



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



ARTÍCULO ORIGINAL

Resultados funcionales posterior a rectopexia ventral con malla en 50 pacientes con obstrucción defecatoria y/o incontinencia fecal

A. Rivera-García Granados*, M.A. López-Ramírez, F. Urbina-Alatraste y V. Flores-Gamboa

Departamento de Cirugía de Colon y Recto, Hospital Central Militar, Ciudad de México, México

Recibido el 3 de febrero de 2025; aceptado el 19 de mayo de 2025

PALABRAS CLAVE

Rectopexia ventral con malla;
Obstrucción defecatoria;
Incontinencia fecal;
Rectocele;
Prolapso rectal

Resumen

Introducción y objetivo: La rectopexia ventral con malla (RVM), utilizado para corregir el prolapso rectal, rectocele y enterocele, mejora los síntomas de obstrucción defecatoria (ODS) e incontinencia fecal (IF). Este procedimiento ha ganado popularidad debido a su enfoque mínimamente invasivo y a sus buenos resultados clínicos. En el presente estudio, se evaluó la respuesta clínica de la RVM centrándose en los cambios en los puntajes de ODS e IF.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo cohorte observacional retrospectivo en pacientes sometidos a RVM entre el 2019 y mayo del 2024 en un hospital de alto volumen. Se analizaron un total de 50 expedientes; midiendo los cambios en los puntajes de las escalas de ODS y CCF-FIS antes y después de la cirugía. Se consideró significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Los puntajes de ODS disminuyeron de 10.76 a 6.28, y los de IF de 9 a 5, mostrando mejoría significativa. Al analizar los incisos de cada una de las escalas de forma separada, todos fueron estadísticamente significativo en ODS, mientras que el IF, solo el uso de apósito y la afectación de la vida social. No hubo complicaciones intraoperatorias mayores ni conversiones a cirugía abierta, con una estancia promedio de 1.96 días. No se encontraron diferencias significativas en los resultados entre los abordajes laparoscópicos convencionales y robóticos.

Conclusiones: La RVM es un procedimiento efectivo y seguro para mejorar los síntomas de ODS e IF en la población mexicana. Se requiere de un seguimiento a largo plazo para confirmar la persistencia de los beneficios observados y evaluar complicaciones tardías.

© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Temístocles 210, Polanco IV Secc., Miguel Hidalgo, 11560, Ciudad de México. Teléfono: +5585303123.
Correo electrónico: Arivera.gg@gmail.com (A. Rivera-García Granados).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.05.002>

0375-0906/© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: A. Rivera-García Granados, M.A. López-Ramírez, F. Urbina-Alatraste et al., Resultados funcionales posterior a rectopexia ventral con malla en 50 pacientes con obstrucción defecatoria y/o incontinencia fecal, Revista de Gastroenterología de México, <https://doi.org/10.1016/j.rgm.2025.05.002>

KEYWORDS

Ventral mesh
rectopexy;
Obstructed
defecation;
Fecal incontinence;
Rectocele;
Rectal prolapse

Functional results after ventral mesh rectopexy in 50 patients with obstructed defecation and/or fecal incontinence

Abstract

Introduction and aim: Ventral mesh rectopexy (VMR) for correcting rectal prolapse, rectocele, and enterocele improves obstructed defecation syndrome (ODS) and fecal incontinence (FI). This procedure is popular due to its minimally invasive approach and favorable clinical outcomes. Our aim was to evaluate the clinical response of patients that underwent VMR, focusing on changes in the ODS and FI scores.

Material and methods: A retrospective, observational, cohort study was conducted on patients that underwent VMR within the time frame of May 2019 and May 2024 at a high-volume hospital. Fifty case records were analyzed, measuring the changes in the scores of the ODS scale and CCF-FIS, before and after surgery. Statistical significance was set at a $p < 0.05$.

Results: The ODS scores decreased from 10.76 to 6.28 and the FI scores from 9 to 5, showing significant improvement. When analyzing individual items of each of the scales separately, all in the ODS scale were statistically significant, whereas in the FI scale, only pad use and impact on social life were significant. There were no major intraoperative complications or conversions to open surgery and the mean hospital stay was 1.96 days. No significant differences in outcomes were found between the conventional and robotic laparoscopic approaches.

