

11238
6



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."**

**CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SERVICIO DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO**

**PROLAPSO RECTAL COMPLETO. EXPERIENCIA DE
5 AÑOS EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA DE COLON Y RECTO**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**SUBESPECIALIDAD EN
COLOPROCTOLOGIA**

P R E S E N T A :

DR. PAULINO MARTINEZ HERNANDEZ MAGRO



MEXICO, D. F.

No 0299974

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



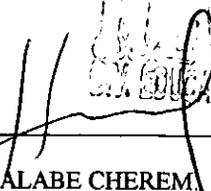
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

11 SEP 2008



DR. JOSÉ HALABE CHEREM
JEFE DE DIVISIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN.



DR. EDUARDO VILLANUEVA SAENZ
MEDICO DE BASE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE COLOPROCTOLOGÍA
ASESOR DE TESIS.



DR. JOSÉ LUIS ROCHA RAMÍREZ
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO.

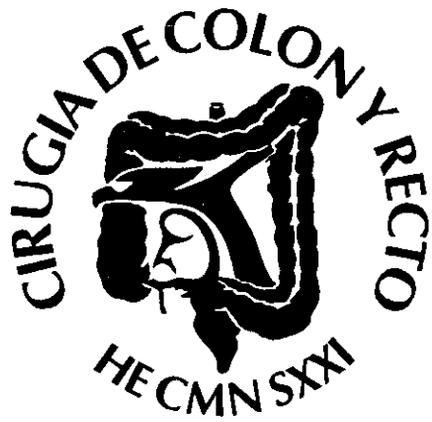

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

PROLAPSO RECTAL COMPLETO.

EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL TRATAMIENTO

QUIRÚRGICO EN EL SERVICIO

DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO.



AGRADECIMIENTOS.

A DIOS, POR GUIARME UNA VEZ MÁS Y MOSTRARME MI CAMINO.

A MIS PADRES, POR TODO SU APOYO, Y QUIENES SIEMPRE SERAN UNA PARTE MUY IMPORTANTE EN MI VIDA.

A MIS HERMANOS POR SUS ENSEÑANZAS Y SU EJEMPLO.

AL DR. EDUARDO VILLANUEVA SÁENZ QUIEN ES MI MAESTRO, Y AMIGO GRACIAS POR HABER SEMBRADO EN MI EL ENTUSIASMO POR LA CIRUGÍA COLORRECTAL.

A FERNANDO POR SER MI AMIGO Y POR SU AYUDA EN LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN.

AL DR. JOSÉ LUIS ROCHA RAMÍREZ POR SUS ENSEÑANZAS Y SU PACIENCIA.

A TODO EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO MIS COMPAÑEROS DE RESIDENCIA Y A QUIENES PUSIERON SU MAYOR ESFUERZO POR HACER UN GRAN SERVICIO, UN SERVICIO DE AMIGOS.

INDICE.

ANTECEDENTES	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
HIPÓTESIS	12
OBJETIVOS	12
MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS	13
CONSIDERACIONES ÉTICAS	14
RECURSOS	14
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	14
RESULTADOS	15
CONCLUSIONES	18
BIBLIOGRAFÍA	20
TABLAS	21

PROLAPSO RECTAL COMPLETO. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO.

Dr. Paulino Martínez Hernández Magro*
Dr. Eduardo Villanueva Sáenz **

RESUMEN:

El prolapso rectal completo es un padecimiento poco frecuente, afecta a personas en etapas extremas de la vida y no hay predominio en cuanto a sexo. Se clasifica como prolapso interno u oculto cuando existe una invaginación de la porción superior del recto sin que se extienda fuera del conducto anal. El prolapso externo es completo cuando se extiende fuera del conducto anal y se afectan todas las capas.

OBJETIVO: Reportar la experiencia y resultados del tratamiento quirúrgico para prolapso rectal del Servicio de Cirugía de Colon y Recto del HE CMN SXXI.

MATERIAL Y MÉTODOS: Pacientes operados por prolapso rectal completo en el Servicio de Cirugía de Colon y Recto de marzo de 1995 a marzo del 2000.

DISEÑO DEL ESTUDIO: Longitudinal, comparativo, retrospectivo y observacional.

RESULTADOS: Se estudiaron 28 pacientes, fueron 20 del sexo femenino y 8 masculinos, con edad media de 55 años, 21 pacientes (75%) eran portadores de enfermedades asociadas. Los síntomas más frecuentes fueron masa anal, y constipación crónica. Se realizó procedimiento de Fryckman-Goldberg a 16 pacientes y procedimiento de sutura helicoidal a 13. El procedimiento se seleccionó en base a riesgo quirúrgico y a preferencia del cirujano. No se presentaron complicaciones postoperatorias tempranas. Se presentó un fallecimiento no debido al procedimiento quirúrgico secundario a bloqueo AV en el posoperatorio inmediato. Con seguimiento de hasta 6 años, no se presentó recurrencia para el procedimiento de Fryckman-Goldberg y se presentaron 2 casos de recurrencia (15%) para el procedimiento de sutura helicoidal.

CONCLUSIONES: El tratamiento del prolapso rectal en adultos es quirúrgico y el desarrollo de varias técnicas quirúrgicas pone de manifiesto la dificultad para su tratamiento. En el servicio se tienen buenos resultados con cifras de recurrencia similares a las reportadas en la literatura mundial.

