



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"

**"EXPERIENCIA DE LA MUCOSECTOMÍA RADIAL EN EL TRATAMIENTO DE
PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PROLAPSO RECTAL DE LA UMAE
DR GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA"**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN:

CIRUGÍA PEDIÁTRICA

PRESENTA:

DR. EDUARDO JAVIER QUINTAL SOSA

ASESOR DE TESIS:

DR. HECTOR PEREZ LORENZANA

MÉXICO, D.F.

2013



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA ALTA ESPECIALIDAD
"DR GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"**

HOJA DE AUTORIZACION

DRA. LUZ ARCELIA CAMPOS NAVARRO
DIRECTORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
U.M.A.E. "DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA"
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA", IMSS

DR. JAIME ANTONIO ZALDÍVAR CERVERA
TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
DIRECTOR GENERAL
U.M.A.E. "DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA"
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA", IMSS

DR. HECTOR PEREZ LORENZANA
ASESOR DE TESIS. CIRUJANO PEDIATRA
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
U.M.A.E. "DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA"
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA", IMSS

DR GUSTAVO HERTNANDEZ AGUILAR
ASESOR DE TESIS. CIRUJANO UROLOGO PEDIATRA
JEFE DE LA DIVISION DE CIRUGIA PEDIATRICA
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA
U.M.A.E. "DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA"
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA", IMSS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3502
HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA, D.F. NORTE

FECHA 26/02/2013

DR. HECTOR PEREZ LORENZANA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

"EXPERIENCIA DE LA MUCOSECTOMÍA RADIAL EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PROLAPSO RECTAL DE LA UMAE DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA"

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-3502-15

ATENTAMENTE

DR. JAIME ANTONIO ZALDIVAR CERVERA
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3502

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

COLABORADORES

Dra. Yolanda Luna Sánchez, Matricula:8370303
Medico Adscrito al Servicio de Medicina Interna Pediátrica
Dr. Gaudencio González Garza, CMN "La Raza"

Dr. Enrique Rafael Leal Cirerol, Matricula:11152915
Medico Adscrito al Servicio de Cirugía Pediátrica
Dr. Gaudencio González Garza, CMN "La Raza"

AGRADECIMIENTOS

A TI PAPA Y MAMA:

Por impulsarme siempre hacia adelante, por estar siempre conmigo a pesar de la distancia y su apoyo incondicional siempre y sobre todo por su amor

GRACIAS.

A TODOS MIS MAESTROS:

Por Enseñarme, por darme la oportunidad con paciencia de crecer, por transmitirnos sus conocimientos e incluirnos en esta familia LARAZA.

A LA DRA SANDRA LOPEZ

Gracias Maestra, por sus enseñanzas y creer en mí. También por sus exigencias, que nos ayudaron a forjar carácter y por que siempre tuvo ahí una mano amiga en la cual pudiéramos recurrir.

AL DR ONESIMO AVILES

Solo me basta Decir Gracias Maestro y Amigo.

AMIS COMPAÑEROS DE RESIDENCIA:

A todos un agradecimiento por su amistad, por soportar mis regaños y sobre todo por compartir esos momentos conmigo, sobre todo a Paola López mi madre de este ultimo año, por sus atinados regaños y consejos Gracias Por todos niños.

A TODOS COMPAÑERO Y AMIGOS DE OTRAS ESPECIALIDADES

GRACIAS por todo, en especial a rosi, nimbe, Dra Rosi Ramirez, Dra Bernal

GRACIAS A TODOS LOS QUE CON UNA U OTRA FORMA CONTRIBUYERON DE UNO U OTRA FORMA A MI FORMACION.

**“EXPERIENCIA DE LA MUCOSECTOMÍA RADIAL EN EL TRATAMIENTO DE
PACIENTES PEDIÁTRICOS CON PROLAPSO RECTAL DE LA UMAE
DR GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA”**

INDICE

RESUMEN.....	8
MARCO TEORICO.....	9
OBJETIVO GEN ERAL.....	12
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	13
MATERIAL Y METODOS.....	14
RESULTADOS.....	15
TABLAS.....	16
DISCUSION.....	18
CONCLUSIONES.....	20
BIBIOGRAFIA.....	21
ANEXO.....	22

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal es una condición relativamente poco común en niños. Existe una gran controversia en cuanto a su tratamiento quirúrgico. Los objetivos específicos del manejo quirúrgico del prolapso rectal de espesor total son de erradicar el prolapso del recto externo, mejorar la continencia, mejorar la función intestinal y reducir la incidencia de recurrencia.