Conclusions: VMR is a safe and effective procedure for improving ODS and FI symptoms in the Mexican population. Long-term follow-up is required to confirm the persistence of benefits and evaluate late complications.

© 2025 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción y objetivos

La rectopexia ventral con malla (RVM) es un procedimiento ampliamente utilizado para la resolución de síntomas asociados a la disfunción de piso pélvico, en específico el prolapso rectal, rectocele y enterocele; los cuales forman parte del prolapso de órganos pélvicos (POP).

La prevalencia exacta de POP es difícil de establecer, estudios reportan que aproximadamente el 50% de las mujeres que han tenido partos, presentan POP¹. El POP sintomático se presenta en el 6% de las mujeres de 20-29 años y aumenta hasta el 50% de las mujeres mayores de 80 años². Se calcula que el 11% de las mujeres mayores de 80 años, van a haber tenido un procedimiento por POP³.

Las manifestaciones más frecuentes de rectocele y enterocele son sensación de cuerpo extraño a nivel vaginal, síndrome de obstrucción defecatoria (ODS, por sus siglas en inglés) e incontinencia fecal (IF), mientras que el prolapso rectal se presenta como sensación de cuerpo extraño a nivel anal, IF y ODS⁴⁻⁶.

La IF tiene un impacto social y económico importante, con afectación significativa en la calidad de vida⁷. Existen varios factores de riesgo ampliamente reconocidos para la IF, los más importantes son la edad avanzada, sexo femenino y multiparidad⁸.

Existen varias escalas de severidad de IF que son útiles en la evaluación de este padecimiento, la más utilizada es el puntaje de incontinencia de la Clínica Cleveland Florida (Cleveland Clinic Florida-Fecal Incontinence Score [CCF-FIS] también conocida como escala de Wexner)⁹ (tabla 1), el cual tiene un puntaje mínimo de 0 y máximo de 20, lo que significa una incontinencia total¹⁰.

El ODS es una de las causas más frecuentes de estreñimiento y se puede dar por cuestiones funcionales, ya sean disineria defecatoria, contracción paradójica del musculo puborrectal¹¹, o por alteraciones anatómicas, como rectocele, enterocele o prolapso rectal¹².

Así como en la IF, existen diferentes escalas para la valoración del ODS, estas nos ayudan a valorar la respuesta al tratamiento proporcionado. La escala más utilizada para el síndrome de obstrucción defecatoria es la escala de síndrome de obstrucción defecatoria (ODS score), ya que es una escala consistente, válida, reproducible y fácil de aplicar¹³ (tabla 2). Al igual que en la CCF-FIS, el puntaje va del 0 al 20.

D'Hoore describió por primera vez la RVM para prolapso rectal en el 2004^{14,15}, a partir de ahí, la técnica ha sido ampliamente adoptada hasta llegar a ser considerada como el procedimiento de elección en prolapso rectal y rectocele^{16,17}. En esta técnica, lo que se hace es regresar el recto a su posición anatómica.

Múltiples estudios¹⁸⁻²¹ han valorado los resultados funcionales posterior a una rectopexia ventral con malla tanto laparoscópica, como robótica; sin embargo esto nunca se ha realizado en población mexicana. La mayoría de estos, reportan una mejoría significativa en la incontinencia y en la obstrucción defecatoria, con disminución estadísticamente significativa en las escalas utilizadas¹⁸. Sin complicaciones postoperatorias mayores, conversiones a cirugía abierta y una tasa baja de recurrencia^{14,18,19}.

