

6

PROCIDENCIA RECTAL⁺ UNA SERIE DE 18 PACIENTES

* Mario Melguizo B.

RESUMEN

Se presentan los resultados obtenidos con 18 pacientes adultos con el diagnóstico de Procidencia Rectal, sometidos a tratamiento quirúrgico mediante 3 técnicas de rectopexia. Todos los pacientes consultaron al Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, Colombia, entre Marzo de 1971 y Mayo de 1989 (18 años). La edad promedio fué de 66.5 años (37-87). Del sexo femenino, 16 pacientes (88.8%) y 2 (11.1%) del sexo masculino. Diez mujeres (62.5%) de las 16, habían sido hysterectomizadas por vía vaginal (9) o tenían el diagnóstico de histerocele asociado (1). Se empleó la técnica de Orr-Loygue en 8 pacientes (44.4%), la de Notaras en 5 pacientes (27.7%) y la Ripstein en 5 pacientes (27.7%). Se presentaron 3 complicaciones tempranas atribuibles a la técnica en 3 de los 5 Ripstein (dificultad para defecar, distensión abdominal, perforación del recto a nivel de la "cincha"). Ninguna con las otras dos técnicas. Una muerte en el postoperatorio inmediato (5.5%). Se efectuó, en los 17 pacientes restantes, un seguimiento excelente en 11 pacientes (5.3 años), bueno en 4 (7.2 meses) y 2 pacientes (12.5%) están perdidos del control. Todos los pacientes conocidos (15 pacientes) tuvieron una adecuada corrección y ninguno ha presentado recidivas.

Palabras clave: Procidencia Rectal, Rectopexia, Orr-Loygue, Notaras, Ripstein.

SUMMARY

Results obtained with surgical treatment through three different surgical procedures of rectopexy are presented in a series of 18 patients with rectal procidentia. All these patients consulted at Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia, between March 1971 and May 1989 (18 years). Age promedlum was 66.5 years (37-87); 16 were female patients (88.8%) and 2 male patients (11.1%). 10 female patients had been performed vaginal hysterectomy (9) or the diagnosis of associated histerocele (1). Orr-Loygue technique was used in 8 patients

* Profesor titular de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana y Cirujano General de Planta del Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia. S.A.

+ Trabajo presentado en el XI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Coloproctología. Acapulco - México, Noviembre 12 -16, 1989.

(44.4%), Notaras technique in 5 patients (27.7%) and Ripstein technique in 5 patients (27.7%). Three early complications were present in 3 of the 5 patients in Ripstein technique (difficult defecation, abdominal distension, rectal perforation). No complications were present with the other two techniques. One patient died in the immediate postoperative period (5.5%). In all the remaining 17 patients had a clinical follow up: it was excellent in 11 (5.3 years) and good in 4 patients (7.2 months) ; two patients had no follow up. All known patients (15) had an adequate correction and none of them have presented relapses in their condition.

Key words: Rectal Procidentia, Rectopexy, Orr-Loygue, Notaras, Ripstein.

INTRODUCCION

Se emplea el término Procidencia cuando todo el espesor de la pared rectal protruye a través del ano (1). Debe diferenciarse del prolapso mucoso en el cual solamente está afectada la mucosa (2).

Su etiología continúa mal comprendida. Para Moschowitz (1912), se trataría de una hernia por deslizamiento, donde el fondo de saco peritoneal recto vaginal o rectovesical, anormalmente profundo, jugaría un importante papel (1,2); para Broden y Snellman (1968) el prolapso comenzaría como una intususcepción (1,2); para Porter (1962), su etiología tendría una importante base en alteraciones de la musculatura del piso de la pelvis (1,2); para Orr (1947), Loygue (1957), Ripstein (1965), Notaras (1967) y otros, es definitivo enfocar el problema de la movilidad anormal del recto en su lecho, por lo cual proponen fijarlo dentro de la pelvis con alguna forma de rectopexia (1,2).

Desde Marzo de 1971, los cirujanos del Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, Colombia, han preferido la reparación por vía abdominal y dentro de éstas, la del tipo de las rectopexias con material extraño. Se han utilizado básicamente las técnicas de Orr-Loygue, Ripstein y la de Notaras.

El presente trabajo muestra los resultados obtenidos entre Marzo de 1971 y Mayo de 1989 (18 años), con 18 pacientes con Procidencia Rectal intervenidos mediante alguna de las tres técnicas mencionadas arriba.

