



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

**“EXPERIENCIA CON EL PROCEDIMIENTO DE FRYKMAN MODIFICADO
PARA EL PROLAPSO RECTAL COMPLETO EN EL HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CENTROMEDICO NACIONAL LA RAZA”**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
COLOPROCTOLOGIA

P R E S E N T A:

DR. FRANCISCO GARCIA RAMIREZ

ASESORES: DR. MARCO A. PULIDO MUÑOZ
DR. FIDEL RODRÍGUEZ ROCHA
DR. FRANCISCO CUEVAS MONTES DE OCA
DR. JESÚS ARENAS OSUNA

MEXICO, D.F.

MARZO 2002



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.

AGRADECIMIENTOS

DIOS, GRACIAS POR TU BONDAD Y TU GRACIA.

A MI ESPOSA **TANYA**, GRACIAS POR TU AMOR Y PACIENCIA.

A MI **BEBE** CON TODO MI AMOR.

GRACIAS **PAPA**, OJALA ALGUN DÍA SEA EXCELENTE COMO TÚ

MAMA, ALEX Y ADY

GRACIAS POR TODO SU AMOR, CONFIANZA Y APOYO.

A MIS **MAESTROS**, CON TODA MI ADMIRACIÓN Y RESPETO.

GRACIAS

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA.

EXPERIENCIA CON EL PROCEDIMIENTO DE FRYKMAN MODIFICADO PARA EL PROLAPSO
RECTAL COMPLETO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO LA RAZA.

COLOPROCTOLOGIA

PRESENTA

DR. FRANCISCO GARCIA RAMIREZ

ASESORES: DR. MARCO A. PULIDO MUÑOZ
DR. FIDEL RODRÍGUEZ ROCHA
DR. FRANCISCO CUEVAS MONTES DE OCA
DR. JESÚS ARENAS OSUNA

EXPERIENCIA CON EL PROCEDIMIENTO DE FRYKMAN MODIFICADO PARA EL PROLAPSO RECTAL
COMPLETO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA.

NO. DE REGISTRO: 2001-690-0173

DR. JOSE HALABE CHEREM
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DR. JESUS ARENAS OSUNA
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

DR. MARCO A. PULIDO MUÑOZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE COLOPROCTOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

DR. EDUARDO VILLANUEVA SAENZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN COLOPROCTOLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

RESUMEN.

Título: Experiencia con el procedimiento de Frykman modificado para el prolapso rectal completo en el Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza.

Objetivos: Conocer la efectividad del procedimiento para el manejo del prolapso rectal completo.

Material y métodos: Se realizó una revisión de casos. Todos los expedientes de los pacientes con prolapso rectal completo, del archivo del HECMNR, de Enero de 1990 a Diciembre de 2000. Se incluyeron los pacientes sometidos a procedimiento de Frykman modificado. Se utilizó la clasificación de Altemeier para el grado de prolapso rectal y la clasificación de Parks para el grado de incontinencia anal asociada. Se realizó el análisis estadístico mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se revisaron un total de 158 expedientes de pacientes con prolapso rectal completo, de Enero 1990 a Diciembre del 2000. A 108 se le realizó corrección del prolapso rectal completo mediante el procedimiento de Frykman modificado, 76 mujeres (70.37%) y 32 hombres (29.62%). Las edades variaron desde los 18 hasta los 84 años con mayor frecuencia entre 53 y 65 años. El grado de incontinencia preoperatoria fue: Grado II en 10 pacientes (9.25%), grado III en 56 (51.85%) y grado IV en 42 (38.88%). En 9 pacientes se presentaron complicaciones (8.33%), dos presentaron sangrado postoperatorio (1.85%), cuatro con oclusión intestinal (3.70%), dos se resolvieron con manejo médico y dos se reintervinieron realizándoles lisis de adherencias, un paciente presentó infección de la herida quirúrgica (0.92%) y dos pacientes (1.85%) presentaron complicaciones urológicas, uno eyaculación retrograda y otro impotencia sexual. Se presentaron dos recidivas (1.85%) las cuales se resolvieron con nueva rectopexia y resección. El grado de incontinencia postoperatoria fue: grado II en 68 pacientes (62.96%), grado III en 18 (16.66%) y grado IV en 22 (20.37%). A 29 pacientes (26.85%) que persistieron con incontinencia anal postoperatoria se les realizó plastia postanal (plicatura del puborrectal). Solo quince tuvieron seguimiento refiriendo incontinencia parcial a gases y ocasional a heces líquidas y sólidas.

Conclusiones: El procedimiento de Frykman modificado es efectivo para el manejo quirúrgico del prolapso rectal completo, con menor morbilidad y recurrencia en comparación con lo referido en la literatura mundial y con mejoría de la continencia anal.

