

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PROLAPSO MIXTO DE RECTO Y ÚTERO

Por:

MSc. Dr. Roberto Fernández González¹, MSc. Dr. Juan Carlos González Gallego² y Dr. Sergio Miguel Sáenz Brito³

1. Especialista de II Grado en Coloproctología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.
2. Residente de Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Universidad de Ciencias Médicas. "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz". Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Coloproctología. Hospital General "Mártires del 9 de Abril". Sagua la Grande. Villa Clara.

Descriptores DeCS:

PROLAPSO RECTAL/cirugía
PROLAPSO UTERINO/cirugía

Subject headings:

RECTAL PROLAPSE/surgery
UTERINE PROLAPSE/surgery

El prolapso de recto es una enfermedad poco frecuente que altera de forma importante la calidad de vida del paciente. Las primeras referencias sobre esta afección están descritas en el Papiro de Ebers¹; se denomina *completo* o *verdadero* cuando todas las capas de la pared rectal protruyen fuera del ano; *mucoso*, si solo es esta capa la que se prolapsa, e *interno* si el prolapso no sobrepasa el canal anal.

Existen factores que predisponen a la aparición de este padecimiento: enfermedades neurológicas, constipaciones crónicas, procesos quirúrgicos anorrectales, fondo del saco de Douglas profundo o recto sigmoide redundante¹⁻⁴.

Altemier⁵ lo clasifica en: Tipo I: prolapso mucoso, tipo II: invaginación sin hernia deslizante y tipo III: prolapso completo causado por hernias por deslizamiento a través de un defecto del diafragma pélvico.

El prolapso puede aparecer como un proceso aislado o manifestarse con otros problemas, como el prolapso uterino^{1,4} o la úlcera solitaria del recto⁶.

En el prolapso uterino, el útero desciende por el canal vaginal y el cuello del útero protruye hacia el exterior; cuando es avanzado conomita con un prolapso vesical o rectal⁷.

Presentación del paciente

Paciente de 67 años de edad, raza blanca, femenina, con antecedentes de padecer de hipertensión arterial desde hace cinco años, con un tratamiento diario de 1 tableta de captopril e hidroclorotiazida. Refiere que desde hace 10 años padece de prolapso uterino, diagnosticado por el ginecólogo, y que rehúsa el tratamiento quirúrgico. Desde hace dos años, la paciente comienza a presentar dificultad para la defecación y tenesmo rectal, y expresa que el recto le sobresale, lo que se ha incrementado en los últimos meses con dolor y sangrado rectal, por lo que acude al cuerpo de guardia de nuestro centro el 16 de marzo del 2008; se le diagnostica prolapso rectal irreducible

(Fig 1), y por estas condiciones se decide realizar intervención quirúrgica y cerclaje de ano mediante la operación de Thiersch; egresa el siguiente día. Posteriormente, el 8 de abril del 2008, acude a nuestra consulta remitida por el servicio de cirugía, donde se le retira el cerclaje. La paciente es reintervenida el 12 de junio del 2008 y se anuncia como un prolapso mixto de útero y recto. Se le realiza histerectomía abdominal y rectopexia con malla de teflón hacia el promontorio sacro (Figs 2-4), cuya técnica se encuentra descrita por Notaras⁸.



Fig 1 Paciente con prolapso mixto (recto y útero).

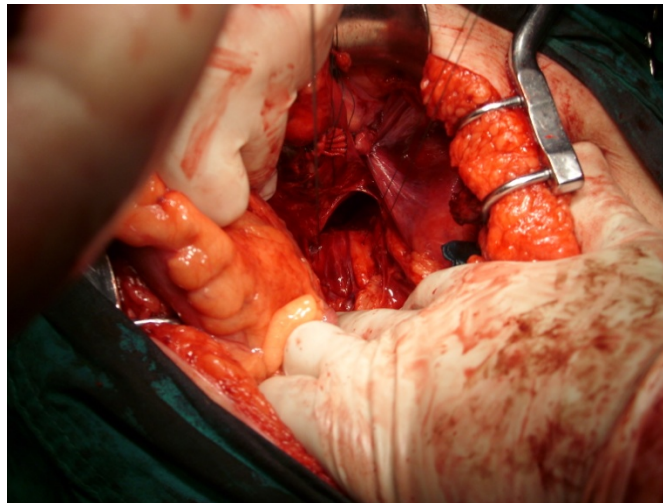


Fig 2 Puntos de Fijación de la prótesis al promontorio sacro.