MATERIAL Y METODOS

La presente serie está constituida por 18 pacientes adultos, con diagnóstico de Procidencia Rectal. El promedio de edad fue de 66.5 años (osciló entre 37 y 87 años). Del sexo femenino, 16 pacientes (88.8%) y 2 (11.1%) del sexo masculino. Diez mujeres (62.5%) de las 16, habían sido hysterectomizadas por vía vaginal (nueve) o tenían el diagnóstico de histerocele asociado (una).

Quince mujeres estaban casadas, de dos de ellas no se conocen datos sobre gravidez ni paridad y las trece restantes tuvieron un total de 87 hijos (un promedio de 6.7 hijos).

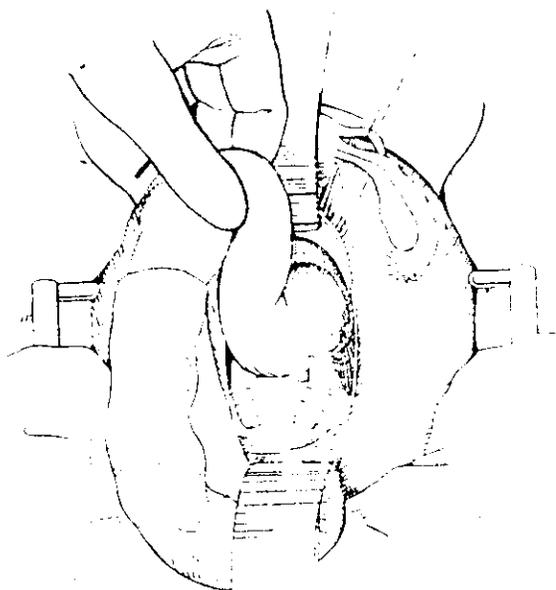
Los resultados fueron evaluados de acuerdo con la permanencia de la corrección y su estado funcional. El seguimiento fue excelente en 11 pacientes (5.3 años) y bueno en 4 (7.2 meses). Dos pacientes (12.5%) perdidos del control. Un paciente muerto en el postoperatorio inmediato.

TECNICA OPERATORIA

Se empleó la técnica de Orr-Loygue en 8 pacientes (44.4%), la de Notaras en 5 pacientes (27.7%) y la de Ripstein en 5 pacientes (27.7%).

La técnica de Orr-Loygue fija el recto por medio de dos tiras o cintas de fascia lata (Orr) o de malla de nylon al promontorio sacro, después de una completa movilización del recto (Loygue). (Ver fig. 1).

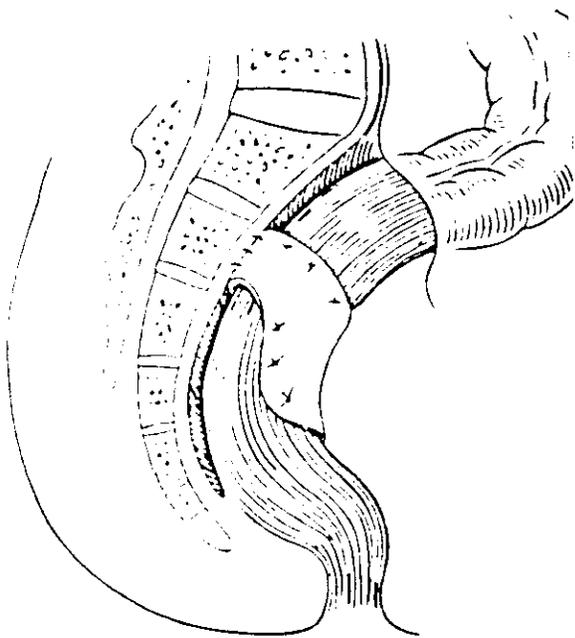
Figura 1: Técnica de Orr-Loygue (Tomado Referencia 1)



En cuatro de nuestros casos (los primeros) se utilizó fascia de novillo; posteriormente, dacrón (4 pacientes).

