

Prolapso Rectal

Por
Dr. Miguel S. Dejuk *

El prolapso rectal puede ser (2), (3), (4).

I Parcial: Prolapso de mucosa solamente. Rara vez prolapso de más de 4 - 6 cm. y generalmente menos.

II Completo: Afecta el grosor completo de la pared rectal.

El prolapso rectal parcial generalmente sucede en los extremos de la vida: niños y ancianos.

En niños es debido a un sacro recto o a falta de grasa, tejido adiposo en el hueco del sacro y fosa isquio rectal. Causas productoras del prolapso son: estreñimiento, esfuerzo excesivo al defecar, diarreas.

En el adulto el prolapso parcial generalmente se asocia con hemorroides y siempre es el resultado del esfuerzo al defecar, del estreñimiento descuidado y a hipertrofia prostática.

El prolapso completo es raro. Es más frecuentemente en las mujeres y debe ser considerado como una hernia por deslizamiento del fondo de saco de Douglas.

SINTOMATOLOGIA:

Molestias perianales, sensación de pelota que sale y estorba, prurito y dolor anal, sangramiento rectal, presencia de masa que hace protrusión anal principalmente después de defecar, o después de episodios diarreicos.

TRATAMIENTO: (8)

En niños, el tratamiento es conservador. Hay que aconsejar a los niños el evitar el estreñimiento, mejorar el estado general del niño, reducción del prolapso rectal y mantenerlo reducido con aproximación de ambas regiones glúteas con esparadrapo. El tratamiento quirúrgico rara vez se hace necesario excepto en aquellos niños que tienen un esfínter anal no funcionando o un defecto en los elevadores del ano.

En los adultos el prolapso parcial acompañado de hemorroides sólo es necesario hacer una hemorroidectomía.

* Del Servicio de Cirugía "Federico Zumbado", Hospital San Juan de Dios.

En el prolapso completo se aconseja operar. Lo encontramos en personas delgadas u obesas, quienes frecuentemente tienen evidencia de hernia en otras partes. Muchos tienen enfermedades degenerativas severas, tales como trombosis coronaria, trombosis cerebral, arterio esclerosis cerebral o disturbios psiquiátricos como nuestro caso.

Para la reparación del prolapso completo hay una gran variedad de operaciones (7) y (8).

Hay quienes la abordan por un método perineal, otros por vía abdominal y un tercer grupo por método abdomino perineal.

Describiré un procedimiento abdominal que creo da mucho menos recidivas y muy buenos resultados. Consiste en hacer una rectosigmoidopexia trans-abdominal, acortamiento de los ligamentos laterales del recto, suspensión uterina y obliteración del fondo de saco de Douglas. Bacon-Burkett y Sauer creen que este procedimiento es adecuado en la mayoría de los casos de prolapso rectal.

Historia Clínica N° 147.910.

Paciente: R. B. A.

Edad: 67 años.

Ingresó: 3 - Dic. - 64. — Salida: 4 Enero 65.

Paciente con prolapso rectal como de 15 cm. por fuera de la línea dentada del ano; esfínter sin tono. Enviada del Asilo Psiquiátrico Chapui.

Exámenes de laboratorio esencialmente negativos.



(Foto 1)

Prolapso rectal. Vista P. A. Prolapso rectal completo de todas sus capas, de unos 15 cm. por fuera línea ano cutánea.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO: (2), (6) y (8).

1) Después de anestesiar al paciente, se prepara el abdomen convenientemente haciendo una incisión mediana supra umbilical. La paciente se coloca en posición exagerada de Trendelenburg.

2) Se determina el grado de redundancia y movilidad del rectosigmoide.

3) Se incide el mesoperitoneo del lado izquierdo y cerca del rectosigmoide prolongándose dicha incisión hasta el repliegue recto uterino o recto vesical.

4) Se procede a identificar el uréter izquierdo, el cual se retrae lateralmente; se expone la parte tendinosa del músculo psoas menor (que se encuentra por delante del psoas mayor) y se expone la fascia ilíaca.

5) Se hace incisión del meso peritoneo del lado derecho del rectosigmoide, cerca del intestino, llevándose dicha incisión hasta encontrarse con la del lado opuesto o izquierdo.

6) La movilización del rectosigmoide se hace anterior y posteriormente. Con la mano introducida en el hueco del sacro, la pared posterior del recto se libera completamente hasta la punta del hueso coxis. Se continúa la disección roma, con los dedos, de la línea media hacia los lados exponiendo los ligamentos laterales del recto, los que se encuentran redundante y elongados.

7) Se colocan dos o tres suturas de acortamiento en los ligamentos laterales del recto y se suturan a la fascia endopélvica.

8) Se saca y eleva el sigmoide de la pelvis y se pone tenso.

9) Se colocan tres o cuatro puntos de sutura con seda 0,5 cm. aparte una de otra, entre la tenia longitudinal del sigmoide y el tendón expuesto del músculo psoas menor.



