

# Prolapso rectal

**DA Guerra-Melgar\***,  
**A Inda-Toledo\*\***,  
**LR Guerra-Melgar\***,  
**R Pérez-Rodríguez\*\***,  
**A Ruiz-Vicencio\*\***

\* Profesor de Cirugía de la Universidad Autónoma de Chiapas. Coloproctólogo, Servicio de Cirugía, Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa”. \*\* Asociados y Coautores.

Dirección para correspondencia:  
dguerra@montebello.unach.mx  
dguerramelgar@hotmail.com

## Resumen

Reportamos un caso de prolapso rectal, ingresado por el Servicio de Urgencias, que a pesar de las maniobras habituales no se pudo reducir, por lo que fue trasladado a quirófano y bajo anestesia regional (bloqueo epidural), se intentó nuevamente la reducción, sin conseguirlo, presentando en las siguientes horas, edema, isquemia y ulceración del tejido rectal prolapsado, por lo que fue necesario resolver el prolapso mediante un procedimiento de abordaje perineal, como es la rectosigmoidectomía perineal o procedimiento de Altemeier, acompañado de levatorplastia. Las diferentes alternativas en el manejo del prolapso rectal, así como las ventajas, indicaciones y contraindicaciones de los diferentes tipos de abordaje se presentan y discuten en el presente trabajo.

**Palabras clave:** Prolapso rectal irreducible, abordaje perianal, rectosigmoidectomía.

## Abstract

*We are reporting, a case of rectal prolapse, who arrived to the emergency service, where, despite of the usual maneuvers or handling, was unable to reduce it, he was carried to the operating room and under regional anaesthesia (epidural block) the attempt to reduce the prolapse was unsuccessful, developing in the next hours edema, ischemia and ulceration of the rectal mucosa, having the need of perform a perineal approach, such as a perineal rectosigmoidectomy or Altemeier procedure, along with levatorplasty. The different alternatives in the management of rectal procidence, as well as the advantages, indications and contraindications are presented and discuss in the present job.*

**Key words:** Unreducible rectal prolapse, perineal approach, rectosigmoidectomy.

## INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal irreducible es una entidad que ocurre en forma inusual, pues en la mayor parte de los casos el prolapso reduce espontáneamente, o en aquellos pacientes que tienen una larga evolución, han aprendido a reducirlo manualmente; sin embargo, en los casos en los que esto no es posible, acuden a solicitar ayuda médica, y generalmente se logra la reducción mediante maniobras manuales en los Servicios de Urgencia o bien, con el apoyo del Servicio de Anestesia, en quirófano, bajo bloqueo epidural, se logra finalmente la reducción del prolapso, enviándose al paciente a la consulta externa para iniciar un protocolo de estudio, para decidir el tipo de abordaje quirúrgico y la técnica que mejor le corresponda a cada paciente en particular. Sin embargo, en ocasiones, se presentan pacientes con prolapso rectal, en los que no es posible lograr la reducción, lo que nos plantea una situación de emergencia, donde el edema, ulceración y compromiso vascular de la pared colónica prolapsada, obliga a realizar una alternativa quirú-

gica para resolver el problema, tal es el caso del paciente referido en el presente artículo, en donde se tomó la decisión de realizar una rectosigmoidectomía por vía perineal, para lograr la resolución definitiva del prolapso rectal o procidencia.

## CASO CLÍNICO

Se trata de masculino de 48 años, casado, campesino, de medio socioeconómico bajo, sin antecedentes quirúrgicos. Un año de evolución con prolapso rectal asociado a estreñimiento, hasta en 5 diferentes ocasiones, reduciéndolo manualmente. En la historia se documenta continencia adecuada y hábitos evacuatorios con predominio de estreñimiento. En octubre de 2003, posterior a esfuerzo evacuatorio, presenta prolapso rectal, sin lograr reducirlo, por lo que 12 h después de ocurrido el prolapso, es trasladado por sus familiares al Servicio de Urgencias de nuestra institución (*Figura 1*), en donde manifiesta dolor, apreciándose edema importante del prolapso; se canaliza con soluciones cristaloides, ad-

