



TEMA 2-2019:

Manejo quirúrgico del prolапso rectal: una revisión de la literatura

Recibido: 30/07/2019

Aceptado: 18/11/2019

¹ Leyla Priscilla Rockbrand Campos

² Herin Victoria Rojas Carranza

³ Valeria Caro Pizarro

⁴ Daniel Arias Vargas

⁵ María José Arguedas Ortiz

¹ Médico General. Médico interino de la Caja Costarricense del Seguro Social. Universidad de Ciencias Médicas. Correspondencia: leypriscilla@hotmail.com

² Médica General. Médico Interino de la Caja Costarricense del Seguro Social. Universidad de Ciencias Médicas. Correspondencia: draherinrojas@gmail.com

³ Médico General. Trabajador independiente. Universidad de Ciencias Médicas. Correspondencia: valeria_c91@hotmail.com

⁴ Médico General. Trabajador independiente. Universidad de Ciencias Médicas. Correspondencia: dan93av@gmail.com

⁵ Residente Cirugía General. Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. Caja Costarricense del Seguro Social. Universidad de Costa Rica. Correspondencia: mariajose.arguedasortiz@gmail.com

Resumen

El prolапso rectal es una patología poco frecuente, de fisiopatología no clara; pero que incluye un trastorno del piso pélvico; además es una enfermedad con un gran impacto en el estilo de vida de los pacientes que lo padecen. Típicamente ocurre en mujeres adultas mayores, pero puede ocurrir en hombres y mujeres de todas las edades. Dentro de las manifestaciones clínicas más frecuentes se incluyen la incontinencia fecal, estreñimiento y la sensación de masa rectal. El diagnóstico puede hacerse únicamente por examen físico o bien, en casos sospechosos puede confirmarse con una defecografía; a su vez, se pueden realizar múltiples estudios complementarios dentro de los que se encuentran resonancia magnética, cistografía, tránsito colónico, manometría anal, latencia del motor terminal del nervio pudendo y una colonoscopia. El envío de estos estudios debe valorarse en forma independiente en cada caso. La piedra angular del tratamiento del prolапso rectal es la cirugía con abordaje abdominal, por su mayor

efectividad; o en su defecto, el abordaje perineal. A pesar de ser el tratamiento de elección, a todos los pacientes se les debe instruir de forma inicial sobre el manejo médico, ya que, se disminuyen los síntomas y es posible mejorar la calidad de vida del paciente.

Palabras claves

Prolапso rectal; manejo quirúrgico; incontinencia; estreñimiento.

Abstract

The rectal prolapse is a non-frequent pathology, its pathophysiology is not clear, but includes a pelvic floor disorder; also, it is a disease with a great impact on the lifestyle of patients who suffer from it. Typically occurs in older adult women, but it can occur in men and women of all ages. The most frequent clinical manifestations include fecal incontinence, constipation and a rectal mass sensation. The diagnosis can

be made by physical exam or it can be confirmed in suspicious cases with a defecography; in turn, multiple complementary studies like magnetic resonance imaging, cystography, colon transit, anal manometry, latency of the terminal motor of the pudendal nerve and colonoscopy can be made. The decision of submitting these studies should be assessed independently in each case. The cornerstone of the treatment of rectal prolapse is the surgery with abdominal approach, for its greater effectiveness; or failing the perineal approach. Despite being the treatment of choice, all patients should be initially instructed about medical treatment because it diminishes the symptoms and can improve the quality of lifestyle of the patients.

Key word

Rectal prolapse; surgical management; incontinence; constipation.

Introducción

El prolapso de recto es una enfermedad poco frecuente que altera de forma importante la calidad de vida del paciente, sobre todo cuando se asocia a incontinencia o estreñimiento ^(1,2). Afecta a los pacientes en ambos extremos de la vida y las mujeres suponen entre el 90% del total ⁽¹⁾. Consiste en una evaginación del recto y se denomina completo o verdadero cuando todas las capas de la pared rectal protruyen fuera del ano; mucoso si sólo es esta capa la que se prolapso, e interno si la evaginación no va más allá del canal anal ⁽³⁾.

La fisiopatología exacta se desconoce, pero para que pueda producirse el prolapso el recto tiene que perder su estabilidad; la cual depende de la combinación de varios factores: el músculo puborrectal, el tejido conectivo que lo ancla al sacro y las curvas de la columna vertebral que distribuyen las presiones de manera uniforme ⁽⁴⁾. Entre ellos, el músculo puborrectal es el que se considera más importante ^(2,5).

Es razonable suponer que algunos esfuerzos de presión puedan tolerarse en presencia de alguna deficiencia en las estructuras de soporte; sin embargo, si los esfuerzos son excesivos y continuos; o si el sistema de estabilidad falla acusadamente, pueden darse las circunstancias favorables para la aparición del prolapso ^(2,3).

