

# **Revista Mexicana de Coloproctología**

## **Enfermedades del ano, recto y colon**

**Volumen**  
*Volume* **11**

**Número**  
*Number* **3**

**Septiembre-Diciembre**  
*September-December* **2005**

*Artículo:*

Método osmolar para la reducción del prolapso rectal incarcerado y estrangulado: Reporte de 8 casos

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
Sociedad Mexicana de Cirujanos del Recto y Colon A.C.

**Otras secciones de este sitio:**

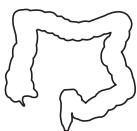
- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**medigraphic.com**



# Método osmolar para la reducción del prolapso rectal incarcerado y estrangulado: Reporte de 8 casos

Heriberto Rodea Rosas,\*  
Cesar Athié Gutiérrez,\*  
Abel Jalife Montaño,\*  
Yuriria Orea Gaona,\*  
Francisco Javier Becerra  
Rodríguez,\* Clemente  
Guízar Bermúdez\*

\* Servicio de Urgencias Médico-Quirúrgicas del Hospital General de México, O.D.

Dirección para correspondencia:  
Dr. Heriberto Rodea Rosas  
Carrillo Puerto Núm. 318, Azalea 301  
Col. General Anaya 03340  
México D.F. Tel. 5688 4039  
E-mail: herrodea@prodigy.net.mx.

## Resumen

El prolapso rectal incarcerado es una emergencia quirúrgica potencial poco común. Dicha complicación ocurre cuando no es posible su reducción por el propio paciente o por el médico con maniobras conservadoras. Las complicaciones por incarceración y estrangulación, incluyen: ulceración, necrosis y finalmente perforación con potencial herniación de asas intestinales a través de recto y sepsis abdominal. Se presentan 8 casos en los que se empleó azúcar de mesa común, como ayuda eficaz para reducir el prolapso rectal incarcerado y se analizan los resultados.

**Palabras clave:** Prolapso rectal incarcerado, método osmolar.

## Abstract

*Incarcerated rectal prolapse is an uncommon potential surgical emergency. This complication occurs when reduction is not possible either by means of the patient or the treating physician. Complications related to incarceration and strangulation include ulceration and necrosis, perforation with the likelihood of evisceration of the loops intestinal through the rectum wall and abdominal sepsis. Eight cases on which sugar was used as an osmotic agent in the reduction of the incarcerated full-thickness rectal prolapse are presented and results analyzed.*

**Key words:** Incarcerated rectal prolapse, osmotic method.

## INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal completo se define como una protrusión a través del ano de todas las capas de la pared rectal,<sup>1</sup> es una patología relativamente común, en la que se implica una alteración de los reflejos inhibitorios de la musculatura rectal y perineal,<sup>2,3</sup> por donde ocurre una intususcepción circunferencial del recto.<sup>4</sup> En la edad adulta, es más frecuente en mujeres que en hombres en relación 6:1, muchas veces está relacionado con enfermedades neurológicas o psiquiátricas<sup>5</sup> y generalmente se reduce manualmente por el propio paciente. De las complicaciones asociadas, la más peligrosa es la incarceración, la cual requiere de una reducción inmediata para evitar complicaciones mayores como necrosis y perforación del recto, o bien una cirugía urgente que intente corregir el prolapso y evitar complicaciones. Los procedimientos urgentes, cuando son resectivos tienen un alto índice de complicaciones,<sup>6</sup> por lo que es preferible realizarlos electivamente, en el momento en el que se encuentra sin o con mínima inflamación, sin isquemia.

mia de la pared y apropiadamente preparado para el mejor procedimiento quirúrgico definitivo.

Este estudio es clínico, prospectivo, transversal y observacional, para valorar la utilidad y seguridad del efecto osmolar del azúcar en la disminución del edema del prolapso rectal incarcerado y facilitar la reducción manual del mismo, cuando aún es viable y no hay datos de ulceración ni necrosis. El empleo de esta sustancia con ligero efecto osmolar, disminuye el edema tisular lentamente, evitando así cambios osmolares bruscos de la pared rectal, sin la producción de isquemia, necrosis ni otros efectos deletéreos del recto incarcerado y con ello, disminución de la morbimortalidad.<sup>7</sup> Así, el procedimiento quirúrgico definitivo se puede aplazar 8-15 días después, para mantener en reposo el recto incarcerado, dando oportunidad a la disminución máxima del edema y con la posibilidad de ofrecer un tratamiento quirúrgico individualizado una vez hechos los estudios de función rectal y con preparación intestinal preoperatoria, a fin de ofrecer los mejores resultados posibles.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron todos aquellos pacientes que ingresaron al Servicio de Urgencias del Hospital General de México O.D., con prolapo rectal completo, incarcerado, sin ulceraciones ni necrosis, desde enero de 1995 a julio de 2002 y se excluyeron aquéllos pacientes con patología diferente, los que no aceptaron el procedimiento o bien aquéllos a quienes les fue realizada la reducción mediante otro método. A todos se les realizó valoración sistémica, incluyendo el estado cardiovascular, estudios de laboratorio básicos y detección de posible factor predisponente o etiológico.

Se informó a cada paciente el procedimiento de reducción y previo consentimiento se realizó de la siguiente manera: Se les aplicó una línea intravenosa y sonda de Foley, colocación del paciente en posición genupectoral, aplicación de azúcar granulada de mesa en toda la superficie rectal prolapsada, cubriéndola por completo, una y otra vez, para mantener el efecto osmolar en forma permanente, hasta observar la máxima reducción del edema, momento en el que se realiza la reducción manual del recto y posteriormente con el paciente estable, se hospitaliza para realizar estudios complementarios de la función rectal y planear su cirugía correctiva definitiva e individualizada.