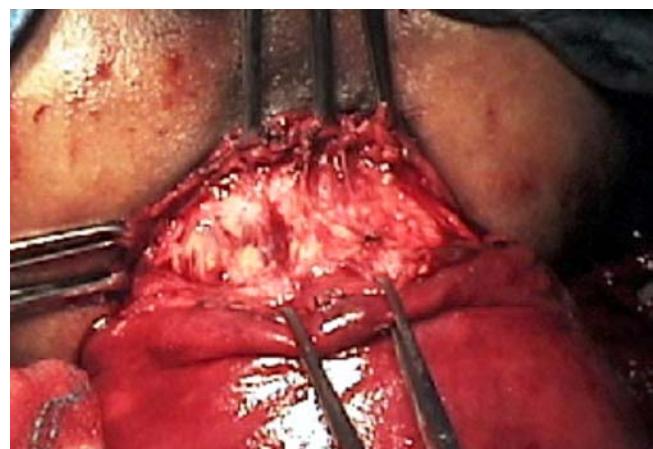
ministración de analgésicos y aplicación en mucosa prolapsada de azúcar granulada, horas después se intenta reducir por los médicos de urgencia, sin conseguirlo, por lo cual se interconsulta al Servicio de Cirugía; es valorado por cirujano de guardia, se pasa a quirófano al paciente y bajo bloqueo epidural, se intenta nuevamente la reducción sin conseguirlo, por lo cual se deja instalado catéter epidural y se inicia infusión endovenosa de dexametasona, aplicación de fomentos húmedos calientes sobre el prolapso. Al día siguiente, el cirujano de la guardia correspondiente realiza nuevo intento de reducción, bajo efecto del bloqueo epidural, sin conseguirlo, aumenta el edema y se presentan áreas de ulceración y sangrado por el trauma de los diversos intentos de reducción manual. Se solicita interconsulta a proctología, pasando nuevamente al paciente a quirófano, se realiza un último intento de reducción sin lograrlo, por lo que se decide en ese momento, realizar rectosigmoidectomía perineal, con técnica de Altemeier y colo-ano anastomosis (*Figuras 2, 3, 4 y 5*), previa aplicación preoperatoria de ceftriaxona y metronidazol. Se inician líquidos orales pasadas las primeras 24 h y dieta blanda al tercer día, se egresa al paciente una vez presentes las evacuaciones, citándolo por la consulta externa. Actualmente con un seguimiento de dos años, sin recidiva hasta el momento y refiriendo continencia adecuada.



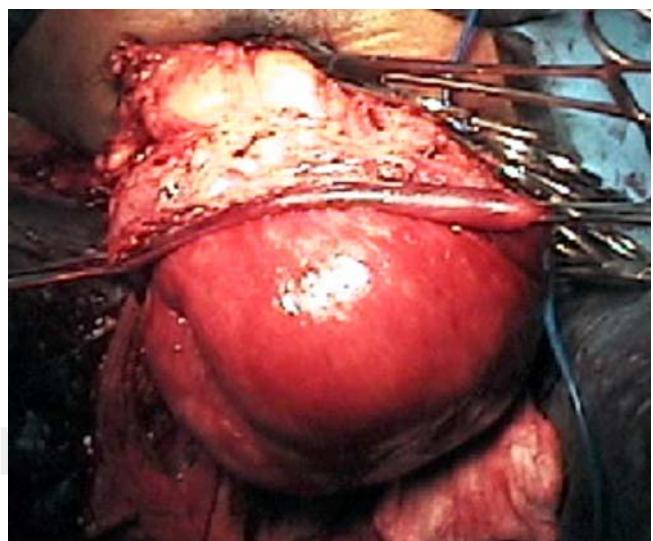
**Figura 1.** Prolapso rectal completo.