Revisaremos nuestra experiencia mediante la operación de Delorme, para evaluar el tratamiento y resultados de la cirugía.

PREGUNTA DE INVESTIGACION: ¿Cuál es la experiencia en pacientes pediátricos con la técnica de mucosectomía radial de Delorme en los 5 últimos años de la UMAE Dr. Gaudencio González Garza?

OBJETIVO: Se dará a conocer la experiencia y resultados del manejo quirúrgico del prolapso rectal en un periodo de 5 años, como manejo de estos pacientes, dado la poca experiencia en pacientes pediátricos.

MATERIAL Y METODOS: En la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Dr. Gaudencio González Garza se realizará solicitud al archivo de este Hospital de los expedientes de pacientes postoperados de Mucosectomía radial de tipo Delorme en el periodo de enero del 2005 a enero del 2011, previa obtención de lista de nombre, cédula y diagnóstico a través del archivo de hojas quirúrgicas del servicio de cirugía pediátrica. Se obtendrán datos como: Edad, Sexo, Sintomatología Previa, Longitud del prolapso, Dolor, Hospitalización, Complicaciones Inmediatas, Seguimiento. Siendo todo registrado y concentrado para obtención de resultados.

Se excluirán pacientes con patología agregada.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Se realizará análisis de los datos con estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

PALABRAS CLAVE: Mucosectomía Radial, Prolapso Rectal

MARCO TEÓRICO.

El prolapso rectal es una condición relativamente poco común en niños. Se define como la herniación o descenso anormal del recto sigmoides a través del ano. El pico de incidencia es entre 1 y 3 años de edad. La mayoría de los casos son leves y pueden resolverse espontáneamente.[1]

La etiología de esta condición permanece incierta, pero se da especial importancia a la falla de los elementos de sostén del recto como son: la reflexión peritoneal, el meso recto, los elevadores del ano y la fascia presacra. Esta falla en los elementos de sostén del recto puede deberse a patologías como desnutrición, enfermedades debilitantes, mielomeningocele, extrofia de vejiga, fibrosis quística, constipación crónica, enfermedad diarreica crónica, pólipos rectales, parasitosis y pacientes post - operados de malformaciones ano rectales.[2,3]

A este tipo de pacientes los llamamos prolapso rectal secundario y constituyen el 80% de los casos, el 20% restante son pacientes con prolapso rectal idiopático en los cuales la mayoría de los autores consideran que se debe a que el meso del recto es muy laxo; el sacro es vertical lo que permite que el segmento rectal se desplace hacia adelante alejándose de la concavidad del sacro y de este modo el segmento rectosigmoideo se endereza, de tal manera que cuando existe gran presión intrabdominal esta se transmite por el rectosigmoide perpendicularmente produciéndose el prolapso [4, 5]

La mayoría de pacientes con prolapso de tipo idiopático son preescolares con un pico de incidencia en el segundo año de vida, se considera que el aumento en la frecuencia en este período se debe a que a esa edad el niño alcanza la postura erecta, hay una importante Disminución de la grasa del cuerpo sobre todo isquiorectal y además a esta edad el niño inicia el control voluntario de las evacuaciones.[4,5]

Los prolapso rectales secundarios se resuelven tratando la patología base, sin embargo en el caso de los prolapso primarios, existe un grupo de pacientes que no mejoran al tratamiento médico y este grupo corresponde a los que Rasmussen llamó prolapso rectal refractario.[4,6] Estos pacientes necesitan un procedimiento quirúrgico para resolver el problema, de los cuales existen más de 50 tipos de procedimiento diferentes.

El prolapso puede ser parcial o completo; en el prolapso rectal completo, el espesor total del recto está involucrado y 5 cm o más sobresale y el prolapso es distinguido por los pliegues circulares de la mucosa. .[4,6]

La mayor parte de los niños con prolapso rectal no tienen ningún factor de predisposición. El tratamiento inicial suele ser conservador, con los ablandadores de heces o laxantes y evitar el esfuerzo prolongado [6]

Existe una gran controversia en cuanto a su tratamiento quirúrgico. Las indicaciones para la operación son imprecisas, pero los síntomas de larga duración, dolor rectal, sangrado, Ulceración y el prolapso que requiere frecuentes reducciones manuales o de difícil reducción.

