

Prolapso rectal en el paciente senil: opciones de tratamiento quirúrgico

Ulises Rodríguez-Wong,* Roberto Carlos Rebollar González,** Adriana M. Farías Martínez***

RESUMEN

Existe una gran variedad de alternativas quirúrgicas para el tratamiento del prolapso rectal. El procedimiento quirúrgico ideal debe ser mínimamente invasivo, tener una baja morbilidad y sin mortalidad; por otra parte, los resultados funcionales deben ser óptimos, sin recurrencia, mejorando la continencia y evitando el estreñimiento. La vía abdominal es la más adecuada para los pacientes jóvenes; la rectopexia, con o sin resección, es la técnica más utilizada. El empleo de mallas o suturas parece tener resultados similares. Actualmente la cirugía laparoscópica demuestra una eficacia similar a la cirugía convencional. La vía perineal es la mejor opción para pacientes mayores o en aquéllos con alto riesgo quirúrgico; la técnica de Delorme es la más sencilla de efectuar; sin embargo, la rectosigmoidectomía perineal tiene mejores resultados. En esta revisión se presentan las alternativas de tratamiento quirúrgico más comunes, analizando sus ventajas y desventajas.

Palabras clave: Prolapso, prolapso rectal, prolapso rectal en adultos, tratamiento quirúrgico del prolapso rectal, tratamiento laparoscópico del prolapso rectal, tratamiento perineal del prolapso rectal.

ABSTRACT

There are a variety of surgical alternatives for treatment of rectal prolapse. The ideal surgical procedure should be minimally invasive, have a low morbidity and no mortality, on the other hand, the functional results should be excellent, without recurrence, improving continence and preventing constipation. The abdominal approach is most appropriate for young patients, rectopexy, with or without resection, is the most used. The use of mesh or sutures appear to have similar results. Currently laparoscopic surgery shows similar efficacy to conventional surgery. The perineal approach is the best option for older patients or those with high surgical risk, the Delorme technique is the simplest to make, but the perineal rectosigmoidectomy has better results. In this paper the most common alternatives of surgical treatment are described analyzing their advantages and disadvantages.

Key words: Prolapse, rectal prolapse, rectal prolapse in adults, surgical management of rectal prolapse, rectopexy, laparoscopic management rectal prolapse, perineal repair of rectal prolapse.

INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal, aunque presenta baja frecuencia, constituye un serio problema de salud que incapacita al paciente física y socialmente. Se calcula que 50% de los casos de prolapso rectal completo se presenta en pacientes mayores de 70 años y predomina en mujeres con una relación 10 a 1, asociándose también con la multiparidad; cuando se presenta prolapso rectal en pacientes del sexo masculino, éste ocurre a edades más tempranas. El prolapso rectal corresponde a una invaginación del recto y se denomina com-

pleto o verdadero cuando todas las capas de la pared rectal protruyen fuera del ano; mucoso si sólo es esta capa la que se prolapsa, e interno si la invaginación no rebasa el conducto anal.¹

Se han señalado algunos factores predisponentes para la aparición de prolapso rectal completo en los pacientes adultos mayores, tales como esfuerzo al defecar, multiparidad, espina bífida, antecedente de histerectomía, estreñimiento, hipomotilidad sigmoidea y demencia senil. En los niños, el prolapso rectal completo se asocia más comúnmente a parasitosis.

Los factores estructurales relacionados con el prolapso rectal no están del todo dilucidados, aunque se menciona la presencia de un fondo de saco de Douglas profundo, redundancia del sigmoides, pérdida de la curvatura normal del recto a nivel del sacro, pérdida de la fijación del recto

* Coloproctólogo, Hospital Juárez de México. Profesor de Cirugía, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, UNAM.

