



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Médicas
República de Guatemala, Centro América

PROCIDENCIA RECTAL UN PROBLEMA QUIRURG

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad
Ciencias Médicas de la Universidad de San
Carlos de Guatemala, por:

LUIS E. ANDERSON GONZALE

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre

RECUERDO ANATOMICO

El conducto anal tiene una extensión de 3 cms. y se prolonga desde el margen anal, hasta la línea anorrectal, a cuyo nivel se une con el recto. La piel modificada que tapiza el conducto anal, se encuentra inervada por el sistema nervioso periférico y es extremadamente sensible. Aproximadamente al nivel de la unión del tercio medio con el tercio inferior del conducto, se localiza la línea de inserción de los elevadores del ano, que corresponde al espacio comprendido entre los esfínteres interno y externo, y que puede palpase claramente como una hendidura, conocida con el nombre de Línea de Hilton (línea intermuscular o interesfinteriana). El área delimitada por la línea de Hilton y la línea anorrectal recibe el nombre de Pecten. En el extremo del conducto anal, la unión de la piel modificada por abajo, con la mucosa rectal; por arriba, constituye la línea anorrectal (línea pectínea o dentada). En este nivel hay pequeños pliegues situados entre las columnas de Morgagni, que dan origen a las criptas de Morgagni. Sobre la superficie anal de algunos de estos repliegues se observan pequeñas estructuras fibrosas, de forma cónica, llamadas papilas anales. Estas pueden ser por lo general de 6 a 12 y su altura varía entre 1 y 2 mms. En los casos de gran hipertrofia, pueden llegar a medir hasta 1 y 2 cms., siendo preciso extirparlas.

Relaciones del Conducto Anal:

Por los lados y por atrás, el conducto anal se relaciona con los esfínteres externo e interno además de la inserción de los elevadores. Por delante, en el hombre, el conducto se relaciona con el vértice de la próstata, la uretra membranosa y esponjosa, el diafragma urogenital y el cuerpo perineal; en la mujer, con la vagina.

RECTO:

El recto se extiende desde la línea anorrectal por abajo, en una distancia de 15 cms., hasta la unión rectosigmoidea al nivel de la tercera vértebra sacra. Yace sobre el sacro, coxis y elevadores, y su pared posterior forma un ángulo casi recto con el

conducto anal, al nivel de la línea anorrectal. El recto constituye una cavidad alargada de 5 a 8 cm. de diámetro que se estrecha al unirse con el rectosigmoide por arriba, y con el conducto anal por abajo.

La pared rectal comprende cuatro capas: peritoneal, muscular, submucosa y mucosa. El peritoneo recubre los dos tercios de las caras anterior y laterales del recto, para proyectarse luego hacia adelante sobre la vejiga, en el hombre y sobre la parte superior de la vagina y útero en la mujer. La pared posterior del recto se halla totalmente desprovista de revestimiento peritoneal.

La muscular comprende una capa longitudinal y otra interna circular; la primera es continuación de las cintillas longitudinales del asa sigmoidea, que se abren en abanico para rodear al recto en su totalidad, y la segunda, continuación directa de la capa circular interna del asa sigmoidea. Por dentro de la capa muscular se halla la submucosa en la cual se localizan vasos y nervios. La capa más interna es la mucosa, profundamente vascularizada.

Las válvulas de Houston son repliegues transversales en forma de media luna, que se extienden de 1 a 3 cms. desde la pared hacia la luz del órgano. Están compuestas de mucosa y submucosa, juntamente con algunas fibras musculares, tres de ordinario. La del medio es la más constante y se localiza sobre la pared anterior, a la derecha, donde sirve como punto de referencia para conocer el nivel al que se halla el extremo del fondo de saco peritoneal.

RECTOSIGMOIDE:

Arbitrariamente se llama región rectosigmoidea a la porción del intestino que se extiende unos 3 cms. a ambos lados de la unión del recto con el sigmoide. Se localiza al nivel de la tercera vértebra sacra y constituye la parte más estrecha del colon. Señala, así mismo, el punto al nivel del cual la arteria hemorroidal superior se bifurca y el lugar en que se separan las hojas del meso sigmoide.

MUSCULOS:

Esfínter interno del Ano: está formado por el espesamiento del borde inferior de la capa muscular circular del recto y se extiende desde la línea intermuscular, de 1 a 2 cms. hacia arriba. Rodea la parte superior del conducto anal y su borde inferior se halla a su vez, rodeado por el esfínter externo. Se encuentra innervado por el sistema nervioso autónomo. Este músculo no posee importancia decisiva en el mantenimiento del control anal.

