

## TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PROLAPSO RECTAL

Dr. Pedro Morgado N.  
Dr. Simplicio Hernández \*  
Dr. Virgilio Torrealba

Servicio de Cirugía No. 4 del Hospital Miguel Perez Carreño, Caracas  
\* Servicio de Cirugía del Centro de Salud Luis Razetti, Tucupita.

La protrusión de una o más capas de los tejidos que constituyen el recto, a través del esfínter anal, ha recibido el nombre de prolapso rectal o procidencia del recto. Su etiología es mal conocida, su tratamiento múltiple y su pronóstico incierto.

Cuando todas las paredes del recto protruden a través del esfínter externo, se habla de un prolapso completo o procidencia. Y se dice que hay un prolapso parcial, usualmente mucoso, cuando solamente esta capa es la que se exterioriza con facilidad.

En los niños entre 1 y 3 años el prolapso rectal tiene su mayor incidencia, mientras que en el adulto esta ocurre usualmente por encima de los 40 años y particularmente en la edad senil, cuando hay debilidad, emaciación o pérdida del tono muscular.

Si bien el hecho fundamental es la protrusión del recto a través del esfínter externo, el prolapso rectal está comunmente asociado a la incontinencia anal de suerte que muchas veces podemos corregir el prolapso pero siempre queda algo de incontinencia.

Por mucho tiempo se ha tratado de precisar la causa del prolapso rectal. Posiblemente lo más importante sea la constipación acompañada del esfuerzo incontrolado que hacen diariamente estos pacientes tratando de evacuar. Este factor es importante, como lo demostró Wright al señalar la regularidad con que un grupo de miembros de una secta religiosa de la Prusia Oriental producen, a voluntad, la exteriorización de su recto como parte de su rito religioso (10). En los niños el prolapso usualmente obedece a parasitosis, particularmente por tricocéfalos.

---

\* Presentado en el XV Congreso Venezolano de Cirugía, Porlamar, 1979.

En ellos, la falta de profundidad de la concavidad sacra es un factor predisponente importante en la producción del prolapso rectal, que usualmente es completo, y que puede ser desencadenado por problemas neurológicos congénitos, cálculos en la vejiga, estreñimiento y cualquier otro factor que provoque en ellos el deseo de pujar.

De acuerdo con Dunphy, Ambrosio Paré atribuía el prolapso al hecho de sentarse en piedras frías y la incapacidad del individuo para mantener sus nalgas calientes (2) aunque reconoció la asociación del prolapso con hemorroides, cálculos vesicales y lesiones nerviosas. Salmón (8) relacionó el prolapso con la vida sedentaria, encontrando una alta incidencia entre los abogados. En 1912 se produjo la clásica descripción de Moschcowitz (4) donde se señala que el prolapso rectal es una hernia por deslizamiento del saco de Douglas a través de un piso pélvico debilitado, lo cual podría ocurrir por debilidad de los elevadores y de los esfínteres, esfuerzo crónico para evacuar y alargamiento y debilitamiento del peritoneo pélvico y la aponeurosis perineal profunda.

Estos factores señalados por Moschcowitz pueden estar presentes o ser desencadenados por una serie grande de factores: traumatismos de la pelvis y el periné, trastornos neurológicos debidos a traumatismos o tumores, edad avanzada, enfermedades debilitantes crónicas, enfermedades mentales, el esfuerzo continuo de los constipados o con malos hábitos defecatorios —los que confunden el excusado con la biblioteca—, las diarreas frecuentes, obstrucción prostática crónica, fimosis, estrechez uretral, etc.

Más recientemente, Broden y Snellman, en 1968, demostraron por cine-radiografía, que el prolapso rectal se inicia por una invaginación circunferencial del recto, con punto de partida a 4.5 cms. de la margen anal.

En cualquier caso, la anatomía patológica que está siempre presente en el prolapso rectal, incluye a) sigmoides redundante, b) fondo de saco pre-rectal anormalmente profundo, c) verticalización del recto, d) diastasis de los elevadores, y e) esfínteres anales insuficientes, por lo que los objetivos principales de la cirugía serán el restablecimiento de la anatomía normal y mejorar la actividad esfinteriana.