La forma adecuada de abordar el tratamiento del prolapso rectal ha sido objeto de discusión durante

más de un siglo ⁽⁵⁾. Los factores cruciales que se deben tener en cuenta son las consecuencias adversas, la esperanza de vida y las tasas de recidiva ^(2,5). En el siguiente escrito se aborda el abordaje diagnóstico, manejo médico y quirúrgico, así como técnicas para la reparación de prolapso rectal.

Métodos y Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica mediante la búsqueda avanzada en PUBMED, Google Scholar, Cochrane Library, Scielo, Jaypee Digital, MEDLINE, Clinical Key, Scopus, EBSCO, Ovid como bases de datos para información electrónica. Durante la investigación se indaga publicaciones sobre el manejo quirúrgico del prolapso rectal, siendo así, los productos seleccionados al ingresar palabras claves, tales como: prolapso rectal, manejo. Al realizar la búsqueda se utilizan los siguientes criterios de inclusión: publicaciones entre el 2015-2019, en idioma inglés, documentación en humanos, relacionados con ciencias de la salud, departamentos de cirugía, salud pública, medicina general. Posterior se realiza un proceso de exclusión para los artículos no relacionados con pacientes con prolapso rectal. Al finalizar el proceso se seleccionan un total de 30 artículos; con lo que se procedió a una recopilación, revisión y organización bibliográfica para la realización de este artículo.

Definición

El prolapso rectal es un trastorno del piso pélvico que típicamente ocurre en mujeres adultas mayores, pero puede ocurrir en hombres y mujeres de todas las edades; el cual se puede presentar con síntomas locales de la región anal, disfunción intestinal y calidad de vida disminuida e incapacitada ^(3,6).

No hay método estándar de clasificación que haya sido ampliamente aceptado, aun así, se puede dividir según su compromiso clínico a nivel del recto ⁽²⁾. Un prolapso rectal completo es la protrusión de todas las capas del recto a través del ano, que se manifiesta como anillos concéntricos de la mucosa rectal, por lo que es un prolapso circunferencial de espesor completo de la pared rectal más allá del canal anal ⁽⁴⁾. En su diferencia se encuentra el prolapso parcial que implica la protrusión de la mucosa solamente ^(1,3,7).

Epidemiología

El prolapso rectal es poco común, con una incidencia de aproximadamente 2.5 por 100,000 habitantes ^(8,9). La proporción de hombres y mujeres es de aproximadamente 1: 6 en la población adulta ⁽¹⁰⁾. Puede llegar a presentarse en cualquier rango de edad, pero aumenta en los extremos de la vida, en adultos su incidencia máxima se encuentra en la cuarta y séptima décadas de la vida; en niños usualmente se presenta alrededor de los 3 años ^(6,10,11).

Algunos de los factores de riesgo para esta patología son: sexo femenino, edad mayor a 40 años, multípara, partos vaginales, defectos anatómicos del piso pélvico, fibrosis quística, disfunción del piso pélvico, estreñimiento o diarrea crónica ^(3,9). Además, el prolapso puede aparecer como un proceso aislado o manifestarse junto con otros problemas del suelo pélvano, como el rectocele, enterocele, cistocele y el prolapso uterino o vaginal ^(12,13).

Manifestaciones Clínica

La clínica de esta enfermedad es variable, pueden presentar síntomas que incluyen malestar abdominal, evacuación incompleta del intestino y secreción de moco y/o heces asociadas con hábitos intestinales alterados, una sensación de “masa” que prolapso a través del ano y su afectación de piso emocional con respecto a calidad de vida ^(1,14).

Al realizar una anamnesis se encuentra un historial de esfuerzo para iniciar o completar la defecación, evacuación incompleta, y un historial de maniobras digitales para ayudar con la defecación pueden ocurrir a medida que progrés el prolapso ^(8,15). El dolor no es una característica típica de presentación y sugiere otro diagnóstico ^(3,15).

La incontinencia se presenta hasta en 75% de los casos, su etiología no es bien comprendida y probablemente sea multifactorial ^(5,8) Correa. El estreñimiento afecta aproximadamente un 88% de los pacientes con prolapso rectal ^(2,8). También, al realizar esfuerzo al defecar se puede forzar la parte alta de la pared anterior del recto hacia el conducto anal, y dar lugar a una úlcera rectal que puede acompañar al prolapso de recto ⁽¹⁶⁾.

Examen físico

El diagnóstico de prolapso rectal generalmente se realiza mediante la evaluación clínica ⁽¹⁵⁾. La realización de la maniobra de Valsalva puede provocar la protrusión rectal, siendo fácil su inspección y diagnóstico, es de suma importancia realizar un tacto rectal durante la evaluación, se puede detectar un ano patudo, tono del esfínter atenuado, masa y/o patología concomitante del piso pélvico ^(9,12,16).