Esfínter externo del Ano: músculo compuesto de tres porciones bien diferenciadas, los haces subcutáneos, superficial y profundo.

El haz subcutáneo del esfínter externo es de forma ovalada y yace inmediatamente debajo de la piel que rodea el margen del ano, lugar en donde se lo puede palpar con facilidad e inspeccionar a simple vista. Se halla separado del esfínter interno, por arriba, por las estructuras de la línea intermuscular.

El haz superficial tiene origen en el coxis y se extiende hacia adelante como un manojito doble, que se divide para rodear el ano, uniéndose nuevamente por delante, para ir a insertarse en el cuerpo del perineo. El haz profundo está situado por encima del anterior y tiene forma anular. Aunque por delante se halla separado distintamente, por detrás se encuentra incluido en las fibras curvas posteriores del músculo puborrectal.

MUSCULOS ELEVADOS DEL ANO: estos músculos, uno a cada lado, se extienden desde la rama horizontal del pubis y la línea blanca de la aponeurosis que recubre al obturador interno. La porción puborrectal está formada por dos fuertes haces musculares, que se dirigen desde el pubis hacia atrás, uno a cada lado para confluír por detrás del ano mediante una faja de fibras curvas que se confunden con las del haz profundo del esfínter externo. Los otros componentes del elevador (subcoxígeo), siguen en dirección posteromedial hasta unirse por detrás del recto, yendo a insertarse finalmente en el coxis. A nivel del ano, el elevador termina en extensiones fibromusculares unidas a las provenientes del músculo longitudinal del recto. Todo el

conjunto así formado se inserta en el conducto anal, a la altura de la línea intermuscular. Algunas fibras de este conjunto perforan también la parte correspondiente al haz subcutáneo del esfínter externo y terminan insertándose en la piel que recubre el margen del ano, a la cual puede deprimir (corrugator cutis ani).

MUSCULO TRANSVERSO DEL PERINEO: músculo par, que se desprende de las ramas del pubis a cada lado, cruza el perineo en dirección transversal y termina uniéndose con su homólogo del lado opuesto, en la línea media y por delante del ano, en el centro del cuerpo perineal.

PROCIDENCIA RECTAL

El prolapso rectal como Hayden lo ha comentado, presenta un problema quirúrgico que nunca ha sido resuelto satisfactoriamente.

Muchas operaciones han sido proyectadas, pero debemos recordar a Orr que dice: "La multiplicidad de las operaciones que han sido descritas para el tratamiento del prolapso rectal completo, es evidencia de que hasta la fecha no ha sido concebida aquella que pueda ser considerada completamente satisfactoria.

En el año de 1949, Dickson Wright reportó que no menos de 51 operaciones diferentes habían sido descritas en la literatura; otras tantas han sido añadidas desde entonces.

El prolapso rectal y procidencia han sido reconocidos desde hace mucho tiempo. Debe recordarse que Hipócrates discutió medidas tendientes a lograr su corrección. Levret fue uno de los primeros en dar una descripción anatómica en su trabajo del siglo XVIII. En 1843, el patólogo Cruveilhier introdujo la clasificación de: prolapso parcial, total, invaginación e intususcepción del intestino, escapando por el ano. En 1882, Kelsey hizo una diferenciación entre el prolapso simple de la mucosa rectal y el tipo de prolapso que envuelve todos los elementos de la pared intestinal.

Entre aquellos que han contribuido a través de los años a nuestro conocimiento sobre este tema deben mencionarse los nombres de Cooper, Edwards, Tuttle y Martin.

Las teorías relacionadas con la causa del prolapso y procidencia son numerosas. Los factores comprendidos pueden ser de carácter predisponente e incitante. En niños, ciertas condiciones anatómicas presentes a esa edad han sido indicadas, tal como la presencia de un recto más vertical y la ausencia de tejido adiposo de sostén en los espacios pélvico e isquiorrectal.

La inmadurez o incompleto desarrollo de los soportes que mantienen la ampolla rectal en su debido lugar ha sido considerada, tanto como la deficiencia congénita del desarrollo de los mismos.

Básicamente, los factores etiológicos en la procidencia abarcan defectos faciales, musculares o de los soportes peritonea-

les; y en el prolapso, los soportes musculares subyacentes. En consecuencia, cualquier condición que represente tensión o esfuerzo sobre los soportes musculares y la mucosa intestinal debe ser considerada como una predisposición.

