

# RESECCIÓN ANTERIOR BAJA EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO RECTAL

DR. MARIO MURILLO CECILIANO\*  
DR. JUAN ARCE VILLALOBOS\*  
DR. GUILLERMO MORALES ALFARO\*\*

## RESUMEN

*El prolapso rectal completo es una entidad poco común con una etiología oscura, en donde los procedimientos quirúrgicos para su corrección por lo general han fracasado.*

*Antiguamente el prolapso rectal se consideraba como una hernia por deslizamiento; actualmente se sabe que se trata de una intususcepción recto-sigmoidea y el tratamiento debe dirigirse hacia la resolución de este problema.*

*En este estudio se evalúan doce pacientes con prolapso rectal completo tratados en el Hospital México, a quienes se les realizó una resección anterior baja. La mayoría fueron del sexo femenino y con antecedentes de cirugía ginecológica previa. No hubo mortalidad operatoria. Ninguno de nuestros pacientes tiene recurrencia del prolapso como tal.*

*Se concluye que la resección anterior baja del recto, es una operación que brinda excelentes resultados en el tratamiento del prolapso rectal, ofrece una morbimortalidad mínima y es un procedimiento bien tolerado por los pacientes que tienen poco riesgo quirúrgico.*

## SUMMARY

*Rectal prolapse is uncommon. The etiology is obscure and surgical procedures for cure are legions.*

*Rectal prolapse may be found in both children and adults. In children it usually occurs between the ages of 1 and 3. In adults it can occur at any age, but is more frequent in older patients. It is far more prevalent among women than men, the ratio being about 6 to 1.*

*This report is based on our experience with 12 patients, treated in the Hospital México, C.C.S.S., by low anterior resection.*

*This procedure in our hands has been successful in controlling the anatomic derangement and has given good functional results.*

*There was no associated operative mortality and the associated morbidity has been acceptable.*

## INTRODUCCION

El prolapso rectal es un padecimiento relativamente raro dentro de la patología del colon y el recto; tradicionalmente se ha observado en los extremos de la vida y con predominio en mujeres de mediana edad.

El prolapso rectal completo o procidencia consiste en la protrusión del espesor total de la pared rectal por el ano, mientras que el prolapso incompleto se caracteriza porque solamente hay salida de la mucosa del recto; la longitud del segmento varía de 2 a 15 cms. (12-15, 22).

La etiología del prolapso rectal aún no se conoce con exactitud; ésta es probablemente la razón por la cual se han descrito más de 120 operaciones para resolver este problema, con resultados, la mayoría de las veces, poco satisfac-

\* Servicio Cirugía General No. 2, Hospital México

\*\* Servicio Cirugía General - Hospital de Alajuela.

torios, debido a recurrencia, problemas en manejo del intestino (impactos, diarreas, etc.) y persistencia de la incontinen- cia (1-6-7-9-10-13-14-16-18-19-21-26).

Varios factores han sido considerados como impor- tantes en la etiopatogenia del prolapso. MOSCHOWITZ (23), en 1912, propuso que el prolapso rectal ocurría como una hernia por deslizamiento, actuando el fondo de saco de Douglas como saco herniario presionando la pared anterior del recto hacia la luz intestinal y luego a través del canal anal hacia el exterior (25); por esta razón, inicialmente se utilizaban operaciones que pretendían reforzar la debilitada y laxa musculatura pélvica tratando de evitar el prolapso.

Este concepto ha sido modificado debido a observa- ciones hechas por DEVADHAR (11), BRODEN y SNELL- MAN (8), THEUERKAUF y cols. (27), quienes han demos- trado que el prolapso rectal ocurre como una intususcep- ción del recto que se origina por encima de la unión recto- sigmoidea, bajando el ápex del prolapso al recto inferior y luego a través del ano hacia el exterior; como consecuencia de lo anterior los ligamentos que sostienen el recto se hacen laxos, el piso pélvico se torna flácido, los esfínteres anales disminuyen su tono y se altera el mecanismo de continen- cia. Por este motivo, actualmente se utilizan operaciones que permiten eliminar el intestino redundante y logran fijar eventualmente el recto al sacro, evitando que ocurra nueva- mente la intususcepción.