PALABRAS CLAVE: Prolapso rectal completo, Tratamiento quirúrgico.

COMPLETE RECTAL PROLAPSE.. A FIVE YEARS EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT IN COLON AND RECTAL SURGERY DEPARTMENT.

Paulino Martínez Hernández Magro M.D.
Villanueva Sáenz Eduardo M.D.

ABSTRACT:

The complete rectal prolapse is an unfrequent disease with presentation in the extreme stages of the life, without sex predominance. The internal rectal prolapse is defined like an intususception of the superior portion of the rectum without extension outside the anal canal. The external rectal prolapse is complete when the full thickness rectal wall is outside the anal canal.

OBJECTIVE: Report the experience and results of the surgical treatment for rectal prolapse at the Colon and Rectal Surgery Department, HE CMN SXXI.

MATERIAL AND METHODS: Patients with a surgical procedure for rectal prolapse performed at the Colon and Rectal Surgery Department from march 1995 to march 2000.

STUDY DESIGN: Longitudinal, comparative, retrospective, and observational.

RESULTS: We study 28 patients, 20 female and 8 male, with medium age of 55 years, 21 patients (75%) with commorbid conditions. The most frequent symptoms was anal mass, and chronic constipation. We realized 16 Fryckman-Goldberg and 13 helicoidal suture procedures, the procedure selection was in basis to the surgical risk and surgeon's preference. We don't have early complications, 1 patient death due to an AV blockade. The follow up was 6 years, and we don't have any recurrence with the Fryckman-Goldberg procedure, and 2 cases of recurrence (15%) with the helicoidal suture procedure.

CONCLUTIONS: The treatment for rectal prolapse is surgical in adults. In our service we have good results with recurrence rates similary to the world literature.

KEY WORDS: Complete Rectal Prolapse, Surgical Treatment.

TITULO:

PROLAPSO RECTAL COMPLETO. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE COLON Y RECTO.

AUTOR:

Dr. Paulino Martínez Hernández Magro.
Cirujano General.
Residente de 6º año de Subespecialidad en Coloproctología. Servicio de Cirugía de Colon Y Recto. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México D.F.

ASESOR:

Dr. Eduardo Villanueva Sáenz.
Médico de base del Servicio de Cirugía de Colon Y Recto. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS. México D.F.
Asesor de tesis.

SERVICIO:

Servicio de Cirugía de Colon Y Recto. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS México D.F.

ANTECEDENTES:**HISTORIA.**

El prolapso rectal es un padecimiento poco frecuente, pero tan antiguo como la humanidad, existen reportes en el papiro de Ebers en el año 1500 a.C. y también en pasajes de la Biblia. Hipócrates describió una gran modalidad de tratamientos: colgar al paciente por sus talones y agitarlo hasta la reducción del prolapso, aplicación de cáusticos en la mucosa rectal, etc.^{12,13,14,15} Fue hasta los estudios de Vesalio en 1543 cuando se realizó una descripción adecuada del anorrecto y su musculatura lo que permitió un mejor entendimiento de esta patología.¹³ En el siglo XVIII Morgagni, Von Hall y Hunter sugirieron que el prolapso rectal era una invaginación del colon.

EPIDEMIOLOGÍA.

Este padecimiento se presenta con mayor frecuencia en edades extremas de la vida ¹⁰, aunque puede presentarse a cualquier edad, en los niños la incidencia es mayor entre los 2 y 3 años, y no hay predominio en cuanto al sexo, generalmente son de tipo mucoso y se asocian a presencia de parásitos, mielomeningocele, espina bífida, extrofia vesical y fibrosis quística.¹³ En los adultos se presenta más frecuente después del 5° decenio de vida afectando en mayor proporción al género femenino que al masculino, (6:1).¹³ Se ha reportado una asociación familiar y entre el 5 al 50% de los pacientes presentan historia de padecimientos psiquiátricos.^{13,14,15}

DEFINICIÓN.

El prolapso rectal indica una disfunción generalizada y progresiva de todo el piso pélvico ^{13,14}. Se clasifica como prolapso interno u oculto cuando existe una invaginación interna de la porción media o superior del recto y que no se extiende por fuera del conducto anal, el prolapso externo se considera cuando este se extiende por fuera del ano ². El prolapso externo se divide a su vez en mucoso cuando únicamente protruye la mucosa, y el prolapso completo o total cuando se incluyen todas las capas del recto ¹³.



FIG. 1 PROLAPSO RECTAL COMPLETO.

PATOGÉNESIS.

La causa del prolapso rectal es desconocida, se han asociado anomalías anatómicas y fisiológicas, pero no está claro si estas anomalías ocasionan el prolapso o son resultado del mismo. Se asocia a situaciones que ocasionan un aumento de la presión intraabdominal por esfuerzo defecatorio como en la diarrea, constipación, hipertrofia obstructiva de próstata, o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Existen dos teorías que tratan de explicar esta alteración:

Teoría de la hernia perineal deslizante: Moschocowitz en 1912 propuso que el prolapso rectal es una hernia perineal deslizante que se desarrolla en un punto débil de la fascia transversalis y es secundaria a aumento de la presión abdominal, esto se origina en una hernia del saco de Douglas y debido a la adherencia de repliegues peritoneales y a la fijación del ano la hernia se manifiesta como una invaginación a través del ano ^{2,13,14}.