Entre las causas excitantes están aquellas condiciones que incrementan la presión intraabdominal, incluyendo factores mecánicos, traumáticos e inflamatorios. El estreñimiento es un factor. Los hemorroides, pólipos y tumores dentro del intestino tienen una tendencia a arrastrar hacia abajo el intestino. Entre otras condiciones que aumentan la presión intraabdominal están: vómitos, tos y llanto violento.

Moschcovitz en 1912, expresó su teoría sobre la patogenia del prolapso rectal que ha dominado la cirugía de esta entidad por muchos años, atribuyéndolo a un tipo de hernia por deslizamiento del saco de Douglas a través de la debilitada y atenuada fascia pélvica.

La versión de Milles sobre la evolución gradual del prolapso rectal, contrasta con la idea de Moschcovitz. Milles cree que el proceso comienza debajo, no encima. De acuerdo con él, el trastorno comienza en el margen anal y la expulsión puede ser parcial cuando sólo una porción de la pared rectal ha sido expulsada; y total, cuando la totalidad de la pared del recto ha sido vuelta hacia afuera. Cuando todo el recto ha sido expulsado, la masa empujada consiste en un doble tubo, uno dentro del otro. El tubo exterior consiste en el del recto, la mucosa siendo continuada por la piel con margen anal como base; y la mucosa del colon pélvico como el ápice o parte distal de la protrusión. El tubo interior consiste en una porción igual de colon pélvico que ha sido expulsado. En medio de los dos tubos hay una prolongación del peritoneo pélvico que forma el saco anterior y a los lados pero no posteriormente. Bacon expresa prácticamente la misma idea en su definición del prolapso. El asienta que prolapso denota el descenso anormal de un órgano. En el prolapso el descenso abarca la membrana mucosa del recto. Procidencia es una extensión del prolapso significando que es el descenso anormal de todas las capas o membranas del recto de su posición normal, algunas veces constituye la completa eversión del órgano.

DIAGNOSTICO:

Una característica de esta condición es que los síntomas son engañosos en las primeras manifestaciones de la enfermedad y siguen en vía de aumento causando más y más malestar al paciente.

Típicamente ocurren en el orden siguiente:

1—Prolapso a través de la abertura anal en caso de esfuerzo en las evacuaciones, a primera vista fácil de reacondicionar, pero eventualmente no tratable en forma manual, y después ocurre en la posición erecta.

2—Secreción, produciendo gran malestar, constituyendo un suplicio y requiriendo frecuentes cambios de paños.

3—Hemorragia, que puede ser frecuente y alarmante, tanto que algunas veces produce gran pérdida de sangre.

4—Dolor, manifestado con una sensación descendente que no se alivia con el uso de laxantes y una extensión de este dolor hacia la región lumbo-sacra con prolongación hacia las piernas, asociado con edema y micciones frecuentes.

5—Constipación, la cual se torna en diarrea con sangre y pus en las evacuaciones y la región se torna inflamada y ulcerada.

6—Estrangulación asociada con gran dolor.

Usualmente el diagnóstico se hace por inspección. En el prolapso, la inspección revela surcos longitudinales en la mucosa, irradiados del canal anal y el intestino, produciéndose una protrusión en forma esférica por una distancia no mayor de 2 pulgadas. Este es firme cuando se presiona suavemente entre el dedo pulgar y el índice.

Una doble capa de mucosa está presente, y al insertar los dedos al examinar, a lo largo de la superficie exterior del prolapso, se siente un surco entre el prolapso y la pared rectal intacta.

En procidencia la protrusión es de forma ovalada y de longitud y diámetro mayores que en el prolapso. A la palpación, la procidencia se siente densa y firme.

Hemorroides, pólipos, hipertrofia papilar y tumores malignos deben ser diferenciados del prolapso y procidencia. Los hemorroides, los cuales raramente se observan en niños, tienen su origen inmediatamente encima de la línea anorrectal y usualmente están colocados en los tres cuadrantes característicos de la circunferencia. Ocurren como suaves masas de forma irregular y algo lobulados con una base ancha. Los hemorroides internos son de color rojo azulado y sangran fácilmente; en medio de ellos la mucosa es normal.

Los pólipos ocurren separadamente, son de forma redonda u ovalada y son suaves y elásticos al palparlos. El pedículo angosto es característico.

Las papilas hipertrofiadas frecuentemente son múltiples, siempre comienzan en la línea anorrectal y tienen una ancha base rosada.

El carcinoma es más común después de los 40 años, aparece como una masa nudosa irregular.

