

Prolapso rectal

Dr. Quintín Héctor González Contreras,* Dr. Jesús Alberto Bahena-Aponte, FASCRS**

Introducción

El término de prolapso rectal interno u oculto se refiere al descenso del recto sin pasar del conducto anal, debido a una invaginación o intususcepción. El prolapso rectal completo o procidencia, es la salida del recto con todas sus capas, a través del ano. Por otro lado, el prolapso visible o externo, puede ser parcial e incluir únicamente la capa mucosa del recto distal, con o sin los paquetes hemorroidales internos aparentes.¹ Se observa con una mayor frecuencia entre la sexta y séptima décadas de la vida con predominio en el género femenino (relación de 10 a 1).¹

Mediante cinedefecografía y más recientemente mediante la defecografía por resonancia magnética, ha sido factible confirmar que el prolapso tanto interno como externo, inicia como una invaginación o intususcepción en la pared anterior del recto medio, sin embargo, son muy pocos los pacientes con prolapso interno, demostrado por cinedefecografía, que desarrollan prolapso rectal completo.¹

Hasta un 75% de los pacientes con prolapso rectal completo presentan algún grado de incontinencia anal asociada, la cual es multifactorial. Probablemente en algunos pacientes esta disfunción obedece al daño directo del esfínter anal interno por el prolapso, pero también a daño del nervio pudendo (neuropatía pudenda) por tracción del mismo. Debido a que el nervio pudendo conduce no sólo la información motora de los músculos del esfínter anal externo y puborrectal, sino también, los impulsos sensoriales del epitelio del conducto anal. Se sabe que la distensión del recto produce inhibición refleja del esfínter anal interno (reflejo recto-anal inhibitorio); por tanto, el prolapso puede reducir la presión anal en reposo al ocupar el recto inferior.¹ El estreñimiento asociado con el prolapso rectal se reporta hasta en la mitad de los pacientes y es más difícil de explicar que

la incontinencia. Probablemente exista daño en la inervación parasimpática.

El prolapso puede permanecer expuesto y presentar edema, úlceras con sangrado y descarga de moco. En algunos casos se produce maceración de la piel perianal y prurito.

El prolapso rectal se reconoce por sus pliegues concéntricos que contrastan con los pliegues radiales del prolapso hemorroidal. En casos en los que se presenta incontinencia anal y/o estreñimiento es recomendable realizar estudios de fisiología anorrectal como manometría, tiempo de tránsito colónico, latencia motora de los nervios pudendos e inclusive un ultrasonido endoanal.

El tratamiento del prolapso rectal es quirúrgico y se han descrito un sinnúmero de técnicas. El objetivo es restablecer la anatomía normal y también restaurar la función anorrectal en la medida de lo posible. Se dividen en base al abordaje empleado en abdominal y perineal. Los procedimientos abdominales comprenden la fijación del recto al sacro o rectopexia, ya mediante colocación de malla (procedimiento de Ripstein) o directamente mediante suturas. El procedimiento de Ripstein cada día más en desuso como alternativa terapéutica por sus complicaciones y recurrencias del 26%. El cual corrige la incontinencia anal hasta en un 66.6% de los casos, pero el estreñimiento puede empeorar. La rectopexia se ha combinado con sigmoidectomía (procedimiento de Frykman-Goldberg) disminuyendo las recurrencias del 0 a 6.3%. Este procedimiento produce resultados más alentadores en cuanto al estreñimiento asociado.¹

De los procedimientos perineales probablemente el más utilizado sea la rectosigmoidectomía perineal, con una plastia de los músculos elevadores del ano (procedimiento de Altemeier), que permite obtener mejores resultados funcionales en cuanto a continencia. Con este procedimiento la recurrencia es del 10%. El procedimien-

* Jefe del Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México, D.F.

** Fellow de Cirugía de Colon y Recto. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" México, D.F.

Correspondencia: Quintín Héctor González Contreras.

Servicio de Cirugía de Colon y Recto

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Vasco de Quiroga Núm. 15, Col. Sección XVI.

Delegación Tlalpan, 14000 México, D.F.

Tel. (55) 54870900 Extensión 2142 Fax (55) 55739321.

