

Prolapso Rectal

Reporte de seis casos y Revisión de la Literatura

Rectal Prolapse Report of Six Cases and Review

Dr. José Ranulfo B,*

RESUMEN. Se informan seis casos de prolapso rectal manejados quirúrgicamente en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (I.H.S.S), Unidad Materno Infantil, de Agosto de 1991 a Agosto 1994. Se utilizaron los criterios de Rasmussen para catalogar el prolapso rectal como refractorio y ser candidato a manejo quirúrgico, el cual consistió en la Rectopexia de Ripstein.

El procedimiento fue exitoso en el 100% de los casos, los cuales constituyen además los primeros en ser informados en la literatura médica hondureña.

PALABRAS CLAVES: *Prolapso Rectal, Rectopexia.*

SUMMARY. We report six cases of rectal prolapse treated surgically at Maternal-Child unit of the Social Security Honduran Institute (I.H.S.S.) between August 1991 to August 1994.

We used Rasmussen criterion for classifying rectal prolapse as a refractory and eligible for surgical manage with Ripstein's rectopexia. The procedure was successful in 100% of cases; which also are the first reported in Honduran medical literature.

KEY WORDS: *Rectal prolapse, Rectopexia*

Pediatra y Cirujano Pediatra del I.H.S.S, Unidad Materno Infantil

INTRODUCCIÓN

Prolapso Rectal se define como la herniación o descenso anormal del recto sigmoides a través del ano.

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. (1,2,3,4).

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 diarréica crónica, pólipos rectales, parasitismo y pacientes post-operados de malformaciones anorrectales.

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. (5,6,7,8).

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 sobretodo izquiorectal y además a esta edad el niño inicia el control voluntario de las evacuaciones. (3,5).

La mayoría de los prolapsos rectales secundarios se resuelven tratando la patología base, sin embargo en el caso de los prolapsos primarios, existe un grupo de pacientes que no mejoran al tratamiento médico y este grupo corresponde a los que Rasmussen llamó prolapso rectal refractario.

Estos pacientes necesitan un procedimiento quirúrgico para resolver el problema, de los cuales existen más de 50 tipos de procedimiento diferentes, por lo que consideramos importante informar nuestra experiencia en el Instituto Hondureño del Seguro Social con el procedimiento de Ripstein.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

Se presentan un total de 6 casos de prolapso rectal primario, operados por el autor en el Instituto Hondureño del Seguro Social en la Unidad Materno Infantil de Agosto de 1991 a Agosto de 1994. Todos nuestros pacientes cumplieron los criterios de Rasmussen para ser considerados prolapso rectal refractario como son:

1. Duración mayor de 2 meses aún con tratamiento.
2. Presentación mayor de 25 episodios por mes.
3. Longitud mayor de 5 cm.
4. Ulceración de la mucosa.

Para los criterios más importantes como son: duración y longitud del prolapso fuimos más estrictos, de tal manera que nuestro paciente con menor duración del prolapso fue de 6 meses y la longitud de menor rango fue 7 cm.

Todos nuestros pacientes tenían prolapso rectal primario con una edad promedio de presentación de 30 meses y el motivo de consulta fue prolapso rectal, el cual fue confirmado personalmente por nosotros. Se descartó parasitismo intestinal por examen seriado de heces y tratamiento antiparasitario específico. Todos ellos fueron observados personalmente por 6 meses en



Fig. 1
Uno nuestros
pacientes con
Prolapso Rectal
Refractario.

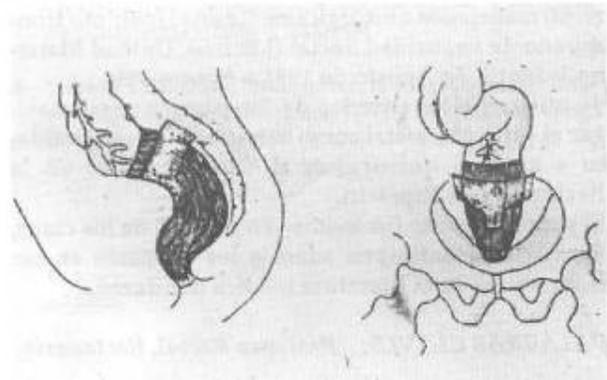


Fig. 2 Un esquema que muestra
como se coloca la malla de Marlex.

la Consulta Externa para verificar la falta de respuesta al manejo médico, el criterio para ser quirúrgico fue el hecho de ser considerado como refractario (Fig. No. 1).