Las úlceras son hondas, los bordes levantados y la base endurecida. la secreción es irritante y el olor fétido.

Mikulicz reportó en 1888, que había operado a 6 pacientes con prolapso rectal. La operación consistía en la amputación del intestino expulsado y una inmediata anastomosis de extremo a extremo.

Lockhart Mummery publicó un artículo en el cual describió una operación para la cura del prolapso rectal. Su concepto de la patología a este respecto era que el recto separaba del sacro; lo cual se hizo por medio de una incisión transversal a través de la piel, a la mitad del camino en medio del coxis y el margen posterior del ano. La incisión fue ahondada a través de la fascia por medio de una disección roma. El espacio fue después llenado con gazas que eran cambiadas cada pocos días. La idea era

favorecer el desarrollo del tejido de granulación, el cual traería consigo la adhesión del recto al sacro. Sin embargo, Hughes reportó que de 30 pacientes operados por este método en el St. Mark's Hospital de Londres, 29 habían tenido recurrencias.

Swinton y Mathiesen reportaron una operación aparentemente basada en el mismo principio, o sea provocar nuevas adherencias del recto al sacro; designaron la operación como fijación del recto y la describieron como sigue: el dedo se coloca dentro del recto hacia arriba dentro del agujero del sacro y una fuerte sutura acordonada es pasada alrededor del extremo inferior del intestino y fuertemente anudado alrededor del coxis y así anclado el recto al sacro. Dos pacientes fueron tratadas por este método, ambas mayores y obesas. Las dos tuvieron recurrencias.

Kocher en su texto de Cirugía Operatoria, dice que Lenormant colectaba 101 casos de literatura en los cuales había empleado colopexia. En casi la mitad de los casos hubo recurrencia dentro del período de 1 año.

Moschcovitz en 1912 presentó su concepto de Patogénesis del prolapso del recto.

Pero cualquiera que sean los méritos o deméritos de esta teoría y operación, debe admitirse que esta contribución de Moschcovitz dió un ímpetu tremendo al acceso abdominal en el tratamiento del prolapso rectal.

La operación originalmente concebida por él, ha sido enteramente abandonada, sin embargo a la fecha es mencionada y practicada por algunos autores, aunque como un coadyuvante de otros procedimientos.

Milles reportó en 1932 que había operado a 31 pacientes de prolapso rectal. El concibió aparentemente una operación más extensa que Mikulicz, porque la llamó: "Rectosigmoidectomía". El le atribuyó buenos resultados, pero Hughes reporta que de 150 pacientes tratados por este procedimiento en el St. Mark's Hospital de Londres, 65 tuvieron recurrencias.

En 1935, Salvin publicó un extenso y erudito artículo sobre el prolapso rectal y describió la siguiente operación abdominal: el útero fue elevado y fijado a la pared abdominal interior, en el doblez peritoneal rectouterino fue hecha una incisión transversal; dos incisiones longitudinales extendiéndose a travez de la serosa rectal dentro del mesorrecto. El recto fue separado

del segmento vaginal y la excavación sacra y sus flexuras perineal y sacra fueron movilizadas. Usando suturas le Paganstecher, el recto fue unido a la cara posterior izquierda del útero, bien hacia arriba y hacia el lado derecho. Unas pocas suturas más fijaron la parte media del sigmoide a la pared abdominal anterior. La parte más baja del sigmoide fue dejada enteramente libre de suturas con el objeto de prevenir torceduras y enredos, o el desarrollo de una obstrucción. Charles H. Mayo concibió la idea de usar suturas de fascia lata para construir una especie de puente para un nuevo suelo pélvico. Su operación evidentemente no ha sido continuada en la Clínica Mayo.

En la operación de Pemberton, el sigmoide es ligeramente halado hacia arriba hasta estar tirante y el peritoneo cortado en ambos lados del mesenterio y llevado hacia adelante y alrededor de la vejiga. Los uréteres son identificados y se usa un extremo cuidado para no lastimar los vasos mesentéricos inferiores. El recto es liberado hasta el coxis y la porción prolapsada del recto puede entonces ser halada hacia arriba desde el agujero sacro. Con el recto encogido, los alerones reflectados del peritoneo son cerrados sobre la cavidad potencial y las superficies descubiertas del intestino son peritonealizadas.

Pemberton asentó que el intestino debe ser fijado en esa posición y puede ser tratado de diferentes maneras, dependiendo de su longitud y movilidad y de si el paciente es hombre o mujer.