## DISCUSIÓN

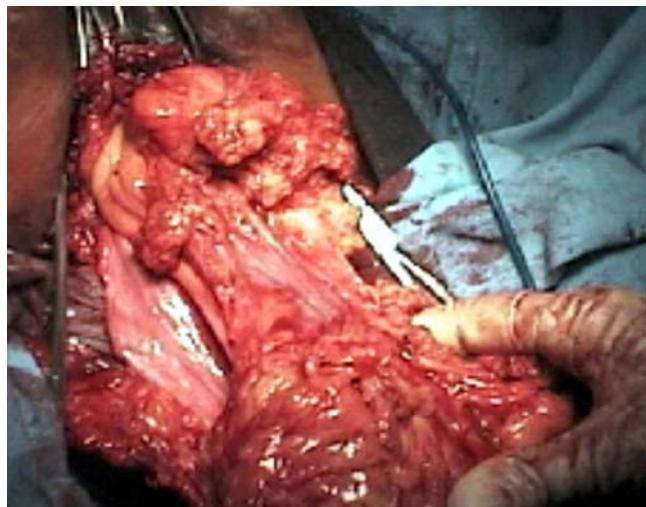
El prolapso rectal es un problema poco frecuente, pero conocido desde hace mucho tiempo, pues hay descripciones del mismo en el papiro de Ebers en el año 1500 a.C., y aún hoy en día se investiga la causa precisa y el tratamiento correcto, sin embargo se considera que indica una disfunción generalizada del piso pélvico más que un problema rectal aislado, de tal suerte que, y a raíz de los diferentes estudios, se han considerado en los últimos años, 2 teorías que tratan de explicar esta alteración: Moschkowitz en 1912 propuso que el prolapso rectal es en realidad una hernia perineal deslizante, que se desarrolla en un punto debilitado de la fascia transversalis y que es secundaria



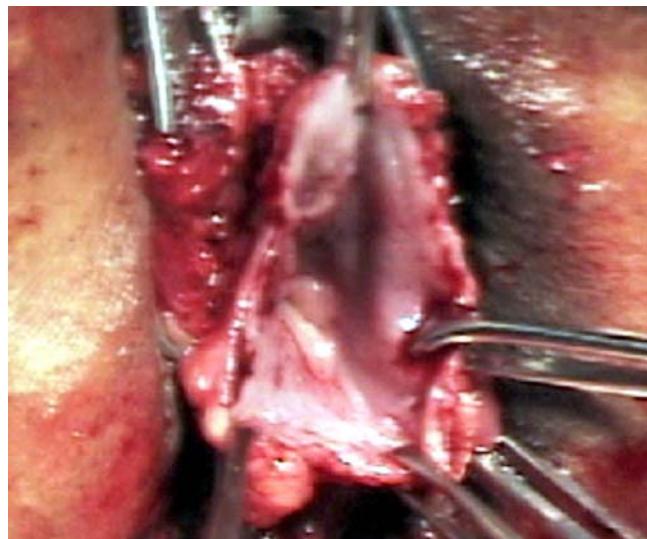
**Figura 2.** Disección del prolapso por vía perineal.



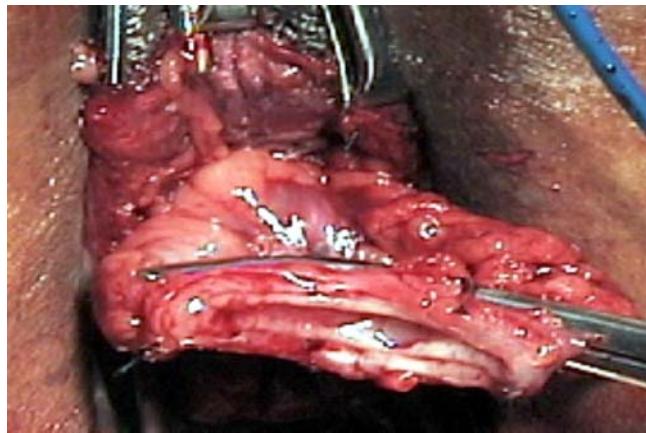
**Figura 3.** Disección del prolapso.



**Figura 4.** Obtención de la pieza.



**Figura 6.** Coloproctoanastomosis vía perineal (Altemeier).



**Figura 5.** Estoma rectal.



**Figura 7.** Resultado postoperatorio inmediato.

a un aumento de la presión intraabdominal. Este autor dedujo que la procidencia se origina en una hernia del saco de Douglas y que debido a la adherencia de repliegues peritoneales al recto y a la relativa fijación del ano, la hernia protruye con una intususcepción a través del conducto anal. Esta teoría se ve apoyada por la observación clínica de que en la procidencia se ve un lumen ubicado posteriormente y por la presencia ocasional de intestino delgado anteriormente al saco herniario incluido en el prolusión.<sup>1</sup>

En 1968 Broden y Snellman estudiaron la dinámica del inicio del prolusión rectal mediante cinerradiografía, demostrando que el paso inicial para la génesis del prolusión es una invaginación circunferencial de la parte alta del recto y del colon sigmoides, la cual se inicia en un sitio situado 6 a 8 cm del borde anal. Conforme el pacien-

te hace el esfuerzo por defecar, el prolusión se extiende hacia abajo a través del recto y más allá del ano.<sup>2</sup>