Todos ellos tuvieron una preparación preoperatoria que consistió en dieta líquida 48 hrs previo a la cirugía más enemas de limpieza con isodine al 10%, mezclado con suero fisiológico.

El procedimiento quirúrgico elegido fue la Rectopexia de Ripstein, el cual ha sido previamente disecado para elevarlo aproximadamente 5 cm (Fig. No.2). El abordaje es a través de una insición tipo pfannenstiel. Se disea

un plano entre la vejiga y el recto incidiendo en el peritoneo alrededor del recto hasta lograr llegar al espacio presacro luego se procede a colocar la malla de marlex, la cual se fija primero a la aponeurosis presacra con material no absorbible, esta malla rodea el recto totalmente sin comprometer su luz, además se colocan puntos que van de la malla a las paredes del recto pero estos puntos son seromusculares que no violan la luz intestinal; se trata de un procedimiento seguro con una duración de 1 hora 30 minutos (Fig. No. 3).

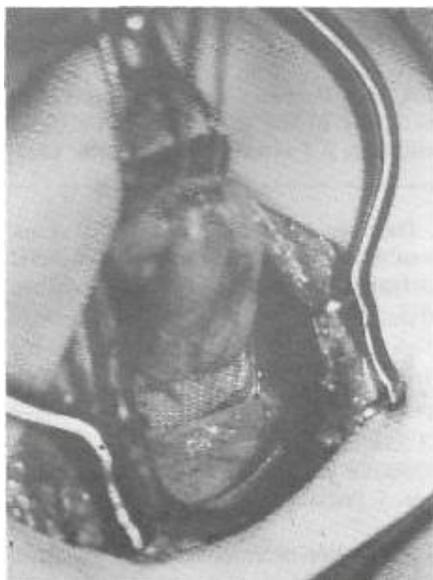


Fig. 3
Uno de nuestros pacientes con malla de Marlex ya colocada

En el post-operatorio el paciente permanece 24 hrs en ayuno y luego 48 horas con dieta líquida completando el alta a los 3 días. Nuestros pacientes han sido seguidos en la consulta externa por un espacio de 28 meses promedio con rango menor de 12 meses y rango mayor de 48 meses.

Ningún paciente ha vuelto a presentar prolapso rectal ni ninguno ha presentado secuelas relacionadas con el procedimiento, por lo que se considera la Rectopexia de Ripstein exitosa en un 100%.

DISCUSIÓN

Generalmente el prolapso rectal primario en los niños es un desorden autolimitado que espontáneamente involuciona al regularse los hábitos defecatorios y co-

rrigirse con el crecimiento normal los factores predisponentes, sobre todo el meso del recto que se adhiere al sacro. Sin embargo existen casos severos y recurrentes en los cuales el tratamiento médico conservador falla y una intervención quirúrgica es necesaria (2,8,9,10).

Sabemos que existen más de 50 tipos de procedimientos quirúrgicos, lo que da una idea de la patogénesis de esta enfermedad, no está del todo entendida, de allí que nosotros debemos escoger el procedimiento más seguro y con mayor porcentaje de éxito.

Mencionaremos algunos de los procedimientos quirúrgicos más utilizados comenzando con los más sencillos, en 1970 Kay y Zaachary comenzaron a utilizar inyección de agentes esclerosantes como ser solución salina al 30% y luego en 1979 Wyllie utilizó fenol al 5%. El objetivo de estas inyecciones es producir una reacción inflamatoria causando adhesión de todos los elementos del anorecto (11,12).

Los autores a favor de este procedimiento mencionan con mayor beneficio que se trata de un procedimiento sencillo y ambulatorio, sin embargo entre sus desventajas está un porcentaje de fracasos hasta del 20%. (6,8,9).

Otro procedimiento es la lineal cauterización de Lockhart de la pared anorectal que causa mayor fibrosis que las sustancias esclerosantes reduciendo los fracasos hasta un 10% pero aumentando las complicaciones, incluyendo sangrado rectal, estenosis del canal anorectal, dolor importante persistente y lesión de la uretra con el electrocauterio. (5,6,9).

