntaje, pero con mayor intensidad en pacientes sometidos a rectopexia ventral, sin encontrarse además constipación ad-novo^{9,16,17}. La explicación probable a la aparición de esta sintomatología podría ser la movilización de estructuras nerviosas autonómicas al momento de la disección del espacio presacro previo a instalación de malla protésica^{9,13}.

La calidad de vida fue evaluada con el cuestionario EQ-5D. Existen diversas encuestas que evalúan los resultados de calidad de vida en relación con el prolapso, de las cuales destaca SF-36, FIQL o VAS, todos mostrando mejores resultados respecto al preoperatorio y con incremento hacia el seguimiento tardío^{2,9,10,18}. Nuestros resultados son compatibles con lo reportado en la bibliografía respecto a la calidad de vida, logrando significancia estadística en pre y postoperatorio, con un incremento de calidad de vida de un 40% de acuerdo con los índices registrados. Este hallazgo es significativo incluso en los pacientes que tienen seguimientos más tardíos, manteniéndose la tendencia de lo descrito en estudios como PROSPER o la revisión de Degaspery y Laitakari^{2,11,19}.

La morbilidad en esta serie alcanzó un 8,4%, todas en sacropromontofijación abierta, sin diferencias estadísticas (dada la falta de n) ($p=0,209$), con los demás grupos (Tabla 6.). Esta tendencia observada en el grupo de sacropromontofijación abierta, pudiera tener un valor clínico en relación a los resultados, ya que las complicaciones fueron dadas por la movilización de asas en contexto de la complejidad técnica en todos los pacientes. La literatura describe una tasa de complicación en sacropromontofijación del orden de 10,5% hasta 31%, dada principalmente por la disección de la fascia presaca y su complejidad anatómica, y complicaciones en relación con instalación de malla que son escasas, siendo alrededor de 1-2% o no presentado^{12,14-20}. Esta serie no presenta complicaciones en relación con la instalación de malla protésica o a la técnica rectopexia ventral abierta o laparoscópica, hallazgo no precisado en otras revisiones donde se muestran tasas de complicación comparables entre ambas técnicas abdominales como aparece en lo descrito por Hajibandeh^{2,14}.

Este estudio tiene varias limitaciones que deben ser comprendidas previo a la interpretación de los resultados. Podría haber sesgo de memoria dada la naturaleza retrospectiva, en la selección de los pacientes o en la respuesta a las encuestas. Tampoco existe consideración respecto a la *expertise* del cirujano que realiza el procedimiento y el seguimiento más corto en pacientes con rectopexia ventral.

Conclusiones

Existe una mejoría en la calidad de vida postoperatoria, lo que se refleja en los índices obtenidos en esta revisión, independiente de la técnica quirúrgica; no obstante, esta se ve atenuada en pacientes recidivados, sin encontrar diferencias entre las técnicas usadas. Existe menos constipación postoperatoria en el grupo operado por técnica de rectopexia ventral, con los beneficios de su modalidad laparoscópica. Si bien los resultados en esta serie son buenos, se necesitan mayores esfuerzos en realizar estudios prospectivos y/o multicéntricos para evaluar el real impacto de una técnica sobre otra en la calidad de vida.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Taxonomia CRediT de contribución a la autoría:

1. Conceptualización: Victor Cortes, Rodrigo Azolas
2. Curación de datos: Victor Cortes
3. Análisis formal: Victor Cortes, Rodrigo Azolas, Mario Abedrapo, Antonella Sanguineti, Mauricio Diaz, Jose Luis Llanos
4. Adquisición de fondos: (--)
5. Investigación: Victor Cortes
6. Metodología: Victor Cortes, Rodrigo Azolas
7. Administración del proyecto: Victor Cortes
8. Recursos: Victor Cortes
9. Software: Victor Cortes
10. Supervisión: Rodrigo Azolas, Mario Abedrapo, Antonella Sanguineti, Mauricio Diaz, Jose Luis Llanos
11. Validación: Victor Cortes, Rodrigo Azolas, Mario Abedrapo, Antonella Sanguineti, Mauricio Diaz, Jose Luis Llanos
12. Visualización: Victor Cortes, Antonella Sanguineti
13. Redacción - borrador original: Victor Cortés
14. Redacción - revisión y edición: Victor Cortes, Rodrigo Azolas, Mario Abedrapo, Antonella Sanguineti, Mauricio Diaz, Jose Luis Llanos