** Médico residente de Cirugía General, Hospital Juárez de México.

*** Médico interno de pregrado. Facultad de Medicina, UNAM. Hospital Juárez de México.



al sacro y debilitamiento del piso pélvico. El prolapso rectal puede presentarse como un problema aislado o acompañarse de otras enfermedades del piso pélvico como rectocele, enterocele, cistocele y prolapso uterino o vaginal.²

Además de las alteraciones anatómicas, el prolapso rectal se acompaña de dos problemas funcionales importantes: incontinencia fecal que afecta de 38 a 80% de los pacientes³ y el estreñimiento en 15 a 65% de los casos.⁴ Generalmente la continencia se recupera en 66% de los enfermos después de la reparación del prolapso; aunque no se han encontrado parámetros fisiológicos predictivos de la mejoría o no del prolapso.⁵

Se han descrito más de 100 procedimientos quirúrgicos para el tratamiento del prolapso rectal; el objetivo del tratamiento es controlar el prolapso, restablecer la continencia y evitar el estreñimiento o mejorar la evacuación. Las opciones quirúrgicas se clasifican de acuerdo con la vía de abordaje empleada (abdominal o perineal), pueden incluir fijación del recto, resección intestinal o procedimiento de plicatura, entre otras opciones.⁶ En esta revisión se presentan las alternativas de tratamiento quirúrgico más comunes, analizando ventajas y desventajas.

PROCEDIMIENTOS POR VÍA ABDOMINAL

Rectopexias

Las rectopexias tienen como finalidad crear un nuevo y más firme mecanismo de sujeción entre el recto y el sacro, fijándolo y dificultando su descenso e invaginación. Las diferentes técnicas de rectopexia descritas difieren en cuanto a la longitud del recto que debe ser movilizada, el tipo de material para realizar la fijación y la técnica quirúrgica para realizarla.

Existen dos técnicas de rectopexia por vía anterior: la de Ripstein y la de Orr-Loygue. La técnica de Ripstein fue descrita en 1952, modificada posteriormente por el mismo autor en 1965,⁷ consiste en la utilización de mallas, inicialmente de teflón, que se fijan en la cara anterior del recto y al sacro a unos 5 cm por debajo del promontorio; la mortalidad descrita con este procedimiento varía entre 0 a 2.8%, en tanto que la recurrencia oscila entre 2 y 12%. Launer y Fazio⁸ reportaron una incidencia de obstrucción intestinal de 18% con esta técnica; sin embargo, aunque la obstrucción producida en el lugar de la abrazadera es un riesgo, según Gordon y Hoester,⁹ disminuye con la experiencia del cirujano. Por otra parte, en un estudio de la Clínica Lahey,¹⁰ se encontró una incidencia de 52% de complicaciones, tras 22 años de experiencia, con una recurrencia de 10%.

En la rectopexia de Orr-Loygue,¹¹ descrita por Orr en 1947 y modificada por Loygue en 1975, se realiza una disección

del recto por sus caras anterior y posterior hasta el plano de los músculos elevadores, respetando los ligamentos laterales; el recto se fija mediante dos bandas de marlex o nailon desde las caras laterales del recto al promontorio lo más lateralmente posible. La mortalidad con esta técnica es de 0% y la recurrencia va de 0 a 2.8%; aunque la continencia mejora, Douard¹² reportó una morbilidad de 42%.

La rectopexia posterior fue descrita por Wells¹³ en 1959, consiste en la utilización de una lámina de Ivalón que se sutura entre el sacro y el recto después de la disección y elevación del mismo, dejando libre la cara anterior con la finalidad de evitar la obstrucción. La mortalidad con esta técnica es de alrededor de 3% y la tasa de recurrencia es también de 3%. La fibrosis intensa que se produce con este procedimiento¹⁴ disminuye la distensibilidad rectal, por lo que la continencia tiene una discreta mejoría de 3 a 42%. Por otra parte el estreñimiento empeora en 48% de los casos y puede haber infección y rechazo en 1%,¹⁵ por lo que esta técnica no es muy recomendada.