El prolapso rectal de espesor completo puede ser intermitente, y se caracteriza por presentar anillos concéntricos en la mucosa formados por el recto en el exterior, por lo general implica al menos 5 cm de tejido rectal prolapsado ^(3,9).

El perineo debe examinarse clínicamente y se debe prestar mucha atención a una evaluación radiográfica, ya que, los pacientes con prolapso tienen aproximadamente un 15 a 30% de riesgo de un trastorno concomitante del piso pélvico ^(12,15).

Diagnóstico

El diagnóstico como tal se debe hacer por medio de la observación de la protrusión rectal en el examen físico o con apoyo de una defecografía a la sospecha ⁽⁷⁾. Se debe realizar una adecuada historia clínica y examen físico para realizar el descarte de diagnóstico diferenciales (hemorroides grado IV, intususcepción, úlcera rectal, enfermedad intestinal inflamatoria, neoplasias, otros) ^(9,12,17).

Estudios Complementarios

■ Estudios de imagen

Las resonancias magnéticas muestran la morfología macroscópica de la anatomía del piso pélvico con mejor diferenciación de los tejidos blandos y permite la imagen en planos múltiples. Las imágenes discriminan defectos en la integridad de los esfínteres interno o externo o ambos. También permite visualizar las alteraciones patológicas pélvicas y demostrar en múltiples planos de localización precisas, las relaciones con planos anatómicos y la clasificación de las lesiones como colecciones de líquidos, las infecciones y los trayectos fistulosos. La fibrosis y la cicatrización tienen baja intensidad de la señal ^(3,8,9,18).

La cistografía puede definir anomalías anatómicas como el divertículo uretral, las fístulas urovaginales o cuerpos extraños intravesicales que pueden causar inestabilidad del detrusor o pubovesical; puede revelar una neoplasia no sospechada en la paciente con incontinencia. Otras indicaciones son la hematuria, síntomas irritativos miccionales, incontinencia urinaria, sospecha de divertículo uretral y fístulas urogenitales^(8,9).

La defecografía, ya sea por fluoroscopia tradicional o por resonancia magnética dinámica, puede revelar defectos asociados con el prolusión rectal en hasta el 80 por ciento de los pacientes con síntomas de defecación obstructiva (Ver Tabla 1)^(9,14).

Un estudio de tránsito colónico se les realiza a los candidatos a cirugía que tienen una historia severa o de por vida de estreñimiento para determinar si una colectomía sigmoidea está indicada para tratar el prolusión rectal^(3,9).

■ Estudios de fisiología pélvica

La manometría anal sirve como una evaluación inicial útil de la función del esfínter, ya que el músculo del esfínter anal interno se debilita por la dilatación crónica y puede demostrar bajas presiones de reposo. Estos hallazgos pueden objetivamente documentar las presiones del esfínter para ayudar a predecir la continencia después de la reparación y la posible necesidad de biofeedback postoperatorio, aunque los estudios rara vez cambian el enfoque operativo^(3,9,18).

La latencia del motor terminal del nervio pudendo (PNTML) implica la estimulación de los nervios pudentes a nivel de las espinas isquiáticas, por lo que constituye un método para medir el tiempo de traslado del impulso por el nervio, desde el sitio de estimulación hasta la primera reacción muscular measurable. Esta estimulación evoca la contracción del músculo del esfínter externo y permite la medición del nervio individual (latencia normal 2.0 + 0.2 milisegundos). Los tiempos de conducción prolongados son producto de la desmielinización de las vainas nerviosas, en tanto que la denervación es resultado de la degeneración axonal^(3,9,18).

Si bien, hay algunos datos que sugieren que el PNTML prolongado preoperatoriamente se asocia con una peor continencia postoperatoria, la mayoría de los autores no han demostrado una asociación de PNTML o manometría con el resultado funcional postoperatorio a través de enfoques perineales o abdominales. Estos estudios se realizan rutinariamente al inicio del abordaje diagnóstico de esta patología, para que se pueda proporcionar asesoramiento preoperatorio a los pacientes con respecto a la posible disfunción intestinal persistente, a pesar de la intervención quirúrgica^(9,18).

■ **Cuadro 2:** Criterios para la definición de MeN en fase aguda (Adaptado de Elinder C Wernerson A. *Mesօamerican nephropathy*. En: Palevsky P, Forman J, editors. UpToDate. 2018)

Defecografía	Fluoroscopia	Resonancia Magnética
Ventajas	Posición natural de evacuación. Fácilmente disponible. Bajo costo.	Imágenes claras de los compartimentos pélvicos y la musculatura Mediciones exactas.
Desventajas	Calidad de imagen imprecisa para evaluar la integridad muscular.	Posición no natural de evacuación. Alto costo.

Fuente: Vogler S. Rectal Prolapse. Diseases of the Colon & Rectum. 2017;60(11):1132-1135.