(Foto 2)

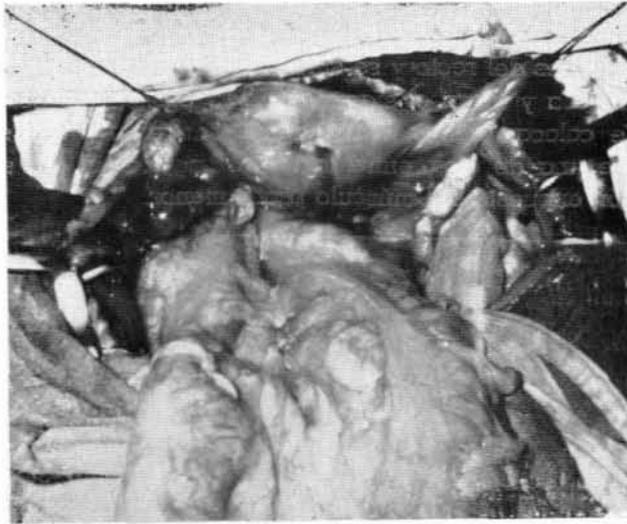
Puntos de seda entre la tenia longitudinal del sigmoide y fascia del psoas menor después de acortamiento de ligamentos laterales del recto y fijación de éstos a fascia endopélvica.

10) En pacientes mujeres se agrega una suspensión uterina modificada de Gillian. A cada lado del ligamiento ancho se hace una pequeña abertura, cerca del cuerpo uterino a través de los cuales los ligamentos redondos se pasan con la ayuda de pinzas hemostáticas colocadas sobre ellos a unos 4 cm. del útero.

11) La piel y tejido subcutáneo se retrae lateralmente a una altura de unos 2.50 - 3 cm. por arriba de la sínfisis del pubis y se expone de esta manera la aponeurosis del oblicuo mayor a cada lado de la línea media.

12) Con la ayuda de un bisturí se hace un agujero a $2\frac{1}{2}$ cm. lateral del borde de la incisión y se introduce a través de la aponeurosis, músculos y peritoneo. Luego se procede a sacar los ligamentos redondos a través de estos agujeros para anclarlos con puntos de seda sobre la aponeurosis a cada lado de la línea media.

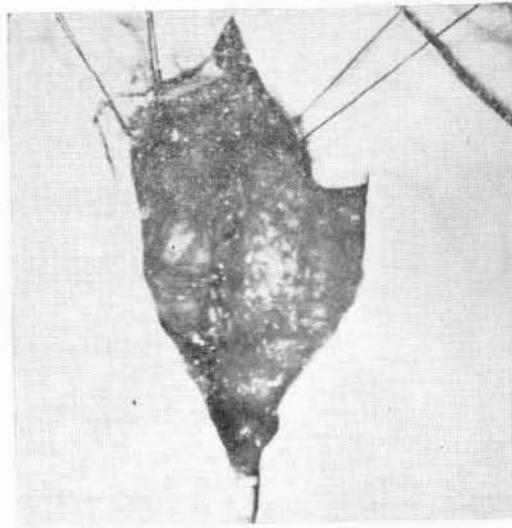
13) Finalmente se oblitera el fondo de saco de Douglas por medio de una serie de suturas de seda, comenzándose 1,25 cm. por arriba de la parte alta del nuevo fondo de saco formado.



(Foto 3)

Paso del ligamento redondo a través del ancho para ser suturado a aponeurosis del oblicuo mayor uno a cada lado línea media obliteración fondo de saco de Douglas.

14) Los puntos de seda usados en la sutura de los redondos sobre la aponeurosis han de tomar apenas la mitad del grosor de los redondos para no comprometer la circulación en ellas.



(Foto 4)

Suspensión de redondos y fijación de los mismos sobre aponeurosis oblicuo mayor a cada lado de la línea media.

El estado post operatorio fue muy satisfactorio y los resultados buenos, habiéndose reducido totalmente el prolapso. Vista la paciente 4½ meses después de la operación se encontraba en perfectas condiciones.

CONCLUSIONES

Se presenta un caso de prolapso rectal completo en el que se practicó reducción quirúrgica por vía abdominal mediante el procedimiento preconizado por Bacon-Burkett y Sauer. La operación además logra muy convenientemente reducir el prolapso.

BIBLIOGRAFIA

- 1) HARKINS. MOYER etc. "Principles and Practice of Surgery", Classification of Prolapse of the rectum Pag. 1004, 1961.
- 2) MOSELEY, "Textbook of Surgery". Pag. 714-715.
- 3) COLE, WARREN H., "Operative Technic", Prolapse of Rectum. Pag. 650 - 656. 1949.
- 4) MULHOLLAND, ELLISON, FHIESEN, "Coment Surgical Management", prolapse of the rectum. Pag. 311-330, 1960.
- 5) NIGRO, NORMAN, WALKER, G. L. "Current Treatment of complete rectal prolapse; Surgical Clinics of N. A. P. 1399 - 1403, Oct. 1959.
- 6) BACON & ROSS, "Atlas of Operative Technic Anus, Rectum and Colon". Pag. 278 - 283, 1954.
- 7) ALTEMEIER, W. A., HOXWORTH, P. I. and GIUSEFFI, "Further experiences with Treatment of Prolapse of the rectum", Surgical Clinics of N. A. 35: 1437 - 1447, 1955.
- 8) BICHAM and CALLANDER, "Surgery of the Alimentary Tract" 1904 - 1970, 1956.