Palabras clave: Prolapso rectal completo, Procedimiento de Frykman modificado, incontinencia anal.

SUMMARY.

Title: Experience with the procedure of Frykman modified in the Hospital de Especialidades Centro Medico National La Raza, to the complete rectal prolapse.

Objective: To know the effectiveness of the procedure for the management of complete rectal prolapse.

Material and methods: Was carried out a cases review. All the files of the patients were revised with complete rectal prolapse of the file of the Hospital of Especialidades Centro Medico La Raza, of January from 1990 to December of 2000. The subjected patients were included to procedure of modified Frykman. The classification of Altemeier was used for the prolapse degree and the classification of Parks for the degree of associate anal incontinence. The statistical analysis by means of descriptive statistic.

Results: They were revised a total of 158 files of patient with complete rectal prolapse, of January 1990 to December of the 2000. At 108 patients was carried out correction of the complete rectal prolapse by means of the procedure of modified Frykman, 76 women (70.37%) and 32 men (29.62%). The ages varied from the 18 until the 84 years with more frequency between 53 and 65 years. The degree of incontinence preoperative was: Degree II in 10 patients (9.25%), degree III in 56 (51.85%) and degree IV in 42 (38.88%). In 9 patients complications were presented (8.33%), two presented bleed postoperative (1.85%), four with intestinal occlusion (3.70%), two were solved with conservatory treatment and two were carrying to surgery, a patient presented infection of the surgical wound (0.92%) and two patients (1.85%) with urologic complications, one ejaculation retrogrades and another sexual impotence. Two relapses were presented (1.85%) which were solved with new rectopexia and resection. The degree of postoperative incontinence was: degree II in 68 patients (62.96%), degree III in 18 (16.66%) and degree IV in 22 (20.37%). Twenty-nine patients (26.85%) that persisted with postoperative anal incontinence they were carried out to levatorplasty. Alone fifteen had pursuit referring partial incontinence to gases and occasional to grounds you liquidate and accustomed to.

Conclusions: The procedure of modified Frykman is effective for the surgical handling of the complete rectal prolapse, with smaller morbidity and recurrence in comparison with that referred in the world literature and with improvement of the anal continence.

Words key: Complete rectal Prolapse, Procedure of modified Frykman, anal incontinence.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Desde la antigüedad es bien conocido este padecimiento, en la Biblia existen referencias precisas sobre el prolapso rectal, así como en el papiro de Ebers y en el Corpus Hippocraticum.

*Su estudio formal se inició en el siglo XVIII. En 1831, Salmon publica una monografía titulada *Practical Observations on Prolapsus of the Rectum*. Desde entonces, hasta nuestros días se han creado más de cien procedimientos quirúrgicos para tratar el prolapso. Se han utilizado múltiples métodos operatorios con diferentes tipos de abordajes: perianales, transacros, abdominales y abdominoperineales. La procopexia transabdominal y la resección sigmoidea fue aconsejada por Frykman y Goldberg en 1969 (1,2). Howard Frykman, de la Universidad de Minnesota describió la reparación que lleva su nombre desde 1955 (3,4).*

El prolapso rectal se define como la protrusión de todo el espesor de la pared rectal a través del esfínter anal. (4) o bien el descenso circunferencial del intestino rectal a través del ano. (1) Es un trastorno que tiene una mayor incidencia en los extremos de la edad. En la población pediátrica la enfermedad se diagnostica hacia los tres años, y tiene una distribución igual en ambos géneros. (3) En los adultos es más frecuente en mujeres (80-90%) con un pico máximo en los 70 años, aunque puede ocurrir a cualquier edad. En muchas mujeres (30-50%) ha existido cirugía ginecológica previa, en 10-25% se asocia prolapso uterino y hasta el 35% presenta un cistocele.

La incontinencia anal se asocia desde un 28 a un 88% (1,5). Hay factores que influyen de una forma significativa en la aparición del prolapso rectal: enfermedades neurológicas, lesiones radiculares de la cola de caballo, espina bífida, estreñimiento crónico, anomalías anatómicas, defectos del suelo pélvico (diástasis de los elevadores, debilidad de la aponeurosis endopélvica y pérdida de la horizontalidad del recto, fondo de saco de Douglas profundo, rectosigmoides redundante, y ano abierto.