■ Colonoscopia

La colonoscopia debe estar actualizada en todos los pacientes según las pautas nacionales recomendadas, ya que, muy rara vez proporciona información que puede conducir a un cambio en el manejo directamente relacionado con un prolápso rectal. Sin embargo, puede detectarse otra patología que pueden justificar otra línea de tratamiento^(9,17).

Manejo médico

A los pacientes se les ofrece manejo médico para minimizar los síntomas antes de una reparación quirúrgica, para aquellos que no son candidatos a cirugía por riesgo quirúrgico debido a comorbilidades asociadas o los pacientes que rechazan el procedimiento. Estas estrategias de tratamiento médico están determinadas por los síntomas del paciente, el grado de prolápso y la magnitud del efecto adverso sobre la calidad de vida del paciente^(3,9,17).

El tratamiento médico inicial para todos los pacientes incluye asegurar una ingesta adecuada de líquidos y fibra⁽³⁾. Los alimentos con alto contenido de fibra, el suplemento de fibra de 25 a 30 gramos por día y 1 a 2 litros por día de agua y otros líquidos se usan para regular los movimientos intestinales e intentar controlar la filtración o el estreñimiento. Es posible que se requieran enemas y supositorios para pacientes con estreñimiento severo y dificultad para evacuar el colon^(9,17,18).

Los ejercicios musculares del piso pélvico, tal como el ejercicio de Kegel, pueden mejorar los síntomas en mujeres con prolápso de órganos pélvicos. Sin embargo, no hay datos que sugieran que los ejercicios puedan tratar eficazmente la procidencia rectal⁽¹⁷⁾.

Aunque se dispone de datos limitados sobre biofeedback para el tratamiento del prolápso rectal, en algunos estudios retrospectivos las tasas de éxito para pacientes con incontinencia fecal o defecación obstruida varían entre 30 y 90%, cuando se completa un ciclo de terapia. Para pacientes muy ancianos, encamados o debilitados que no pueden tolerar ningún procedimiento quirúrgico, se reservan técnicas que resultan menos efectivas, las cuales incluyen pegar los glúteos o colocar una almohadilla acolchada contra el perineo para reducir o prevenir la protrusión; esta es una medida paliativa solo para los síntomas y no trata el prolápso^(9,17,18).

Manejo quirúrgico

■ Generalidades

La cirugía es el único proceso que da una solución definitiva a esta patología, convirtiéndose en el pilar fundamental para su tratamiento, los abordajes se dividen en dos grandes grupos: abordaje abdominal y abordaje perineal^(1,10,12,19). Cuál abordaje debe ser utilizado sigue siendo motivo de controversia; la elección se realiza posterior a revisión de varios factores tales como el estado físico del paciente, sus comorbilidades, la edad, la función intestinal basal y los posibles beneficios en la calidad de vida^(1,10,12,19). Las indicaciones descritas para proceder con este tratamiento corresponden a la sensación de masa de intestino prolapsado, la incontinencia fecal y/o el estreñimiento asociado al prolápso⁽¹⁹⁾.

La cirugía se realiza bajo anestesia general y/o epidural; se sitúa al paciente en posición de litotomía o Lloyd Davies y se debe tomar en cuenta que antes de comenzar con el procedimiento se debe realizar un tacto rectal para valorar en tono del esfínter anal^(1,14).

■ Abordaje abdominal

Este abordaje ha sido el procedimiento predilecto por los cirujanos, puede ser de forma abierta, laparoscópica o por cirugía robótica^(1,12,13). Tiene como finalidad la rectopexia que consiste en llevar el recto hacia el sacro, se obtiene mediante la sutura directa o con la ayuda de una malla prostética, y se ejecuta con o sin resección del segmento sigmoideo⁽¹²⁾. Para los pacientes con constipación preexistente se prefiere una rectopexia transabdominal con resección sigmoidea, al contrario, la rectopexia transabdominal sin resección sigmoidea está recomendado para pacientes sin constipación previa⁽¹⁹⁾. La cirugía abierta alternativa de tratamiento usada en su mayoría en pacientes jóvenes posee mejores resultados en recurrencia^(12,13,19).

Posterior a la anestesia general, se procede a la movilización del recto de forma anterior, posterior o en combinación según prefiera el cirujano; tomando en cuenta la preservación de la inervación hipogástrica⁽¹⁹⁾. Acto seguido a la resección sigmoidea se ser necesario y por último se ejecuta la fijación del recto al sacro^(18,19).

Existen casos especiales en los cuales el prolusión rectal se acompaña de otros órganos, tales como vejiga o útero, los cuales necesitarán cirugía por parte de ginecología o urología⁽¹⁹⁾. Dentro sus ventajas destacan la baja recurrencia y sus mejores resultados funcionales; no obstante, su alta morbilidad puntúa como su mayor desventaja^(10,13). El abordaje laparoscópico y cirugía robótica se revisarán más adelante en este artículo.