La sintomatología del prolapso rectal es típica: la aparición de una masa a través del recto durante la defecación o al momento de un esfuerzo violento y sostenido. Al principio de la enfermedad, esta masa se reduce espontáneamente; luego requiere ser reducida, lo cual con el tiempo, se hace cada vez más difícil. Al mismo tiempo, por la pérdida de tonicidad esfinteriana, hay cierto grado de incontinencia y puede haber sangramiento en pequeña cantidad. El paciente puede referir sensación de llenura pélvica.

El tamaño de la masa protruyente variará según el tipo de prolapso presente. En el prolapso parcial, la masa es relativamente pequeña, visualizándose surcos concéntricos en el pedazo de intestino exteriorizado. Por el contrario, en el prolapso total, la masa es alargada, voluminosa, presentando una superficie lisa, brillante, a menudo con depósitos de fibrina en la superficie de la mucosa.

En el prolapso parcial, la mucosa puede o no estar envuelta en su totalidad. A menudo se asocian hemorroides y pólipos fibrosos del ano.

El aspecto del orificio anal es característico; aparece deforme, sin tono, debido a la participación del esfínter. Este puede estar afectado solamente por el prolapso, sin que su debilidad tenga relación con ningún otro padecimiento.

La investigación del paciente con prolapso rectal debe incluir un estudio neurológico, para determinar la integridad o no del piso pélvico desde este punto de vista y estar en condiciones de afrontar el pronóstico que es ensombrecido por una lesión neurológica.

El tratamiento del prolapso rectal puede ser conservador en los niños sin enfermedad neurológica. En aquellos con espina bífida, por ejemplo, el cerclaje anal descrito por Thiersch es útil porque ayuda a la fijación de la mucosa rectal. En los prolapsos parasitarios, el tratamiento de los parásitos cura el prolapso.

En el adulto, el tratamiento quirúrgico es usualmente necesario, variando el enfoque si se trata de un prolapso parcial o un prolapso total.

En el prolapso parcial, basta usualmente una resección segmentaria, igual que una hemorroidectomía, corrigiendo además los factores etiológicos subyacentes.

En el prolapso total, las intervenciones van desde el simple cerclaje anal con alambre de plata o acero, propuesta por Thiersch, hasta las resecciones intestinales, pasando por la obliteración del saco de Douglas propuesta por Moschcowitz.

La idea básica en el tratamiento del prolapso rectal total es la de fijar el recto a la concavidad del sacro, a fin de evitar su desplazamiento al exterior. Esto puede conseguirse utilizando cualquier procedimiento que provoque adherencias pélvicas, particularmente la resección anterior o la colocación de mallas de material plástico (Teflon, Marlex, Ivalon, etc.) que fijen el recto a la concavidad sacra.

El tiempo ha favorecido particularmente las operaciones de Roscoe Graham, quien añadió a la operación de Moschcowitz una reconstrucción de la fascia pélvica, obliterando el fondo de saco y reparando la musculatura del elevador del ano, y la resección anterior del recto propuesta por Muir en 1955 (5). Ambas operaciones requieren experiencia y conllevan riesgos importantes de todos conocidos.

Como alternativa, por ser de ejecución relativamente sencilla, fácil de ejecutar en cualquier ambiente quirúrgico más o menos dotado, Wells en 1959 y Naunton Morgan y Wells en 1962, propusieron una intervención que consiste en fijar el recto a la concavidad sacra empleando una malla de Ivalon. Este procedimiento fue una modificación de la técnica de Ripstein (7) quien empleó Teflón para la fijación.

El propósito de este trabajo es el de revisar nuestros resultados en el tratamiento del prolapso rectal en los pacientes que nos han sido confiados, tanto en el Servicio de Cirugía No. 4 del Hospital Miguel Pérez Carreño, como en el Hospital Luis Razetti, de Tucupita, donde hemos intervenido algunos pacientes.

## MATERIAL Y METODOS

Revisamos las historias de 15 enfermos que consultaron por prolapso total del recto, de los cuales cinco eran personas por encima de 65 años, en malas condiciones generales, y en quienes se decidió hacer un cerclaje anal con alambre de acero. El resto de los pacientes, diez, fueron sometidos a una intervención abdominal para realizar una suspensión abdominosacra del recto, siguiendo la técnica descrita por Morgan y Ellis, pero empleando Dacrón en dos casos y Marlex en los ocho restantes.