Teoría de la invaginación: En esta teoría Broden y Snellman en 1968 usando videodefecografía propusieron que el paso inicial para la formación del prolapso rectal es una invaginación circunferencial de la parte alta del recto y del sigmoides, se inicia en un sitio a 6 u 8 cm del margen anal, conforme existe esfuerzo por defecar el prolapso se extiende a través del ano ^{2,13,14}.

FACTORES ANATÓMICOS ASOCIADOS A PROLAPSO RECTAL^{1,2,13,14,16}.

1. Fondo de saco rectovaginal o rectovesical anormalmente profundo.
2. Ausencia de fijación del recto al sacro.
3. Atonía y debilidad del músculo elevador.
4. Redundancia del recto y colon sigmoides.
5. Debilidad y atonía de los esfínteres anales.
6. Presencia de Rectocele.
7. Ausencia de curvatura del sacro en niños.

El prolapso rectal se encuentra frecuentemente asociado a diabetes mellitus, traumatismos con lesión de médula espinal, mielomeningocele, espina bífida, tumores raquídeos y esclerosis múltiple ¹³.

Altemeier y col. clasificaron al prolapso rectal en tres tipos: 17.

- Tipo I Protrusión de mucosa rectal redundante (prolapso falso asociado generalmente con hemorroides.
- Tipo II Invaginación sin hernia deslizante.
- Tipo III Hernia deslizante del fondo de saco. (la más común).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Los síntomas se encuentran relacionados con el tipo y grado de prolapso. Generalmente se manifiesta como una protrusión de masa a través del ano al momento de la defecación, acompañada de expulsión de moco y sangre ^{6,11}, el síntoma más frecuentemente encontrado es la dificultad del paciente para vaciar el intestino, otro síntoma frecuentemente asociado es la incontinencia a sólidos o gases, en 28 a 88% de los casos ^{6,13,14}. No se sabe si el prolapso es producido por la incontinencia o si el prolapso en si estira los esfínteres y los produce.

DIAGNÓSTICO.

Exploración física: Se debe realizar una exploración física completa, observando la protrusión de la masa referida por el paciente, e incluso si no se encuentra en ese momento pedirle al paciente que realice un esfuerzo para que ocurra el prolapso (Maniobra de Valsalva en un cómodo). (FIG 1).

Exploración perianal: Se inspeccionará la región perianal para demostrar cicatrices, fisuras, úlceras etc., diferenciando hemorroides internas de prolapso mucoso. El tacto rectal nos permitirá evaluar si existen defectos en el esfínter anal, así como su tono en reposo y durante el esfuerzo.

Se deberá realizar colonoscopia en todos los pacientes con el fin de localizar alguna patología asociada como úlcera rectal solitaria, colitis quística profunda, estenosis o neoplasias.

Estudios de laboratorio: Se deberán realizar estudios de materia fecal para descartar parasitosis y disentería.

Radiología: Se solicitará una videodefecografía en los pacientes en los cuales no puede comprobarse el prolapso en el consultorio para descartar un prolapso rectal interno. Radiografías simple y lateral de pelvis en las cuales se encuentra aumentado el espacio recto-sacro. (FIG. 2) También

se requerirá de un colon por enema para descartar alguna patología colónica asociada.

Estudios de fisiología anorrectal: Manometría. Existe una disminución de la sensibilidad a la distensión rectal, inhibición de la actividad eléctrica al realizar esfuerzo, la recuperación del tono muscular después del esfuerzo se encuentra muy disminuida (estudio pronóstico para continencia). La distensión del canal anal produce disminución de la actividad de los esfínteres.

Estudios de electromiografía, latencia motora del pudendo y ultrasonografía endoanal son indicados en los pacientes que además refieren Incontinencia.



FIG. 2 ESPACIO RETRORRECTAL AMPLIO POR FALTA DE FIJACIÓN DEL RECTO AL SACRO.

TRATAMIENTO.

El prolapso rectal en niños generalmente se autolimita, por lo que el tratamiento suele consistir en la reducción del prolapso y corrección de alguna otra patología como infección o constipación, así como indicaciones higiénico dietéticas, adecuados hábitos defecatorios o unir glúteos con tela adhesiva. Rara vez se requiere cirugía pero si fallan estas medidas deberá ser considerada.

En adultos el tratamiento del prolapso rectal completo es quirúrgico, existen varios tipos de cirugía, lo cual indica que no existe aún un procedimiento que resuelva en 100% esta patología^{2,3,5}. Las reparaciones transabdominales se han reportado con promedios de recurrencia más bajos que las técnicas perineales, sin embargo en pacientes con riesgo quirúrgico alto las técnicas perineales tienen ventajas importantes, el riesgo anestésico es menor y la recuperación más rápida^{3,10}. Idealmente el tratamiento para el prolapso rectal debe corregir el defecto anatómico del prolapso, restaurar la continencia, tener baja morbi-mortalidad y recurrencia^{1,6}. Existen 2 vías para la reparación:¹

TECNICAS PERINEALES.