La resección anterior baja del recto utilizada origi- nalmente por MUIR (24) en Inglaterra en 1955, tiene el doble propósito de eliminar el intestino redundante y esti- mular la formación de adherencias entre el recto y el sacro, obteniéndose una nueva fijación del recto. La experiencia inicial de MUIR (24) en 50 casos fue excelente ya que no tuvo recurrencias.

El presente trabajo se refiere a la experiencia, en el Servicio de Cirugía General No. 2 del Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social, con 12 pacientes portadores de prolapso rectal completo a quienes se les practicó resección anterior baja con buenos resultados.

## MATERIAL Y METODOS

En el período comprendido entre 1974 y 1984 se han operado doce pacientes con prolapso rectal completo me- diante la técnica de resección anterior baja.

De los expedientes clínicos se analizaron edad de los pacientes, duración de los síntomas, antecedentes siquiá- tricos, obstétricos, tales como la paridad y si habían tenido o no cirugía ginecológica, o ambas rectal en relación con el prolapso o independientemente del mismo, además si te-

nían algún padecimiento sistémico agregado. Asimismo, presencia de incontinen- cia y el tamaño del prolapso.

Diez casos correspondieron a mujeres (83%) y dos a varones, (16.6%). La edad osciló entre 34-80 años, para un promedio de 63 años. La duración de los síntomas varió desde días hasta 40 años, siendo el síntoma más importante la presencia del prolapso; algunos pacientes, se quejaron de diarrea, dolor abdominal inespecífico, sangrado rectal espo- rádico, pujo e incontinen- cia anal. Ningún paciente tenía antecedentes siquiátricos; la mitad de las pacientes habían tenido cirugía ginecológica, la cual consistió en histerec- tomía vaginal y todas eran multíparas.

La coexistencia de otros padecimientos estaba rela- cionada con la edad, salvo dos pacientes asmáticos. El diagnóstico se hizo en base al examen físico, rectosigmoi- doscopia y colon por enema.

Debe descartarse la posibilidad de que una lesión intracolónica produzca invaginación, por lo que la valora- ción proctosigmoidoscópica siempre está indicada.

Respecto a la continencia, todos los pacientes eran in- continentes en grado variable. El tamaño del prolapso varió entre 3 y 30 centímetros.

## TECNICA QUIRURGICA

El abdomen se abrió mediante incisión transrectal iz- quierda inferior en los primeros casos; en los últimos años preferimos la incisión transversa inferior, la cual aunque la- boriosa, pareciera tener menos incidencia de hernias post- operatorias. Luego de exploración abdominal completa, se moviliza el colon izquierdo desde su parte media hasta el promontorio sacro, identificando el uretero izquierdo. Se incide el meso-sigmoides y se penetra en el espacio sacro, movilizándolo el recto totalmente hasta la punta del cóccix (4-5-17-27).

Por delante se continúa la disección separando el recto de la vejiga, la matriz o ambos, eliminando el fondo de saco de Douglas. Es importante la adecuada y completa movilización del recto, como si se tratara de una resección abdomino-perineal; respetando los ligamentos laterales del recto (29). Se reseca el intestino redundante (figura 2) y se practica una anastomosis entre el colon descendente, el rec- to por debajo de la reflexión peritoneal (figura 3), la mayo- ría de ellas manuales, aunque en los últimos casos se ha usa- do la engrapadora automática. En algunos casos, se fija el recto al sacro con dos o tres puntos (figura 1). No hubo necesidad de realizar colostomía de protección a ninguno de nuestros pacientes. Se deja de rutina un sistema de dre- naje a succión por 48 a 72 horas ubicado en la pelvis.