La mayoría de los autores están de acuerdo que tanto la inyección de agentes esclerosantes como la electrocauterización no están indicados en prolapso mayores de 5 cm ya que en este tipo de prolapso su efectividad disminuye significativamente.

Otro procedimiento frecuentemente realizado es la resección en manguito perineal, introducida por Altemeir o resección transanal del intestino prolapsado, lo cual consideramos un procedimiento injustificable, ya que significa la resección de un segmento del intestino que conlleva un aumento importante en la morbilidad y además esta resección no corrige la enfermedad de fondo (5,6,10).

En lo personal abordamos el prolapso rectal como lo que realmente es, una hernia, así que tratamos de corregir el fondo del problema, realizando una suspensión y fijación intrabdominal del recto sigmoide con una malla marlex, procedimiento introducido en 1963 por Ripstein. (13,14).

La mayoría de los autores consideran la Rectopexia de Ripstein cómo la primera elección para un prolapso rectal refractario en base a las siguientes ventajas:

1. Corrige el defecto anatómico, elevando el recto sigmoide y fijándolo al sacro.
2. Es un procedimiento sencillo, seguro y fácil de reproducir.
3. Menor índice de recidivas, únicamente del 2%. (5,10,13,14).

Por esta razón todos nuestros pacientes en el Instituto Hondureño de Seguridad Social con prolapso rectal refractario fueron tratados con la Rectopexia de Ripstein y hemos verificado estas ventajas, no se ha presentado ninguna recidiva no hemos tenido ninguna complicación y el procedimiento lo hemos reproducido fácilmente con un éxito del 100%.

REFERENCIAS

1. Rudolph A.M. Fediátrics. Seventeenth ed. Connecticut. Appleton Century Crofts, 1982: 990-991.
2. Quist N., Rasmussen L., Klaaborg K.E., Hánsen L.F. Pedersen S.A. Rectal prolapse in infancy: conservative versus operative treatment J. Pediat Surg 1986; 21:887-888
3. Behrman R.E., Vaughan V.C., Nelson W.E. Tratado de Pediatría. 14 ava. ed. México. Nueva Editorial Intramericana 1992:1209-1210.
4. Gray S.W., Skandala Kis J.E. Hernias of the Abdominal wall Philadelphia. Saunders. 1990:207-237.
5. Welch K.J., Randolph J.G., Ravitch M M, O'Neill J.A., Rowe M.I., Pediatric Surgery. 4a. ed. Chicago. Year Book Medical Publishers, Inc. 1986: Vol. 2:1042-1043.
6. Holder T.M. and Ashcraft K.W. Pediatric Surgery, 2da. ed. Philadelphia W.B. Saunders Company. 1993:410-415.
7. Zempsky W.T., Rosentein B.J., The cause of rectal prolapse in children. AM J Dis Child. 1988: 142:338-339.
8. Schepens M.A. and Verhelst A.A. Reappraisal of Ekehorn's rectopexy in the management of rectal prolapse in children. J. Pediatr. Surg. 1993;28: 1494-1497.
9. Hight D.W., Hertzler J.H. Philippart A.I. Benson C.D. Linear cauterization for the treatment of rectal prolapse in infants and children. Surg. Gyn. Obst 1981;154:400-402.
10. Nyhus LL.N., Baker RJ. Mastery of surgery. Boston. Little Brown and Company, 1984; Vol 2:1389-1394.
11. Kay N.R. and Zaachary R.B. The treatment of rectal prolapse in children with infections of 30 per cent saline solutions. J. Pediatr. Surg. 1970; 5:334.
12. Wyllie G.G. The injection treatment of rectal prolapse. J. pediatr. Surg 1979:14:62.
13. Ripstein C.B. and Lanter B. Etiology and surgical therapy of massive prolapse of the rectum. Ann Surg. 1963;157:259-260.
14. Miller R.L., Thomas J.M. and O'Leary J.P. Ripstein procedure for rectal prolapse. Am. J. Surg. 1979;45:531-532.

*En todos los asuntos, es saludable siempre
un poner signo de interrogación en las cosas que
desde hace tiempo se dan por establecidas.*

Bertrand Russell