En años recientes ha surgido la interrogante de si es necesaria la utilización de mallas para la fijación del recto. En 1939, Pemberton y Salker describieron la rectopexia con sutura, la cual consiste en la liberación del recto hasta el plano de los elevadores, con la preservación de los ligamentos laterales que se fijan a la fascia presacra mediante puntos de material de sutura no absorbible; con ello, se provoca una fibrosis intensa que fija al recto. Quizá ésta es la técnica más sencilla para tratar el prolapso rectal por vía abdominal, evitando el implante de cuerpo extraño;¹⁶ su utilización se ha incrementado con la introducción de la cirugía laparoscópica, su recurrencia es similar a la de las demás técnicas descritas (2 a 3%).¹⁷

Resecciones

La resección del colon sigmoidees fue utilizada en 1902 por Von Eiselsberg, basándose en la idea de que el acortamiento del colon más la fibrosis producida, impediría su descenso, aunque esta técnica se utilizó durante muchos años, actualmente se utiliza poco.¹⁸

La resección anterior fue descrita en 1955 por Muir,¹⁹ este procedimiento es eficaz en cuanto a la recurrencia; sin embargo, puede empeorar la distensibilidad y la sensación rectal, con afección de la continencia. En la actualidad no se utiliza.²⁰

En la resección de Frykman-Goldberg,²¹ descrita en 1969, el objetivo es impedir el descenso del recto, después de liberarlo, con la extirpación del colon izquierdo y la sutura de las aletas rectales al sacro, por debajo de la línea de anastomosis. La tasa de mortalidad con esta técnica varía entre 0 y 6.7% y la tasa de recurrencia es de alrededor de

3%. El estreñimiento presenta mejoría en 60 a 80% de los casos,²² en tanto que la continencia mejora hasta en 33% de los enfermos.²³

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

El primer trabajo sobre rectopexia laparoscópica para el tratamiento del prolapso rectal fue publicado por Berman²⁴ en 1992. La rectopexia por laparoscopia fue practicable al aumentar la experiencia de los cirujanos con las técnicas operatorias endoscópicas y con el desarrollo de instrumental laparoscópico adecuado para el intestino.²⁵ Las ventajas con respecto a la cirugía abierta son: menor morbilidad, menor dolor postoperatorio, recuperación más rápida de la peristalsis, menor estancia hospitalaria, reintegración más temprana al trabajo y mejor resultado estético.²⁶

En la mayoría de las publicaciones, la mortalidad es de 0% y la recurrencia oscila entre 0 y 7% para los diferentes tipos de rectopexia (mediante sutura o con malla).²⁷⁻²⁸ La población que requiere cirugía para corregir un prolapso rectal completo, generalmente es de edad avanzada; en este grupo etario las complicaciones respiratorias y de infección de la herida, tienden a ser relativamente altas con el procedimiento abierto. Es aquí donde la rectopexia por vía laparoscópica puede tener ventajas al permitir la movilización temprana y reducir la morbilidad, siempre y cuando se realice un procedimiento equivalente, porque en contraposición a este beneficio se encuentran los tiempos quirúrgicos que actualmente son más prolongados con el procedimiento laparoscópico, sobre todo cuando se incluye sigmoidectomía.²⁵

Solomon, en 2002, comparó la rectopexia abierta con la laparoscópica mediante un estudio controlado y aleatorizado, encontrando que el grupo de pacientes en los que se realizó el proceso por vía laparoscópica tuvo menor morbilidad, un inicio más temprano de la vía oral y una menor estancia hospitalaria.²⁶ También se han referido buenos resultados con la resección-rectopexia asistida para el tratamiento del prolapso rectal; en 2005, Ashari reportó una morbilidad de 9%, la tasa de recurrencia fue de 2.5% después de cinco años de seguimiento, en tanto que la continencia mejoró en 62% de los casos.²⁹

