



Tratamiento quirúrgico del prolapso rectal recidivante con proctectomía y anastomosis coloanal

Surgical treatment of the recurring rectal prolapse with proctectomy and colo-anal anastomosis

Dr. Francisco Cuevas Montes de Oca,

Dr. Manuel Cervantes Guadarrama,

Dr. Fidel Rodríguez Rocha,

Dr. Marco Antonio Pulido Muñoz

Resumen

Objetivo: Evaluar la utilidad de la proctectomía con reconstrucción coloanal en el tratamiento del prolapso rectal recidivante.

Diseño: Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Método: Análisis de casos.

Resultados: Se evaluaron seis pacientes. Dos hombres y cuatro mujeres. Todos eran mayores de 30 años. En cinco el procedimiento se realizó en forma electiva y en uno en forma urgente. Sólo un paciente presentó complicaciones (infección de herida quirúrgica). En ninguno se presentó dehiscencia de la anastomosis y no hubo mortalidad operatoria.

Conclusión: La resección total del recto con anastomosis coloanal (técnica de Parks), es una operación útil en el tratamiento para el prolapso rectal, principalmente en los casos recidivantes.

Abstract

Objective: To evaluate the usefulness of proctectomy with colo-anal reconstruction to treat recurring rectal prolapse.

Design: Retrospective, transversal, descriptive, observational study.

Setting: Third level health care hospital.

Method: Analysis of cases.

Results: We evaluated six patients, two men and four women. All were over 30 years of age. In five patients, the procedure was elective and in one as emergency treatment. Only one patient presented complications (infection of the surgical wound). None presented dehiscence of the anastomosis and no deaths occurred.

Conclusion: Total resection of the anus with colo-anal anastomosis (Parks' technique) is a useful procedure to treat rectal prolapse, especially in recurring cases.

Palabras clave: Enfermedades del recto, prolapso rectal, recurrencia, proctectomía.

Cir Gen 2000;22:131-133

Key words: Rectal disease, prolapse, recurrence, proctectomy.

Cir Gen 2000;22:131-133

Departamento de Coloproctología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social. México D.F.

Recibido para publicación: 23 de agosto de 1999.

Aceptado para publicación: 3 de diciembre de 1999.

Correspondencia: Dr. Francisco Cuevas Montes de Oca, Hacienda Serratón No. 118, Colonia Las Haciendas C.P. 50170, Toluca. Estado México

Introducción

El prolapso rectal implica un descenso circunferencial del recto a través del ano; si se proyecta todo el grosor de la pared rectal, se denomina *prolapso completo*. El prolapso rectal se presenta en los extremos de la vida. En los adultos, la frecuencia máxima ocurre después de la quinta década, con mayor afección en las mujeres en un 80 a 90% de los casos.¹ En la etapa primaria, los síntomas pueden incluir dificultad en la regularización intestinal, incomodidad, sensación de evacuación incompleta y tenesmo. En su forma más avanzada, esta enfermedad incapacitante se caracteriza por un prolapso permanente el cual, por traumatismo, se ulcera. Esto ocasiona un exudado mucoso y hemorragia, que hace que se manche la ropa interior. Con frecuencia están asociados constipación y pujo. La incontinencia es un síntoma común (28-88%).²

En general, los procedimientos quirúrgicos para la corrección del prolapso se clasifican según su acceso: perineales y abdominales. En el texto del Dr. Goligher¹ se describen 14 operaciones de abordaje perineal y 14 de abordaje abdominal. La descripción de tantas operaciones es porque las cifras de morbilidad, recurrencia del prolapso y persistencia de incontinencia continúan siendo variables, sin que se reconozca un procedimiento perfecto. La anastomosis coloanal se realizó por primera vez por Hucheneegg en 1938,³ Maunsell describió su técnica de "pullthrough" abdominal en 1892⁴ y Weir en 1901,⁵ de igual forma Babcock en 1939,⁶ Bacon en 1945,⁷ Black en 1952,⁸ Cutait y Figliani en 1961⁹ y Turnbull y Cuthbertson en el mismo año.¹⁰ Sin embargo, la anastomosis coloanal era insatisfactoria por las complicaciones, necrosis del colon y diferentes resultados funcionales. La anastomosis coloanal se emplea principalmente en otro tipo de enfermedades, entre ellas: adenocarcinoma del tercio medio e inferior del recto, adenoma vellosa, carcinoma, proctitis postradiación, megarrecto idiopático o enfermedad de Hirschsprung, fístula rectouretral, fístula rectovaginal, falla en la resección anterior convencional, entre otros. El procedimiento se contraindica principalmente cuando existe evidencia de daño esfinteriano o incontinencia anal.¹¹

