

Procidencia Rectal

Dr. Salvador Medina González*

*Hospital Angeles del Pedregal.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Camino a Santa Teresa No. 1055-503, México, D.F.

RESUMEN Antecedentes: Se han desarrollado numerosas técnicas para tratar la procidencia rectal, enfermedad poco común que es manejada ocasionalmente por el cirujano general. **Objetivo:** Se realizó este artículo de revisión para discutir los cambios más recientes en la patofisiología, diagnóstico y manejo de la procidencia rectal. **Resultados:** Se discuten la fisiopatología y características clínicas de la procidencia rectal. Hay numerosas alternativas para tratamiento quirúrgico, pero las técnicas más utilizadas incluyen rectopexia con o sin resección de sigmoides. **Conclusión:** El mejor entendimiento de la fisiopatología, la cada vez más objetiva evaluación de la función anorrectal y de sus alteraciones, aunados al desarrollo de materiales biocompatibles y de técnicas más precisas, han dado como resultado el poder ofrecer al paciente con esta patología el tratamiento que mejor se adapte a su condición particular.

Palabras clave: Procidencia, recto.

FISIOPATOLOGIA

La procidencia rectal es una patología poco común, cuyas causas precisas y manejo son temas controversiales. La mayor parte de los autores consideran que la procidencia comienza como una intususcepción del recto medio, que inicialmente es interna, o sea que no es aparente a la vista, puesto que no rebasa la línea anorrectal, pero que progresa a una protrusión de toda la pared a través del orificio anal¹. La otra teoría, propuesta desde 1912, es la que supone que la procidencia se debe al deslizamiento intestinal a través de un defecto en la fascia pélvica asociado a un fondo de saco rectovaginal o rectovesical profundos².

Algunos autores sugieren que la teoría de la intususcepción explica el origen del síndrome de la úlcera solitaria y de la colitis cística profunda, como expresiones de los mismos factores fisiopatológicos

SUMMARY Background: Numerous techniques have been developed in order to treat rectal procidentia, an uncommon pathology that is managed occasionally by the general surgeon. **Purpose:** This review article was performed in order to discuss the most recent changes in the pathophysiology, diagnosis and management of rectal procidentia. **Results:** The pathophysiology and clinical characteristics of rectal procidentia are discussed. There are numerous alternatives for surgical treatment, but the most employed techniques include rectopexy with or without sigmoid resection. **Conclusion:** The better understanding of the physiopathology, the increasingly accurate evaluation of the anorectal function and its disorders, and the development of new biocompatible materials and finer techniques offer the patient the treatment that better suits to his or her particular problem.

Key words: Rectum, procidentia.

subyacentes, implicando isquemia local de la cara anterior del recto cuando la procidencia aún es interna³.

Varios autores consideran que la alteración básica subyacente es una contracción inapropiada del músculo puborrectal y del esfínter externo durante el acto de la defecación. Esto conduce a la lesión de los nervios pudendos y a la consecuente denervación esfinteriana y prolapso. Estudios de fisiología rectal han demostrado que en pacientes con procidencia existe contracción inapropiada y denervación del esfínter⁴.

La procidencia rectal se puede presentar en cualquier edad. En niños, usualmente se presenta antes de los tres años de edad y se puede asociar a la presencia de parásitos, mielomeningocele, espina bífida, extrofia vesical y fibrosis cística⁵. En adultos es más frecuente en mujeres, y aumenta la frecuencia con la edad. Algunos casos se han asociado con enfermedades neurológicas y siquiátricas⁶.

SINTOMATOLOGIA

Hay predominio femenino de 6:1 y aumenta con la edad. Parece haber una mayor presentación en pacientes histerectomizadas. Aparentemente, la paridad no es un factor predisponente⁷.

La sintomatología puede estar relacionada con el prolapso mismo o con alteraciones evacuatorias que frecuentemente acompañan esta patología.

En estadios iniciales puede haber dificultades para regular la evacuación, sensación de defecación incompleta y tenesmo. Puede haber sangrado indoloro, y éste es producido ocasionalmente por una zona ulcerada en la pared anterior del recto medio, que es el punto de intususcepción y que se conoce como el "síndrome de la úlcera solitaria". La etiología probable es isquemia local.

En estadios más avanzados, la protrusión rectal a través del ano es evidente, y se manifiesta con maniobra de Valsalva o que permanece fuera y que se tiene que reducir manualmente. Es frecuente la ulceración y sangrado, y producción excesiva de moco.