El objetivo del presente estudio es evaluar y comparar los resultados funcionales posterior a la RVM en pacientes que presentan prolapso rectal o rectocele con síntomas de obstrucción defecatoria o IF mediante la aplicación de

Tabla 1 Puntaje de incontinencia de la Clínica Cleveland Florida (CCF-FIS) (escala de Wexner)

Tipo de fuga	Nunca	Rara (< 1/mes)	Algunas veces (> 1 /mes y < 1/semanas)	Generalmente (> 1/sem y < 1/día)	Siempre (> 1/día)
Sólidos	0	1	2	3	4
Líquidos	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Uso de apósitos/toalla sanitaria	0	1	2	3	4
Alteración en el estilo de vida	0	1	2	3	4

Tabla 2 Escala de síndrome de obstrucción defecatoria (ODS)

Síntomas o variables	Nunca	Rara (< 1/mes)	Algunas veces (> 1 /mes y < 1/semanas)	Generalmente (> 1/sem y < 1/día)	Siempre (> 1/día)
Pujo excesivo	0	1	2	3	4
Evacuación incompleta	0	1	2	3	4
Uso de enemas o laxante	0	1	2	3	4
Digitalización o presión perineal	0	1	2	3	4
Malestar abdominal	0	1	2	3	4

herramientas de medición como la escala de síndrome de obstrucción defecatoria y la escala de incontinencia de CCF-FIS.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo cohorte observacional, retrospectivo y descriptivo. Se analizaron un total de 140 casos de pacientes con diagnóstico de prolapso rectal o rectocele, con obstrucción defecatoria o IF, que fueron sometidos a RVM. De estos, 5 pacientes perdieron el seguimiento y 85 expedientes estaban incompletos debido a la falta de respuesta en las escalas correspondientes.

Se analizaron datos demográficos, quirúrgicos, así como puntuación en las escalas previamente descritos pre y postoperatorios.

Análisis estadístico

Para el análisis estadístico, se resumieron los datos como frecuencias y porcentajes para los datos cualitativos y como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico de acuerdo con la distribución, determinada mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para realizar las comparaciones pre y posquirúrgicas se realizó la prueba de t pareada para distribuciones paramétricas y de Wilcoxon para no paramétricas.

Se realizó el procedimiento de mínimos cuadrados para generar modelos lineales y comparar el cambio en las escalas pre y postquirúrgicas. Se realizaron análisis estratificados para el tipo de cirugía y para la presencia o no de disineria defecatoria, así como análisis de sensibilidad para pacientes con IF previa.

Todas las pruebas fueron de dos colas considerando una $p < 0.05$.

Tabla 3 Características demográficas

Variable	N (%)
<i>Mujeres</i>	47 (94)
<i>Comorbilidades</i>	
Hipertensión	13 (26)
Diabetes mellitus	15 (30)
Hipotiroidismo	4 (8)
Parto previo	38 (76)
Desgarro en el parto	6 (12)
Antecedente de histerectomía	28 (56)
Cirugía de prolapso rectal previa	5 (10)

Se utilizó el software SAS® OnDemand for Academics para realizar el análisis estadístico de los datos.

Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes para recibir el tratamiento descrito en este trabajo. Además, la investigación cumple con la normativa vigente en bioética y cuenta con la aprobación del Comité de Investigación del Hospital Central Militar. Este artículo no contiene información personal que permita la identificación de los pacientes.

Resultados

En la [tabla 3](#) se describen las características demográficas de los pacientes analizados.

Del total de pacientes, 38 (76%) habían tenido al menos un parto previo, de los cuales 16 presentaron alguna complicación, incluyendo desgarros, productos macrosómicos y trabajo de parto prolongado. Cabe recalcar que se le realizó manometría preoperatoria al 58% de los pacientes con

Tabla 4 Comparación de puntaje en la escala de síndrome de obstrucción defecatoria pre y postoperatorio

Variable	Prequirúrgico	Posquirúrgico	p
Puntaje global	10.76 (4.31)	6.28 (4.43)	< 0.0001
Pujo excesivo	4 (2-4)	2 (0-3)	< 0.0001
Evacuación incompleta	3 (1-4)	2 (0-3)	0.005
Uso de enemas o laxante	3 (1-4)	1 (0-3)	0.002
Digitalización	1 (1-4)	0 (0-2)	0.002
Malestar abdominal	3 (2-4)	1.5 (0-3)	0.0007

Tabla 5 Cambios en el puntaje de incontinencia de la Clínica Cleveland Florida (CCF-FIS) pre y postoperatorio