Entre las complicaciones, la sepsis es una de las más temidas.¹² El resultado final de la función se valora después de un periodo de adaptación, con una tasa de continencia del 43% al 67%, con una proporción adicional del 20 al 30% en sujetos que informan buena continencia, con resultados funcionales finales del 58% al 100% y con un promedio de 2.2 a 3 evacuaciones al día.¹³⁻¹⁷

En el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social se ha realizado en los últimos años la resección total del recto con anastomosis coloanal para el tratamiento del prolapso rectal completo en casos seleccionados. El presente artículo tiene el objetivo de analizar los resultados obtenidos con este procedimiento para tratar de definir el papel de dicha operación en este padecimiento.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Se analizaron los pacientes tratados mediante resección total del recto con anastomosis coloanal para manejo del prolapso rectal completo. Todos los pacientes fueron operados en el H.E.C.M.R-IMSS en el periodo de enero de 1994 a enero de 1999. Todos los pacientes tenían diagnóstico de prolapso rectal completo, sin incontinencia fecal. La operación fue realizada con abordaje combinado abdominal y perineal. Para este tipo de procedimiento fueron descartados aquellos pacientes que presentaban enfermedad sistémica descompensada o enfermedades de la colágena. Se evaluó la edad, sexo, evolución del prolapso, continencia, indicación del procedimiento, días de estancia intrahospitalaria, cantidad de hemorragia transoperatoria, hemo-transfusión, infección de la herida quirúrgica, dehiscencia de la anastomosis, corrección del prolapso. Los datos fueron obtenidos de los expedientes correspondientes y del archivo clínico del servicio de coloproctología. El análisis estadístico fue de tipo descriptivo utilizando medidas de tendencia central.

Resultados

En el periodo de estudio se operaron seis pacientes, de los cuales cuatro eran mujeres y dos hombres. Su edad fue de 30 a 90 años. Se observó una evolución del prolapso rectal de más de 20 años en cuatro de los seis casos, incluyéndose un caso de prolapso desde el nacimiento. La indicación del procedimiento se agrupó en tres categorías; prolapso rectal reducible, irreducible y recidivante. Cinco enfermos fueron operados electivamente y uno de manera urgente por irreducibilidad del prolapso. La cantidad de hemorragia transoperatoria fue de entre 150 y 1000 ml, requirieron hemotransfusión dos de los seis enfermos. Sólo un paciente presentó complicación. Se trató de infección de la herida en un paciente operado de urgencia por presentar un prolapso rectal irreducible. La continencia postoperatoria en cinco de los seis pacientes puede incluirse en el grado 1 de la escala de Kirwan (**Cuadro I**). Los días de estancia hospitalaria fluctuaron entre 6 y 18 días. Ninguno presentó dehiscencia de la anastomosis y no hubo mortalidad operatoria.

Cuadro I

Escala de Kirwan

GRADO	CONTINENCIA
1	Perfecta
2	Incontinencia a gases
3	Fuga menor ocasional
4	Ensuciamiento frecuente
5	Colostomía

Discusión

La tendencia actual para preservar el esfínter en el tratamiento de enfermedades benignas y malignas del anorrecto ha llevado a reevaluar el uso de la anastomosis coloanal, también conocida como procedimiento de "pullthrough", técnica no muy aceptada entre los cirujanos debido a sus complicaciones que incluyen: necrosis distal de colon y diversos resultados funcionales. Recientemente la técnica modificada y descrita por Parks ha aportado un avance para el procedimiento.

En este estudio se informa de resultados alentadores usando esta técnica para tratamiento del prolapso rectal. Aunque el seguimiento postoperatorio es corto, los resultados obtenidos y las cifras bajas de morbilidad hacen pensar que este procedimiento sea una alternativa adecuada en algunos pacientes con prolapso del recto, principalmente aquellos que tienen prolapso recidivante a cirugía.

Deben enfatizarse las limitaciones del estudio, principalmente el número pequeño de pacientes y su naturaleza retrospectiva, lo que limita la generalización de conclusiones. Una característica frecuente en los pacientes con prolapso rectal es su edad avanzada o la asociación con enfermedades graves, que en ocasiones contraindica o hace deseable evitar una cirugía por vía transabdominal. Es en estos casos en los que un procedimiento de resección rectal por vía perineal puede ofrecer menor morbilidad, aunque con mayores cifras de recurrencia que otros procedimientos como el descrito en este artículo. Además, debe tomarse en cuenta que las anastomosis coloanales y/o colorrectales muy bajas presentan la frecuencia más alta de dehiscencia o fistulización entre las anastomosis hechas en el tubo digestivo. Por ello, las anastomosis coloanales realizadas más frecuentemente por otras patologías, como cáncer del recto inferior o megarrecto idiopático, frecuentemente se acompañan de un procedimiento temporal de desfuncionalización (ileostomía o colostomía proximal). La baja morbilidad y nula mortalidad obtenidas en esta serie de pacientes son reflejo de la cuidadosa selección de los casos, pero no debe generalizarse.