Figura No. 1

**SE APRECIAN LOS LIGAMENTOS LATERALES DEL RECTO PRESERVADOS.**

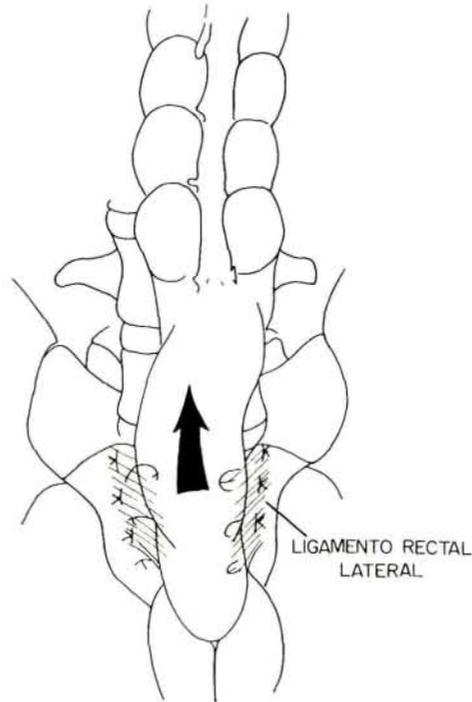


Figura No. 2

**SE OBSERVA EL SEGMENTO DEL COLON SIGMOIDES REDUNDANTE QUE SE RESECA. POSTERIORMENTE SE PRACTICARA LA ANASTOMOSIS QUE NO DEBE QUEDAR TENSA.**

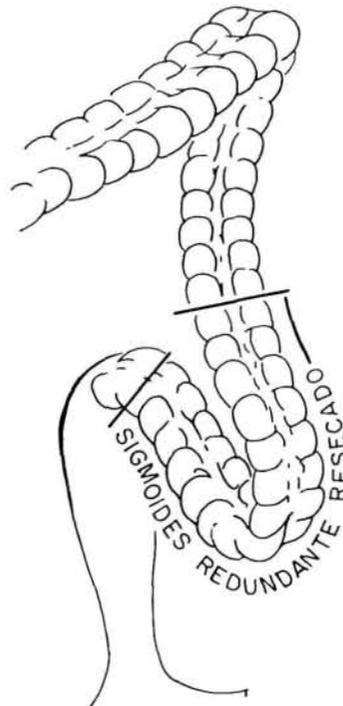
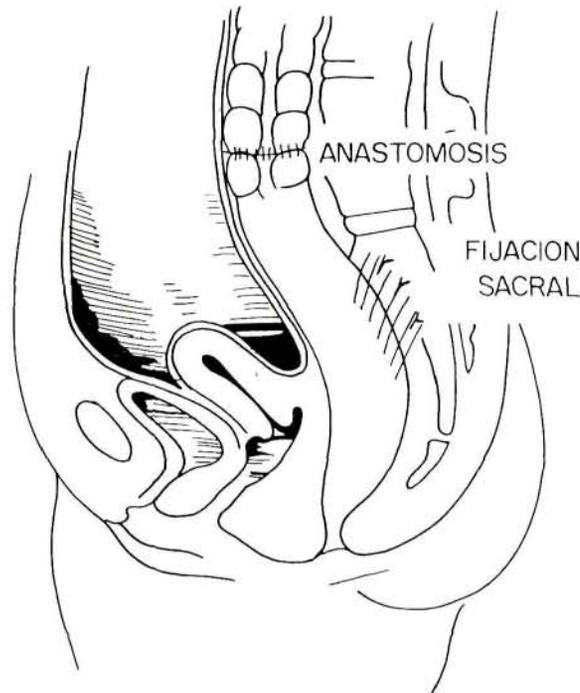


Figura No. 3

VISTA LATERAL EN DONDE SE APRECIA LA ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL, DESPUES DE LA RESECCION ANTERIOR Y LA FIJACION DEL RECTO AL SACRO.



## RESULTADOS

Todos los pacientes han sido controlados desde su operación hasta el momento actual. Dos de los pacientes tienen 12 años de operados, dos 9 años, tres 5 años, tres 4 años y dos 1 año.

No hubo mortalidad operatoria. La morbilidad consistió en: 3 pacientes sepsis de pared, dos de ellos severa, con hernia incisional, como secuela. Una paciente con antecedentes de hipertensión arterial, tuvo un episodio de isquemia cerebral transitoria de la cual se recuperó sin secuelas. Las dos pacientes asmáticas tuvieron crisis severas en el postoperatorio. No hubo dehiscencia de la anastomosis.

La longitud del segmento reseado varió entre los 20 y 30 centímetros.

El 60% de los pacientes están continentales después de la operación y el resto cierto grado de incontinencia para líquidos, los cuales la tenían desde el preoperatorio.