Variable	Prequirúrgico	Posquirúrgico	p
Puntaje global	9 (2-11)	5 (1-9)	0.04
Sólido	2 (0-4)	2 (0-3)	0.14
Líquido	0 (0-2)	1 (0-2)	0.24
Gas	0 (0-2)	0 (0-2)	0.57
Uso de apósito/toalla sanitaria	0 (0-1)	0	0.04
Alteración en el estilo de vida	1 (0-4)	0 (0-3)	0.02

Tabla 6 Cambios en el puntaje ODS pre y postoperatorio en pacientes intervenidos con laparoscopia convencional

Variable	Prequirúrgico	Posquirúrgico	p
Puntaje global	10.75 (4.7)	6.28 (4.4)	< 0.001
Pujo excesivo	4 (2-4)	2 (0-3)	< 0.0001
Evacuación incompleta	3 (1-4)	2 (0-3)	0.0062
Uso de enemas o laxantes	3 (0-4)	1 (0-3)	0.0081
Digitalización	1 (1-4)	0 (0-2)	0.002
Malestar abdominal	3 (2-4)	1.5 (0-3)	0.0008

obstrucción defecatoria, de los cuales 9 (18%) presentaron disineria defecatoria.

La mayoría de los procedimientos (76%, 38 pacientes) se realizaron debido a obstrucción defecatoria. Siete pacientes presentaban incontinencia concomitante. En 13 pacientes el procedimiento se realizó por IF y 12 por prolapso rectal.

Se llevaron a cabo 29 procedimientos laparoscópicos convencionales y 21 fueron asistidos por sistema robótico. La media de duración de las cirugías fue de 207 min y un sangrado promedio de 16 ml. No hubo conversiones ni complicaciones intraoperatorias, aunque se registró un caso de desprendimiento de malla en el mismo día de la cirugía. El tiempo promedio de estancia hospitalaria postoperatoria fue de 1.96 días, con un rango de 1 a 4 días.

Los resultados funcionales se evaluaron utilizando la Escala de ODS y el puntaje de incontinencia de la CCF-FIS, también conocido con puntaje de Wexner. El primer puntaje se realizó el día de la cirugía, mientras que el puntaje de seguimiento se tomó a los 22.5 meses en promedio (rango 3-60 meses).

El puntaje de síndrome de obstrucción defecatoria mostró una mejoría significativa, pasando de un promedio prequirúrgico de 10.76 (DE 4.32) a un promedio postope-

riorio de 6.28, con una p estadísticamente significativa < 0.0001. Al desglosar el puntaje por ítems específicos, observamos mejoras en todos ellos; el puntaje de esfuerzo disminuyó en 2 puntos, la sensación de evacuación incompleta en 1 punto, el uso de laxantes en 2 puntos y el malestar abdominal en 1.5 puntos, todos con una p estadísticamente significativa (tabla 4).

Se realizó un análisis separado en los 9 pacientes con diagnóstico manométrico de disineria defecatoria, cuyos resultados fueron comparables a los observados en la población general del estudio. De estos pacientes, 4 recibieron rehabilitación de piso pélvico pre o postoperatorio.

En cuanto al puntaje de Wexner (CCF-FIS), el promedio preoperatorio fue de 9 puntos, mientras que el promedio postoperatorio fue de 5 puntos. Sin embargo, al analizar los ítems individualmente, solo se encontró una significación estadística en el uso de apósitos y en la alteración del estilo de vida (tabla 5).

Al comparar los resultados funcionales según el abordaje quirúrgico, encontramos que el abordaje laparoscópico convencional arrojó resultados similares a los de la población general del estudio (tablas 6 y 7). En cambio, la cirugía robótica no mostró diferencias significativas en ninguno de los ítems del puntaje CCF-FIS (tablas 8 y 9).