■ Abordaje perineal

Esta alternativa terapéutica se utiliza cuando el abordaje abdominal no es posible debido a la comorbilidades del paciente (Ver Tabla 2), tiene dos abordajes usuales: el procedimiento de Delorme y Altemeier^(8,14,20,21).

El procedimiento de Altemeier es el más usado en Norte América, consta de una rectosigmoidectomía perineal (resección de grosor total) y se propone a pacientes con prolapsos largos mayores a 4 cm^(3,12,19-21). La técnica quirúrgica de Delorme es el predilecto de los cirujanos en Europa y consiste en realizar una mucosectomía perineal con una plicatura del músculo rectal, la cual es sugerida para pacientes con prolapsos cortos igual o menor a 4 cm^(10-12,19).

Existe otro procedimiento adecuado para pacientes con prolusión rectal el cual es la resección rectal transanal con engrapado; esta técnica quirúrgica ha demostrado una tasa menor en el sangrado perioperatorio en comparación con los otros dos procedimientos perineales tradicionales, sin embargo; no es utilizado con mucha frecuencia debido a la alta tasa complicaciones durante el procedimiento que conlleva a múltiples efectos adversos postquirúrgicos y sus variadas contraindicaciones^(3,22,23).

Algunas de las ventajas del abordaje perineal abarcan la mínima interrupción de la dieta debido al retorno rápido de la funcionalidad intestinal⁽¹³⁾. Al ser una técnica que se puede realizar bajo anestesia espinal, conlleva a una mejor tolerancia para los pacientes que tengan comorbilidades severas^(12,13,19).

Su desventaja principal corresponde a un mayor riesgo de recurrencia, llegando a cifras de casi el 20%^(3,10-13). Otras complicaciones con las que se ha visto asociada este procedimiento incluyen retención urinaria, sangrado, absceso pélvico e impactación fecal⁽²⁾.

■ Laparoscopia

Su primera descripción fue hecha en el año 1992 por Berman⁽³⁾. Es un método mínimamente invasivo tiene como ventajas el ser más seguro, efectivo y con menor morbilidad en comparación con la cirugía abierta^(2,10). Esta alternativa está descrita idealmente para pacientes que no tengan antecedentes de cirugía previa abdominal⁽³⁾. En términos comparativos con la cirugía abierta, la técnica laparoscópica es más compleja y ofrece un reto mayor para los cirujanos en términos de habilidad^(12,24).

A pesar de las ventajas demostradas por este abordaje en el estudio de cohorte realizado en Irlanda, no demostró preferencia alguna por parte de los cirujanos el procedimiento de rectopexia abierta o laparoscópico, no obstante, en este mismo estudio se demostró su eficacia en resultados a corto plazo^(12,24).

■ Microcirugía Endoscópica Transanal (TEM)

Esta técnica quirúrgica es utilizada en su mayoría para casos de prolusión rectal incompleto u oculto, donde el defecto es muy proximal al punto de inicio, siendo así más complicada o imposible la realización de un abordaje transperineal con engrapadora o Delamore. A los pacientes que presentan lo anteriormente descrito se les puede ofrecer manejo endoscópico, ya que, ha demostrado facilidad y seguridad del uso endoscópico para la fijación endoluminal del recto la cual ha demostrado menor tasa de hospitalización, menor tiempo de recuperación y que no tiene un efecto perjudicial a largo plazo sobre la función anorrectal; siendo una técnica quirúrgica mínimamente invasiva para el manejo del prolusión rectal oculto^(14,25).

■ Cirugía Robótica

El uso de la cirugía robótica para el manejo quirúrgico del prolusión rectal es considerado seguro y eficiente. Sin embargo, es importante establecer su eficiencia en el tratamiento de esta patología al compararla con el método laparoscópico. Se realizó una investigación donde se estudiaron 350 pacientes, comparando la intervención robótica versus laparoscópica. El uso de cirugía robótica se asocia a una reducción mínima en el sangrado transoperatorio, las complicaciones post quirúrgicas y la estancia hospitalaria. Es importante partir del hecho que, tanto en el abordaje laparoscó-

pico como en el robótico, se evidenció un mínimo sangrado y complicaciones menores- pese a tener una diferencia significativa entre ambos. Así mismo, la cirugía robótica implicó un tiempo mayor de cirugía y un mayor costo económico. Cabe recalcar que no se evidenciaron diferencias significativas en cuanto a índices de recurrencia, índices de conversión de procedimientos o en el índice de reintervención quirúrgica; estos resultados son dependientes de la habilidad y experiencia del cirujano y su equipo. Sin estudios clínicos aleatorios que evidencien los beneficios de la cirugía robótica a largo plazo y su beneficio en la funcionalidad del paciente, el abordaje laparoscópico continúa siendo más costo-efectivo ^(24,26,27).