## DISCUSION

El prolapso rectal es una enfermedad que afecta primariamente a mujeres mayores de 50 años de edad, la

mayoría de ellas multíparas, lo que apoyaría la idea de que el aumento de la presión intra-abdominal durante el embarazo y el posible trauma durante el trabajo de parto podría contribuir en la patogénesis de la procidencia (3).

También es de interés que el 50% de nuestras pacientes femeninas tenían cirugía ginecológica previa (histerectomía vaginal), lo cual podría haber contribuido en la patogénesis, al producirse alguna alteración de la anatomía de sostén del piso pélvico.

Con respecto a la patogenia, MOSCHOWITZ (23) describió que el prolapso rectal correspondía a una hernia por deslizamiento y el tratamiento quirúrgico lo dirigía a la corrección de la misma; este autor, creía que la reparación de los músculos elevadores del ano y la obliteración del fondo de saco eran esenciales. Sin embargo, la recurrencia de casi un 50% en sus casos, puso en duda su teoría y el procedimiento de reparación fue abandonado.

A partir de los estudios cine-radiológicos de BRODEN y SNELLMAN, (8) y posteriormente de THEUERKAUF (27) se demostró que el prolapso rectal era debido a una intususcepción del recto medio o bajo, teniendo en común, las siguientes anomalías anatómicas:

- 1.— Un fondo de saco anormalmente profundo.

- 2.- Diástasis de los músculos elevadores.
- 3.- Pérdida de la posición horizontal del recto con laxitud de sus ataduras al sacro.
- 4.- Rectosigmoides redundante.
- 5.- Un ano flácido y atónico.

Este mejor conocimiento de la enfermedad ha conducido a un manejo más lógico, el cual incluye la prevención de la intususcepción, ya sea por fijación, resección o combinación de ambos.

Más de 100 operaciones han sido descritas en el tratamiento de esta enfermedad. BOUTSIS y ELLIS (7) las clasifican de la siguiente forma:

- 1.- Cirugía para estrechar el orificio anal.
- 2.- Obliteración o remoción de la bolsa de peritoneo del fondo de saco de Douglas.
- 3.- Restauración del piso pélvico.
- 4.- Resección del intestino por vía abdominal o perineal.
- 5.- Suspensión o fijación del recto al sacro o a otras estructuras.
- 6.- Prevención de la intususcepción.
- 7.- Combinación de dos o más de estos métodos.

Algunas son técnicamente sencillas y otras de difícil realización. El cirujano debe tomar en cuenta las características propias del paciente para escoger la operación que le ofrezca la curación anatómica del prolapso con restauración de la función normal del intestino.

En Estados Unidos los procedimientos preferidos son la operación descrita por RIPSTEIN (2-15-19) que consiste en fijación del recto al sacro con una cinta de teflón o Marlex<sup>®</sup>, por vía abdominal y la resección anterior baja del recto (27).

En Inglaterra la operación preferida es la implantación perirectal de una gasa de polivinyl-alcohol previa movilización extensa del recto (7).

FRYKMAN y GOLDBERG (28) establecen que de todos los factores que contribuyen a la etiopatogenia del prolapso rectal el único que puede controlarse con seguridad es la longitud del colon redundante.

Los procedimientos que estrechan el orificio anal, tales como el anillo de Thiersch (18) y sus modificaciones

tienen una alta incidencia de complicaciones, no modifican en nada la causa del problema y son de poca utilidad en el tratamiento moderno de la enfermedad.

Nosotros hemos usado esta técnica en cuatro ancianos en mal estado general, con malos resultados, ya que los pacientes se quejan de impacto fecal, ulceración de mucosa anal con exteriorización del material usado para construir el anillo y en ocasiones, fractura del mismo. Además los pacientes deben usar enemas evacuantes frecuentemente, para desimpactarse.

La operación descrita por RIPSTEIN va acompañada de complicaciones en un alto porcentaje, las cuales consisten en dolor abdominal, impactación fecal y obstrucción intestinal en el sitio de fijación del recto al sacro (19-20).

En aquellos pacientes ancianos, con mal estado general, o con riesgo quirúrgico alto, una resección segmentaria del recto-sigmoides, por vía perineal, sería preferible al abordaje por vía abdominal (18-28).