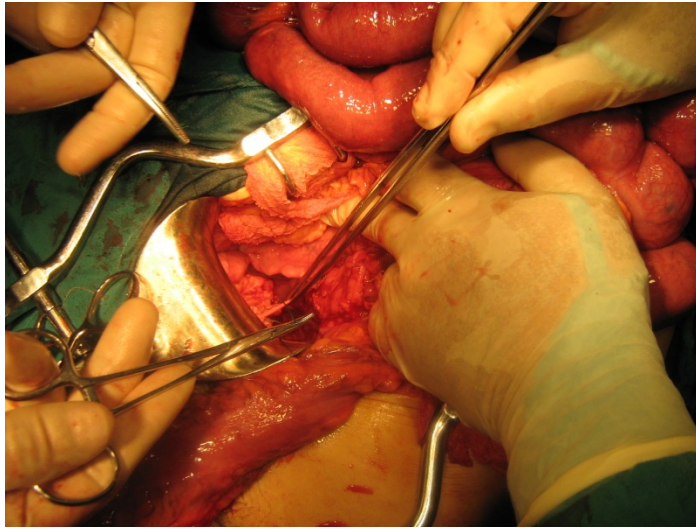


Fig 3 Colocación de la malla hacia el promontorio sacro.

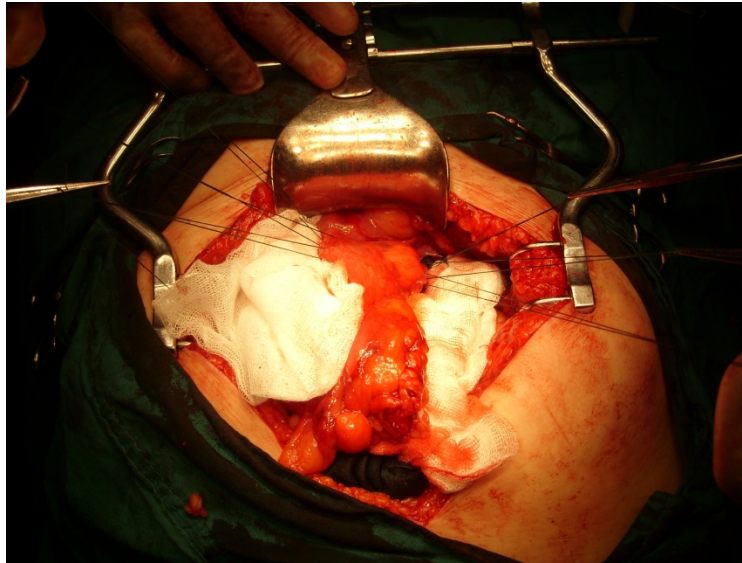


Fig 4 Fijación del recto hacia el promontorio sacro por medio de la prótesis.

Al realizar el examen físico, se observa en la región anal: ano entreabierto donde protruye el recto con una longitud de 15 a 20 cm; mediante el tacto rectal se encuentra el esfínter hipotónico y la ampolla rectal vacía.

Se le indican los siguientes exámenes complementarios, cuyos resultados fueron:

Hematócrito: 0,40 vol%; hemoglobina: 12 g/l; tiempo de coagulación: 6 min, tiempo de sangrado: 1 min; conteo de plaquetas $180n \times 10^9$; glucemia: 4,9 mmol/l; eritrosedimentación: 25; rectosigmoidoscopia: prolapso rectal de 15 cm y ampolla rectal vacía; no se encuentran otras alteraciones.

Colon por enema: no presenta alteraciones orgánicas.

Ultrasonido abdominal y ginecológico: sin alteraciones.

La paciente evoluciona satisfactoriamente, por lo que se le da el alta hospitalaria el 18 de junio del 2008. En estos momentos se encuentra recuperada del acto operatorio y totalmente asintomática (Fig 5).