La técnica quirúrgica empleada en el cerclaje anal fue la siguiente:

- a) Con el paciente en posición de litotomía-Trendelenburg, se hicieron dos incisiones de aproximadamente dos centímetros en la piel de las comisuras anales anterior y posterior,
- b) partiendo de la incisión posterior, se pasó una aguja redonda, curva, enhebrada con alambre de acero multifilamento, que se extrajo por la incisión anterior,
- c) nueva inserción de la aguja por esta incisión y siempre a través de la masa muscular esfínteriana, para extraerla por la incisión posterior, completando la vuelta alrededor del ano,
- d) fijación del alambre, tomando como diámetro ideal del orificio anal el grueso del índice del cirujano,
- e) cierre de las heridas con nylon 000. Postoperatorio de rutina, con evacuaciones a voluntad del paciente.

En uno de estos pacientes fue necesario poner un nuevo alambre cinco meses más tarde, por rotura del colocado inicialmente. No hubo complicaciones postoperatorias inmediatas ni tardías.

En la colocación de la malla plástica, la técnica empleada fue la descrita por Morgan y Wells (3).

1. Paciente en posición de Trendelenburg, catéter en la vejiga e incisión paramediana izquierda desde el pubis hasta 3 ó 4 centímetros por encima del ombligo;
2. Laparotomía cuidadosa; revisión de la cavidad abdominal.
3. Incisión del peritoneo parietal posterior a ambos lados del mesocolon pélvico, comenzando a unos 5 cms por encima del estrecho superior de la pelvis. Prolongación de la incisión a ambos lados del recto hasta llegar al fondo de saco de Douglas, donde se hacen coincidir ambas incisiones en frente de la cara anterior del recto. La incisión parietal izquierda se hace primero, visualizándose el uréter y apartándolo del campo operatorio tan lejos como se pueda.
4. El índice derecho se coloca por debajo de la arteria mesentérica inferior, pegado al promontorio y usando una tijera roma, con la ayuda del dedo, se abre el espacio laxo areolar situado por delante de la concavidad sacra, teniendo especial cuidado en que este despegamiento sea hecho muy suavemente y pegado a la cara posterior del recto, ya que de otra manera se corre el riesgo de herir el plexo

venoso pre-sacro, cuya hemostasia es particularmente difícil y la hemorragia producida bastante importante. Esta disección digital debe llevarse hasta más allá de la punta del coxis.

5. La disección del plano posterior se lleva a cabo a ambos lados, hasta seccionar los llamados ligamentos laterales del recto, donde están incluidos los vasos hemorroidales medios. La hemostasia debe ser especialmente cuidadosa, ya que la disección del recto prolapsado no es particularmente difícil.
6. La movilización del recto se completa a nivel del fondo de saco peritoneal, sin insistir en su disección anterior. Sin embargo, la separación de los elementos que se relacionan anteriormente con el recto es muy facilitada si el borde del peritoneo anterior es sujetado por el ayudante con una pinza larga.
7. El pedazo de malla a colocar debe medir aproximadamente 8 cms de ancho, 20 cms de largo y no más de 3 mm de espesor. Con el recto rechazado hacia adelante, la parte central de la malla es fijada con hilo de nylon 00 ó 000 al tejido areolar presacro, enfrente del cóxis, en la línea media. Ripstein, usa el anclaje con tres puntos situados contra la aponeurosis presacra.
8. Luego de anclada la malla, se deja al recto caer sobre la pelvis en la concavidad del sacro, pasando a su alrededor la malla. Esta puede ser fijada a la cara anterior del recto, dejando un espacio de 1 ó 2 centímetros entre sus bordes.
9. La peritonización del piso pélvico es importante, pues la malla debe ser totalmente extraperitonizada. La hemostasia debe ser cuidadosa y un tubo de succión al vacío puede ser dejado en la concavidad. La pared abdominal se repara en la manera usual.

En el postoperatorio no es necesario indicar antibióticos de manera profiláctica. La dieta de pocos residuos puede ser iniciada al día siguiente de la intervención y al segundo día puede darse un reblandecedor fecal oleoso, para evitar el esfuerzo al defecar.