En cuanto a las causas son dos las teorías aceptadas, la primera consiste en que el prolapso rectal es una hernia por deslizamiento que hace protrusión a través de un defecto en el piso pélvico. La segunda teoría señala que el prolapso es una invaginación circunferencial de la parte alta del recto y del colon sigmoides. Altemeier en 1971, clasificó esta enfermedad en tres tipos. El tipo I es una protrusión de la capa mucosa redundante (denominado falso prolapso) y usualmente asociada a hemorroides. El tipo II es una intususcepción sin hernia deslizante en fondo de saco asociado. El tipo III es una hernia deslizante del fondo de saco, que en opinión del mismo autor se observa en la gran mayoría de los casos.

Las manifestaciones clínicas se relacionan con el prolapso mismo o con el grado de incontinencia que muy a menudo son simultáneos. Inicialmente la masa rectal protruye solo al defecar pero en etapas avanzadas protruye con cualquier esfuerzo, al inicio los síntomas pueden incluir sensación de evacuación incompleta y tenesmo, más adelante se agrega secreción mucosa, sangrado ocasional, estreñimiento (por defecación obstructiva) dolor, prurito y el mismo prolapso, pero sin duda la incontinencia es la que más afecta la calidad de vida del enfermo. Esta aparece en el 50 - 80% de los casos y suele ser a líquidos y extraordinariamente a sólidos. Aunque en etapas avanzadas puede ser total.

La etiología exacta de la incontinencia anal en el prolapso rectal aun no se sabe, se cree que se debe a varias causas. El alargamiento crónico del piso pélvico y de los músculos del conducto anal es la teoría más aceptada, sin embargo aun no es concluyente. Otra teoría al respecto incluye la ausencia de sensación anorrectal con estimulación crónica del reflejo recto anal inhibitorio que da como resultado la apertura anal en forma crónica.

En algunos pacientes con incontinencia anal y prolapso rectal se han estudiado biopsias de los músculos esfintéricos, encontrando anormalidades primarias en el esfínter anal externo con

grados de desnervación y alteraciones en la latencia motora. Dando como resultado disminución en la presión del conducto anal. (5)

La incontinencia se ha clasificado por grados de acuerdo a Browning y Parks (1983), el grado I corresponde a una continencia normal, el grado II es una incontinencia parcial solo a gases, el grado III hay continencia a sólidos pero no así con los líquidos y gases y el grado IV que es una incontinencia total. (4) Lane establece tres tipos de incontinencia: 1) incontinencia verdadera, que es el paso de heces sin el conocimiento del paciente (déficit sensorial), 2) incontinencia parcial solo a gases y 3) incontinencia paradójica, que es el resultado de la distensión del recto con relajación de los esfínteres como en la impactación fecal (4,5,6).

Los pacientes con prolapso rectal son diferentes a los sujetos normales, tienen una sensibilidad disminuida a la distensión rectal y requieren volúmenes más grandes para despertar la necesidad de defecar, el esfuerzo produce una inhibición inmediata de la actividad eléctrica, mientras que en los sujetos normales esta aumentada. La recuperación del tono muscular esta disminuida ampliamente, la distensión del conducto anal produce relajación de los músculos esfintéricos y la presión anal máxima en reposo esta disminuida en los pacientes incontinentes (4) .

En la mayor parte de los casos se requiere valoración del colon mediante colon por enema o colonoscopia, para descartar enfermedades concurrentes. Cuando se sospechan trastornos adicionales del apoyo pélvico, se puede combinar la proctografía con cistografía y estudios contrastados del intestino delgado para obtener imágenes dinámicas. La incontinencia anal se valora mediante manometría, latencia motora terminal del nervio pudendo y ultrasonografía. (1)

La cirugía esta indicada para tratar el prolapso rectal completo, las finalidades de la operación es: 1) resecar o plegar el colon redundante, 2) fijar el recto contra el sacro, y 3) mejorar los síntomas de incontinencia fecal.

Actualmente las reparaciones de prolapso se clasifican en accesos perineales y abdominales. Las reparaciones transabdominales se pueden efectuar de manera abierta o por vía laparoscópica, y consisten en reparación de Ripstein, Frykman, compresa de Ivalon, resección sigmoidea y rectopexia. Los tipos más frecuentes de reparación perineal son procedimiento circular de Thiersch, rectosigmoidectomia de Altmeier y reparación de Delorme.

Cada tipo de reparación operatoria tiene sus propios riesgos y beneficios. Aunque son menos penetrantes y mórbidas las reparaciones perineales tienen la posibilidad de que ocurra dehiscencia de la línea de sutura o herida, y tienden menos que las operaciones abdominales a mejorar la incontinencia. La preparación preoperatoria es la misma para todas las reparaciones.

Las reparaciones del prolapso rectal efectuadas por medio de acceso abdominal brindan la mejor oportunidad de restaurar la anatomía normal. Estas operaciones se pueden clasificar como las que recurren a la resección nada más, a la resección con rectopexia o a la rectopexia nada más. Otra ventaja adicional del acceso abdominal consiste en que se pueden reparar de manera simultanea otras anomalías pélvicas.