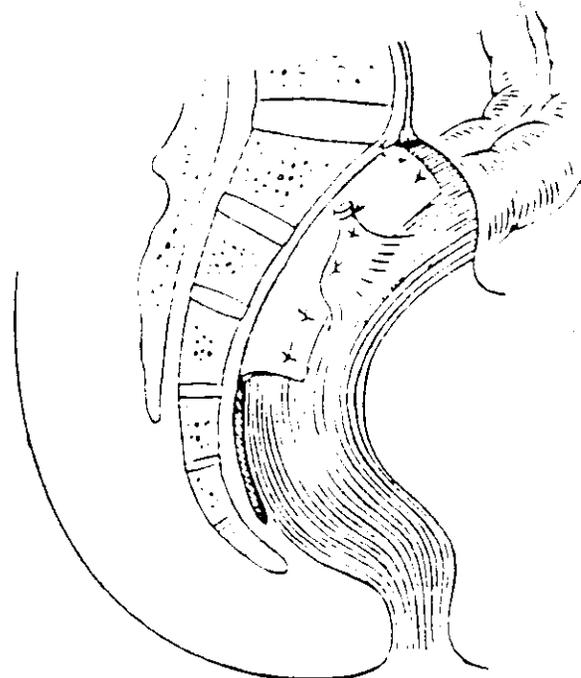
La técnica de Ripstein, fija el recto en la concavidad sacra, utilizando malla de teflón a manera de cabestrillo. Moviliza totalmente el recto y coloca la malla de teflón de 5 cms. de ancho alrededor del recto. (Ver fig. 2). Nosotros hemos utilizado malla de polipropileno en los 5 pacientes.

Figura 2: Técnica de Ripstein (Tomado Referencia 1)



La técnica de Notaras, fija el recto al promontorio sacro, mediante un pedazo de malla rectangular, que cubre aproximadamente 1/3 de su circunferencia. (Ver fig. 3). Hemos utilizado esta técnica, con malla de polipropileno o dacrón en 5 pacientes.

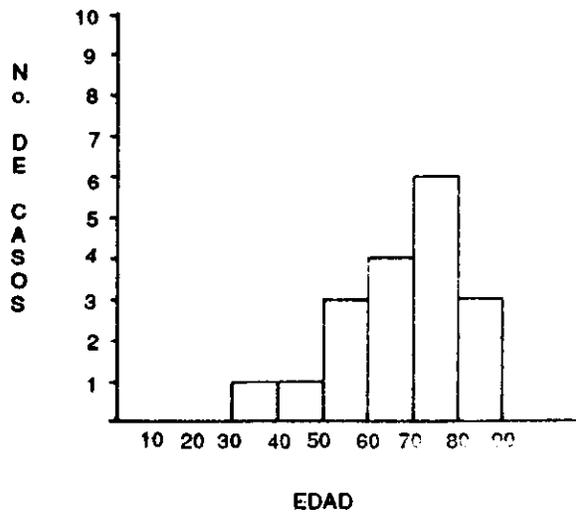
Figura 3: Técnica de Notaras (Tomado Referencia 1)



RESULTADOS

En el gráfico # 1 puede apreclarse que un 72.2% de nuestros paclentes son mayores de 60 años.

Gráfico 1: Distribución por grupos de edad



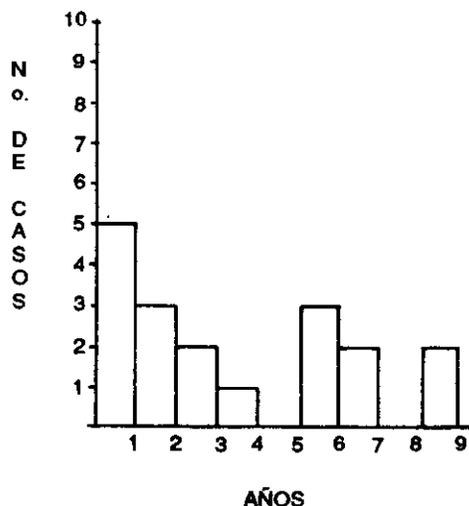
Con respecto a los síntomas, nuestros pacientes se quejaban, además del prolapso, de disquesia y rectorragia la mayoría de las veces. Apenas 2 refirieron incontinencia y otros, dolor rectal, prurito, diarrea y constipación.

La 1/3 parte (33.3%) de los pacientes habían sido intervenidos para su prociencia por vía anal en otros centros hospitalarios, la mayoría al parecer cerciajes tipo Thiersch, todos infructuosos, razón por la cual acudieron a nuestro hospital. A otro le había sido practicada una operación de Whitehead. Diez mujeres (62.5%) de las 16, habían sido histerectomizadas por vía vaginal (nueve), o tenían el diagnóstico de histerocele asociado (una).

Sólo a 8 de los pacientes (44.4%) se les practicó una rectosigmoidoscopia antes de llevarlos a cirugía, la cual fue normal en todos.