Conclusión

La resección total del recto con anastomosis coloanal tiene un papel en el armamentario terapéutico para el prolapso rectal completo, principalmente en los casos con prolapso recidivante.

Referencias

1. Goligher JC, Duthie HL, Nixon HH. *Cirugía del ano, recto y colon*. Salvat; México: 1979: 240-79.
2. Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S. *Fundamentos de cirugía anorrectal*. Limusa; México: 1986: 305-27.

3. Hochenegg J. Die Sakrale Methode der Extirpation von Mastdarm Krebsen nach Prof Kraske. *Wien Klin Wochenschr* 1888; 1: 254-272; 290; 309; 324; 348. Citado por Vernava AM, III, Robbins PL, Brabbee GW. Restorative resection: Coloanal anastomosis for benign and malignant disease. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 690-3.
4. Maunsell HW. A new method of excising the two upper portions of the rectum and the lower segment of the sigmoid flexure of the colon. *Lancet* 1892; 2: 473-6. Citado por Vernava AM, III, Robbins PL, Brabbee GW. Restorative resection: Coloanal anastomosis for benign and malignant disease. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 690-3.
5. Weir RF. An improved method of treating high-seated cancers of the rectum. *JAMA* 1901; 307: 801-3. Citado por Vernava AM, III, Robbins PL, Brabbee GW. Restorative resection: Coloanal anastomosis for benign and malignant disease. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 690-3.
6. Babcock WW. Experiences with resection of the colon and elimination of colostomy. *Am J Surg* 1939; 46: 186-203. Citado por Vernava AM, III, Robbins PL, Brabbee GW. Restorative resection: Coloanal anastomosis for benign and malignant disease. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 690-3.
7. Bacon HE. Evolution of sphincter muscle preservation and reestablishment of continuity in the operative treatment of rectal and sigmoidal cancer. *Surg Gynecol Obstet* 1945; 81: 113-27. Citado por Vernava AM, III, Robbins PL, Brabbee GW. Restorative resection: Coloanal anastomosis for benign and malignant disease. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 690-3.
8. Black BM. Combined abdomino-endo-rectal resection: technical aspects and indications. *Arch Surg* 1952; 65: 406-16. Citado por Vernava AM, III, Robbins PL, Brabbee GW. Restorative resection: Coloanal anastomosis for benign and malignant disease. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 690-3.
9. Cutait DE, Figliani FJ. A new method of colorectal anastomosis in abdominoperineal resection. *Dis Col Rectum* 1961; 4: 335-42. Citado por Vernava AM, III, Robbins PL, Brabbee GW. Restorative resection: Coloanal anastomosis for benign and malignant disease. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 690-3.
10. Turnbull RB Jr, Cuthbertson AM. Abdomino-rectal pullthrough resection for cancer and for Hirschsprung's disease. *Cleveland Clin Q* 1961; 28: 109-15. Citado por Vernava AM, III, Robbins PL, Brabbee GW. Restorative resection: Coloanal anastomosis for benign and malignant disease. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 690-3.
11. Vernava AM III, Robbins PL, Brabbee GW. Restorative resection: coloanal anastomosis for benign and malignant disease. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 690-3.
12. Lane RH, Parks AG. Function of the anal sphincters following colo-anal anastomosis. *Br J Surg* 1977; 64: 596-9.
13. Parks AG, Percy JP. Resection and sutured colo-anal anastomosis for rectal carcinoma. *Br J Surg* 1982; 69: 301-4.
14. Drake DB, Pemberton JH, Beart RW Jr, Dozois RR, Wolff BG. Coloanal anastomosis in the management of benign and malignant rectal disease. *Ann Surg* 1987; 206: 600-5.
15. Bernard D, Morgan S, Tasse D, Wassef R. Preliminary results of the colo-anal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 580-4.
16. Hautefeuille P, Valleur P, Perniceni T, Martin B, Galian A, Cherqui D, et al. Functional and oncologic results after colo-anal anastomosis for low rectal carcinoma. *Ann Surg* 1988; 207: 61-4.
17. Rudd WW. The transanal anastomosis: a sphincter-saving operation with improved continence. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 102-5.