La reparación de Frykman, en su forma original consistía en movilización rectal y fijación sacra utilizando los ligamentos laterales, plegadura del elevador del ano y resección segmentaria del colon sigmoideas redundante con anastomosis termino terminal. Frykman creía que, al efectuar este procedimiento se corregirían todas las anomalías anatómicas que contribuyen al prolapso

rectal o que lo acompañan. La mayoría de los cirujanos que realizan este procedimiento ya no reparan el piso pélvico a menos que encuentren un defecto franco del mismo. Se procede con la rectopexia mediante enderezamiento del recto para reducir su redundancia, y colocación de dos puntos de sutura no absorbible gruesa en los pedículos laterales y el sacro a nivel S2-S3 (7).

El fundamento para esta operación consiste en que la fijación posterior del recto impedirá la intususcepción recurrente y que la resección del sigmoides redundante solucionará muchos de los problemas de estreñimiento que se observan frecuentemente después de una rectopexia según Ripstein.

Los resultados del procedimiento de Frykman son semejantes a los de la resección y que a los de la movilización rectal; sin embargo la tasa de estreñimiento postoperatorio es significativamente menor cuando se efectúa resección. En algunas series la tasa de recurrencia se encuentra entre un 3-4 %. La recuperación de la continencia está entre un 35 – 60% de los pacientes.

En otra de las series más grandes reportadas, de Watts en 1985 con 102 pacientes, reportan recurrencias en 1.9% (dos pacientes con prolapso de la mucosa), incontinencia postoperatoria en 9 pacientes (8.8%), ninguna complicación y ningún paciente con estreñimiento postoperatorio (8).

El procedimiento de Frykman esta considerado como uno de los procedimientos de elección en la División de Cirugía de Colon y Recto de la Universidad de Washington. Es considerado el mejor procedimiento en sujetos que no tienen otro tipo de patología agregada.

Los fundamentos para ellos son que esta operación fija el recto contra el sacro tanto por la rectopexia como por retracción cicatrizal después de la movilización presacra, y la resección simultánea del colon sigmoides elimina la redundancia, por lo que alivia en potencia la lentitud del

tránsito por el colon. No reportan estreñimiento postoperatorio, y las tasas de recurrencias son bastante bajas, (solo 4 pacientes con prolapso mucoso).

En cuanto a la incontinencia, la reparación del prolapso permitirá a menudo el retorno de la presión del esfínter en reposo y la presión de expulsión.

Según su experiencia, cuando persiste la incontinencia después de la reparación de Frykman , pueden practicarse más tarde esfinteroplastia o reparación posanal de Parks.

Los cirujanos de esta Universidad realizan este procedimiento sin plastia del elevador, porque entraña un riesgo más de estreñimiento postoperatorio. Prefieren el método laparoscópico por la menor morbilidad y el retorno más pronto al trabajo. Ellos reportan 80% de mejoría con este procedimiento. Las desventajas incluyen las complicaciones que ocurren después de operaciones intraabdominales y las de una anastomosis (3,4,7,8,9).

Se ha evaluado la incontinencia anal pre y postoperatoria con manometria y se ha encontrado que la longitud del esfínter no se modifica, la presión en reposo se modifica pero no llega a los valores normales, pero lo que sí se incrementa notablemente es la presión de cierre en los pacientes posoperados. (8,9,10,11,13,16)

OBJETIVOS

GENERAL.

CONOCER LA EFECTIVIDAD DEL PROCEDIMIENTO DE FRYKMAN MODIFICADO EN PACIENTES CON PROLAPSO RECTAL COMPLETO, DE 1990 A EL 2000.

ESPECIFICO.

- A. CONOCER EL SEXO PREDOMINANTE.*
- B. EDAD DE MAYOR FRECUENCIA*
- C. GRADO DE CONTINENCIA PRE Y POST OPERATORIO..*
- D. MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA*
- E. RECURRENCIA*
- F. CONOCER HA CUANTOS PACIENTES SE LES REALIZO PLASTIA ANAL POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO DE FRYKMAN.*

MATERIAL Y METODOS.

:Se realizo un estudio retrospectivo, transversal, observacional, abierto y descriptivo, una revisión de casos. Se revisaron todos los expedientes de los pacientes sometidos al procedimiento de Frykman, de 1990 al 2000. En el archivo del Hospital de Especialidades del Centro Médico "La Raza".