A) RECTOSIGMOIDECTOMIA PERINEAL. Este procedimiento fue descrito por primera vez por Mikulicz en 1889, sin embargo es conocido como procedimiento de Altemeier por ser este autor el que lo popularizó al reportar sus resultados. Esta operación se puede realizar con anestesia regional y consiste en exteriorizar el recto y con esto obliterar el saco herniario, se realiza una incisión circunferencial a 1.5 cm de la línea dentada, se secciona el recto prolapsado, se realiza reparación de músculos elevadores del ano y se realiza anastomosis con puntos separados, o mecánica¹³. Este procedimiento se encuentra indicado en pacientes con prolapso encarcelado o estrangulado en los cuales no puede realizarse rectopexia.¹ Este procedimiento realizado por un cirujano con experiencia tiene una morbilidad mínima.

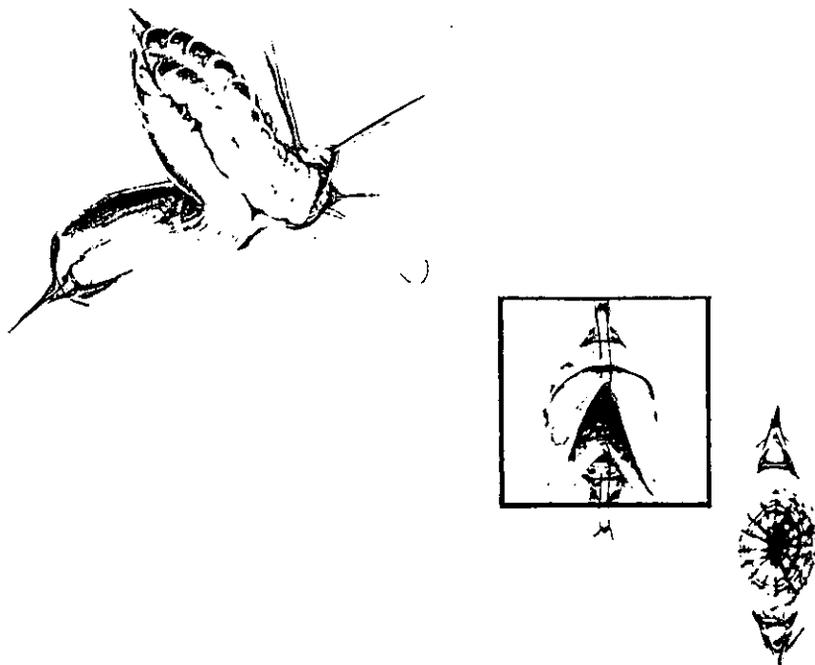


FIG 3. PROCEDIMIENTO DE ALTEMEIER.

B) PROCEDIMIENTO DE DELORME. Este procedimiento fue descrito en 1900 por Delorme, poniéndose en boga en 1979 por Uhlig y Sullivan. Se infiltra la mucosa con una solución de adrenalina diluida y se realiza una mucosectomía circunferencial por arriba de 1.5 cm de la línea anorrectal en toda la extensión del prolapso, seguida después de una plicatura de la capa muscular, y afrontando mucosa con puntos separados de sutura absorbible¹³. Se han reportado promedios de recurrencia en 7%.³

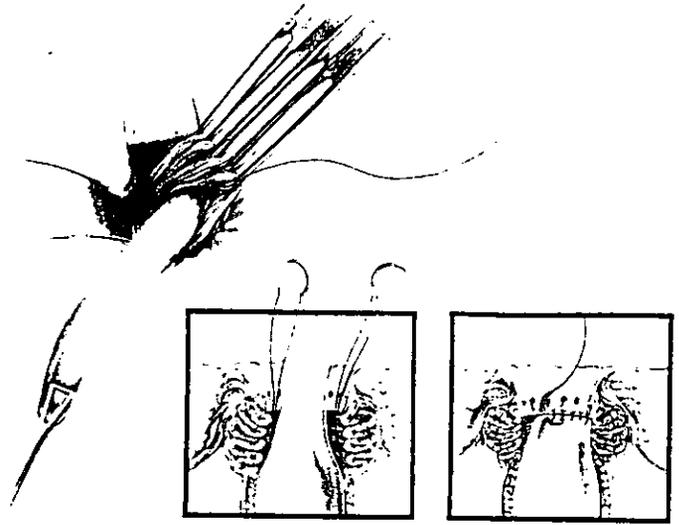


FIG 4. PROCEDIMIENTO DE DELORME.

C) CERCLAJE ANAL (OPERACIÓN DE THIERSH). Consiste en rodear el ano con un alambre de metal o una malla de marlex por medio de 2 incisiones, lo cual ocasiona fibrosis, este procedimiento es un medio paliativo y solo retiene el prolapso por arriba del material protésico, actualmente se encuentra ya en desuso ¹³. Se ha reportado impactación fecal, con sepsis perianal. ^{2,3,14}