Fig 5 Paciente a los seis meses de operada.

Comentario

El prolapso de recto se asocia frecuentemente con enfermedades multiorgánicas del suelo pélvico, como el prolapso uterino. La intervención quirúrgica para resolver el doble prolapso constituye una operación con resultados satisfactorios: se realiza la histerectomía con rectopexia al promontorio sacro y utilización de prótesis (teflón, dacrón, mersilene).

El objetivo del tratamiento es controlar el prolapso, restaurar la continencia y mejorar la evacuación al prevenir el estreñimiento. Se han descrito numerosos procedimientos para el tratamiento del prolapso de recto, y generalmente se obtienen buenos resultados, en cuanto al control del prolapso, con casi todas las técnicas.

La rectopexia abdominal incluye, inicialmente, una movilización del recto que en el plano posterior debe alcanzar los músculos elevadores y la punta del cóccix, se preserva la fascia propia del recto y, por tanto, toda su vascularización, así como los plexos nerviosos autónomos, que deberán ser identificados y conservados^{3,8}. En lo que respecta a la movilización anterior, el consenso es menor, y algunos grupos abogan por llegar al tercio superior de la vagina o de las vesículas seminales sin penetrar en la fascia de Denonvilliers, para evitar así la lesión de los plexos parasimpáticos, mientras que otros ni siquiera abren el fondo del saco de Douglas; la incontinencia residual es menos frecuente después de la cirugía abdominal; el corte, en lugar de la preservación de los ligamentos laterales se asocia con menos recurrencia del prolapso, pero con más estreñimiento posquirúrgico⁹. Compartimos el criterio de Verge¹⁰ de tratar el prolapso de recto mediante la

prótesis y su fijación al promontorio sacro; su solidez depende del anclaje firme de la malla al periostio del promontorio⁸.

Referencias bibliográficas

1. Abcarian H. Prolapso y procidencia. En: Lvidema GD. Shackelfort cirugía del aparato digestivo vol. IV. 3ra ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1993. p. 406-25.
2. Blas FM, Rangel PJH, Almería OJ, Pichardo FMA, García TBN, Solís CF, *et al.* Manejo quirúrgico del prolapso rectal completo: complicaciones en cirugía de mínima invasión versus cirugía abierta. Rev Mex Cir Endoscop [Internet]. 2008 [citado el 6 de abril de 2010];9(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://www.amce.com.mx/index.php?option=com_content&task=view&it=495&Itemid=203
3. Salomón M. Prolapso rectal. En: Galindo F. Cirugía digestiva [Internet]. Buenos Aires: Interamericana; 2009 [citado el 19 de abril de 2010]: [aprox. 17 p.]. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar>
4. Goligher JC. Prolapso rectal. En: Cirugía del año, colon y recto. España: Salvat; 1979. p. 240-79.
5. Altemeier WA, Culberstson WR. Schowengerdt: nineteen years Experience with the one-stage perianal repair of rectal prolapse. An Surg. 1971;(3):993-1006.
6. Fernández González R, Medrano Plana Y, Hernández Cuba M, Rodríguez González G. Úlceras solitarias del recto. Presentación de un paciente. Kirurgia. [Internet]. 2007 [citado el 8 de marzo de 2010];(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.sc.chu.es/scrwwsr/kirurgia/2007/Elcerarectal>
7. Hernández-González AM. Nursing care in the initial phases of pelvic floor prolapse. Enferm Clin. 2008 Nov-Dec;18(6):326-9.
8. Soto Granado M. Tratamiento del prolapso rectal completo de tercer grado rectopexia posterior y malla sintética (procedimiento de Notaras). Rev Sanid Milit. 2007;61(3):148-51.
9. Bachoo P, Brazzelli M, Grant A. Cirugía para el prolapso rectal completo en adultos. Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008 [citado el 8 de marzo de 2010]:4(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://www.update_software.com
10. Verge J, Eneus X. Evolución en el tratamiento del prolapso rectal gigante. Rev Mex Coloproctol. 2008;14(1):33-4.

Recibido: 2 de junio de 2010

Aprobado: 5 de octubre de 2010