Varias operaciones menos invasivas se han descrito, incluyendo el procedimiento de Thiersch combinado con laxantes y la escleroterapia con solución de fenol al 5%, ò solución salina al 30%, oleato de etanolamina al 5% inyectado en el espacio retro rectal.
[6, 7]

Los objetivos específicos del manejo quirúrgico del prolapso rectal de espesor total son erradicar el prolapso del recto externo, mejorar la continencia, mejorar la función intestinal, y reducir la incidencia de recurrencia.[6, 7]

La reciente literatura apoya el concepto de que las técnicas quirúrgicas laparoscópicas puede proporcionar seguridad, los beneficios de bajas tasas de recidiva, mejor resultado funcional, menos dolor postoperatorio, corta estancia en el hospital y retorno temprano de la función intestinal en pacientes con prolapso rectal de espesor total.[7,8]

Cada prolapso y cada paciente constituyen un caso particular, por lo que resulta vano cualquier intento de sistematización. Ningún estudio aleatorizado puede orientar en la elección terapéutica. Esta debe adaptarse a cada paciente y a cada cirujano.[7,8,9]

En lo que respecta al paciente, la evaluación clínica debe tratar de diferenciar el prolapso por fuerza (enfermedad del recto) del prolapso por debilidad (enfermedad del periné). El principio esencial es preservar la distendibilidad y la capacidad de una visera con una fisiología compleja, tomando en cuenta unas reglas generales.[8,9]

Por vía Abdominal.

- Velar por la integridad de la inervación pélvica y rectal, conservando los alerones laterales y preservando el plano de disección anterior.
- Reproducir la anatomía normal, evitando en particular cualquier suspensión rectal
- Promover la resección asociada del sigmoides resecable.[8]

Por vía Perineal

- Preferir la resección mucosa, más fisiológica que la amputación rectal.
- La amputación rectal en los casos más desesperados de prolapso por debilidad.[8]

Condiciones predisponentes como la edad avanzada en niños mayores de 5 años puede influir a una reparación quirúrgica temprana. Algunos autores recomiendan un enfoque más agresivo en los niños mayores de 4 años, porque pueden tener una mayor tasa de fracaso cuando se realiza manejo conservador [8]

Los niños están predispuestos a esta enfermedad causada por consideraciones anatómicas. En ellos se observa más vertical el recto, plano coxis, pobre soporte de los elevadores, y una posición relativamente baja del recto en la pelvis [8,9].

El prolapso se ha asociado con muchas enfermedades subyacentes, y la incidencia varía en función geográfica y factores socioeconómicos. Es mucho más común en los países subdesarrollados, en donde las enfermedades parasitarias, la desnutrición y la diarrea son enfermedades comunes. [10,11].

Los factores que contribuyen en los países industrializados en el mundo se encuentran el estreñimiento, la fibrosis quística, y los pólipos.

A pesar de que se asocian a algunas enfermedades, la mayoría de los niños no presentan factores predisponentes. La evaluación de los niños con prolapso es bastante sencilla. [12]

El examen físico suele ser normal, en algunas ocasiones porque el prolapso no puede ser observado en muchas ocasiones y el diagnóstico debe estar basado en la historia. Muchos de nuestros pacientes tenían valoración gastrointestinal, estudios de cloruro en el sudor y colonoscopias. Sin embargo, una amplia evaluación no es necesario en los casos más complicados, sobre todo en la ausencia de un historial de sangrado rectal, estreñimiento / diarrea, o anomalías asociadas.[12]

Cuando los pacientes no aceptan la terapia conservadora, una multitud de opciones quirúrgicas se encuentran disponibles. Desafortunadamente, gran parte de la literatura quirúrgica sobre el prolapso rectal se refiere únicamente a los adultos.[12]

La enfermedad es muy diferente en los niños y muchas técnicas de adultos no son aplicables. El cirujano pediatra se enfrenta a una paradoja "de elección", y la selección de los procedimientos depende en gran medida de la experiencia individual del cirujano, Por lo que es importante conocer a fondo este padecimiento para poder ofrecer un correcto tratamiento quirúrgico, una de las técnicas descritas la técnica de Delorme para tratar el prolapso rectal son su baja morbilidad y mortalidad asociada la cual fue descrita por primera vez por el cirujano militar francés Edmond Delorme en 1900.