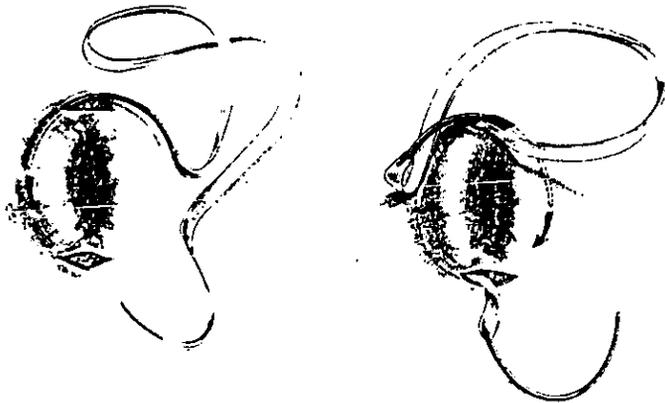


FIG. 5. PROCEDIMIENTO DE THIERSH

D) PROCEDIMIENTO DE SUTURA HELICOIDAL. En nuestro servicio se ha propuesto un abordaje conservador para pacientes con riesgo quirúrgico alto que se realiza por vía perineal, se coloca al paciente en posición de navaja Sevillana y se procede a realizar 3 líneas de sutura (crómico del No. 1) en tres cuadrantes, a las 5, 7 y 12 hrs; en sentido de las manecillas del reloj para evitar lesionar la uretra, se comienza a suturar a partir de 1.5 cm por arriba de la línea dentada en forma continua anclada hacia la luz rectal, suturando la mucosa y capas musculares hasta el sitio en donde la mucosa no se prolapsa, al terminar de suturar los tres cuadrantes la línea de sutura toma una forma helicoidal (motivo de su nombre.) Este procedimiento actúa al originar isquemia de la zona suturada y posteriormente cicatrización y fibrosis ocasionando que el recto se fije y se evite el prolapso. Se han obtenido buenos resultados sin embargo aún no existe una muestra significativa por lo que deberá realizarse un seguimiento más amplio.

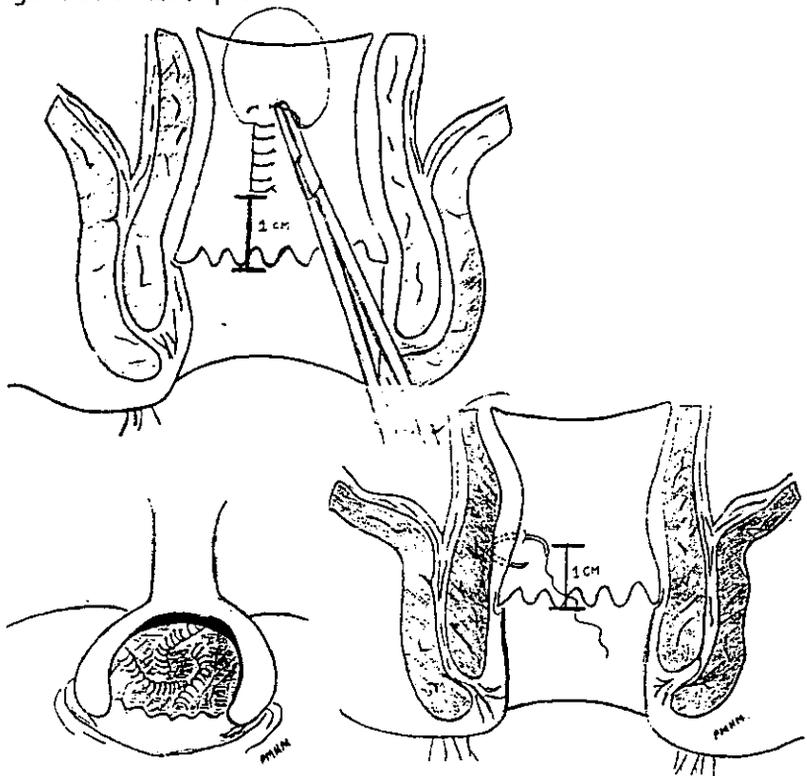


FIG. 6. SUTURA HELICOIDAL.

TÉCNICAS ABDOMINALES.

A) PROCEDIMIENTOS DE RESECCION SOLAMENTE. Se moviliza y reseca el sigmoides realizando una anastomosis colo-rectal que ocasiona adherencias del recto al sacro que impide el prolapso, considerando no necesaria la rectopexia¹³. Recidiva en 25%¹⁴

B) PROCEDIMIENTOS DE RESECCION CON RECTOPEXIA. (OPERACIÓN DE FRYCKMAN-GOLDBERG). Descrita en 1955, consiste en movilizar el recto en su cara posterior, resecar el sigmoides redundante, realizar una rectopexia con tres puntos separados material no absorbible de los pedículos laterales al sacro, y realizar una anastomosis colo-rectal¹³. Una de las complicaciones asociadas a este procedimiento son alteraciones en función sexual⁴, Williams y col. reportaron 2 pacientes de 10 tratados de esta forma, comparados contra procedimientos perianales en los cuales no se presentó.³ La recurrencia se ha reportado de 0 a 1.9%.^{5,6}



FIG. 7. RECTOPEXIA Y SIGMOIDECTOMIA. PROCEDIMIENTO DE FRYCKMAN-GOLDBERG.