■ **Tabla 2.** Candidatos para cirugía con abordaje perineal

Adultos mayores
Pacientes de alto riesgo de anestesia general
Pacientes con comorbilidades significativas.
Pacientes con antecedentes de reparación de prolaps rectal
Pacientes con antecedentes de cirugía pélvica extensa o radiación

Fuente: Bloemendaal A, De Schepper M, Mishra A, Hompes R, Jones O, Lindsey I et al. Trans-anal endoscopic microsurgery for internal rectal prolapse. Techniques in Coloproctology. 2015;20(2):129-133.

Manejo postoperatorio

Las metas en el manejo postoperatorio incluyen desde la prevención hasta alivio del dolor, las náuseas y los vómitos, desde la dieta y el inicio temprano de la nutrición enteral hasta la movilización del paciente posterior a la cirugía.

■ **Dolor:** La adecuada analgesia durante y posterior al procedimiento quirúrgico de elección mejora la recuperación del paciente al facilitar la deambulación y rehabilitación post operatorias. Para los pacientes que se someten a procedimientos colorrectales, sobre todo aquellos laparoscópicos, se puede recurrir a analgésicos no opioides (por ejemplo, paracetamol y un fármaco antiinflamatorio no esteroide [AINE] o ciclooxigenasa 2 [COX-2] inhibidor

específico). El acetaminofén, el ibuprofeno, entre otros están disponibles en forma intravenosa para pacientes que aún no toleran la vía oral. Cabe recalcar el uso de dexametasona de 8 a 10 mg para la profilaxis analgésica y antiemética ⁽²⁸⁾.

■ **Fluidoterapia:** Posterior a la cirugía suele plantearse como meta de hidratación una infusión de solución isotónica, velocidad 50-100 ml/hora, para evitar inestabilidad hemodinámica o la oliguria. En caso de tolerancia de la vía oral se suspenden las soluciones intravenosas de mantenimiento ⁽²⁸⁾.

■ **Sonda nasogástrica:** Se asocian con molestias, así como, con el retraso en el tiempo para la tolerancia de la vía oral por parte del paciente. Para las cirugías electivas de colon y recto, el uso de una sonda nasogástrica no está recomendada ⁽²⁸⁾.

■ **Dieta:** El inicio una dieta blanda, balanceada dentro de 4-6 horas después de la cirugía puede complementarse con bebidas altas en calorías para minimizar el balance negativo de proteínas después de la cirugía. Los signos de actividad intestinal (por ejemplo, flatos, ruidos intestinales) pueden ser importantes para el inicio de la dieta, aunque estudios realizados en pacientes sometidos a las diferentes cirugías colorrectales no muestran diferencia en que se inicie la dieta apenas el paciente tolere la vía oral o hasta que los signos de actividad intestinal sean evidentes ^(3,9,19,28).

■ **Movilización temprana:** Es un elemento importante para todos los pacientes postoperatorios. La deambulación temprana es esencial para reducir el riesgo de neumonía postoperatoria y tromboembolismo venoso. La incentivación por parte del personal de salud, terapeutas físicos y ocupacionales, puede ayudar a lograr este objetivo ^(19,28).

■ **Catéter urinario:** la suspensión temprana del catéter urinario ayuda a la deambulación temprana, además de que reduce la probabilidad de una infección del tracto urinario postquirúrgico ⁽²⁸⁾.

■ **Alta temprana:** Es un objetivo para una recuperación acelerada y el retorno a la actividad normal, que recae en una estancia hospitalaria corta (generalmente ≤ 5 días). Esto reduce la posibilidad de una infección adyacente con la cirugía realizada, además de reducir el estrés provocado por el mal sueño, así el estrés provocado por la manipulación del personal médico ⁽²⁹⁾.

Tamizaje por infección postquirúrgicas

La utilización de marcadores en sangre como la proteína C reactiva (PCR) es eficaz como factor predictivo temprano de complicaciones infecciosas postoperatorias. Aproximadamente en el día 3 postoperatorio, un examen de sangre con PCR >150 mg/L o la elevación persistente de la PCR orienta a la sospecha de una complicación infecciosa. O bien, si los resultados de la PCR están por debajo de este umbral son altamente predictivos de una recuperación sin complicaciones infecciosas ⁽²⁹⁾.

Manejo de prolapso recurrente

Se ha observado que la recurrencia post quirúrgica del prolapso rectal es mayor en hombres y se puede llegar a presentar hasta en 3 años plazo ^(19,30). La corta disponibilidad de evidencias con peso estadístico sobre el éxito y tasa de efectividad provocan que el tratamiento quirúrgico para esta complicación no se ha definido, debido a que la decisión de abordaje depende del tipo de prolapso, parcial o completo y sintomatología del paciente en el momento ^(3,19). De ser un prolapso con un mínimo de síntomas o asintomático se recomienda el tratamiento médico. El prolapso de espesor completo se recomienda el abordaje quirúrgico, sin embargo, se debe evitar la rectosigmoidectomía perineal debido al riesgo que isquemia del recto remanente ^(2,19). En contraste, el prolapso rectal parcial se recomiendan medidas de tratamiento menos invasivas, por ejemplo: ligadura longitudinal múltiple de la mucosa con bandas ⁽¹⁹⁾.