PROCEDIMIENTOS POR VÍA PERINEAL

Se ha demostrado que los procedimientos por vía abdominal (para corrección del prolapso rectal) tienen una tasa de recurrencia significativamente más baja que los

procedimientos por vía perineal, por lo que se recomiendan en pacientes jóvenes y sin enfermedades concomitantes graves. Los procedimientos por vía perineal, aunque con tasa más alta de recurrencia, tienen un riesgo quirúrgico más bajo, por lo que son una mejor alternativa para los pacientes con edad avanzada o para aquéllos con un riesgo quirúrgico alto por la presencia de enfermedades severas asociadas.³⁰ También se recomiendan los procedimientos perineales en pacientes masculinos ante el riesgo de disfunción sexual por lesión del nervio hipogástrico pélvico.³¹

Cerclaje de Thiersch

Mediante este procedimiento se retiene el prolapso a través del estrechamiento del canal anal; pero en realidad no lo corrige. Existe una alta tasa de infección con esta técnica, rechazo del material protésico e impactación fecal. En virtud de que la recurrencia llega hasta 80% es un procedimiento que no se recomienda mucho en la actualidad.²⁰

Técnica de Delorme

Descrita por Delorme en 1900, la técnica se basa en la disección y extirpación del manguito de mucosa que recubre el prolapso, para finalmente realizar una plicatura de la pared muscular y una anastomosis mucosa. Watts³² lo refiere como el procedimiento más adecuado para tratar prolapsos de tamaño pequeño y en aquéllos en que el espesor total no afecta por completo a toda la circunferencia. La morbilidad con este procedimiento varía entre 6 y 20%, la recurrencia va de 12.5 a 26% y la mortalidad de 0 a 5%.^{33,34}

Simultáneamente, algunos autores utilizaron la reparación total o parcial del piso pélvico con la finalidad de mejorar la continencia y disminuir la recurrencia. Lechaux³⁴ logró disminuir la recurrencia de 21 a 5%, con la adición de la reparación del piso pélvico.

Técnica de Altemeier

También conocida como rectosigmoidectomía perineal, fue descrita inicialmente por Mickulicz en 1889; sin embargo, fue Altemeier,³⁵ en 1971, quien la popularizó gracias a los excelentes resultados del procedimiento. La incisión de la pared rectal debe hacerse a unos 2 cm de la línea pectínea, con la finalidad de respetar el esfínter anal interno; la correcta identificación de la grasa del meso-recto, en su cara posterior, hace más fácil la disección. Una vez que se abre el saco de Douglas, se libera el recto y todo el sigmoides redundante hasta el punto donde éste no des-



ciende más; esta maniobra es importante para disminuir el índice de recidiva. Al igual que en el procedimiento de Delorme, algunos autores aconsejan la reparación simultánea del piso pélvico para mejorar la continencia y evitar la recurrencia.³⁶ Agachan comparó tres procedimientos perineales para la corrección del prolapso rectal, encontrando los mejores resultados con la rectosigmoidectomía con levatoroplastia.³⁷

Este procedimiento se asocia con una incidencia muy baja de estreñimiento postoperatorio; aunque existe un riesgo de dehiscencia de la anastomosis, ésta no se presenta o es muy baja en las series publicadas.³⁵ La mortalidad con esta técnica es de 0% y la recurrencia oscila entre 0 y 16%.³⁸

CONCLUSIONES

Existe una gran variedad de alternativas quirúrgicas para el tratamiento del prolapso rectal.³⁹ El procedimiento quirúrgico ideal debe ser, por una parte, mínimamente invasivo, tener una baja morbilidad y sin mortalidad; por otra parte, los resultados funcionales deben ser óptimos, sin recurrencia, mejorar la continencia y evitar el estreñimiento.²⁰

Brazzelli realizó un metanálisis y encontró en las bases de datos únicamente diez trabajos aleatorizados para el tratamiento del prolapso rectal; por lo que concluyó que debido a la escasez de trabajos aleatorizados y sus fallos metodológicos no es posible obtener conclusiones definitivas en cuanto al tratamiento del prolapso rectal.⁴⁰

Sin embargo, de acuerdo con lo descrito en la literatura, es posible establecer que la vía abdominal es la más adecuada para los pacientes jóvenes y que la rectopexia, con o sin resección, es la técnica más utilizada. El empleo de mallas o suturas parece tener resultados similares.