Diversos grados de incontinencia fecal se presentan en la mayoría de los pacientes, y ocasionalmente existe constipación. Tanto la incontinencia como la constipación deben ser estudiadas meticulosamente para poder planear un tratamiento racional.

VALORACION

Incluye historia clínica y examen físico completo, sigmoidoscopia rígida combinada con colon por enema o colonoscopia. Cuando se sospecha prolapso interno, la cinodefecografía es de gran utilidad. De ser posible, la manometría anorrectal y electromiografía esfinteriana dan información importante del estado de continencia del paciente. En casos de estreñimiento severo asociado a procidencia, deben obtenerse estudios de tránsito colónico⁸.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Ocasionalmente, el prolapso de tejido hemorroidal interno puede confundirse con procidencia rectal verdadera. La procidencia se manifiesta como anillos concéntricos, mientras que el prolapso hemorroidal usualmente se manifiesta como protrusiones radiales. Neoplasias rectales bajas pueden protruir a través del ano. Un examen proctoscópico adecuado identifica esta circunstancia.

TRATAMIENTO

Se han descrito más de 100 procedimientos para tratar la procidencia rectal. En general, para pacientes de bajo riesgo, las opciones son 1: rectopexia anterior o posterior con utilización de material extraño (mallas), o 2: resección sigmoidea con movilización rectal y rectopexia sin utilizar material extraño. Esta última opción puede ser preferible en pacientes con estreñimiento asociado. La recurrencia de estos procedimientos aumenta con el tiempo, y es de aproximadamente 10% a cinco años de seguimiento. Para pacientes de alto riesgo, la rectosigmoidectomía perineal es mejor tolerada, aunque la recurrencia parece ser mayor. El circlaje anal (Tiersch) ha sido prácticamente abandonado⁹.

Alteraciones de la función rectal son un problema frecuente después de cualquier tratamiento quirúrgico. Cualquier procedimiento que disminuya la capacidad rectal puede producir diversos grados de incontinencia, mientras que en pacientes que presentan constipación severa preoperatoria, los procedimientos de suspensión rectal con materiales prostéticos pueden agravarla en el postoperatorio².

PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES

Operación de Ripstein

Propuesta por Ripstein y Lanter en 1963, es la técnica más utilizada en Occidente. La idea es de evitar la posible intususcepción rectal fijando el recto a la curvatura sacra. Esto se logra asegurando, ya sea con suturas o con grapas, una tira de material protésico (mersilene, polipropileno o Gore-tex) a la curvatura sacra y suturando los extremos de la misma al recto a manera de hamaca. Se han diseñado múltiples modificaciones a la técnica original, intentando cumplir con el cometido de fijar el recto, pero sin ocasionar una obstrucción al paso de la materia fecal¹⁰. Complicaciones: Hoexter y Gordon¹¹ encuestaron a los miembros de la Sociedad Americana de Cirujanos de Colon y Recto a propósito de las complicaciones observadas de la operación de Ripstein. Se obtuvo información de 1,111 procedimientos. Se reportó una recurrencia de 2.3%, y en 16.5% de los pacientes se reportaron complicaciones directamente relacionadas con la utilización del material protésico. 4.1% de los pacientes fueron reintervenidos, por impacto fecal, obstrucción intestinal, absceso pélvico, hemorragia o erosión de la prótesis al recto. No se evaluó la presencia de impotencia sexual post-cirugía. **Conclusiones:** Este procedimiento es una buena opción para el paciente que puede tolerar un procedimiento abdominal.