E-mail: quince@hotmail.com

jesusbahena10@hotmail.com

to de Delorme consiste en una resección circunferencial de la mucosa y submucosa del recto prolapsado, dejando la muscular del recto, la cual se pliega sobre sí misma. En general los procedimientos abdominales tienen porcentajes menores de recurrencia; pero los procedimientos perineales tienen menor morbilidad y se pueden realizar bajo anestesia regional, lo que los hace ideales para pacientes con edad avanzada o con alto riesgo quirúrgico, como son la mayoría de estos pacientes.¹

Sin embargo, actualmente muchos han sido los avances con respecto al prolapso rectal. En los congresos del último año se han presentado trabajos originales mostrando hacia dónde van estos avances. Durante el Annual Scientific Meeting de la ASCRS en Minneapolis, en mayo 2010, fueron de interés los siguientes trabajos originales:

1. Steinhagen E. et al de New York. Analizaron los principales factores de riesgo para recurrencia a través de un análisis retrospectivo. Observando como factores predictivos de recurrencia el antecedente de hipotiroidismo y protrusión espontánea. Sin mostrar diferencias estadísticamente significativas entre los procedimientos quirúrgicos realizados los cuales fueron: protectomía perineal, resección y rectopexia y procedimiento de Thiersch. Concluyendo que es difícil la identificación de factores de riesgo de recurrencia. Sin embargo, hay comorbilidades como el hipotiroidismo que pueden incrementar este riesgo.²
2. Por su parte, Dudukjian H. et al de Los Ángeles California, estudiaron los factores de riesgo presentes en la población masculina con prolapso rectal. Con un periodo que abarcó de 1993 al 2005, se analizaron 32 pacientes masculinos que fueron comparados con un grupo de 43 pacientes femeninos. Observando que los pacientes masculinos debutaban a más temprana edad 37 vs 54 años, con evoluciones más largas en el grupo masculino 11 vs 3 años. Con mayor grado de incontinencia en el grupo masculino 36% vs 8%. Concluyendo que el prolapso rectal en pacientes masculinos es poco común. Y siendo los pacientes más jóvenes, tienen factores de riesgo menos evidente y menor sintomatología asociada, lo que sin duda puede contribuir a evoluciones más prolongadas. Por lo que posiblemente sea la predisposición anatómica el único factor responsable para el prolapso en los hombres.³
3. Por su parte Loretta A. et al de Perdenone, Italia, proponen una modificación a la rectocolpopexia ventral laparoscópica, como una alternativa para el tratamiento del prolapso rectal. La cual consiste realizar una incisión peritoneal en forma de J invertida a través del hueso pélvico y se extiende caudalmente a lo largo del recto y saco de Douglas. Posteriormente, el saco de Douglas se abre y el fondo del saco posterior de la vagina o cúpula vaginal se expone. Posteriormente se fija una malla de polipropileno al sacro y se sutura a la pared anterior del recto. El extremo distal de la malla se sutura al fondo del saco vaginal o cúpula vaginal libre de tensión.
4. De Lexington KY, Parcels J. et al, mostraron resultados a corto plazo de la reparación del prolapso rectal por vía transabdominal (TR) vs perineal (PR). Utilizando la base de datos ACS-NSQIP. Analizando 1,011 pacientes entre 2005-2008. De los cuales 611 se operaron por vía PR y 400 por vía TR. Observando que el 61.4% de los pacientes intervenidos por PR eran ASA III/IV vs sólo el 28% de los intervenidos por TR. Con diferencia estadísticamente menor en el tiempo operatorio de 84 min vs 140 min ($p = 0.001$) a favor del grupo PR. Mientras que las complicaciones pulmonares fueron más frecuentes entre el grupo con abordaje PR ($p = 0.04$). Con infecciones de sitio quirúrgico menos frecuentes entre el grupo con abordaje PR ($p = 0.001$). Sin embargo, a pesar de las diferencias, ambos abordajes son opciones válidas para el tratamiento del prolapso. Aunque hacen falta más estudios en los cuales se pueda clasificar de mejor manera a los pacientes dependiente a sus factores de riesgo y del ASA al momento del procedimiento.⁴
5. Con respecto al procedimiento de Altermeier, Ciroco W. et al de Kansas City KS, observó mínima morbilidad (13%), sin evidencia de recurrencia, con una tolerancia a la vía oral a los 2.3 días, tiempo operatorio de 97.7 minutos, con una pérdida de sangre transoperatoria de 66.9 ml en promedio. Concluyendo que el procedimiento de Altermeier presenta excelentes resultados en el tratamiento del prolapso rectal con mínima morbilidad, sin mortalidad en este estudio y sin evidencia de recurrencia. Con estancias hospitalarias y periodos de recuperación cortos.⁶
6. A su vez Attuwaybi B et al de Buffalo, NY, presentaron su experiencia con el procedimiento de Altermeier como tratamiento del prolapso rectal. Incluyendo 110 pacientes con un seguimiento a 10 años. Observando recurrencia en 28 pacientes (25.4%), la cual se presentó más frecuentemente entre los dos primeros años. Con menor tiempo y menor sangrado transoperatorio cuando se utilizó bisturí harmónico y engrapadoras para la anastomosis ($p < 0.0001$). Concluyendo que el procedimiento de Altermeier es una técnica segura con baja morbimortalidad, la cual si se combina con el uso de bisturí harmónico y anastomosis mecánicas, se disminuye significativamente el tiempo y sangrado transoperatorio comparada con la técnica tradicional.⁷
7. Loretta A. et al de Pordenone, Italia, comparó la rectopexia Orr-Loygue vs procedimiento Delorme. A través de un estudio retrospectivo en el cual incluyó 43 pacientes durante 10 años de seguimiento. Observando que el tiempo operatorio fue menor con el procedimiento Delorme (114.5 minutos vs 142