En nuestros diez pacientes no hubo ninguna complicación postoperatoria. Ninguno ha tenido recurrencia del prolapso en períodos que van de 7 años a 6 meses. La incontinencia sigue siendo una molestia en 1 paciente.

## DISCUSION

Los estudios cineradiológicos postoperatorios hechos por Fry et al. (1) confirman la excelente fijación rectal a la concavidad del sacro en los pacientes a quienes se les ha colocado una malla de plástico, así como una mejoría en la posición de las vainas de los elevadores del ano. En una serie personal de 100 casos, Porter y Morgan (6) señala un solo paciente con recidiva del prolapso, mejoría de la continencia en un 50% de los casos y facilidades para un mejor manejo de la función intestinal.

Como todos los plásticos, las mallas de Ivalon, Teflon o Marlex, conllevan el riesgo de inducir neoplasias. Esto ha sido señalado en animales de experimentación, pero hasta ahora no ha habido ningún reporte en relación con su uso en humanos. Un estudio cuidadoso hecho por Walter y Chiaramonte (9) confirman la incidencia, aunque baja, de sarcoma en

la rata en respuesta a implantes de Ivalon, lo cual relacionan con el tamaño y grosor del mismo y, lo que es más importante, sugieren que hay una susceptibilidad de la especie a la inducción de neoplasias por una variedad de implantes, incluyendo el alambre de acero. Sus conclusiones son que la malla de Ivalon es carcinogénica en la rata pero no necesariamente en el hombre.

En nuestro medio, creemos que los pacientes donde hay indicación para un procedimiento agresivo en el tratamiento del prolapso rectal, la operación de Morgan-Ellis, por su facilidad y buenos resultados, puede usarse con confianza.

## RESUMEN

Revisamos los conceptos actuales acerca del tratamiento quirúrgico del prolapso rectal, presentando los resultados de una experiencia común realizada en el Hospital Miguel Pérez Carreño, en Caracas, y Centro de Salud Luis Razetti, en Tucupita. De acuerdo a ella, basada en la experiencia de la escuela quirúrgica del Hospital St. Mark's, de Londres, creemos que, en nuestro medio, la operación diseñada por Morgan y Ellis, consistente en la fijación del recto a la concavidad sacra mediante el empleo de una malla de Marlex, es de gran utilidad por los buenos resultados obtenidos en el tratamiento del prolapso total del recto. La operación de Thiersch continúa siendo una alternativa para los pacientes de pobre riesgo quirúrgico. Describimos la técnica quirúrgica de ambas intervenciones y los resultados obtenidos por nuestro grupo.

## SUMMARY

After a review on up to date concepts on Surgical Treatment of Rectal Prolapse, the results of our personal experience is analyzed.

## REFERENCIAS

- 1 FRY, I. K.; GRIFFITHS, J. D.; SMART, P. J.- Br. J. Surg. 53, 734, 1966.
- 2 JOHNSON, T. (Traductor).- Los Trabajos del famoso cirujano Ambrosio Paré, Londres, Cotes & Young 1634 (citado or Turell, Enfermedades de Anorecto y Colon).
- 3 MORGAN, C. N.; WELLS, C.- Proc. R. Soc. Med., 55:1084, 1962.
- 4 MOSCHCOWITZ, A. V.- Surg. Gyn. & Obs. 15:7, 1912.
- 5 MUIR, E. G.- Proc. R. Soc. Med. 48:33, 1955.
- 6 PORTER, N. H.; NAUNTON-MORGAN, C.- Operative Surgery, Ed. by Rob & Smith, Butterworths, pp 757-766, 1969.
- 7 RIPSTEIN, CH.- Diseases of the Colon and Anorectum, Ed. by Robert Turell, W. B. Saunders & Co. pp. 1069-1071, 1969.
- 8 SALMON, F.- Practical observations on prolapsus of the rectum. London, Whittaker, Treacher & Arnot, 1831, p. 12.
- 9 WALTER, J. B.; CHIARAMONTE, L. G.- Br. J. Surg. 52, 49, 1965.
- 10 WRIGHT, A. D.- Proc. Royal Soc. Med., 42:1005, 1949.