Actualmente la cirugía laparoscópica ha demostrado una eficacia similar a la cirugía convencional, por lo que puede ser el futuro del tratamiento de esta enfermedad. La vía perineal es la mejor opción para pacientes mayores o en aquéllos con alto riesgo quirúrgico; la técnica de Delorme es la más sencilla, pero la rectosigmoidectomía perineal tiene mejores resultados.

REFERENCIAS

- Jacobs LK, Lin YJ, Orkin BA. La mejor operación para el prolapso rectal. *Surg Clin North Am* 1997; 77: 49-70.
- Bruch HP, Herold A, Schiedeck T, Schwandner O. Laparoscopic surgery for rectal prolapse and outlet obstruction. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 1189-95.
- Lowry AC, Goldberg SM. Internal and overt rectal procidentia. *Gastroenterol Clin North Am* 1987; 16: 47-70.
- Ciocco WC, Brown AC. Anterior resection for the treatment of rectal prolapse: a 20-year experience. *Am Surg* 1993; 59: 265-9.
- Yoshioka K, Hyland G, Keighley MR. Anorectal function after abdominal rectopexy; parameters of predictive value in identifying return of continence. *Br J Surg* 1989; 76: 64-8.
- Kuijpers HC. Treatment of complete rectal prolapse: to narrow, to wrap, to suspend, to fix, to encircle, to plicate or to resect? *World J Surg* 1992; 16: 826-30.
- Ripstein CB. Surgical care of massive rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1965; 8: 34-8.
- Launer DP, Fazio VW, Weakley FL, Turbull RB, Jagelman DG, Lavery IC. The Ripstein procedure: a 16-year experience. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 41-5.
- Gordon PH, Hoexter B. Complications of the Ripstein procedure. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 277-80.
- Roberts PL, Schoetz DJ, Collier JA, et al. Ripstein procedure: Lahey Clinic experience: 1963-1985. *Arch Surg* 1988; 123: 554-7.
- Loygue J, Nordlinger B, Cunci O, et al. Rectopexy to the promontory: for the treatment of rectal prolapse: report of 257 cases. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 356.
- Douard R, Frileux P, Brunel M, Attal E, Turet E, Parc R. Functional results after the Orr-Loygue transabdominal rectopexy for complete rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 2003; 46: 1089-96.
- Wells C. New operation for rectal prolapse. *Proc R Soc Med* 1959; 52: 602.
- Morgan CN, Porter NH, Klugman DJ. Ivalon sponge in the repair of complete rectal prolapse. *Br J Surg* 1972; 59: 841-5.
- Ross AH, Thomson JPS. The management of infection after prosthetic abdominal rectopexy (Wells' procedure). *Br J Surg* 1989; 76: 610-2.
- Ejerblad S, Krause U. Repair of rectal prolapse by rectosacral suture fixation. *Acta Chir Scand* 1988; 154: 103.
- Briel JW, Schouten WR, Boerma MO. Long-term results of suture rectopexy in patients with fecal incontinence associated with incomplete rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 1228-32.
- Schlinkert RT, Beart RW, Wolff BG, Pemberton J. Anterior resection for complete rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 409-12.
- Muir EG. Rectal prolapse. *Proc R Soc Med* 1955; 48: 33.
- Muñoz F, del Valle E, Rodríguez M, Zorrilla J. Prolapso rectal. ¿Abordaje abdominal o perineal? Estado actual. *Cir Esp* 2005; 78(Supl. 3): 50-8.
- Frykman HM, Goldberg SM. The surgical management of rectal procidentia. *Surg Gynecol Obstet* 1969; 129: 1225-30.
- Sayfan J, Pinho M, Alexander-Williams J, Keighley MR. Sutured posterior abdominal rectopexy with sigmoidectomy compared with Marlex rectopexy for rectal prolapse. *Br J Surg* 1990; 77: 143-5.