Es un procedimiento por vía perineal que consiste en la plicatura de la capa muscular del recto con resección de la capa mucosa

Hoy en día también se utiliza para los pacientes con prolapso mucoso y también se ha utilizado con éxito en pacientes seleccionados con intususcepción interna. También es una buena operación para los pacientes con prolapso de espesor total que implica solamente la parte de la circunferencia del intestino

OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer la experiencia y resultados del manejo quirúrgico del prolapso rectal en nuestro Hospital en un periodo de 5 años, como manejo de de estos pacientes, dado la poca experiencia en pacientes pediátricos

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar la sintomatología de los pacientes pediátricos con prolapso rectal tratados con mucosectomía radial de Delorme.

Determinar la cantidad de mucosa prolapsada en los pacientes pediátricos con prolapso rectal tratados con mucosectomía radial de Delorme.

Conocer la estancia intrahospitalaria de mucosa prolapsada en los pacientes pediátricos con prolapso rectal tratados con mucosectomía radial de Delorme.

Establecer el porcentaje de complicaciones postquirúrgicas en los pacientes pediátricos con prolapso rectal tratados con mucosectomía radial de Delorme.

Mostrar la evolución de estos pacientes en el seguimiento con prolapso rectal tratados con mucosectomía radial de Delorme

MATERIAL Y MÉTODOS

En la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Dr. Gaudencio González Garza se realiza solicitud al archivo de este Hospital de los expedientes de aquellos pacientes postoperados de mucosectomía radial de tipo Delorme en el periodo comprendido de enero del 2005 a enero del 2012, previa obtención de lista de nombre, cédula y diagnóstico a través del archivo de hojas quirúrgicas propio del servicio de cirugía pediátrica. Se identificaron pacientes en los que se llegó al diagnóstico de Prolapso rectal. Se capturo datos de aquellos a los que se realizó mucosectomía radial de tipo Delorme, se obtuvieron datos como: Edad, Sexo, sintomatología Previa, Longitud del prolapso, Dolor, Hospitalización, Complicaciones Inmediatos, Seguimiento. Siendo todo captado en hojas de concentrado para obtención de resultados.

DISEÑO DE ESTUDIO

Observacional, Descriptivo, Transversal.

UNIVERSO DE TRABAJO.

Todos los expedientes de pacientes, que hayan sido ingresados al servicio de Cirugía pediátrica, de la UMAE Dr. Gaudencio González Garza en el periodo de enero del 2005 a enero del 2012. Con diagnóstico de prolapso rectal e intervenidos quirúrgicamente en esta unidad con la técnica de mucosectomía radial de tipo Delorme.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Expedientes completos de los pacientes con prolapso rectal
- sexo: femenino ò masculino.
- Pacientes diagnósticos con prolapso rectal.
- Pacientes Operados con técnica mucosectomía radial de Delorme.

CRITERIOS DE NO INCLUSION.

- Expedientes incompletos.
- Pacientes con otras patologías como: ano imperforado, enfermedad de Hirschsprung, espina bífida, anomalías de la cloaca.

RESULTADOS

Al revisar los expedientes clínicos se identificaron 8 pacientes que se sometieron a intervención quirúrgica por prolapso rectal.

Las características de los pacientes de un total de 8 casos, fueron 3 hombres y 5 mujeres. (Tabla1). El promedio de edad durante la operación fue de 4.3 años (rango 2-9). Los principales síntomas en el preoperatorio fueron hemorragia en 7 pacientes representando (85,3%) ,prolapso rectal en 8 (100 %), Dolor en 2 pacientes (20%).(Tabla 2).

El promedio de centímetros de recto prolapsado que presentaban los pacientes fue de 5.5 cms (Rango de 3- 10cms).(Tabla 3).