Conclusiones

- El prolapso rectal se puede dividir su compromiso a nivel de recto: completo y parcial.
- Es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia de 2.5 por 100.000 habitantes, pero con un impacto significativo en la calidad de vida.
- Dentro de las manifestaciones más sugestivas se encuentran la sensación de prolapso de masa rectal, incontinencia (70% pacientes) y estreñimiento (85% pacientes).
- El diagnóstico generalmente se realiza por examen físico observando la procidencia rectal, o bien, con apoyo de una defecografía en casos donde la sospecha es alta.

- Para la selección del tratamiento es crucial valorar los siguientes factores: las consecuencias adversas, la esperanza de vida y las tasas de recidiva.
- El manejo médico se les ofrece a los pacientes que no son candidatos a cirugía y también se utilizan para minimizar los síntomas previos a una intervención quirúrgica; como primer abordaje se debe recomendar un consumo adecuado de ingesta de líquidos y fibra.
- La cirugía es la solución definitiva, la intervención puede ser abdominal o perineal.
- El abordaje abdominal es el predilecto y puede ser de forma abierta, laparoscópica o por cirugía robótica; tiene como finalidad la rectopexia.
- Para los pacientes con constipación preexistente se prefiere una rectopexia transabdominal con resección sigmoidea, la cual no es necesaria en los pacientes sin constipación.
- El abordaje perineal se realiza cuando el abdominal no es posible, y tiene dos abordajes usuales: el procedimiento de Delorme y el de Altemeier.
- El abordaje perineal tiene cifras de recurrencia de casi el 20%
- Las metas del manejo postoperatorio incluyen una adecuada analgesia y estado de hidratación, así como el inicio de la dieta en las primeras 6 horas postoperatorias y la deambulación temprana.

Bibliografía

1. Yasukawa D, Hori T, Machimoto T, Hata T, Kadokawa Y, Ito T et al. *Outcome of a Modified Laparoscopic Suture Rectopexy for Rectal Prolapse with the Use of a Single or Double Suture: A Case Series of 15 Patients*. American Journal of Case Reports. 2017; 18:599-604.
2. Mulholland M, Lillemoe K, Doherty G, Upchurch G, Alam H, Pawlik T. *Greenfield's surgery: Scientific Principles & Practice*. 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2016.
3. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): Servicios de información de EBSCO. 1995. Record No. T903098, Rectal Prolapse; [Actualizado el 30 de noviembre de 2018]. Disponible en <https://www.dynamamed.com/topics/dmp~AN~T903098>. Se requiere registro e inicio de sesión.

4. Feliu Rosa J, Estepa Pérez J, Santana Pedraza T, González Gutiérrez L. *Prolapso rectal completo*. Presentación de un caso. Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos. 2017;15(5):701-705.

5. Correa Rovelo J, Girón Gidi A, Vélez Pérez F. *Asociación Mexicana de Cirugía General*. Tratado de Cirugía General. 3rd ed. Mexico: Manual Moderno; 2019.

6. Errázuriz G. *Prolapso rectal como presentación inusual de enfermedad celiaca*. A propósito de 2 casos clínicos. Revista chilena de pediatría. 2017;88(6):798-802.

7. Cariou de Vergie L, Venara A, Duchalais E, Frampas E, Lehur P. *Internal rectal prolapse: Definition, assessment and management in 2016*. Journal of Visceral Surgery. 2017;154(1):21-28.

8. Gallo G, Martellucci J, Pellino G, Ghiselli R, Infantino A, Pucciani F et al. *Consensus Statement of the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR): management and treatment of complete rectal prolapse*. Techniques in Coloproctology. 2018;22(12):919-931.

9. Varma M, Steele S. *Overview of rectal procidentia (rectal prolapse)* En: Weiser M, Chen W, ed. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate, 2019. https://www-uptodate-com.binasss.idm.oclc.org/contents/overview-of-rectal-procidentia-rectal-prolapse?search=rectal%20prolapse&source=search_result&selectedTitle=1~49&usage_type=default&display_rank=1

10. Emile S, Elbanna H, Youssef M, Thabet W, Omar W, Elshobaky A et al. *Laparoscopic ventral mesh rectopexy vs Delorme's operation in management of complete rectal prolapse: a prospective randomized study*. Colorectal Disease. 2017;19(1):50-57.