minutos) ($p < 0.05$), siendo la estancia hospitalaria menor con la técnica Orr-Loygue con 6 días ($p < 0.05$), así como menor porcentaje de complicaciones con esta última técnica 5.5 vs 16% y con una recurrencia muy similar 10 vs 11% respectivamente con seguimiento promedio de 38.3 meses. Concluyendo que el procedimiento de Orr-Loygue disminuye la estancia hospitalaria así como las complicaciones postoperatorias vs al procedimiento Delorme. Sin embargo, ambas técnicas ofrecen buenos resultados en la resolución de los síntomas y presentan índices de recurrencia similares.⁸

Al respecto nuestro grupo publicará a principios del próximo año un estudio descriptivo, observacional. En el cual se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de prolapso rectal en el periodo comprendido entre enero 1993 y diciembre 2008. Atendidos en el Hospital Central Militar (HCM) y en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. Con el objetivo de mostrar la experiencia en los últimos 15 años del manejo quirúrgico del prolapso rectal. Se incluyeron 57 pacientes, mujeres predominantemente (59.6%), edad media de 45 años, 31 (54.3%) HCM y 26 (45.6%) del Instituto. Siendo el diagnóstico más frecuente prolapso rectal completo grado II, 15 (26%) casos operados por vía perineal y 42 pacientes (74%) por vía abdominal, 17 (40%) por vía convencional y 25 (60%) por vía laparoscópica.

La morbilidad así como la tasa de sangrado y la estancia intrahospitalaria fue menor en la vía laparoscópica, sin embargo con una recurrencia mayor en la rectopexia laparoscópica.¹

Con lo que podemos concluir que ningún procedimiento se puede considerar de elección, aunque la cirugía laparoscópica muestra ventajas en cuanto a menor morbilidad, sangrado y días de estancia intrahospitalaria. Sin embargo, en nuestro estudio se observaron mayores

tasas de recurrencia, por lo que no la podemos indicar como método de elección para todos los casos, por lo que hay que individualizar el tratamiento para cada paciente.

Conclusiones

El tratamiento para el prolapso rectal en nuestros días es diverso; sin embargo, tanto el abordaje abdominal o perineal, abierto o laparoscópico, presentan buenos resultados con índices de recurrencia y morbi-mortalidad variable. Por lo que la elección del tratamiento quirúrgico siempre debe ser individualizado, dependiendo de las características de cada paciente.

Referencias

1. Castellanos JJC, Tapia Cid de LH, Vega BR, Mejía ORR, Gonzalez CQ. Experiencia del manejo quirúrgico del prolapso rectal en dos Hospitales de tercer nivel en la Ciudad de México. *Rev Gastroenterol* 2011; 76: En prensa.
2. Steinhagen E, Grucela A, Lipskar A et al. Risk factors for recurrence after repair of rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 593.
3. Dudukjian H, Gonzalez-Ruiz C, Cannom R, Kaiser A. Rectal prolapse in males, a different entity than in females. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 597.
4. Laretta A, Bellomo R, Infantino A. Modified laparoscopic ventral rectocolpopexy for rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 593.
5. Parcels J, Vargas H, Davenport D, Hourigan J. Short-term outcomes of rectal prolapse repair by perineal vs abdominal approach: a report using the ACS-NSQIP database. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 595.
6. Ciroco W. The Altermeier procedure for rectal prolapse: An operation for all ages. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 595.
7. Attuwaybi B, Visco J, Butler B, Cywinski M, Barrios G, Leberer J, Singh A. The Buffalo experience with altermeir procedure for rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 596.
8. Laretta A, Bellomo R, Infantino A. Which approach for complete rectal prolapse? Orr-Loygue rectopexy vs Delorme procedure. *Dis Colon Rectum* 2010; 53: 596.