De Nuestros 8 pacientes 7 fueron valorados por gastroenterólogos pediatras, uno tuvo prueba de cloro en sudor (reporte normal), todos tuvieron coproparacitoscopios negativos previos a la intervención. Seis pacientes fueron sometidos a una colonoscopia diagnóstica / sigmoidoscopia (Todos normales). Ninguno de los pacientes se encontró que tenía otra patología. Únicamente un paciente tenía como antecedente vólvulo intestinal neonatal donde se reseco en etapa neonatal 50cms de íleon, ameritando derivación intestinal.

Se les Manejo previo a la intervención quirúrgica, por espacio de 5 meses con manejo conservador a los 8 pacientes, a todos se les manejo con laxantes, pero a 5 de ellos además se les agrego Antidesparacitarios.

Previo al manejo quirúrgico a todos ellos se les realizo preparación pre quirúrgica con enemas y poli etilenglicol y profilaxis antimicrobiana

La mediana de días hospitalizados fue de 5.75 días (rango 5-7) y el de días de reincorporación a la actividad normal fue de 10 días (rango 7-20). El seguimiento fue de 1 año para todos los pacientes.(Tabla 3)

La evolución del dolor en el postoperatorio. El promedio de dolor en el primer día postoperatorio que referían los pacientes fue escaso (promedio 2,8), disminuyendo en forma paulatina

En cuanto a las complicaciones inmediatas, no se reporto ninguna, durante las complicaciones presentadas en el seguimiento, se presento: Sangrado en 5 pacientes (62.5%), Dolor anal 4 pacientes (50%), constipación en 2 pacientes (25%), no se presentaron nuevamente prolapso, y ninguno presento reoperacio en el seguimiento a un año.(tabla 4).

Tabla 1

CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES	
Sexo (Hombres/ Mujeres)	3/ 5
Edad	4.3 (Rango 2-9)

Tabla 2

SINTOMAS	
Hemorragia	7 (87.5%)
Sensación del Prolapso	8 (100%)
Dolor	2 (25%)

Tabla 3

CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES	
Enfermedades Asociadas	Ninguna
Longitud del Prolapso	5.5 (Rango 3- 10).
Hospitalización	5.7 (Rango 5 – 7)

Tabla 4

COMPLICACIONES INMEDIATAS		
Ninguna		
SEGUIMIENTO		
RECIDIVA	SANGRADO (1 mes)	CONSTIPACION
0%	5 (62.5%)	2 (25%)

Discusión:

El prolapso rectal es una condición común en los niños menores de 5 años de edad. La resolución espontánea del prolapso rectal en los niños es común, el tratamiento médico se realiza con ablandadores de heces o laxantes y la prevención del esfuerzo prolongado son suficientes para la mayoría de ello. Las indicaciones para la operación son imprecisas, pero los síntomas de larga duración, dolor rectal, sangrado, ulceración, y el prolapso que requiere frecuentes reducciones manuales o de difícil reducción.

Condiciones predisponentes como la edad avanzada en niños mayores de 5 años puede influir a una reparación quirúrgica temprana. Algunos autores recomiendan un enfoque más agresivo en los niños mayores de 4 años, porque pueden tener una mayor tasa de fracaso cuando se realiza manejo conservado.

Los niños están predispuestos a esta enfermedad causada por consideraciones anatómicas. En ellos se observa más vertical el recto, plano coxis, pobre soporte de los elevadores, y una posición relativamente baja del recto en la pelvis.

El prolapso se ha asociado con muchas enfermedades subyacentes, y la incidencia varía en función geográfica y factores socioeconómicos. Es mucho más común en los países subdesarrollados, en donde las enfermedades parasitarias, la desnutrición y la diarrea son enfermedades comunes.

Los factores que contribuyen en los países industrializados en el mundo se encuentran el estreñimiento, la fibrosis quística, y los pólipos. En este centro, el estreñimiento es la asociación más común. La fibrosis quística se asocia con casi un 20% de incidencia del prolapso en algunos informes, pero la mayoría de los niños con prolapso no tienen un diagnóstico de Fibrosis Quística, en particular en la ausencia de síntomas. Ninguno de los niños en nuestra serie, se diagnosticó con Fibrosis Quística.

En la mayoría de las series infantil solo unos cuantos niños se han reportado con diagnóstico de fibrosis Quística. A pesar de algunas de estas enfermedades asociadas, la mayoría de los niños no presentan factores predisponentes.