11. De la Torre-Mondragon L, Ruiz-Montañez A, Flores-Barrera A, Santos-Jasso A, De Giorgis Stuven M. *Procedimiento delorme para el tratamiento del prolapso rectal en niños*. Revista Mexicana de Cirugía Pediátrica. 2015;19(1):20-26.

12. Rogers A, McCawley N, Hanly A, Deasy J, McNamara D, Burke J. *Trends in the treatment of rectal prolapse: a population analysis*. International Journal of Colorectal Disease. 2018;33(4):459-465.

13. Vogler S. *Rectal Prolapse*. Diseases of the Colon & Rectum. 2017;60(11):1132-1135.

14. Bloemendaal A, De Schepper M, Mishra A, Hompes R, Jones O, Lindsey I et al. *Trans-anal endoscopic microsurgery for internal rectal prolapse*. Techniques in Coloproctology. 2015;20(2):129-133.

15. Bordeianou L, Paquette I, Johnson E, Holubar S, Gaertner W, Feingold D et al. *Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Rectal Prolapse*. Diseases of the Colon & Rectum. 2017;60(11):1121-1131.

16. Kraemer M, Paulus W, Kara D, Mankowitz S, Rozsnoi S. *Rectal prolapse traumatizes rectal neuromuscular microstructure explaining persistent rectal dysfunction*. International Journal of Colorectal Disease. 2016;31(12):1855-1861.

17. Cannon J. *Evaluation, Diagnosis, and Medical Management of Rectal Prolapse*. Clinics in Colon and Rectal Surgery. 2016;30(01):016-021.

18. van der Schans E, Paulides T, Wijffels N, Consten E. *Management of patients with rectal prolapse: the 2017 Dutch guidelines*. Techniques in Coloproctology. 2018;22(8):589-596.

19. Varma M, Steele S. *Surgical approach to rectal procidentia (rectal prolapse)*. En: Weiser M, Chen W, ed. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate, 2019. https://www-uptodate-com.binasss.idm.oclc.org/contents/surgical-approach-to-rectal-procidentia-rectal-prolapse?search=rectal%20prolapse&source=search_result&selectedTitle=3~49&usage_type=default&display_rank=3

20. Maderuelo García V, Simó Fernández V, Labarga Rodríguez F, Castrillo Arconada J, Saldarriaga Ospino L, Suero Rodríguez C et al. Vídeo: *Intervención de Altemeier asociada a Levatorplastia. Tratamiento Del Prolapso Rectal*. Revista ACIRCAL. 2016;3(1):96-101.

21. Lopez Guzman C, Salcedo Miranda D. *Rectosigmoidiectomía perineal (Procedimiento de Altemeier) para el prolapso rectal encarcelado: reporte de un caso*. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2018;33(4):454.

22. Barrera A, Pradenas S, Bannura G, Illanes F, Gallardo C, Rinaldi B et al. *Rectosigmoidiectomía perineal para el tratamiento del prolapso rectal completo*. Revista Chilena de Cirugía. 2016;68(3):233-236.

23. Lin H, Chen H, He Q, Huang L, Zhang Z, Ren D. *A Modification of the Stapled Transanal Rectal Resection (STARR) Procedure for Rectal Prolapse*. Surgical Innovation. 2018;25(6):578-585.

24. van Iersel J, Paulides T, Verheijen P, Lumley J, Broeders I, Consten E. *Current status of laparoscopic and robotic ventral mesh rectopexy for external and internal rectal prolapse*. World Journal of Gastroenterology. 2016;22(21):4977.

25. Bustamante-Lopez L, Sulbaran M, Sakai C, de Moura E, Bustamante-Perez L, Nahas C et al. *A novel technique for correction of total rectal prolapse: Endoscopic-assisted percutaneous rectopexy with the aid of the EndoLifter*. Revista de Gastroenterología de México (English Edition). 2016;81(4):202-207.

26. Rondelli, F, Bugiantella, W, Villa, F, Sanguinetti, A, Boni, M. *Robot-assisted or conventional laparoscopic rectopexy for rectal prolapse? Systematic review and meta-analysis*. International Journal of Surgery. 2014;12(2): S153-S159.

27. Trilling B, Sage P, Reche F, Barbois S, Waroquet P, Faucheron J. *Early experience with ambulatory robotic ventral rectopexy*. Journal of Visceral Surgery. 2018;155(1):5-9.

28. Scott MJ, Baldini G, Fearon KC, et al. *Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 1: pathophysiological considerations*. Acta Anaesthesiol Scand 2015; 59:1212.

29. Kehlet H, Joshi GP. *Enhanced recovery after surgery: Current controversies and concerns*. Anesth Analg 2017.

30. Poylin V, Irani J, Rahbar R, Kapadia M. *Rectal-prolapse repair in men is safe, but outcomes are not well understood*. Gastroenterology Report. 2019;7(4):279-282.

Declaración de conflicto

Los autores no declaran conflicto de interés.