En pacientes con buen estado general y poco riesgo quirúrgico se recomienda utilizar un procedimiento abdominal con o sin resección intestinal, con la idea de fijar el recto a estructuras adyacentes y remover el intestino redundante. De esta forma, se lograría una curación definitiva del prolapso (28).

Dentro de estas operaciones, la resección anterior baja utilizada originalmente por MUIR (24) en 1955, ofrece múltiples ventajas con respecto a otras técnicas; los resultados anatómicos reportados son excelentes y la morbimortalidad operatoria es mínima. Tiene la gran ventaja de que el cirujano general está familiarizado con ella, ya que se utiliza frecuentemente para tratar el carcinoma del colon; además se ha visto que si el prolapso recidiva, se puede volver a utilizar el mismo procedimiento. Se recomienda movilizar el recto en forma extensa, por debajo del anillo ano-rectal exponiendo la unión del recto con los músculos elevadores para provocar adherencias que fijen el recto al hueso sacro evitando de esta manera la intususcepción y en consecuencia el prolapso rectal. La anastomosis no debe quedar muy tensa.

Uno de los grandes problemas de los pacientes con prolapso completo del recto es la incontinencia; prácticamente ninguna operación que resuelva adecuadamente el prolapso mejoraría la continencia del paciente. En aquellos pacientes en los que el prolapso tiene mucho tiempo de evolución, las posibilidades de mejorar la continencia son menores, ya que se ha demostrado una lesión nerviosa en los músculos del piso pélvico afectando sobre todo el esfínter externo.

Recientemente, WATTS (28) revisando la experiencia de la Universidad de Minnesota con 102 pacientes a los

cuales se les practicó resección anterior baja con fijación del recto al sacro tuvo una recurrencia del 1.9% con un 80% de resultados entre excelentes y buenos y 0% de mortalidad; aquellos casos considerados como de resultado malo tenían incontinencia severa preoperatoria o estreñimiento rebelde a tratamiento médico.

Nosotros, en esta pequeña serie, no tuvimos recurrencia, no hubo mortalidad operatoria y la morbilidad fue mínima. El 90% de los pacientes consideraron que el resultado había sido excelente y sólo el 10% se quejó de molestia mínima, la cual fue incontinencia para líquidos.

## CONCLUSION

La gran mayoría de pacientes con procidencia pueden ser manejados con una resección anterior baja asociada a

fijación del recto al sacro. Aquellos pacientes en muy mala condición general, una rectosigmoidectomía por vía perineal puede ser el método de elección.

La resección anterior baja tiene la ventaja de ser familiar a todos los cirujanos generales y evita el uso de material protésico.

La recurrencia del prolapso es muy baja y hay corrección de la incontinencia en más del 60% de los casos.