C) PROCEDIMIENTOS DE RECTOPEXIA SOLAMENTE. Los procedimientos con rectopexia sin material protésico han tenido resultados adecuados, cerca del 75% de los pacientes operados de esta forma recobran la continencia incrementándose la presión del esfínter anal.⁸

D) OPERACIÓN DE RIPSTEIN. Descrita en 1952 por Ripstein consistía en una plastía de elevadores anterior y fijación del recto al sacro utilizando un injerto de fascia lata, actualmente se realiza fijación del recto al sacro por medio de un material protésico (malla de teflón o marlex, se han utilizado además suturas absorbibles y nylon) que lo rodea por su cara anterior realizando función de hamaca y se ha abandonado la plastía de elevadores¹⁶. Se han reportado porcentajes de recidiva de 0-7%. Se ha reportado constipación postoperatoria, se ha sugerido que el anillo anterior ocasiona obstrucción intestinal.¹⁴

E) RECTOPEXIA POSTERIOR CON ESPONJA DE ALCOHOL POLIVINÍLICO. Se han realizado varias modificaciones una de las más conocidas es la de colocación de esponja de Ivalón (alcohol polivinílico), colocando el material en la cara posterior a fin de promover la fijación del intestino a las paredes circundantes. Estos procedimientos han presentado complicaciones como sepsis pélvica, impactación fecal por estenosis por el material protésico, erosión de las paredes intestinales por el mismo y constipación crónica. Los promedios de recurrencia reportados para este procedimiento son hasta de 20%¹⁴.

F) PROCEDIMIENTOS POR LAPAROSCOPIA. Representa la última vía de acceso para el tratamiento del prolapso rectal, sus defensores refieren, menor dolor, mejor cosmética y disminución de días de hospitalización, actualmente solo se cuentan con escasos casos y no hay un seguimiento adecuado para valorar tasas de recidiva.⁹

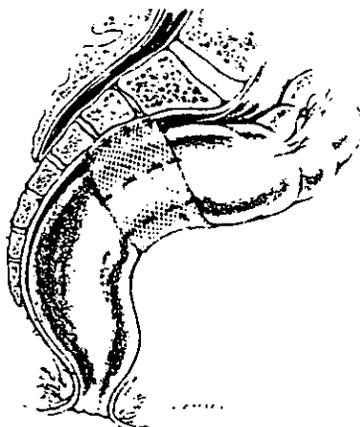


FIG. 8. PROCEDIMIENTO DE RIPSTEIN.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Qué resultados se tienen en el manejo del prolapso rectal en el Servicio de Cirugía de Colon y Recto?

HIPÓTESIS.

El Servicio de Cirugía de Colon y Recto tiene buenos resultados en el tratamiento de esta patología y son comparables a los resultados obtenidos en la literatura médica.

OBJETIVOS.

Analizar la experiencia del Servicio de Cirugía de Colon y Recto del hospital de Especialidades de CMN SXXI en el manejo del prolapso rectal completo, valorar el tipo de procedimiento utilizado y obtener resultados en cuanto a evolución postoperatoria, morbi-mortalidad, recidiva, tiempo de seguimiento y comparar resultados con los reportados en la literatura médica.

MATERIAL PACIENTES Y MÉTODOS.

Diseño del estudio: Longitudinal, comparativo, retrospectivo y observacional.

Universo de trabajo: Todos los pacientes operados por prolapso rectal en el Servicio de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades CMN SXXI IMSS en el periodo comprendido de marzo de 1995 a marzo del 2000.

Descripción de las variables:

Variable independiente: Prolapso rectal, tipo de procedimiento quirúrgico.

Variable dependiente: Morbi-mortalidad debida al procedimiento.

Evolución postoperatoria.

Recidiva.

Selección de la muestra: Todos los pacientes operados en el Servicio de Cirugía de Colon y Recto por prolapso rectal de marzo de 1995 a marzo del 2000.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión: Todos los pacientes con diagnóstico de prolapso rectal completo operados en el Servicio de Cirugía de Colon y Recto en el periodo estudiado.

Criterios de no-inclusión: Pacientes operados en otra unidad que acuden para su tratamiento.

Criterios de exclusión: Pacientes que continuaron su seguimiento en otro hospital y se les realizó algún otro procedimiento.

Procedimientos:

Los autores revisarán los archivos del Servicio de Cirugía de Colon y Recto para obtener los datos de los pacientes con diagnóstico de prolapso rectal completo operados en el Servicio que cumplan con los criterios de inclusión, se realizará el registro de datos en la hoja de recolección de datos y se recabará la información concerniente a las variables en estudio, se realizará el análisis y finalmente se obtendrán conclusiones.

Análisis estadístico:

Estadística descriptiva para las variables cuantitativas, promedio más o menos desviación estándar para las variables cualitativas, frecuencias y porcentajes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La información obtenida será confidencial, se obtienen los datos de forma retrospectiva por lo que no es necesaria la autorización del paciente. No se pone en riesgo la integridad física de los pacientes y no hay cambios posibles en el tratamiento. El análisis de los datos permitirá tomar decisiones para el mejor manejo de estos pacientes con prolapso rectal completo en el Hospital de Especialidades del CMN SXXI.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO.

Recursos humanos: Médicos de base y Médicos residentes del servicio de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades CMN SXXI.

Recursos materiales: Archivo del Hospital de Especialidades y Literatura médica.

Recursos financieros: No son necesarios.

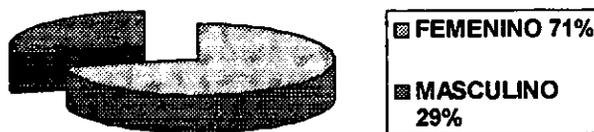
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

	MARZO	ABRIL-MAYO	JUNIO	JULIO
PROTOCOLO	XXX			
RECOLECCIÓN DE DATOS		XXX		
ELABORACIÓN DE TABLAS		XXX	XXX	
REDACCIÓN			XXX	
CONCLUSIONES				XXX.

RESULTADOS.