Tabla 7 Cambios en el puntaje de Wexner pre y postoperatorio en pacientes intervenidos con laparoscopia convencional

Variable	Prequirúrgico	Posquirúrgico	p
Puntaje global	10 (4-11)	5 (1-9)	0.005
Sólido	2 (0-4)	2 (0-3)	0.05
Líquido	1.5 (0-2.5)	1 (0-2)	0.09
Gas	1 (0-2)	0 (0-2)	0.14
Uso de apósito/toalla sanitaria	0 (0-1)	0	0.06
Alteración en el estilo de vida	4 (0-4)	0 (0-3)	0.004

Tabla 8 Cambios en el puntaje de ODS pre y postoperatorio en pacientes intervenidos con laparoscopia asistida por sistema robótico

Variable	Prequirúrgico	Posquirúrgico	p
Puntaje global	10.8 (3.6)	6.3 (4.42)	0.03
Pujo excesivo	4 (3-4)	5 (1-9)	0.0007
Evacuación incompleta	3 (1-4)	2 (0-3)	0.03
Uso de enemas o laxantes	3 (2-4)	1 (0-3)	0.003
Digitalización	1 (1-4)	0 (0-2)	0.002
ODS malestar abdominal	3 (2-4)	1.5 (0-3)	0.014

Tabla 9 Cambios en el puntaje de Wexner pre y postoperatorio en pacientes intervenidos con laparoscopia asistida por sistema robótico

Variable	Prequirúrgico	Posquirúrgico	p
Puntaje global	4 (0-11)	6 (2-9)	0.38
Sólido	2 (0-3)	2 (0-3)	0.29
Líquido	1 (0-2)	1 (0-2)	0.36
Gas	0 (0-2)	0 (0-2)	0.31
Uso de apósito/toalla sanitaria	0 (0-1)	0	0.06
Alteración en el estilo de vida	0 (0-3)	0 (0-3)	0.47

Discusión

El objetivo de la corrección quirúrgica del prolapso rectal y rectoceles sintomáticos no es sólo restaurar la anatomía, sino también recuperar la función. Actualmente, la rectopexia ventral con malla (RVM) se considera como el procedimiento de elección debido a su baja tasa de recurrencias y a los mejores resultados funcionales reportados²². Numerosos estudios han demostrado que la obstrucción defecatoria y la IF mejoran al realizar una RVM; sin embargo, estos beneficios no han sido probados en la población mexicana o latinoamericana.

Los datos obtenidos en el presente estudio revelaron una mejoría significativa en los ODS, concordante con la literatura internacional.

Al analizar individualmente a los pacientes con disiner-gia defecatoria y ODS, diagnosticada mediante manometría, se observó una mejoría estadísticamente significativa en el puntaje de la escala de síndrome de obstrucción defecatoria, tanto en el puntaje total como en los distintos ítems evaluados de manera independiente. Al revisar la literatura existente, no se identificaron estudios con resultados comparables. Cabe destacar que la disiner-gia defecatoria únicamente ha sido evaluada en el contexto del proce-

dimiento de Delorme, en el cual no se reportó mejoría clínica²³.

Es posible inferir que la mejoría observada en nuestro estudio pueda estar relacionada con la rehabilitación pre o postoperatoria; sin embargo, al examinar los expedientes clínicos, se encontró que únicamente cuatro de los nueve pacientes asistieron a rehabilitación, de los cuales 3 lo hicieron en el periodo preoperatorio. Por lo tanto, se podría suponer que, en estos casos, la obstrucción defecatoria tenía un componente predominantemente anatómico más que funcional, lo que explica la mejoría observada en los pacientes. No obstante, sería esencial realizar un control manométrico posterior para determinar si hubo una mejoría en la función.

En cuanto a la valoración de la mejoría en la IF pre y postoperatoria, podemos ver que hay una disminución en la puntuación de 9 puntos a 5 puntos. Sin embargo, al analizar los incisos en forma separada, la diferencia no fue significativa en cuanto a incontinencia a sólidos, líquidos o gas. Esto mismo se reportó en el estudio realizado por Solari et al.²⁴ y en aquel realizado por Kremel et al.²⁵. Se podría suponer que el motivo por el cual la RVM no resolvió la incontinencia en estos pacientes es debido a una diferente fisiopatología de la incontinencia, como hipotonía de los esfínteres, aun-

que esto no se puede comprobar ya que una baja proporción de pacientes contaban con valoración manométrica previa.