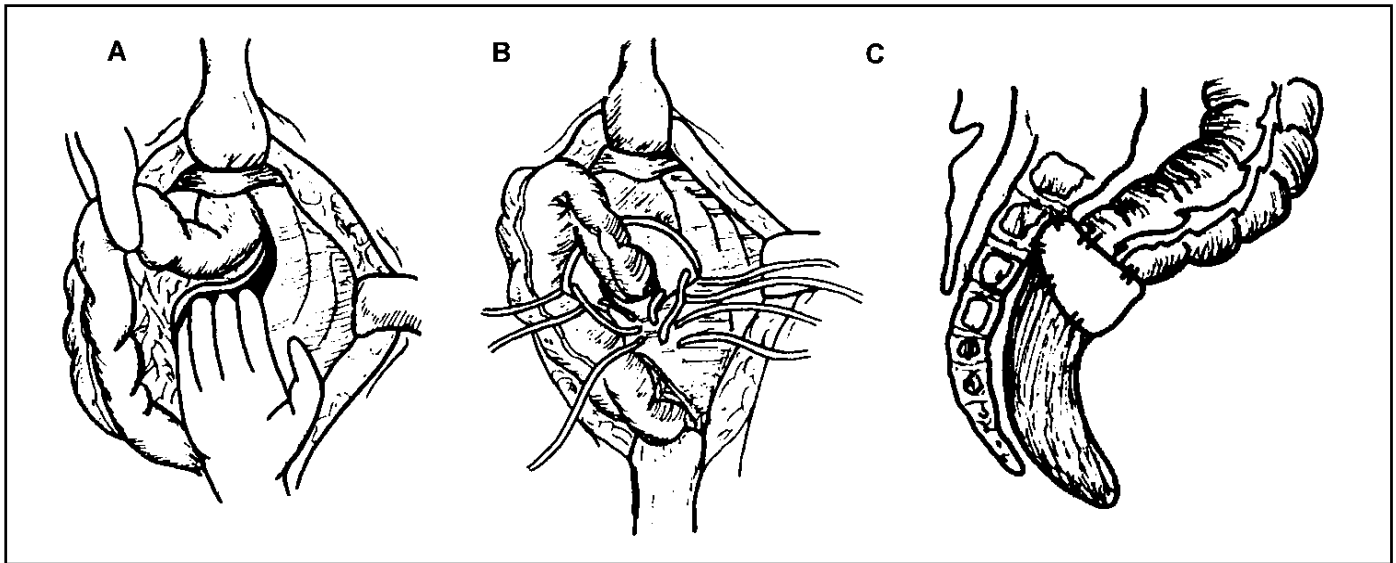


Figura 1.

Se reporta un bajo porcentaje de recurrencia, y la complicación de dificultad para evacuar postoperatoria puede ser disminuida descartando a los pacientes con estreñimiento severo preoperatorio y modificando la técnica, sujetando la cara posterior del recto a la fascia presacra, dejando libre la cara anterior y así evitando estenosis postoperatoria^{10,12}. (Figura 1)

Resección sigmoidea y rectopexia abdominal

Esta técnica está diseñada para eliminar los factores involucrados en la génesis de la procidencia, e incluye los siguientes pasos: 1. Movilizar el recto por vía abdominal. Durante este paso, se preservan los ligamentos rectales laterales. 2. Elevación del recto y fijación de los ligamentos laterales al periostio sacro. 3. Obliteración de la fascia endopélvica anterior al recto

para obliterar el fondo de saco. 4. Resección segmentaria del sigmoidees redundante con anastomosis primaria¹³. Este es un procedimiento seguro y efectivo en pacientes de bajo riesgo para cirugía abdominal, la frecuencia de recurrencia es menor que en otros procedimientos, la función esfinteriana tiende a mejorar postoperatoriamente y el estreñimiento mejora en la mayoría de los pacientes, probablemente debido a la preservación de los ligamentos laterales y a la resección del sigmoidees redundante^{14,15}. (Figura 2)

PROCEDIMIENTOS PERINEALES

Inicialmente diseñados para tratar pacientes de alto riesgo para soportar algún procedimiento abdominal, recientemente se han reportado buenos resultados