Se tomaron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- 1. - Adultos mayores de 15 años, con prolapso rectal completo, que se hayna sometido al procedimiento de Frykman modificado, de Enero de 1990 a Diciembre del 2000.*
- 2.- Expedientes completos con las variables a investigar.*

Criterios de No- Inclusión:

- 1. - Pacientes con expediente incompleto*

Criterios de Exclusión:

- 1. -. Pacientes sometidos a otro procedimiento para prolapso rectal diferente al procedimiento de Frykman.*
- 2. - Pacientes menores de 15 años y mayores de 90 años.*

VARIABLES:

1. - *EDAD: expresada en años.*

2. - *SEXO: Masculino y femenino.*

3. - *PROCEDIMIENTO DE FRYKMAN: La técnica modificada como se realiza en el departamento de Coloproctología del HECMNR. Realizando la rectopexia sin fijar los ligamentos laterales hasta el sacro solo la pared posterior del recto y con fijación más alta del fondo de saco profundo, sin plicatura del músculo puborrectal.*

4.- *COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:*

Infeción de la herida

Absceso pelvirectal

Oclusión intestinal

5. *PLASTIA POSANAL DE PARKS*

Escala de Medición: Porcentual

DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES:

Se definirá como prolapso rectal completa a la protrusión de todas las capas del recto a través del ano. Existen diferentes grados:

GRADO DE PROLAPSO RECTAL PREQUIRÚRGICO.

Clasificación de Altemeier

G I. Protrusión de la capa mucosa redundante (denominado como prolapso falso, y usualmente asociada a hemorroides)

G II. Es una intususcepción sin hernia deslizante en fondo de saco.

G III. Es una hernia deslizante del fondo de saco, observándose pliegues circulares de la musculatura rectal.

INCONTINENCIA PRE Y POST OPERATORIA.

Se definirá incontinencia anal como la dificultad para contener las heces, tanto líquidas, sólidas y gases dentro del recto.

Clasificación de Parks.

G I. Continencia normal.

G II. Incontinencia a gases.

G III. Incontinencia a heces líquidas y/o gases.

G IV. Incontinencia completa (heces sólidas, líquidas y gases.)

RESULTADOS.

Se revisaron un total de 158 expedientes de pacientes con prolapso rectal completo, de Enero 1990 a Diciembre del 2000. De los cuales a 108 se le realizó el procedimiento de Frykman modificado, a los demás se les realizaron otros procedimientos quirúrgicos tanto abdominales como perianales.

En 76 mujeres (70.37%) y 32 hombres (29.62%). Las edades variaron desde los 18 hasta los 84 años, la mayor frecuencia se ubicó entre los 53 y 65 años.

Todos los pacientes presentaban un prolapso rectal completo, Y en el 90% de ellos se refiere en el expediente un prolapso mayor de 5 cm.

A todos los pacientes se les realizó Historia clínica completa, con exploración proctológica que incluía tacto rectal, anoscopia, y rectosigmoidoscopia rígida así como maniobras de valsalva. Estudios de laboratorio: biometría hemática, química sanguínea, tiempos de coagulación, plaquetas, proteínas totales, albúmina, globulina.

El colon por enema y/o colonoscopia se realizó a 83 pacientes (76.85%). La electro miografía de esfínter anal externo y latencia motora del nervio pudendo se realizó a 78 pacientes (72.22%).

El grado de incontinencia preoperatoria fue: Grado II- 10 pacientes (9.25%). Grado III – 56 pacientes (51.85%), y Grado IV – 42 pacientes (38.88%).

En nueve pacientes (8.33%), se presentaron complicaciones. Ninguno presentó complicación transoperatoria, dos (1.85%) presentaron sangrado de los vasos presacros en el postoperatorio inmediato que requirió, reintervención con hemostasia, a uno se le empaquetó, con desempaquetamiento a las 48 hrs. Cuatro (3.70%)pacientes reingresaron con datos de oclusión intestinal, dos se resolvieron con manejo médico y dos requirieron reintervención con lisis de adherencias, un paciente (0.92%) presentó infección de la herida quirúrgica, la cual se resolvió con curaciones y manejo médico, dos pacientes (1.85%) se valoraron como externos por Urología, uno por impotencia sexual y el otro eyaculación retrograda, los dos han mejorado y aun siguen en tratamiento por Urología.

Durante este tiempo de seguimiento, solo presentaron recidiva dos pacientes, que representan el 1.85% de la muestra. Los dos pacientes fueron sometidos a nueva cirugía por vía abdominal, incluyendo nueva rectopexia y resección.

En las consultas subsecuentes se reinterrogó a los pacientes sobre el grado de incontinencia, siendo grado I-II 68 pacientes (62.96%), 18 pacientes (16.66%) en grado III y 22 pacientes (20.37%) en grado IV.