Al comparar las cirugías realizadas por robot con las realizadas por laparoscopia convencional, se obtuvieron resultados similares, excepto en la diferencia en el puntaje de la escala Wexner, que no fue significativa en los procedimientos robóticos. Esto no concuerda con lo reportado en la literatura internacional, donde no hay diferencia entre ambos abordajes^{26,27}.

En cuanto a las recurrencias, se distinguieron entre recurrencias anatómicas y funcionales. De las cuatro recurrencias presentadas, dos fueron de prolapso rectal completo, mientras dos de ellas fueron rectoceles con ODS. Una de las recurrencias de rectocele fue inmediata por desprendimiento de malla debido a tos, los otros 3 presentaron mejoría anatómica (clínicamente) y sintomática, con recurrencia a los 2-3 años. En pacientes con prolapso rectal de espesor total, se observó una recurrencia del 14.2% (2 de 14 pacientes), uno de los cuales tenía una cirugía previa de prolapso con abordaje perineal. Esta tasa es mayor a la reportada en la literatura del 8%^{28,29}, aunque en estudios que evalúan el prolapso de compartimento posterior, incluyendo rectocele, se reporta una recurrencia del 11.7%³⁰.

En la revisión sistemática y meta-análisis realizado por Emile et al., en el 2019, se reportó una tasa de complicaciones del 12.4%, siendo más frecuentes las complicaciones urinarias, con presencia de infección de vías urinarias postoperatoria, retención urinaria, lesión ureteral y lesión a vejiga³¹, ninguna de las cuales se presentó en nuestro estudio.

Las complicaciones relacionadas con la malla en hueco pélvico son de las más temidas; en un estudio realizado por Evans et al., en donde se analizaron más de 2000 pacientes postoperados de RVM, reportó complicaciones relacionados a la malla en un 2%, al analizar a los pacientes a los que se les puso malla de polipropileno (mismo material que el utilizado en nuestro estudio), encontramos una frecuencia de erosión de la malla del 1.7%³². En otro metaanálisis realizado por Emile et al., encontraron una tasa de complicaciones relacionadas con la malla del 0.96%³¹. En nuestra serie no hubo ninguna complicación asociada a la malla, aunque el seguimiento es a corto plazo.

Existen pocos estudios que evalúen los predictores de fracaso de la RVM^{24,25,30}. En un estudio en donde se incluyeron 61 pacientes sometidos a RVM, la mayoría de los cuales presentaban diagnóstico de obstrucción defecatoria, se identificaron como factores de riesgo para la persistencia de síntomas el grado de prolapso, la presencia de dolico colon y estreñimiento preexistente. Sin embargo, este estudio cuenta con un periodo de seguimiento de máximo 4 años²⁴. En relación con la predicción de recurrencia en el prolapso rectal de espesor total, se ha señalado una latencia motora terminal prolongada del nervio pudendo como factor de riesgo³⁰, lo cual, en la mayoría de los casos, se traduce en lesiones del nervio pudendo secundarias a un parto prolongado³³. No obstante, en un estudio realizado por Kremel et al. reporta que el historial obstétrico no constituye un factor de riesgo para la recurrencia posterior a RVM²⁵. Además, múltiples estudios han coincidido en que el sexo masculino es factor de riesgo importante para la recurrencia, esto debido a la dificultad técnica quirúrgica

en hombres por a la pelvis androide, la dificultad de disección del plano recto prostático y recto vesical y la lesión a nervios autonómicos, la cual podría resultar en disfunción sexual³¹.

Limitaciones

Los resultados funcionales pueden variar con el tiempo, por lo que una única medición podría no reflejar adecuadamente estos cambios, lo que representa una limitación en este estudio. Además, la muestra analizada es relativamente pequeña debido a la baja tasa de respuesta de las escalas utilizadas, por lo que estos hallazgos no se pueden generalizar. La falta de un seguimiento sistematizado también constituye una limitación significativa del estudio.