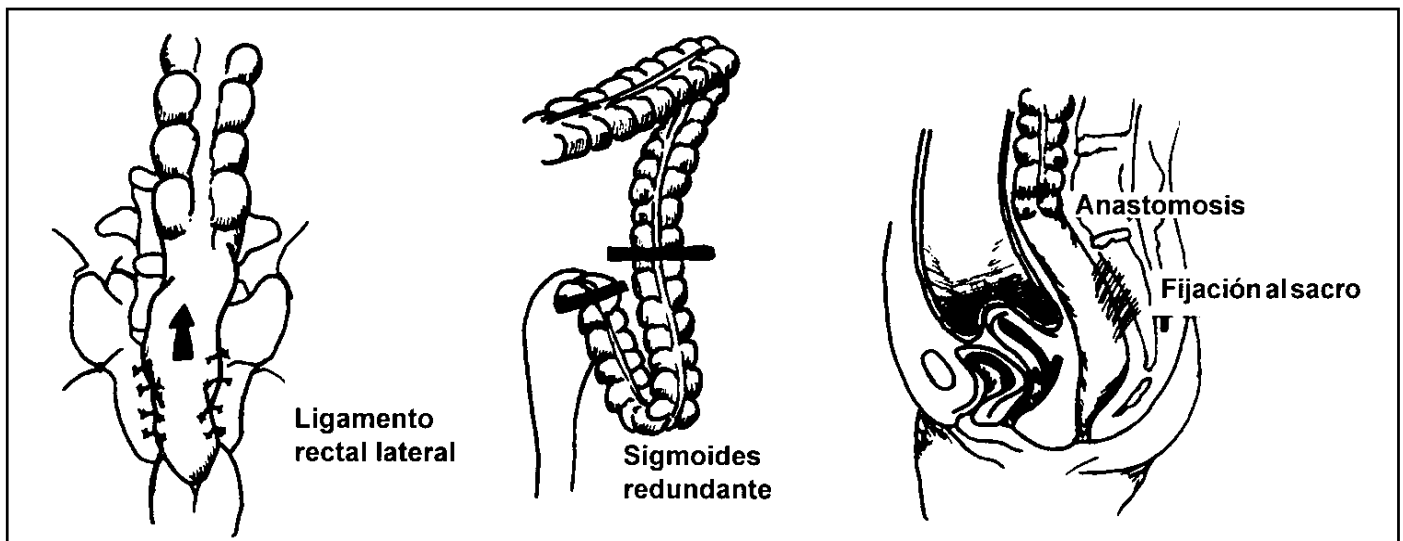


Figura 2.

con mínima morbilidad y baja recurrencia, por lo que las indicaciones se encuentran en redefinición¹⁶. Los más frecuentemente utilizados son: 1. *rectosigmoidectomía perineal*, con o sin plastia de elevadores, 2. *resección mucosa "en manga de camisa"* (operación de Delorme), 3. *variaciones del circlaje anal* (Tiersh).

Rectosigmoidectomía perineal

Implica la resección del rectosigmoides redundante y anastomosis coloanal. Algunos autores añaden plastia de los elevadores para disminuir la posibilidad de incontinencia. La mortalidad reportada va del 0 al 6%. La morbilidad es asimismo baja. La recurrencia se ha reportado del 20 al 60%. Los reportes más recientes la colocan alrededor del 5%. La continencia mejora en una tercera parte de los pacientes, y la mejoría aumenta con la plastia de los elevadores^{17,18,19}.

Operación de Delorme

Consiste en la excisión de la mucosa del segmento prolapsado, con plicación del tubo muscular desnudo de mucosa y anastomosis de los bordes mucosos. La mortalidad es rara. Las complicaciones incluyen sangrado, separación mucosa y sepsis. La recurrencia se reporta entre 0 y 30%. La incontinencia preexistente mejora en alrededor del 50% de los pacientes^{20,21}.

Circlaje anal

La disminución de la luz del orificio anal colocando alambre fue descrita desde 1891 por Tiersch. Desde entonces, numerosas modificaciones utilizando tiras de malla plástica, cintas elásticas, etc., se han descrito. Todas ellas son fácilmente realizadas, pero tienen el inconveniente de provocar alta morbilidad, no restauran continencia y presentan un alto índice de recurrencia. La mayoría de los cirujanos especialistas han abandonado este procedimiento en favor de la proctosigmoidectomía perineal o de la operación de Delorme²².

RECTOPEXIA POR VIA LAPAROSCOPICA

Varios autores han reportado su experiencia con diversas técnicas de invasión mínima para realizar rectopexias con o sin utilización de material protésico, así como resecciones sigmoideas con buenos resultados. Estos procedimientos deberán reportarse con un período de seguimiento adecuado para valorar la frecuencia de recurrencia y complicaciones, para poderlos comparar con los procedimientos antes descritos^{23,24,25}.

CONCLUSIONES

En el momento actual existen varias opciones quirúrgicas para tratar la procidencia rectal. Casi todas ofrecen resultados comparables en cuanto a morbimortalidad y recurrencia; sin embargo, algunos pacientes se beneficiarían más de una técnica que de otra. La rectopexia con o sin material protésico (Ripstein) puede ser ideal para el paciente que no presenta constipación preoperatoria y tiene mínima redundancia sigmoidea. Está especialmente indicada en pacientes con diarrea o incontinencia. Por el contrario, el paciente con constipación se ve beneficiado en mayor medida con una resección sigmoidea más rectopexia sin utilización de material extraño. El hombre joven con prolapso, en quien la disección pélvica conlleva el riesgo de impotencia, puede ser tratado inicialmente con un procedimiento perineal. Asimismo, el paciente anciano o debilitado se beneficia de la cirugía perineal, que representa menor trauma quirúrgico.