Evaluación de los niños con prolapso es bastante sencilla. El examen físico suele ser normal, en algunas ocasiones porque el prolapso no puede ser observado en muchas ocasiones y el diagnóstico debe estar basado en la historia. Muchos de nuestros pacientes tenían valoración gastrointestinal, estudios de cloruro en el sudor y colonoscopias. Sin embargo, una amplia evaluación no es necesario en los casos más complicados, sobre todo en la ausencia de un historial de sangrado rectal, estreñimiento, diarrea, o anomalías asociadas.

Cuando los pacientes no aceptan la terapia conservadora, una multitud de opciones quirúrgicas disponibles. Desafortunadamente, gran parte de la literatura quirúrgica sobre el prolapso rectal se refiere únicamente a los adultos.

Una revisión reciente de la base de datos Cochrane en el tratamiento quirúrgico del prolapso rectal en adultos concluyó que: "la rectopexia por laparoscopia se asoció con un menor número de complicaciones post-operatorias y la estancia hospitalaria es más corta que la rectopexia abierto".

Por lo que la operación realizada con más frecuencia ha sido la rectopexia por vía abdominal, con una tasa de residiva reportada en las series del 0 al 10%.

Con la Técnica de Delorme (Mucosectomía Radial), se reporta una tasa de recidiva que va del 5 al 22%, pero en presencia de patología asociada u otras comorbilidades.

Observándose en nuestra serie una recidiva del 0% en el periodo de seguimiento.

La enfermedad es muy diferente en los niños y muchas técnicas de adultos no son aplicables. El cirujano pediatra se enfrenta a una paradoja "de elección ", y la selección de los procedimientos depende en gran medida de la experiencia individual del cirujano y en el caso de cohortes controladas (nivel 4).

En nuestra serie la mucosectomía radial fue realizada por cirujanos dedicados a la especialidad y posteriormente operados en forma similar. A pesar que demostró ser una técnica segura, efectiva y con escaso dolor en el postoperatorio inmediato, el procedimiento no está exento de complicaciones. Seguirá siendo rol del cirujano que se dedica a este tipo de patologías el seleccionar los pacientes más adecuados para esta técnica y deberá hacerse su propia experiencia conociendo las posibles complicaciones.

Sólo trabajos randomizados con pacientes en similares condiciones y a largo plazo nos darán la respuesta en cada centro.

CONCLUSIONES

En nuestros casos la mucosectomía radial es una opción exitosa y segura en los niños con prolapso rectal, sin comorbilidades.

Es una propuesta adecuada en pacientes sanos. Con prolapso idiopático

Es reproducible, sin necesidad de abordar cavidad abdominal estéril, bajo índice de complicaciones, sencilla.

Por lo que recomendamos la realización de esta Técnica como una opción más en pacientes pediátricos con Prolapso rectal, sin presencia de Comorbilidades.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rintala RJ, Pakarinen M. Other disorders of the anus and rectum, anorectal function. In: Grosfeld JL, O'Neill JA, Fonkalsrud EW, Coran AG, editors. Pediatric surgery. 6th ed. Philadelphia: Mosby; 2006. p. 1595-6.
- 2.- Ashcraft K, Amoury R, Holder T. Levator repair and posterior suspension for rectal prolapse. *J Pediatr Surg* 1977;12(2):241-5.
- 3.- Ashcraft K, Garred J, Holder TM, et al. Rectal prolapse: 17-year experience with the posterior repair and suspension. *J Pediatr Surg* 1990;25(9):992-4 [discussion 4-5].
- 4.- Antao B, Bradley V, Roberts J, et al. Management of rectal prolapse in children. *Dis Colon Rectum* 2005;48(8):1620-5.
- 5.- Siafakas C, Vottler TP, Anderson JM. Rectal prolapse in pediatrics. *Clin Pediatr* 1999;38(2):63-72.
- 6.- Tou S, Brown SR, Malik AI, et al. Surgery for complete rectal prolapse in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008 Oct 8(4):CD001758
- 7.- Koivusalo A, Pakarinen M, Rintala R. Laparoscopic suture rectopexy in the treatment of persisting rectal prolapse in children: a preliminary report. *Surg Endosc* 2006;20(6):960-3.
- 8.- Heah SM, Hartley JE, Hurley J, et al. Laparoscopic suture rectopexy with resection is effective treatment for full-thickness rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 2000;43(5):638-43
- 9.- Suzuki H, Amano S, Matsumoto K, et al. Anorectal motility in children with complete rectal prolapse. *Prog Pediatr Surg* 1989;24:105-14.
- 10.- Stern R, Izant R, Boat T, et al. Treatment and prognosis of rectal prolapse in cystic fibrosis. *Gastroenterology* 1982;82(4):707-10.
- 11.- Kopel F. Gastrointestinal manifestations of cystic fibrosis. *Gastroenterology* 1972;62(3):483-91
- 12.- Van Heest R, Jones S, Giacomantonio M. Rectal prolapse in autistic children. *J Pediatr Surg* 2004;39(4):643-4.