Para aquellos pacientes en que la incontinencia no mejora, podría considerarse la aplicación de los esfínteres seis a doce meses, después de la cirugía inicial.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.— Adel About-Eheih: Prolapse of the rectum in young men: treatment with a modified Roscoe Graham operation. *Dis. Colon Rectum*, 1979; 22: 117-119.
- 2.— Ahlback, S.; Broden, B.; Broden, G.; Ewerth, S.; Holmstrom, B.: Rectal anatomy following Ripstein's operation for prolapse studied by cineradiography. *Dis. Colon Rectum*, 1979; 22: 333-335.
- 3.— Altemeier, W.A.: Rectal prolapse. In: Rhoads Textbook of Surgery by: J.D. Hardy. J.B. Lippincott, Philadelphia, 1977; pp. 1252-1259.
- 4.— Bacon and Ross: Atlas of operative technic anus rectum and colon. C.V. Mosby Company, St. Louis, 1954; pp. 279-283.
- 5.— Bears, O.H.; Theuerkauf, F. J.; Hill, J.R.: Procidencia: surgical treatment. *Dis. Colon Rectum*, 1972; 15: 337-346.
- 6.— Bennett, E.V.; Sullivan, E.S.: The modified delorme operation: its place in surgical treatment for massive rectal prolapse. *Dis. Colon Rectum*, 1979; 22: 513-521.
- 7.— Boutsis, C; Ellis, H.: The Ivalon-sponge wrap. Operation for rectal prolapse: An experience with 26 patients. *Dis Colon Rectum*, 1974; 17: 21.
- 8.— Broden, B.; Snellman, B.: Procidencia of the rectum studied with cineradiography: A contribution to the discussion of causative mechanism. *Dis Colon Rectum*, 1968; 113: 30-40.
- 9.— Christiansen, J.; Kierbegaard, P.: Complete prolapse of the rectum treated by modified Orr operation. *Dis Colon Rectum*, 1981; 24: 90-92.
- 10.— Den Besten, L.; Brintnalle-Siffren, S.: Successful surgical treatment of complete rectal prolapse. *Dis Colon Rectum*, 1964; 7: 39.
- 11.— Devadhar, D.S.C.: A new concept of mechanism and treatment of rectal procidencia. *Dis. Colon Rectum*, 1965; 8: 75.
- 12.— Dumphy, J. E.; Pikula, J.V.; Turel, E.N.: Diseases of the colon and anorectum: rectal prolapse. Second Edition. W.B. Saunders, Philadelphia, 1969; 2: 1052-1071.
- 13.— Eisenstat, T.E.; Rubin, R.S.; Salvati, E.P.: Surgical treatment of complete rectal prolapse. *Dis. Colon Rectum*, 1979; 22: 522-523.
- 14.— Goligher, J.C.: Surgery of the anus, rectum and colon. Third edition. Bailliere-Tindal, London, 1975; pp. 292-340.
- 15.— Jurgelet, H.C.; Corman, M.L.; Collier, J.A. et. al.: Procidencia of the rectum: teflon sling repair of rectal prolapse, Cahey Clinic experience. *Dis. Colon Rectum*, 1975; 18: 464-467.
- 16.— Keighley, M.R.B.; Matheson, D.M.: Results of treatment for rectal prolapse and fecal incontinence. *Dis. Colon Rectum*, 1981; 24: 449-453.
- 17.— Khubchandani, I.; Bacon, H.: Complete prolapse of rectum and its treatment. *Arch. Surgery*, 1965; 90: 337.

- 18.— Labow, S.; Rubin, R.J.; Howxter, B.; Salvati, E.P.: Peri-neal repair of rectal procidentia with an elastic fabric sling. *Dis. Colon Rectum*, 1980; 23: 467-469.
- 19.— Launer, D.P.; Fazio, V.W.; Wakdley, F.L.; Turnhull, R.B.; Jagelmon, D.G.; Lavery, F.C.: The Ripstein procedure: A 16 year experience. *Dis. Colon Rectum*, 1982; 25: 41-45.
- 20.— Lescher, T.S.; Corman, M.L.; Collier, J.A.; Vaidenheimer, M. S.: Management of late complications of teflon sling repair for rectal prolapse. *Dis Colon Rectum*, 1979; 22: 445-447.
- 21.— Lewis, Dean: Practice of Surgery. W.F. Prior Company, Maryland, 1934; pp. 70-76.
- 22.— Moller, C.; Kataja, J.: Complete rectal prolapse. *Act. Chir. Scand.*, 1967; 133: 664.
- 23.— Moschowitz, A.V.: The pathogenesis, anatomy and cure of prolapse of the rectum. *Surg. Gynecol. Obst.*, 1912; 15: 7-21.
- 24.— Muir, E.G.: Treatment of complete rectal prolapse in the adult. *Proc. Roy. Soc. Med.*, 1962; 55: 1086.
- 25.— Said, A.F.; Zidan, H.; Hassabm, A.: Anal Shinteric pressure studies in complete rectal prolapse. *Dis. Colon Rectum*, 1979; 22: 342-345.
- 26.— Swinton, N.W.; Mathiesen, W.L.: The treatment of rectal prolapse and procidentia. *Surg. Clin. N.A.*, 1955; 35: 847.
- 27.— Theuerkauf, F. J. Jr.; Behrs, O.H.; Hill, J.R.: Rectal prolapse: causation and surgical treatment. *Ann. Surgery*, 1970; 171: 819-835.
- 28.— Watts, J.P.; Rothenberger, D.A., et. al.: The management of procidentia: 30 year's experience. *Dis Colon Rectum*, 1985; 28: 96-102.