Tomando en consideración las 2 teorías antes mencionadas, Altemeier y col., clasificaron el prolusión rectal en 3 tipos: El prolusión tipo I es una protrusión de mucosa rectal redundante (falso prolusión habitualmente asociado con hemorroides); el tipo II es una intususcepción sin hernia deslizante y el tipo III es una hernia deslizante del fondo de saco, el cual es considerado como el más común.<sup>5</sup>

Con el recurso de los estudios de electrofisiología del piso pélvico, se ha demostrado que en muchos casos de procidencia, los músculos están denervados, lo

cual abre otras perspectivas, entre las cuales podría explicar que la denervación altera el ángulo anorrectal y ello favorezca el prolapso de la pared anterior rectal hacia el conducto anal.<sup>8,15</sup>

Sin embargo, y bajo estas perspectivas, lo cierto es que se han podido documentar factores anatómicos relacionados con la predisposición a la procedencia, entre los que podemos mencionar: Debilidad o falta de fijación del recto al sacro, debilidad y atonía de los esfínteres, un rectosigmoides redundante, un fondo de saco de Douglas anormalmente profundo, defecto en el piso pélvico con diastasis de los elevadores del recto en la concavidad del sacro.<sup>8,11,13,16</sup>

Es bajo estos preceptos en los que se basa la gran variedad de procedimientos quirúrgicos, para tratar el prolapso rectal. Al decir la conveniencia de alguna técnica quirúrgica en cada paciente en particular, el cirujano debe de tener en cuenta la tasa de morbilidad y mortalidad, las posibilidades de recidiva y el mantenimiento o restauración de la continencia del procedimiento elegido.

Bajo estas circunstancias y de acuerdo a la bibliografía, podemos clasificar a los procedimientos quirúrgicos de acuerdo a su abordaje, en perineales y abdominales. Para que el tratamiento tenga éxito el principal objetivo es eliminar el prolapso y esto puede conseguirse por fijación del recto prolapsado al sacro, por resección del recto prolapsado o por prevención del prolapso por medio de la obstrucción mecánica, esta última alternativa es la menos deseable por los pobres y los decepcionantes resultados.<sup>9,10,12,13</sup>

Dentro de los procedimientos abdominales, la característica común es la fijación del recto al sacro, lo cual puede conseguirse mediante suturas no absorbibles (prolene), malla de marlex (Ripstein), esponja de alcohol polivinilo (Ivalon- operación de Wells), tiras de fascia lata. Independientemente de la técnica específica empleada, siempre la fijación sacra debe de acompañarse previamente de una movilización rectal completa, que de acuerdo a algunos autores, este despegamiento entre la pared posterior del recto y el sacro, propiciará una intensa fibrosis que impedirá nuevamente el prolapso rectal.<sup>3,4,7,9-11</sup>

En la actualidad, los procedimientos que emplean material extraño para conseguir la fijación rectal, ha ido cayendo en desuso, por las cifras significativas de obstrucción y recidivas que se han presentado, tal es el caso de los procedimientos de Ripstein, de acuerdo a los trabajos de Launer y cols, en la Clínica Cleveland, Gordon y Hoexter en 1978, sin dejar de lado la posibilidad latente de predisponer a sepsis pélvica por el tipo de material extraño. La proctopexia presacra con sutura inabsorbible, es quizá la técnica abdominal más senci-

lla para el prolapso rectal y con baja morbilidad, además con cifras de recidiva de acuerdo al grupo del Hospital St. Antoine de París del 5.6%, lo cual es comparable a lo reportado en las técnicas más usuales con material extraño, lo que en últimas fechas lo hace uno de los métodos prototípico para comparar.<sup>4,6,7,9</sup> La rectopexia abdominal con sigmoidectomía y coloproctoanastomosis es en la actualidad una técnica muy extendida que combina los mejores aspectos de los diferentes procedimientos propuestos, es decir se moviliza completamente el recto hasta el nivel de los elevadores, se fijan los ligamentos laterales a la fascia presacra para establecer esta fijación natural y el sigmoides redundante se extirpa. Con este procedimiento además en aquellos pacientes con prolapso rectal y estreñimiento preoperatorio se mejora notablemente la función intestinal.<sup>18</sup>