ANEXO 1

CUESTIONARIO

Nombre: _____

NSS: _____ Edad: _____ Sexo: _____.

Diagnóstico: _____

Fecha de Cirugía: _____

Cirugía Realizada: _____

Síntomas Pre quirúrgicos

Hemorragia: si () No (), Dolor Rectal: Si () No ()

Sensación de prolapso. Si () No ().

Manejo Previo: Tiempo _____ Laxantes _____

Laxante + Antidesparasitarios _____

Longitud del Prolapso: _____ Estancia Intrahospitalaria _____

Enfermedades asociadas: _____

Complicaciones:

Recidiva: Si () No ()

Sangrado: Si () No ()

Constipación: Si () No ().

ANEXO 2

TÉCNICA QUIRÚRGICA.

Se realizó preparación pre-quirúrgica de los pacientes, con enemas y polietilenglicol así como profilaxis con metronidazol y cefotaxima. Bajo consentimiento informado, previa autorización de los padres.

Se realiza infiltración con lidocaína/ epinefrina, a nivel de la submucosa, para facilitar la disección y fines hemostáticos, se delinea el área circunferencial de la incisión inicial, 1 cm proximal a la línea dentada (la cual será distal cuando está prolapsada).

Con el electrocauterio, se comienza la disección de la mucosa y submucosa lejos de la muscular, trabajando hacia el vértice. La disección es ayudada mediante la colocación de pinzas de Babcock o de Allis o suturas de APG 2-0 a través de la mucosa, que puede esta ser utilizada para proporcionar tracción. Un dedo colocado dentro del recto prolapsado ayuda a la disección.

Cualquier punto de sangrado puede ser asegurado con electrocoagulación. La disección se continúa proximalmente hasta que se encuentre resistencia, la mucosa y submucosa, se disecciona en la cara anterior y posterior del recto. Temporalmente la reducción del segmento prolapsado del recto dentro de la pelvis puede permitir que la mucosa adicional sea removida. Asegurándose de que haya una circunferencia sana de mucosa en el vértice. La capa muscular entonces es plegada con suturas de APG 2-0. Estas suturas se insertan en los 4 puntos cardinales. Estas suturas iniciales se marcan y no se atan. Entonces colocamos puntos similares en las posiciones 1, 4, 7, y 11 del reloj pero esta vez incorpora la mucosa proximal y distal. Se completa son puntos de tipo surget continuo entre los puntos cardinales colocados para completar la aproximación Una vez completado el intestino retrocederá proximalmente.

CUIDADOS POSTOPERATORIO

Todos los pacientes recibieron regímenes de analgesia con AINES en el postoperatorio. En el postoperatorio se evaluó la intensidad del dolor a través de escalas análogas de dolor de 1 a 10 (donde 1 corresponde a la ausencia de dolor y 10 al peor dolor imaginable).

Las complicaciones postoperatorias fueron divididas en forma arbitraria en inmediatas (primeros 14 días postoperatorio) y las registradas durante el seguimiento.

Se incluyeron los días que permanecieron hospitalizados los pacientes y los que tardaron en incorporarse a sus actividades normales. Para evaluar las complicaciones durante el seguimiento se realizó por medio de un cuestionario estandarizado que incluyó las siguientes preguntas: Fecha de último control clínico, presencia o ausencia de síntomas (dolor, sangrado, prolapso, sensación de ano húmedo e incontinencia) y re operaciones. Por contacto con el médico tratante.