El análisis de los pacientes se realizó bajo la suposición de que el defecto anatómico se corrigió quirúrgicamente, basándose únicamente en el seguimiento clínico. Sin embargo, se recomienda implementar un seguimiento más exhaustivo que incluya evaluaciones anatómicas y funcionales objetivas, tales como defecogramas o manometrías anorrectales. Esto permitiría comparar las correcciones anatómicas con la mejoría sintomática medida a través de los puntajes utilizados. De igual forma, sería de utilidad medir el cambio en la calidad de vida relacionado a la salud, utilizando escalas hechas para dicho objetivo, como por ejemplo la SF-12.

Conclusiones

La rectopexia ventral con malla es un tratamiento adecuado para pacientes con ODS o IF, con una mejoría significativa en la sintomatología, evidenciado por una mejoría en el CCF-FIS y en la escala de ODS.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 [Internet] [consultado 16 Dic 2023]. Disponible en: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003882.pub4>.
2. Weintraub AY, Gliner H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int Braz J Urol*. 2020;46:5-14, <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2018.0581>.
3. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1997;89:501-6, [http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844\(97\)00058-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844(97)00058-6).
4. Madoff RD, Mellgren A. One hundred years of rectal prolapse surgery. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:441-50, <http://dx.doi.org/10.1007/BF02234164>.