A pesar de que el cirujano tiende a realizar aquel procedimiento con el que más familiarizado está, debe entender que en el caso del manejo de la procidencia rectal y a la luz del mejor entendimiento fisiopatológico de esta enfermedad, hay que individualizar el tratamiento que mejor se ajuste a las necesidades específicas del paciente^{26,27}.

BIBLIOGRAFIA

1. Broden, B. Procidentia of the rectum studied with cineradiography. *Dis Colon Rectum* 1968;11:330.
2. Moschcowitz AV The pathogenesis, anatomy and cure of prolapse of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1912;15:7-21.
3. Lowry, AC, Goldberg SM. Internal and overt rectal procidencia. *Gastroenterol Clin North Am* 1987;16:47-70.
4. Metcalf AM. Anorectal function and defecation dynamics in patients with rectal prolapse. *Am J Surg* 1988;155:206-210.
5. Corman ML. Rectal prolapse in children. *Dis Colos Rectum* 1985;28: 535-539.
6. Goligher JC. *Surgery of the Anus, Rectum and Colon* 4th ed.: Bailliere/Tindall. 1980, pp 224-225.
7. Kupfer. One hundred consecutive cases of complete prolapse of the rectum treated by operation. *Br J Sur* 1970;57:481-487.
8. Metcalf, A.; A.C.S., 1992 P.G.C; 17-18.
9. Goldberg, SM. Operative treatment of complete prolapse of the rectum. In Najarian JS, Delaney JP, eds. *Surgery of the Gastrointestinal Tract*. New York: Intercontinental Medical Book, 1974, pp 423-439.
10. McMahan JD, Ripstein CB. Rectal prolapse: An update of the sling procedure. *Am Surg* 1987;53:37-40.
11. Gordon PH, Hoexter B. Complications of Ripstein procedure. *Dis Colon Rectum* 1978;21:277-280.
12. Tjandra JJ, Fazio VW, Ripstein procedure is an effective treat-

- ment for rectal prolapse without constipation. *Dis Colon Rectum* 1993;36:501-507.
13. Frykman HM, Goldberg SM. The surgical treatment of procidentia. *Surg Gynecol Obstet* 1969;129:1225.
 14. Huber FT, Stein H. Functional results after treatment of rectal prolapse with rectopexy and sigmoid resection. *World J Surg* 1995;19:138-143.
 15. Cirocco WC, Brown AC. Anterior resection for the treatment of rectal prolapse: a 20 year experience. *Am Surg* 1993;59(4):265-269.
 16. Deen KI, Grant E. Abdominal resection rectopexy with pelvic floor repair versus perineal rectosigmoidectomy and pelvic floor repair for full thickness rectal prolapse. *Br J Surg* 1994;81(2):302-304.
 17. Ramanujam PS, Venkatesh KS. Perineal excision of rectal prolapse with posterior levator ani repair on elderly high-risk patients. *Dis Colon Rectum* 1988;31:704-706.
 18. Williams JG, Rothenberger DA. Treatment of rectal prolapse in the elderly by perineal rectosigmoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1992;35(9):830-834.
 19. Johansen OB, Wexner SD. Perineal rectosigmoidectomy in the elderly. *Dis Colon Rectum* 1993;36(8):767-768.
 20. Berman IR, Harris MS. Delorme's transrectal excision for internal rectal prolapse. Patient selection, technique, and three year follow-up. *Dis Colon Rectum* 1979;22:513-521.
 21. Senapati A, Nicholls RJ. *Dis Colon Rectum* 1994;37(5):456-460.
 22. Sainio AP, Halme LE. Anal encirclement with polypropilene mesh for rectal prolapse and incontinence. *Dis Colon Rectum* 1991;34(10):905-908.
 23. Cushieri A. Laparoscopic prosthesis fixation rectopexy for complete rectal prolapse. *Br J Surg* 1994;81(1):138-139.
 24. Kusminsky RE, Tiley EH, Boland, JP. Laparoscopic Ripstein Procedure. *Surg Laparosc Endosc* 1992;2(4):346-347.
 25. Ballantyne GH. Laparoscopically assisted anterior resection for rectal prolapse. *Surg Laparosc Endosc* 1992;2(3):230-236.
 26. Scaglia M, Fath S. Abdominal rectopexy for rectal prolapse: influence of surgical technique on functional outcome. *Dis Colon Rectum* 1994;37:805-813.
 27. Duthie GS, Faroek R. The functional results of surgery for rectal prolapse. *Semin Colon Rectal Surg* 1991;2:205-211.