El 61.1% de los pacientes tuvieron una evolución de su enfermedad menor de 4 años. Sin embargo, los demás pacientes la tuvieron de más de 5 años, como puede apreciarse en el gráfico 2.

Gráfico 2: Tiempo de evolución de la enfermedad



Como fué anotado antes, se emplearon 3 técnicas quirúrgicas orientadas todas hacia la rectopexia, pero con algunas diferencias entre ellas.

Se presentaron 5 (27.7%) complicaciones tempranas posteroperatorias consistentes en: Dificultad para defecar (1 caso), distensión abdominal (1 caso), perforación del recto a nivel de la "cincha" o cabestrillo, que requirió una colostomía y que presentó además una infección de la herida quirúrgica (1 caso), gastritis hemorrágica severa, que requirió gastrectomía (1 caso) y retención urinaria (1 caso). Las tres primeras complicaciones anotadas se presentaron en pacientes operados con la técnica de Ripstein, la siguiente después de un Orr-Loygue y la retención urinaria después de un Notaras.

Por lo anterior, podemos anotar que se presentaron 3 complicaciones atribuibles a la técnica en 3 de los 5 Ripstein. Ninguna, atribuible a la técnica, con las otras dos modalidades.

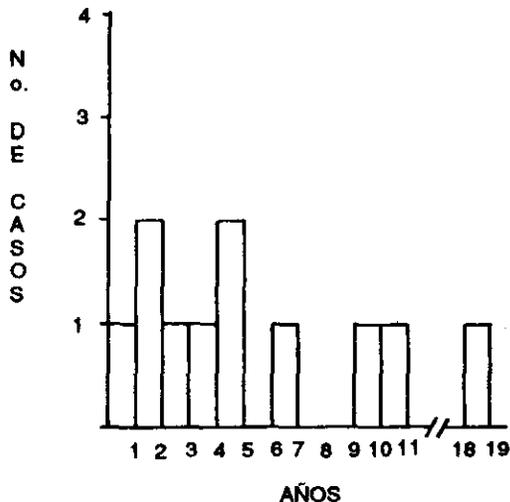
Tres (16.6%) complicaciones tardías, del orden de: Impacto fecal (1 caso), hernia inclisional (2 casos).

Una muerte en el postoperatorio inmediato.

En los 17 pacientes restantes, hemos efectuado un seguimiento excelente en 11 pacientes (5.3 años) y 3 han muerto ya para la fecha; bueno en 4 (7.2 meses) y dos pacientes (12.5%) están perdidos del control. Todos los pacientes conocidos (15 ptes.) tuvieron una adecuada corrección y ninguno ha recidivado hasta el momento de su seguimiento o hasta su muerte.

En el gráfico # 3 podemos apreciar el seguimiento efectuado en los pacientes en quienes pudimos efectuar un excelente control, es decir, hasta mayo de 1989 o hasta su muerte.

Gráfico 3: Seguimiento "excelente" (11 pacientes)



El 54.5% de estos pacientes tuvieron un seguimiento de más de 4 años. Un paciente con 18 años de seguimiento, con perfecta corrección de su prolapso tiene ahora 74 años de edad y un cáncer de próstata.

La sintomatología desapareció en todos los pacientes, excepto en uno de los dos casos que aquejaron Incontinencia fecal. Sin embargo, conviene aclarar que el caso en el cual persistió la incontinencia es el de una paciente que quedó incontinente después de una primera cirugía por vía anal, practicada para su prolapso en otra institución. No hemos tenido recurrencias y por lo tanto no hemos reintervenido a ningún paciente.

DISCUSION

La verdadera incidencia del prolapso rectal es desconocida. Más común en mujeres que en hombres en una proporción de 3:1 a 10:1, dependiendo de las series (3). En la nuestra fué de 8:1.

Los factores predisponentes y asociados de la presente patología, pueden ser congénitos o adquiridos. Entre ellos podemos mencionar: Constipación crónica, enfermedad

neurológica, sexo femenino, nuliparidad, rectosigmoides redundante, fondo de saco de Douglas profundo, ano abierto (esfínter interno débil), diastasis del músculo elevador del ano (defecto piso pélvico, falta de fijación del recto al sacro, procedimientos operatorios previos (hemorroidectomía o fistulectomía). (4) Otros agregan el estado mental (2,3).