5. Leal VM, Regadas FSP, Regadas SMM, et al. Clinical and functional evaluation of patients with rectocele and mucosal prolapse treated with transanal repair of rectocele and rectal mucosectomy with a single circular stapler (TRREMS). *Tech Coloproctol*. 2010;14:329–35, <http://dx.doi.org/10.1007/s10151-010-0649-1>.
6. Oruc M, Erol T. Current diagnostic tools and treatment modalities for rectal prolapse. *World J Clin Cases*. 2023;11:3680–93, <http://dx.doi.org/10.12998/wjcc.v11.i16.3680>.
7. da Silva G, Mellgren A. Fecal Incontinence: Evaluation and Treatment. En: Steele SR, Hull TL, Hyman N, et al., editores. *The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 1035–46 [consultado 20 Mar 2023]. Disponible en: https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-66049-9_61.
8. Oliveira LCC, Salum MR, Saad RC. Physiology of continence and defecation. En: Oliveira LCC, editor. *Anorectal Physiology* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 19–27 [consultado 20 Mar 2023]. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-43811-1_2.
9. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36:77–97, <http://dx.doi.org/10.1007/BF02050307>.
10. Rao SSC. Endpoints for therapeutic interventions in faecal incontinence: small step or game changer. *Neurogastroenterol Motil*. 2016;28:1123–33, <http://dx.doi.org/10.1111/nmo.12905>.
11. Mellgren A, Zafar MH. Obstructed defecation syndrome. *Ann Laparosc Endosc Surg*. 2022;7, 18–18.
12. Agarwal BB. Obstructed defecation syndrome. *Apollo Med*. 2015;12:175–80, <http://dx.doi.org/10.1016/j.apme.2015.07.007>.
13. Renzi A, Brilliantino A, di Sarno G, et al. Five-item score for obstructed defecation syndrome: Study of validation. *Surg Innov*. 2013;20:119–25, <http://dx.doi.org/10.1177/1553350612446354>.
14. D'Hoore A, Cadoni R, Penninckx F. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. *Br J Surg*. 2004;91:1500–5, <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.4779>.
15. D'Hoore A, Penninckx F. Laparoscopic ventral recto(colpo)pepy for rectal prolapse: surgical technique and outcome for 109 patients. *Surg Endosc*. 2006;20:1919–23, <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-005-0485-y>.
16. Gunner CK, Senapati A, Northover JMA, et al. Life after ROS-PER. What do people do for external rectal prolapse? *Colorectal Dis*. 2016;18:811–4, <http://dx.doi.org/10.1111/codi.13255>.
17. Brown RA, Ellis CN. Ventral mesh rectopexy: procedure of choice for the surgical treatment of pelvic organ prolapse? *Dis Colon Rectum*. 2014;57:1442–5, <http://dx.doi.org/10.1097/DCR.0000000000000247>.
18. Ahmad NZ, Stefan S, Adukia V, et al. Laparoscopic ventral mesh rectopexy: Functional outcomes after surgery. *Surg J*. 2018;04:e205–11, <http://dx.doi.org/10.1055/s-0038-1675358>.
19. Randall J, Smyth E, McCarthy K, et al. Outcome of laparoscopic ventral mesh rectopexy for external rectal prolapse. *Colorectal Dis*. 2014;16:914–9, <http://dx.doi.org/10.1111/codi.12741>.
20. Postillon A, Perrenot C, Germain A, et al. Long-term outcomes of robotic ventral mesh rectopexy for external rectal prolapse. *Surg Endosc*. 2020;34:930–9, <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-019-06851-6>.
21. Mandovra P, Kalikar V, Patankar RV. Laparoscopic ventral mesh rectopexy for obstructive defecation syndrome: Follow-up in the Indian population. *J Minimal Access Surg*. 2021;17:305–10, http://dx.doi.org/10.4103/jmas.JMAS_292_19.
22. Hidaka J, Elfeki H, Duelund-Jakobsen J, et al. Functional outcome after laparoscopic posterior sutured rectopexy versus ventral mesh rectopexy for rectal prolapse: six-year follow-up of a double-blind, randomized single-center study. *EclinicalMedicine*. 2019;16:18–22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclim.2019.08.014>.
23. Park S-Y, Cho S-B, Park C-H, et al. Surgical correction is ineffective for improvement of dyssynergic defecation in patients with rectal prolapse. *J Neurogastroenterol Motil*. 2013;19:85–9, <http://dx.doi.org/10.5056/jnm.2013.19.1.85>.
24. Solari S, Martellucci J, Ascanelli S, et al. Predictive factors for functional failure of ventral mesh rectopexy in the treatment of rectal prolapse and obstructed defecation. *Tech Coloproctol*. 2022;26:973–9, <http://dx.doi.org/10.1007/s10151-022-02708-8>.
25. Kremel D, Riss S, Müller C, et al. Adverse obstetric history is not a risk factor for poor outcome after ventral rectopexy for obstructive defaecation syndrome. *Colorectal Dis*. 2018;20:1125–31, <http://dx.doi.org/10.1111/codi.14392>.
26. Flynn J, Larach JT, Kong JCH, et al. Robotic versus laparoscopic ventral mesh rectopexy: a systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis*. 2021;36:1621–31, <http://dx.doi.org/10.1007/s00384-021-03904-y>.
27. Mehmood RK, Parker J, Bhuvimanian L, et al. Short-term outcome of laparoscopic versus robotic ventral mesh rectopexy for full-thickness rectal prolapse. Is robotic superior? *Int J Colorectal Dis*. 2014;29:1113–8, <http://dx.doi.org/10.1007/s00384-014-1937-4>.
28. Consten ECJ, Van Iersel JJ, Verheijen PM, et al. Long-term outcome after laparoscopic ventral mesh rectopexy: an observational study of 919 consecutive patients. *Ann Surg*. 2015;262:742–8, <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000001401>.
29. Emile SH, Elbanna H, Youssef M, et al. Laparoscopic ventral mesh rectopexy vs Delorme's operation in management of complete rectal prolapse: A prospective randomized study. *Colorectal Dis*. 2017;19:50–7, <http://dx.doi.org/10.1111/codi.13399>.
30. Fu CWP, Stevenson ARL. Risk factors for recurrence after laparoscopic ventral rectopexy. *Dis Colon Rectum*. 2017;60:178–86, <http://dx.doi.org/10.1097/DCR.0000000000000710>.
31. Emile SH, Elfeki H, Shalaby M, et al. Outcome of laparoscopic ventral mesh rectopexy for full-thickness external rectal prolapse: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of the predictors for recurrence. *Surg Endosc*. 2019;33:2444–55, <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-019-06803-0>.
32. Evans C, Stevenson ARL, Sileri P, et al. A multicenter collaboration to assess the safety of laparoscopic ventral rectopexy. *Dis Colon Rectum*. 2015;58:799–807, <http://dx.doi.org/10.1097/DCR.0000000000000402>.
33. Memon HU, Handa VL. Vaginal childbirth and pelvic floor disorders. *Womens Health*. 2013;9:265–77, <http://dx.doi.org/10.2217/whe.13.17>.