Respecto a los procedimientos perineales, éstos han sido una alternativa, para la población anciana y de gran riesgo quirúrgico que contraindiquen una laparotomía, y entre estas operaciones está el cerclaje anal, descrita por Thiersch en 1891, utilizando alambre de plata, lo cual desgraciadamente provocaba impacto fecal, así como ulceración, sepsis y rotura del alambre, por lo cual fue suplantado por diferentes materiales tales como nylón, seda, fascias, teflón y mallas de propileno; sin embargo ninguna de las técnicas de cerclaje trata realmente el prolapso, únicamente se comporta como una barrera u obstrucción de salida y actualmente se refiere como una situación anecdótica y su empleo ha sido prácticamente abandonado. También el abordaje perineal tiene su indicación en aquellos casos en donde la reducción no es posible por la magnitud del prolapso y edema, condicionando una situación de emergencia que ofrece como la mejor alternativa la resolución quirúrgica por vía perineal, tal es el caso motivo de esta presentación.

Dentro de los procedimientos opcionales en la actualidad, están el procedimiento de Delorme descrito desde 1900 y que consiste en una mucosectomía circular comenzando en la línea dentada, con imbricación de las musculares y una anastomosis de la mucosa colanal y que en algunas series reportan recidivas del 10 al 7%.<sup>17</sup> Una de las alternativas con mejor y mayor aceptación dentro de los accesos perineales, es la rectosigmoidectomía perineal o procedimiento Altemeier, que consiste en una escisión del recto por vía perineal, con anastomosis coloanal, ya que esta técnica ofrece baja morbilidad y casi nula mortalidad, con cifras de recidivas menores al 6% en las diferentes series, siendo uno de los principales inconvenientes el deterioro de la continencia en el postoperatorio, tal como lo publicó Watts y cols. en su serie.<sup>5</sup>

Ramanujamy Venkatesh en 1988 añadieron la plástica posterior de los elevadores, con lo cual mejoró notablemente este deterioro esfinteriano postoperatorio en la técnica de Altemeier.

Bajo estos conceptos y desde hace varios años, hemos preferido la corrección de la procidencia mediante abordajes abdominales y de éstas, 2 alternativas han sido las preferidas, la proctopexia simple y la proctopexia con resección de sigmoides y anastomosis (Frykman - Goldberg), dejando el acceso perineal para pacientes de alto riesgo, o casos de prolapo irreducible, como el caso clínico presentado, operado con la técnica de Altemeier.

Respecto a la frecuencia de acuerdo al género, la mayoría de los autores encuentran predominio del sexo masculino en proporción de 1.5:1 sin encontrar motivo aparente. Estamos de acuerdo en la necesidad de corroborar clínicamente el diagnóstico mediante la observación del prolapo, así como una proctoscopia y un colon por enema dentro del protocolo de estudio, lo cual nos permite descartar e identificar alguna otra patología asociada y tener en mente la posibilidad de corregir simultáneamente alguna anomalía detectada. La colonoscopia podrá utilizarse en casos seleccionados o para observación directa de otras lesiones sospechosas durante la realización de los estudios previos a la cirugía. Destacamos y entendemos la importancia que tiene en la actualidad los estudios de la fisiología anorrectal, sin embargo en nuestro medio aún no disponemos de estos recursos.

Una vez seleccionado el procedimiento deberá realizarse la preparación colónica, mecánica y antibiótica obligada en toda cirugía electiva de colon, sobre todo cuando se planea realizar una resección sigmoidea.

Sabemos que la procidencia plantea un verdadero reto tanto para el paciente como para el cirujano y que este último debe tener un amplio conocimiento con respecto a diversas opciones de tratamiento y de acuerdo a la edad, estado clínico del paciente, el grado del prolapo y la experiencia que tenga con respecto a los diversos procedimientos correctivos, decidir de manera juiciosa y razonable la alternativa que mejor convenga a cada paciente.