Es mucho más frecuente en ancianos. Se afirma que la incidencia de Procidencia Rectal es más frecuente en mujeres solteras y sin hijos (1,2,4). Entre nosotros, no hubo diferencia en este aspecto, pues de las 16 mujeres, 15 estaban casadas; sólo era soltera una de ellas que padecía una distrofia muscular y fue la más joven de la serie (37 años); dos de ellas, casadas, no tenían datos de gravidez ni paridad; las 13 mujeres restantes tuvieron un total de 87 hijos, lo cual no difiere del número de hijos que normalmente tienen nuestras mujeres. No creemos que la nuliparidad sea pues un factor predisponente ni asociado. Tampoco podemos afirmar que la multiparidad lo sea, como lo sugirieron Carraco (1934) y Gabriel (1948) (2). Sin embargo, no olvidemos que el prolapso uterino suele ser el resultado tardío del trauma obstétrico.

Para Gollgher, sólo un pequeño porcentaje de pacientes con Procidencia Rectal tiene prolapso uterino quirúrgico (8 de 83) (2); en nuestra serie sucedió igual (1 de 16), sin embargo 10 de las 16 pacientes habían sido histerectomizadas por vía vaginal previamente. En esta casuística existe una alta relación entre las dos patologías (62.5%).

Para Broden y Snellman (1968), el prolapso comenzaría como una intususcepción (5). Sería una intususcepción del recto medio, basados en sus observaciones clínicoradiológicas. Efectivamente, es ahora aceptado por la mayoría, que el prolapso es una intususcepción, con un punto de iniciación a 6-8 cms. dentro del recto. Los hallazgos anatómicos usualmente encontrados serían secundarios más bien que predisponentes (3).

Notaras la considera atractiva pero la objeta (1).

Se han propuesto más de 100 procedimientos quirúrgicos (3), utilizando las vías perineal, abdominal y transacra (2).

Para efectos comparativos, conviene mencionar aquí los resultados obtenidos por Loygue con su modificación a la técnica de Orr. Entre 1953 y 1970, operó 140 pacientes, tuvo 2 muertes operatorias y una recidiva del 3.6% (6). En 1984, publica una serie de 257 pacientes, con 2 muertes operatorias y 4.3% de recurrencia (7).

Con la operación de Ripstein, intervención favorita en Estados Unidos, las diferentes series muestran recurrencias del 2.3 al 12.5% y morbilidades altas (1). Gordon y Hoexter (8), revisaron varias series efectuadas con este tipo de procedimiento y encontraron una recurrencia baja de 2.3% pero un 16.5% de morbilidad. Las complicaciones fueron impacto fecal, hemorragia presacra, estenosis, absceso pélvico, obstrucción de intestino delgado, impotencia y fístula (por erosión de la malla). Coinciden esta clase de complicaciones con las discutidas por nosotros en aquellos a quienes se les practicó este tipo de intervención.

Notaras es explícito al exponer que los inconvenientes del Ripstein se basan en el efecto de cabestrillo o "cincha" que impide la expansión del recto; y la posibilidad de lesión de las venas presacras con hemorragia difícil de controlar (1).

La anterior argumentación de Notaras, es esgrimida por éste para defender su técnica, ya que su malla sólo cubre 1/3 de la circunferencia, lo cual permite la total expansión del recto y supera el problema de una obstrucción. Así mismo, al suturar, no a la concavidad sacra sino al promontorio, evita la lesión de las venas presacras. Ha practicado esta cirugía en más de 100 casos desde 1967. No ha tenido mortalidad quirúrgica y la morbilidad ha sido mínima. Tampoco ha tenido recidivas (1).

Consideramos que el principio original de Roscoe-Graham (1942), con la movilización completa del recto como base fundamental de la corrección de la prociencia, ha apuntado a técnicas como la de Notaras con su rectángulo de malla suturado al promontorio sacro, que supera, al más laborioso de Orr-Loygue y al más riesgoso -por la configuración de cabestrillo o "cincha" que se le da a la malla- de Ripstein.

Recomendamos el procedimiento de Notaras para los pacientes con Prociencia Rectal. El de Orr-Loygue fue igualmente bueno y puede efectuarse si se prefiere, pero es un poco más laborioso. No estamos satisfechos con el procedimiento de Ripstein.

También se ha propuesto la cirugía para los síndromes relacionados con la Prociencia Rectal. Es decir, para el prolapso interno, la úlcera solitaria del recto y la colitis quística profunda. Pues algunos autores creen que los anteriores son un espectro de un síndrome (9,10).