Se intervinieron en el servicio de Cirugía de Colon y Recto del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI treinta y ocho pacientes por este padecimiento, encontrando veintiocho expedientes completos siendo estos los pacientes que se sometieron a análisis.

Del total 20 pacientes fueron de sexo femenino (71%) y 8 del sexo masculino (29%). Con un rango de edad de 24 a 89 años y una media de 55 años.

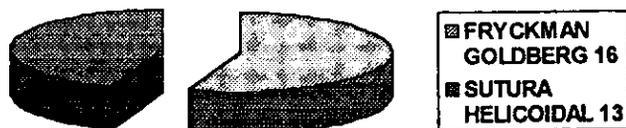


21 pacientes (75%) eran portadores de enfermedades asociadas entre las cuales se encontraron: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, cardiopatías, Insuficiencia Renal Crónica, Púrpura Trombocitopénica Idiopática, Enfermedad Vasculár Cerebral, Enfermedad Pulmonar Obstruictiva Crónica, y procedimientos quirúrgicos previos. Tres pacientes habían recibido tratamiento quirúrgico previo fuera de la unidad para tratamiento de prolapso rectal completo. 1 paciente presentaba secuelas de mielomeningocele y había sido sometido a 15 procedimientos quirúrgicos debido a este problema.

El tiempo de evolución varió de 6 meses a 40 años, con media de 5 años. Los principales síntomas fueron presencia de masa anal (73%), constipación crónica (53%), incontinencia fecal (33%), rectorragia y mixorrea (13%), dolor pélvico y prurito anal (6%).

Todos los pacientes se sometieron a exploración física completa (abdominal y perineal), comprobándose la presencia de prolapso rectal completo con la maniobra de valsalva encontrando prolapso desde 5 hasta 12 cm. de longitud, se realizaron exámenes de gabinete para descartar patología colónica como causa del prolapso (Rx. de pelvis, Colon por enema, colonoscopia). Como patología asociada la más comúnmente encontrada fue enfermedad diverticular no complicada y presencia de sigmoides redundante. Se comenzaron a realizar estudios de fisiología anorrectal hasta 1997 y de ultrasonido endoanal y endorectal hasta 1999. 13 pacientes presentaron incontinencia preoperatoria, 5 pacientes refirieron incontinencia a líquidos, 3 a gases y líquidos, 3 solo a gases y 2 a sólidos. Todos contaron con exámenes preoperatorios de laboratorio dentro de límites normales y valoración preoperatoria por Medicina Interna si así lo requerían.

En el servicio se realizan dos técnicas quirúrgicas principalmente para el tratamiento del prolapso rectal, el procedimiento de Fryckman- Goldberg que requiere de un abordaje abdominal, en pacientes con un riesgo quirúrgico aceptable de acuerdo a valoración con escala de ASA y Goldman ya que este procedimiento ha demostrado ser el que cuenta con menor recurrencia. El segundo en frecuencia es el procedimiento de sutura helicoidal para pacientes de edad avanzada, con múltiples patologías asociadas y riesgo quirúrgico elevado debido a que este procedimiento es sencillo y se realiza en tiempo quirúrgico corto y tiene una tasa de recurrencia aceptable, además de disminuir el riesgo anestésico ya que este procedimiento se realiza con anestesia regional. En nuestros pacientes se realizó el procedimiento de Fryckman-Goldberg en 16 pacientes (1 en un paciente con sutura helicoidal previa que recidivó) 55%, y el procedimiento de sutura helicoidal en 13 pacientes (44.8%). La elección del procedimiento fue de acuerdo a riesgo quirúrgico por valoración preoperatoria con escalas de ASA y Goldman (Tabla 1), y a valoración del cirujano que realizó el procedimiento.



El tiempo quirúrgico para el procedimiento de sutura helicoidal varió de 30 minutos a 1 hora con media de 43 min. Para el procedimiento de Fryckman-Goldberg fue de 2 a 5 horas con media de 3 hrs.

La estancia hospitalaria para el procedimiento de sutura helicoidal fue de 1 a 2 días y para el procedimiento de Fryckman-Goldberg fue de 4-7 días.

No se presentaron complicaciones debidas a ambos procedimientos. Se presentó una defunción no debida al procedimiento quirúrgico, de un paciente en el postoperatorio inmediato debida a bloqueo AV (3%).

El seguimiento varió de 7 meses a 6 años, con media de 2 años. Se presentaron complicaciones a largo plazo en 3 pacientes sometidos a procedimiento de Fryckman-Goldberg (18%), en 2 pacientes estenosis de la anastomosis mecánica que requirieron de nueva cirugía y 1 paciente presentó eyaculación retrógrada. No hubo recurrencias en el procedimiento de Fryckman-Goldberg y se presentaron 2 (15%) en el procedimiento de sutura helicoidal asociándose esta recidiva al uso de sutura catgut crómico del número 0 en los dos pacientes, en vez de la sutura sugerida del 1.

CONCLUSIONES.

El prolapso rectal es una enfermedad poco frecuente, pero tan antigua como la humanidad. Se presenta en edades extremas de la vida y se encuentran asociados varios factores anatómicos.