De estos pacientes, 29 (26.85%) aceptaron someterse a plastia postanal (plicatura del puborrectal). Quince pacientes regresaron a su seguimiento y todos referían una incontinencia a gases y ocasionalmente a heces líquidas, con mejoría con relación a su estado previo.

El resto no acudió a su seguimiento.

DISCUSION.

En los reportes de la literatura mundial, el prolapso rectal completo se presenta en mujeres en edades de 50 a 60 años, lo cual concuerda con nuestra experiencia.

En ninguno de los expedientes revisados se encontró antecedentes de patología de columna ni se mencionaba algún otro trastorno de la estática pélvica.

Acerca del tratamiento quirúrgico para el prolapso rectal completo, se ha comprobado que ha los pacientes sometidos a procedimientos por vía abdominal, son los que mejores resultados se obtienen, pero la morbimortalidad es mayor, de ahí que los pacientes con patologías sistémicas crónicas con alto riesgo quirúrgico sea más conveniente intervenirlos por vía perineal.

En algunos centros consideran que la reparación de Frykman es el mejor procedimiento en sujetos con riesgo quirúrgico bajo, ya que se fija el recto contra el sacro tanto por rectopexia como por retracción cicatrizal y la resección del sigmoides elimina la redundancia, con esto se elimina el estreñimiento postoperatorio y las tasas de recurrencia son bastante bajas. Cuando el paciente presenta además del prolapso rectal incontinencia, la reparación de Frykman permitirá el retorno de la presión del esfínter en reposo y la presión de expulsión.

Y a los que han experimentado incontinencia sostenida después de la reparación de Frykman, puede practicarse después esfinteroplastia o reparación postanal de Park.

En nuestro estudio se realizó el procedimiento de Frykman modificado con una morbilidad de 8.33% (nueve pacientes), lo cual es inferior a lo reportado en otras series (12-44%), no se presentó mortalidad. Es de llamar la atención que en nuestra serie no se observaron complicaciones propias de la anastomosis, lo cual lo hemos relacionado a la preparación intestinal preoperatoria y a la técnica anastomótica en un plano con puntos separados.

La recurrencia en nuestro estudio fue en dos pacientes (1.85%), lo cual es inferior a lo reportado en la literatura, que oscila entre el 3 – 4 %. Las reparaciones abdominales se acompañan de tasas menores de recidiva y gran mejoría de la incontinencia, sin embargo tienen también tasas de complicaciones más altas.

En algunos centros en Estados Unidos al observar esto, decidieron realizar procedimientos perineales, pero presentaron tasas de recidiva mucho más altas y menor satisfacción con estos métodos por lo que han vuelto a favorecer los procedimientos abdominales.

Se ha reportado que en un 40-60% de los pacientes sometidos a corrección del prolapso rectal mejoran de su grado de incontinencia, en nuestro estudio se observó una mejoría de casi el 60%, lo cual nos demuestra que el procedimiento de Frykman por sí solo mejoró el grado de incontinencia y además ninguno de los pacientes presentaron estreñimiento postoperatorio.

CONCLUSIONES.

Es grato poder concluir en esta revisión de 11 años, que en nuestro servicio se realiza la cirugía abdominal para la corrección del prolapso rectal completo, en forma satisfactoria.

En esta serie con más de 100 pacientes podemos observar que nuestros resultados no difieren a los reportados en la literatura mundial, incluso algunos de ellos están por debajo del promedio mundial.

La cirugía abdominal para corregir el prolapso rectal completo da excelentes resultados con una morbi mortalidad mayor en comparación con los procedimientos perineales, en nuestra serie no se presentó mortalidad, y la morbilidad es inferior a lo referido en la literatura.

La continencia anal mejoró en un gran porcentaje y los pacientes se sintieron satisfechos con este procedimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermedades anorrectales .Diagnostico y tratamiento. F. López- Ríos Fernández.
2. Atlas en Coloproctología. John H. Pemberton.
3. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica. Aspectos nuevos y controvertidos en el tratamiento de las enfermedades colorrectales. Vol. 1/ 1997. La mejor operación para el prolapso rectal. Lisa K. Jacobs, Yu Ju Lin y Bruce A. Orkin. Pag. 51
4. Fundamentos de cirugía anorrectal. Goldberg, Gordon, Nivatbongs. Editorial Limusa Pag 305.
5. Surgery of the colon, rectum and anus.W. Patrick Mazier, MD. Pag 515
6. Colon and rectal surgery.4a ed. Marvin L. Corman Cap 17. Pag 401
7. Ann Chir Gyanaecol. The evaluation and treatment of patients with rectal prolapse. Farouk R, Duthie GS. 1997;86(4):279-84.
8. Int surg. Surgical treatment of rectal prolapse. A retrospective analysis of 94 cases. Yamut M, Kaymakcioglu N, Simsek A. 1998 Jan-Mar;83(1):53-5.
9. Zhonghua Yi Xue Za Zhi Taipei. Surgical treatment for rectal prolapse. Chiu HH, Chen JB, Wang HM. 2001 Feb;64 (2):95-100.
10. Am Surg. Rectal prolapse: a search for the "best" operation. Azimuddin K, Khubchandani IT. 2001 Jul;67(7):622-7.
11. Dis Col Rect. Funtional results of opeative treatment of rectal prolapse over an ll years period. Emphasis on transabdominal approach. May 1999,42(5):655-660.
12. Dis Col Rect. Complete rectal prolapse. Evolution of management and results. Northover,John mD. April 1999,42(4):466-68.
13. Am J Surg. Abdominal rectopexy and primary sigmoid resection por rectal procidentia. Frykman H. 1955;90:780.