Para Corman (3) y Kullpers (11) el prolapso interno es un preprolapso. Irbe y Seligson (12) obtuvieron buenos resultados con la cirugía en pacientes incontinentes con prolapso interno y creen que este subgrupo es indicación de cirugía.

Para algunos, el 100% de los pacientes con úlcera solitaria se prolapsan (13). Para otros sólo 1/3 a 1/4 de ellos (14,15). Otros no pueden demostrarlo (16). Pero hay consenso en que debe efectuarse cirugía siempre y cuando coexista con un prolapso rectal completo (11,13,14).

En casos de colitis quística profunda, de 0-57% de los pacientes hacen prolapso (17,18). Se ha recomendado la excisión local (18). Stuart identificó prolapso en 50% de los pacientes con este tipo de colitis y los operó, con desaparición de la colitis quística en 80% de los pacientes (17).

AGRADECIMIENTOS

Al equipo quirúrgico del Hospital Pablo Tobón Uribe desde sus comienzos hasta la fecha. A la Sra. Luz María Tamayo y todo el equipo humano del Archivo Clínico por su paciente colaboración.

REFERENCIAS

1. Notaras, M. J. Prolapso Rectal (Rectosigmoides, Recto y conducto Anal). En: Maingot, R. Operaciones Abdominales. 1986:1399-1411.
2. Goligher, J. Cirugía del Ano, Recto y Colon. Prolapso Rectal. Primera Edición (Reimpresión 1982). Barcelona. Salvat Editores. 1982:240-279.
3. Lowry, A.C.; Goldberg, S.M. Internal and Overt Rectal Procidentia. *Gast. Cl. North. Am.*, 16:47-70, 1987.
4. Corman, M.L. Rectal Prolapse. *Surgical Techniques. Surg Cl. North Am* 68:1255-1265, 1988.
5. Broden, B; Snellman, B. Procidentia of the Rectum Studied with cineradiography: A contribution to the discussion of causative mechanism. *Dis Colon Rectum* 11:330-347, 1968.
6. Loygue, J; Huguier, M; Malafosse, M; Biotois, H. Complete Prolapse of the Rectum. A report on 140 cases treated by rectopexy. *Brit J. Surg* 58:847-848, 1971.
7. Loygue, J; Nordlinger, B; Cunci O. et al. Rectopexy to the Promontory for the treatment of Rectal prolapse. Report of 257 cases. *Dis Colon Rectum* 27:356-359, 1984
8. Gordon, PH; Hoexter, B. Complications of the Rectum Procedure. *Dis Colon Rectum.* 21:277-280, 1978.
9. Ripstein, C. Procidentia of the Rectum: Internal intussuception of the rectum. 18: 458, 1975.
10. Martin, C. J.; Parks, T.G.; Biggart, J.D. Solitary rectal ulcer Syndrome in Northern Ireland 1971-1980. *Br J. Surg* 68:744, 1981.
11. Kuijpers, H.C.; Schreve, R.H.; Hoedemakers, H.C. Diagnosis of functional disorders of defecation causing the solitary rectal ulcer syndrome. *Dis Colon Rectum.* 29:126, 1986.
12. Ihre, T.; Seligson, U. Intussuception of the rectum-internal procidentia. Treatment and results in 90 patients. *Dis Colon Rectum* 18:391, 1975.
13. Schweiger, M; Alexander-Williams, J. Solitary ulcer of the rectum-its association with occult rectal prolapse. *Lancet* 1:170, 1977.
14. Keighley, M. R.; Shouler, P. Clinical and manometric features of the solitary rectal ulcer syndrome. *Dis Colon Rectum* 27:507, 1984.
15. Snooks, S. J.; Nicholls, R. J.; Henry, M. M. et al. Electrophysiological and manometric assessment of the pelvic floor in the solitary rectal ulcer syndrome. *Br J. Surg* 71:131, 1985.
16. Thompson, G.; Clark, A.; Handyside, J. et al. Solitary ulcer of the rectum- or is it a report of six cases. *Br. J. Surg* 68:21, 1981.
17. Stuart, M. Proctitis Cystica Profunda-incidence, etiology and treatment. *Dis Colon Rectum* 27:153, 1984.
18. Martín, J. K.; Culp, C. E.; Weiland, L. H. Colitis Cystica Profunda. *Dis Colon Rectum.* 23:488, 1980.