Bibliografía

1. Nacion AJD, Park YY, Kim HS, Yang SY, Kim NK. Surgical Treatment of Rectal Prolapse: A 10-Year Experience at a Single Institution. *The Journal of Minimally Invasive Surgery*. 2019;22;164-70.
2. Senapati A, Gray RG, Middleton LJ, Harding J, Hills RK, Armitage NCM, et al. PROSPER: A randomised comparison of surgical treatments for rectal prolapse. *Colorectal Disease*. 2013;15;858-68.
3. Neshatian L, Lee A, Trickey AW, Arnow KD, Gurland BH. Rectal Prolapse: Age-Related Differences in Clinical Presentation and What Bothers Women Most. *Dis Colon Rectum* 2021;64;609-16.
4. Hotouras A, Ribas Y, Zakeri S, Bhan C, Wexner SD, Chan CL, et al. A systematic review of the literature on the surgical management of recurrent rectal prolapse. *Colorectal Disease* 2015;17;657-64.
5. Singh S, Ratnatunga K, Bolckmans R, Iqbal N, Jones O, Lindsey I, et al. Patients' Perception of Long-term Outcome After Laparoscopic Ventral Mesh Rectopexy; Single Tertiary Center Experience. *Ann Surg* [Internet]. 2022;276: e459-65. Available from: <https://journals.lww.com/10.1097/SLA.0000000000004559>
6. Smedberg J, Graf W, Pekkari K, Hjerm F. Comparison of four surgical approaches for rectal prolapse: multicentre randomized clinical trial. *BJS Open* 2022;6;1-11.
7. Olivares P. Calidad de vida relacionada a la salud (HR-QoL) En población general. Chile 2005. Departamento de estudios y desarrollo MINSAL. May 2006. p1-24
8. Zarate V, Kind P, Valenzuela P, Vignau A, Olivares-Tirado P, Munoz A. Social valuation of EQ-5D health states: The Chilean case. *Value in Health*. 2011;14:1135-41.
9. Tsunoda A, Takahashi T, Matsuda S, Oka N, Kusanagi H. Midterm functional outcome after laparoscopic ventral rectopexy for external rectal prolapse. *Asian J Endosc Surg*. 2020;13;25-32.
10. Randall J, Smyth E, McCarthy K, Dixon AR. Outcome of laparoscopic ventral mesh rectopexy for external rectal prolapse. *Colorectal Disease*. 2014;16; 914-9.
11. Laitakari KE, Mäkelä-Kaikkonen JK, Kössi J, Kairaluoma M, Koivurova S, Pollari L, et al. Mid-term functional and quality of life outcomes of robotic and laparoscopic ventral mesh rectopexy: multicenter comparative matched-pair analyses. *Tech Coloproctol*. 2022;26;253-60.
12. Tou S, Brown SR, Malik AI, Nelson RL. Surgery for complete rectal prolapse in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd. 2009;4;1-30.
13. Hong KD, Hyun K, Um JW, Yoon SG, Hwang DY, Shin J, et al. Clinical outcomes of surgical management for recurrent rectal prolapse: a multicenter retrospective study. *Ann Surg Treat Res*. 2022;102;234-40.
14. Hajibandeh S, Hajibandeh S, Arun C, Adeyemo A, Mcilroy B, Peravali R. Meta-analysis of laparoscopic mesh rectopexy versus posterior sutured rectopexy for management of complete rectal prolapse. *Int J Colorectal Dis*. 2021;36:1357-66. doi: 10.1007/s00384-021-03883-0. Publicación electrónica del 23 de febrero de 2021
15. Maggiori L, Bretagnol F, Ferron M, Panis Y. Laparoscopic ventral rectopexy: A prospective long-term evaluation of functional results and quality of life. *Tech Coloproctol*. 2013;17;431-6.
16. Tsunoda A, Takahashi T, Matsuda S, Kusanagi H. Long-term annual functional outcome after laparoscopic ventral rectopexy for rectoanal intussusception and/or rectocele: evaluation of sustained improvement. *Tech Coloproctol*. 2021;25;1281-9.
17. Tsunoda A, Takahashi T, Ohta T, Kusanagi H. Quality of life after laparoscopic ventral rectopexy. *Colorectal Disease* 2016;18;301-10.
18. Brunner M, Roth H, Günther K, Grützmann R, Matzel KE. Ventral rectopexy with biological mesh: short-term functional results. *Int J Colorectal Dis*. 2018;33;449-57.
19. Degasperis S, Scarpa M, Zini O, Ruffolo C, Gruppo M, Bordini R, et al. Laparoscopic Ventral Rectopexy for Obstructed Defecation: Functional Results and Quality of Life. 2021. 31;14-19.
20. Catanzarite T, Klaristenfeld DD, Tomassi MJ, Zazueta-Damian G, Alperin M. Recurrence of rectal prolapse after surgical repair in women with pelvic organ prolapse. *Dis Colon Rectum* 2018;61;861-7.