14. Diseases of the colon and rectum. One hundred years of rectal prolapse surgery. Madoff, Robert D. April 1999, 42(4):441-450.
15. ASCRS 2001. resection rectopexy gives better functional results and less recurrence than rectopexy alone. All perineal operations have a high recurrence rate. AM El Tawil and MRB England . San Diego June 2-7, 2001.
16. Langenbecks Arch Surg. 2001 Apr; 386 (3): 188-92. The value of posterior repair in the treatment of anorectal incontinence due to rectal prolapse—a clinical and manometric study.

FIGURAS

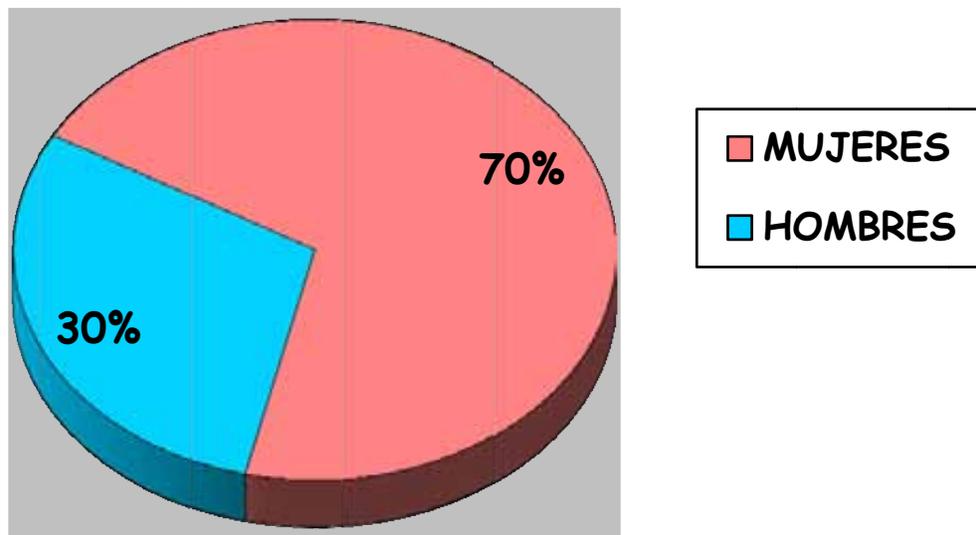


Prolapsed
rectum

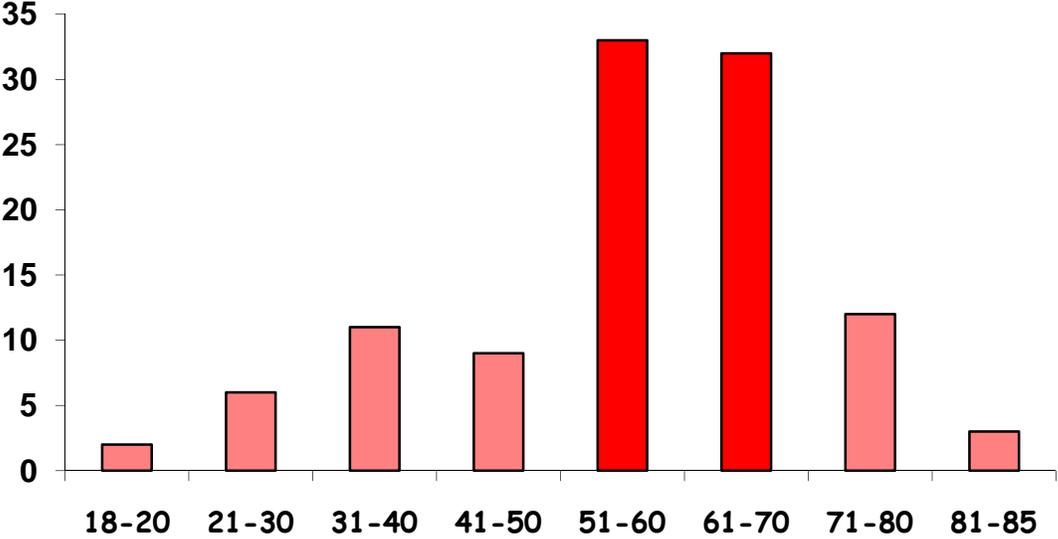
adam.com

GRAFICAS

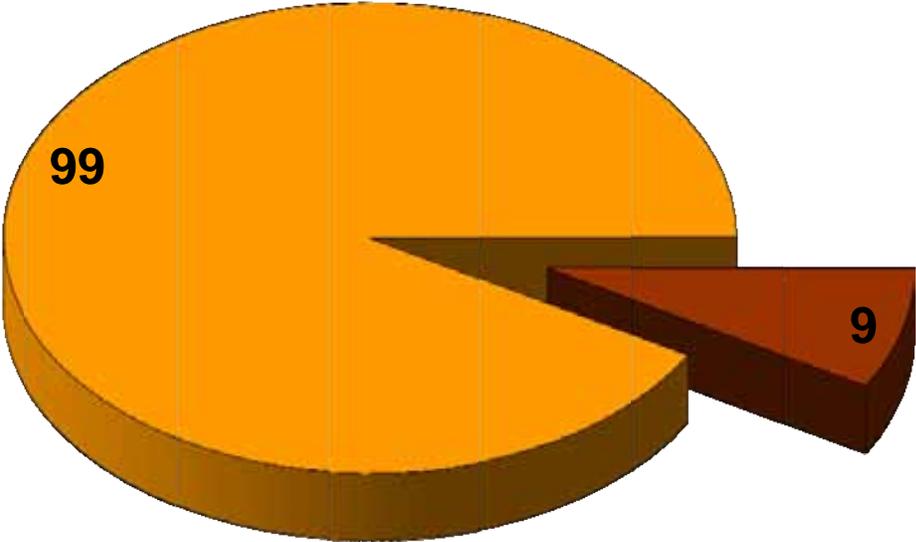
FRECUENCIA POR SEXO.



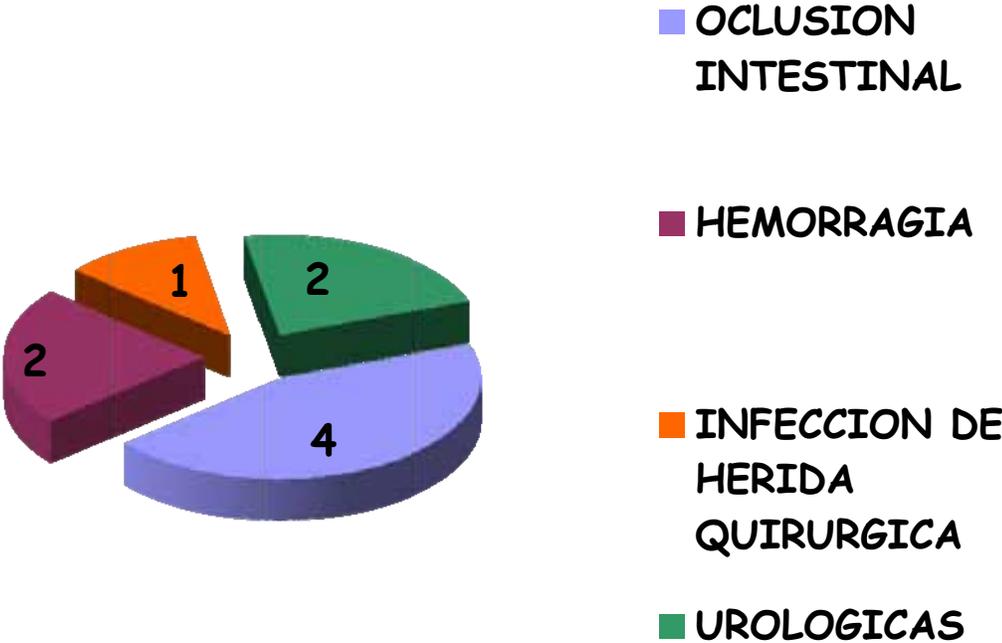
FRECUENCIA POR GRUPOS DE EDAD



COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS



COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS



CUADRO COMPARATIVO INCONTINENCIA

GRADO INCONTINENCIA	PREOPERATORIA	POSTOPERATORIA	TOTAL
I	0	0	0
II	10	68	78
III	56	18	74
IV	42	22	64

PLASTIA POSANAL