Actualmente se están teniendo buenos resultados con los procedimientos realizados por laparoscopia – proctopexia, resección y proctopexia, con o sin asistencia manual, con menor estancia hospitalaria, disminución del dolor postoperatorio y pronto restablecimiento a su vida laboral; procedimientos que autores en la bibliografía mundial reportan con muy buenos resultados.<sup>19-21,25</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Moschkowitz AV. The pathogenesis, anatomy and cure or prolapse of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1912; 15: 7-21.
2. Broden B, Snelman B. Procidentia of the rectum suited with cineradiography: A contribution to the discussion of causative mechanism. *Dis Colon Rectum* 1968; 11: 330-338.
3. Ripstein CB, Lanter B. Etiology and surgical therapy of massive prolapse of the rectum. *Ann Surg* 1963; 157: 259.
4. Gordon PH, Hoexter B. Complications of the Ripstein procedure. *Dis Colon & Rectum* 1978; 21: 277-280.
5. Altemeier WA, Cubertson WR. Nineteen years experience with the one-step perineal repair of rectal prolapse. *Ann Surg* 1971; 173: 993-1006.
6. Efron G. A simple method of posterior rectopexy for rectal procidentia. *Surg Gynecol Obstet* 1977; 145: 56-75.
7. Goligher JC. Prolapse of the rectum. In: *Surgery of the anus, rectum and colon*. (5<sup>th</sup> Ed.) London Balliere Tindall. 1984.
8. Metcalf AM, Loening-Bauke V. Anorectal function and defecation dynamics in patients with rectal prolapse. *Am J Surg* 1958; 155: 206-210.
9. Keighley MR, Fielding JW, Alexander-William SJ. Results of marlex mesh abdominal rectopexy for rectal prolapse in 100 consecutive patients. *Br J Surg* 1983; 70: 229-232.
10. Nivatvongs S, Fang DT. The use of thumbtacks to stop massive presacral hemorrhage. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 289-590.
11. Watts JD, Rothenberger DA, Buls JG, Goldberg SM, Nivatvongs S. The management of procidentia: 30 years experience. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 96-102.
12. Heine JA, Wong WD. Rectal prolapse. In: Mazier WP, Levien DH. *Surgery of the colon, rectum and anus*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1995: 515.
13. Jacob'S LK, Lin YJ, Orkin BA. La mejor opción para el prolapo rectal. *Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica* 1997; 1: 51-73.
14. Kepfer CA, Goligher JC. One hundred consecutive cases of complete prolapse of the rectum treated by operation. *Br J Surg* 1970; 57: 34.
15. Neil Me, Parks Ag, Swash M, Physiological studies of the anal sphincter musculature in the faecal incontinence and rectal prolapse. *Br J Surg* 1981; 68: 531-536.
16. Theuerkauf FJ Jr, Beahrs OH, Hill JR. Rectal prolapse: Causation and surgical treatment. *Ann Surg* 1970; 171: 819.
17. Christiansen J, Kirkegaard P. Delorme'S operation for complete rectal prolapse. *Br J Surg* 1981: 68-537-538.
18. Goldberg SM, Gordon PH. *Fundamentos de cirugía anorrectal*. Noriega Limusa Editores, 1992; 20: 305-327.
19. Demirbas, Sezai LT et al. Early outcomes of laparoscopic procedures performed on military Personnel with total rectal prolapse and follow up. *Surgical Laparoscopic & Endoscopic Techniques*. Lippincott W. & W. Inc. 2004; 14: 194-200.
20. Bergamaschi, Roberto, Luvvic et al. Preserving the superior rectal artery in laparoscopic sigmoid resection for complete rectal prolapse. *Surgical Laparoscopic &*

- Endoscopic Techniques.* Lippincott W. & W. Inc. 2003; 13(6): 374-376.
21. Delaney, Conor PD et al. Case matched comparison of clinical and financial outcome after laparoscopic or open colorectal surgery. *Annals of Surgery.* Lippincott W. & W. Inc. 2003; 238(1): 67-72.
  22. Campos, Fábio, Guilherme et al. Complications and conversions in laparoscopic colorectal surgery: Results of a multicenter Brazilian Trial. *Surgical Laparoscopic & Endoscopic Percutaneous Techniques.* Lippincott W. & W. Inc. 2003; 13(3): 173-179.
  23. Alspaugh, Dahlia, Hyman et al. Surgeon, Non patient specific factors, determines the surgical treatment of rectal prolapse. *Journal of Pelvic Surgery.* Lippincott W. & W. Inc. 2002; 8(6): 301-304.
  24. Sakr, Mahmoud, Moussa et al. Complete rectal prolapse in patients with schistosomiasis: a special clinicopathological entity. *Journal of Pelvic Surgery.* Lippincott W. & W. Inc. 2002; 8(1): 6-14.
  25. Marcello P. Rectal prolapse. *Problems in surgery.* Lippincott W. & W. Inc. 2001; 18(3): 71-79.