El tratamiento del prolapso en adultos es quirúrgico y el desarrollo de varias técnicas quirúrgicas pone de manifiesto la dificultad para tratar adecuadamente este padecimiento. El diagnóstico debe hacerse durante la exploración física al palpar debilidad del esfínter anal y bajo visión directa por medio de una maniobra de valsalva, debe diferenciarse de algunas otras patologías como prolapso hemorroidal o prolapso de lesiones polipoideas.

Los pacientes deben ser estudiados con colonoscopia completa para descartar patología colónica (ulcera rectal solitaria y colitis quística profunda), exámenes de las heces para descartar parasitosis, radiografías de pelvis y estudios de fisiología anorrectal en pacientes con incontinencia para evaluar neuropatía, así como defectos estructurales de esfínter por medio de ultrasonido endoanal.

Consideramos que no se deben realizar procedimientos con colocación de prótesis debido al alto índice de complicaciones como: sepsis pélvica, obstrucción intestinal, perforación del recto por la prótesis y fibrosis. (Fig. 9).

En el servicio realizamos los procedimientos antes mencionados, con la técnica abdominal para pacientes con riesgo quirúrgico aceptable y la técnica perineal para pacientes de edad avanzada y con alto riesgo. Con estos procedimientos se tienen resultados similares a los publicados en la literatura mundial con seguimiento a largo plazo (6 años) 0% de recurrencia para la técnica abdominal, y 2 recurrencias (15%) en la técnica de sutura helicoidal, las cuales se asociaron a la utilización de una sutura de menor calibre. No tuvimos mortalidad relacionada al procedimiento quirúrgico. Se presentaron complicaciones a largo plazo como estenosis de anastomosis en 2 pacientes (12.5%) la cual puede ser prevenida utilizando engrapadoras circulares del No. 33 y no de menor calibre.



FIG 9. ESTENOSIS RECTAL SECUNDARIA A COLOCACIÓN DE PRÓTESIS.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 1

CLASIFICACION DE ASA.

- I. PACIENTE SANO.
- II. PACIENTE CON ENFERMEDAD SISTÉMICA CONTROLADA.
- III. PACIENTE CON ENFERMEDAD SISTÉMICA DESCONTROLADA QUE LIMITA AL MISMO.
- IV. PACIENTE CON ENFERMEDAD SISTÉMICA DESCONTROLADA QUE LIMITA E INCAPACITA Y PONE EN PELIGRO LA VIDA.
- V. PACIENTE MORIBUNDO QUE EN 24 HRS. SE ESPERA SU MUERTE.

CLASIFICACION DE GOLDMAN.

CLASE	PUNTOS
*Edad superior a 70 años	5
*IAM en 6 meses previos	10
*Ingurgitación yugular, galope	3
*Estenosis aórtica hemodinámicamente significativa	7
*Ritmo no sinusal o extrasístoles auriculares en ECG	7
*Más de 5 extrasístoles ventriculares en ECG previo	7
*PaO ₂ < 60 mmHg o PaCO ₂ > 50 mmHg, K < 3.0 mEq/l, o HCO ₃ < 20 mEq/l, creatinina > 3.0 mg/dl, o BUN > 50 mg/dl TGO anormal o hepatopatía crónica.	3
* Cirugía de Urgencia	4
* Cirugía aórtica, intratorácica o intraperitoneal	3
NIVEL	PUNTOS
I	0 - 5
II	6 - 12
III	13 - 25
IV	Más de 25.

TABLA 1

CLASIFICACION DE ASA.

- I. PACIENTE SANO.
- II. PACIENTE CON ENFERMEDAD SISTÉMICA CONTROLADA.
- III. PACIENTE CON ENFERMEDAD SISTÉMICA DESCONTROLADA QUE LIMITA AL MISMO.
- IV. PACIENTE CON ENFERMEDAD SISTÉMICA DESCONTROLADA QUE LIMITA E INCAPACITA Y PONE EN PELIGRO LA VIDA.
- V. PACIENTE MORIBUNDO QUE EN 24 HRS. SE ESPERA SU MUERTE.

CLASIFICACION DE GOLDMAN.

CLASE	PUNTOS
*Edad superior a 70 años	5
*IAM en 6 meses previos	10
*Ingurgitación yugular, galope	3
*Estenosis aórtica hemodinámicamente significativa	7
*Ritmo no sinusal o extrasístoles auriculares en ECG	7
*Más de 5 extrasístoles ventriculares en ECG previo	7
*PaO ₂ < 60 mmHg o PaCO ₂ > 50 mmHg, K < 3.0 mEq/l, o HCO ₃ < 20 mEq/l, creatinina > 3.0 mg/dl, o BUN > 50 mg/dl TGO anormal o hepatopatía crónica.	3
* Cirugía de Urgencia	4
* Cirugía aórtica, intratorácica o intraperitoneal	3
NIVEL	PUNTOS
I	0 - 5
II	6 - 12
III	13 - 25
IV	Más de 25.

14. Heine A. J., Douglas W.W. Rectal prolapse. In: Surgery of the colon rectum and anus W. Patrick Mazier. W.B. Saunders editors 1995. p.515-537.
15. Corman M.L. Rectal prolapse, solitary rectal ulcer, syndrome of the descending perineum, and Rectocele. In: Colon and rectal surgery. Lippincott-Raven editors. 4 edition.1998. p.401-448.
16. Schultz I, Mellgren A., Dolk A., et al. Long-term results and functional outcome after Ripstein Rectopexy. Dis Colon Rectum 2000; 43: 35-43.