## RESULTADOS

De los 12 pacientes hospitalizados durante este periodo, se excluyeron a 5 (4 por reducción manual sin necesidad del método osmolar, reducidos en quirófano mediante anestesia regional y uno por asociación con linfoma rectal prolapsado). De los 8 pacientes del estudio, 5 fueron hombres (62.5%) y 3 mujeres (37.5%), con edades entre los 29-65 años (promedio 34.3). El tamaño original del prolapo fue de 15 x 15 x 15 cm a 25 x 25 x 25 cm. El tiempo necesario para lograr efecto osmolar con disminución del edema fue de 30-90 minutos (media 42), se necesitaron en promedio 800 g de azúcar, la re-

ducción lograda fue del 40-60% del tamaño, no se tuvieron complicaciones ni mortalidad. Se presentó recidiva del prolapo en dos ocasiones en la paciente número 4, por alteraciones importantes de la estética pélvica, optando finalmente por un procedimiento reseptivo urgente más colostomía. No se presentaron complicaciones sistémicas por el procedimiento (bradicardia, efecto vagal, hiperglucemia etc.), ni complicaciones locales como ruptura o perforación. A todos los pacientes se les realizó un procedimiento correctivo del prolapo entre los 10-15 días posteriores al procedimiento, encontrando como hallazgo transoperatorio condiciones locales del recto apropiadas para realizar el procedimiento quirúrgico definitivo, es decir el recto sin o con mínimo edema, poco engrosamiento y con una buena coloración e irrigación. La cirugía definitiva consistió en los pacientes 1 y 2 en operación de Ripstein y a los restantes, cirugía de Frickman (*Cuadro I*).

## CONCLUSIÓN DE LOS CASOS REPORTADOS

48.66 años como promedio de edad

11.16 promedio de evolución en horas antes de la reducción

51.66 minutos de tiempo promedio para la disminución del tamaño del prolapo

49.16 minutos en promedio de tiempo para la reducción

La mayor edad fue para las mujeres y todas ellas fueron multigestas con alteraciones de la estética pélvica.

## DISCUSIÓN

El prolapo rectal incarcerado afecta a pacientes de edad avanzada y es un problema proctológico frecuente en este grupo etáreo, así también su incidencia de incarceración es desconocida y puede requerir de una operación de urgencia. En nuestra práctica vemos que son pacientes que ya han tenido uno o varios episo-

**Cuadro I.**

Paciente	Sexo/edad	Evolución en horas	Tamaño en centímetros	Tiempo de la reducción (min)	Disminución del tamaño (%)	Recurrencia	Mortalidad
1	M/42	5	15 x 15 x 15	40	50	No	No
2	F/57	12	12 x 12 x 12	35	40	No	No
3	M/39	8	10 x 10 x 10	60	40	No	No
4	F/65	24	20 x 20 x 20	85	60	Sí (2)	No
5	M/48	10	15 x 15 x 15	50	60	No	No
6	M/41	8	15 x 15 x 15	25	50	No	No
7	M/38	9	10 x 10 x 10	40	40	No	No
8	F/63	12	15 x 15 x 20	20	40	—	—



**Figura 1.** Caso clínico; obsérvese la magnitud del prolapso rectal completo.



**Figura 2.** Véase el momento en que se aplica el azúcar sobre el prolapso rectal.



**Figura 3.** Maniobras para reducir el prolapso rectal.



**Figura 4.** Momento en que se realiza la presión sostenida sobre el prolapso rectal.



**Figura 5.** Imagen con el prolapso rectal reducido.

dios del prolapso y cuando los antecedentes de ellos son crónicos y aumentan el riesgo hay una alternativa de tratamiento que puede evitar la morbi-mortalidad de la cirugía, y éste es un método osmótico aplicando azúcar sobre la mucosa del prolapso, disminuyendo totalmente el edema, logrando una dramática desecación o reducción del mismo, también se emplea en el prolapso de colostomías, ileostomías y hemorroides internas prolapsadas edematizadas. Una revisión de la literatura inglesa no hay reportes de esta técnica antes de 1991.<sup>7</sup> Como otra alternativa no quirúrgica, Goligher<sup>8</sup> describe un caso de prolapso rectal gangrenoso manejado por medio de rectosigmoidoscopia perineal.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Shakelford MAV. The pathogenesis, anatomy and cure of prolapse of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1912; 15: 7.
2. Farouk R, Duthie GS, McGregor AB, Bartolo DC. Rectoanal inhibition and incontinence in patients with rectal prolapse: *Br J Surg* 1994; 81: 743-46.
3. Parks AG. Anorectal disorders. In: Medical Annual. Ed. R. B. Scott and R.M. Walker, Bristol: J. Wright & Sons. 1971.
4. Broden SB, Snellman B. Procidentia of the rectum studied with cineradiography: a contribution to the discussion of causative mechanism. *Dis Colon Rect* 1968; 11: 330.
5. Medina GS. Procidencia rectal. *Rev Gastroenterol Méx* 1996; 61: 119-23.
6. Ramanujam PS, Venkatesh KS. Management of acute incarcerated rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 1154-1156.
7. Myers OJ, Rothenberger DA. Sugar in the reduction of incarcerated prolapsed bowel; report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 416-418.
8. Goligher JC. *Surgery of the anus, rectum and colon*. 5th ed. London: Bailliere Trindall. 1984: 302.