23. Luukkonen P, Mikkonen U, Jarvinen H. Abdominal rectopexy with sigmoidectomy vs. Rectopexy alone for rectal prolapse a prospective, randomized study. In J Colorectal Dis 1992; 7: 219-22.
24. Berman IR. Sutureless laparoscopic rectopexy for procidentia: technique and implications. Dis Colon Rectum 1992; 35: 689-93.
25. Rodríguez-Wong U, Cruz-Mendoza I, García J. Rectopexia con malla por vía laparoscópica en prolapso rectal. Rev Mex Cir Endos 2005; 6(3): 131-4.
26. Solomon MJ, Young CJ, Eysers AA, Roberts RA. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open abdominal rectopexy for rectal prolapse. Br J Surg 2002; 89: 35-9.
27. Kellokumpu IH, Virozen J, Scheinin T. Laparoscopic repair of rectal prolapse a prospective study evaluating surgical outcome and changes in symptoms and bowel function. Surg Endosc 2000; 14: 634-40.
28. 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.
29. Ashari LH, Lumley JW, Stevenson AR, Stiz RW. Laparoscopically assisted resection rectopexy for rectal prolapse: ten years' experience. Dis Colon Rectum 2005; 48: 982-7.
30. Huang CC, Chen HH, Lin SE, Chang CL, Lu CC, Hu WH, et al. Surgical management of complete rectal prolapse. J Soc Colon Rectal Surgeon 2007; 18: 99-104.
31. Tsunoda A, Yasuda N, Yokohama N, Kusano M. Delorme's procedure for rectal prolapse. Clinical and physiological analysis. Dis Colon Rectum 2003; 46: 1260-5.
32. Watts AM, Thompson MR. Evaluation of Delorme's procedure as a treatment for full-thickness rectal prolapse. Br J Surg 2000; 87: 218-22.
33. Marchal F, Bresler L, Ayav A, Zarnegar R, Brunaud L, Duchamp C, et al. Long-term of Delorme's procedure and Orr-Loygue rectopexy to treat complete rectal prolapse. Dis Colon Rectum 2005; 48: 1785-90.
34. Lechaux JP, Lechaux D, Perez M. Results of the Delorme's procedure for rectal prolapse: Advantages of a modified technique. Dis Colon Rectum 1995; 38: 301-7.
35. Altemeier WA, Culbertson WR, Schowengerdt C, et al. Nineteen year's experience with one-step perineal repair of rectal prolapse. Ann Surg 1971; 173: 993-1006.
36. González-Contreras QH, Bahena-Aponte JA. Prolapso rectal. Ciruj General 2011; 33(Supl. 1): S54-S56.
37. Agachan F, Reissman P, Pfeifer J, et al. Comparison of three perineal procedure for the treatment of rectal prolapse. South Med J 1997; 90: 925-32.
38. Kimmins MH, Evetts BK, Isler J, Billingham R. The Altemeier repair: Outpatient treatment of rectal prolapse. Dis Colon Rectum 2001; 44: 565-70.
39. Mostafa RM. Rectal prolapse: Diagnosis and clinical management. World J Gastroenterol 2010; 16(17): 2193-4.
40. Brazzelli M, Bachoo P, Grant A. Surgery for complete rectal prolapse in adults. Cochrane Database Syst Rev 2. 2000: CD001757.

Solicitud de sobreiros:

Dr. Ulises Rodríguez-Wong
Tepic, Núm. 113-611
Col. Roma Sur
06760, México, D.F.
Tel.: 5264-8266