En algunos casos el intestino es saturado al peritoneo por las paredes laterales y el borde de la pélvis a las paredes abdominales anteriores. Pemberton reportó 6 casos en los cuales la operación fue practicada con buenos resultados aparentes.

Un reporte más reciente (1953) de la Clínica Mayo, por Pemberton Kiernan, cubre un largo período de tiempo (desde 1913) y el gran número de casos, los varios procedimientos operatorios empleados y los resultados en los casos investigados son de gran interés.

En Agosto de 1951, 56 pacientes habían sido tratados por la operación llamada de suspensión-fijación. De esos 56 pacientes, 44 fueron investigados y a 5 se les calificó de recurrentes. Desde la primera operación utilizando el principio de obliteration del fondo de saco de Douglas (Operación de Moschcowitz) fue practicada en la clínica en 1913, 55 pacientes habían

sido tratados así: 46 casos habían sido controlados por 2 años o más y 29 de ellos tenían recurrencias (63%).

Quince pacientes fueron tratados por otras operaciones intraabdominales, incluyendo la corrección de hernia media perineal, suspensión uterina o pliegues intraabdominales del recto. De los investigados hubo 4 recurrentes, de los cuales uno de ellos no había tenido recurrencia en 31 años.

Sesenta y dos pacientes fueron tratados por alguna operación perineal, principalmente por la amputación del intestino prolapsado. De este grupo, 47 fueron controlados por dos años o más y 27 fueron recurrentes. El nivel de recurrencia en todos los casos de prolapso rectal completo tratado quirúrgicamente en la clínica Mayo, y en la cual los pacientes fueron controlados por dos años o más, fue de 43.6%. Este porcentaje abarca la recurrencia desde el prolapso leve mucosal hasta el completo prolapso recurrente.

En suma los autores afirman que la comparación de los resultados de la operación de otros métodos de tratamiento, sugiere que el principio de completa movilización del recto en la posición elevada, con cicatrización en su espacio retro rectal produciendo fijación permanente es importante en lo que atañe a resultado exitoso.

La operación de Graham consiste en abrir el peritoneo del fondo de saco y ponerlo libre de la grasa extraperitoneal y tejido areolar. Los uréteres identificados y retirados. Una disección ulterior hace posible la visualización de la fascia ampliamente separada cubriendo los músculos elevadores, con unión de éstos. En una cosación esta fue reforzada por una simple sutura de fascia lata. Suturas interrumpidas de seda unieron la pared rectal lateral con la fascia, sobre los músculos elevadores izquierdos y derechos.

Es de interés que al terminar su artículo, Graham dijo que había habido marcada mejoría en las funciones esfintéricas después de la operación.

En 1947 Hayden presentó un reporte del Hospital General de Massachusetts. El afirmó que la dificultad de señalar los valores de varios procesos quirúrgicos surgieron de los siguientes hechos:

- 1—El número total de los casos es relativamente corto.
- 2—La experiencia total de cada cirujano individualmente es limitada.
- 3—Muchos procedimientos diferentes han sido ensayados y ningún cirujano no ha acumulado una serie de casos convincentes operados por algún método definido o por la combinación de varios.

Un total de 60 operaciones fueron practicadas en el Hospital General de Massachussets entre 1912 y 1946. De 43 pacientes tratados por la operación de Moschcovitz, sólo 6 fueron operados por el procedimiento de Moschcovitz aisladamente, de los cuales 5 tuvieron recurrencia. En dos de estos casos en los cuales fue hecha la operación, las suturas de seda habían sido empujadas completamente hacia afuera.

Una resección abdominal de Mikulicz fue practicada en cuatro casos con cierre de la colostomía de doble cañón más tarde. Esto produjo una magnífica ventro fijación del sigmoide. Otras operaciones fueron: la de Lokhart Mummery y la de Tuttle fijación por suturas, amputación y la operación Lorme solo o combinada. Hubo muchas recurrencias. El concluye que mientras aparentemente buenos resultados siguieron a muchas de las operaciones, se observó un alto porcentaje de recurrencia en cada método.

En 1947 Orr describió una operación suspensión para el prolapso rectal. El uso fascial de 2 cms. de ancho y de 10 a 12 cms. de largo. La fascia de encima del promontorio del sacro fue expuesta a través de una incisión en forma de T invertida en el peritoneo.

Una tira de fascia fue suturada a cada lado del recto con una doble fila de suturas interrumpidas de seda fina. La tira de fascia del lado izquierdo fue pasada a través de una herida agujereada hecha en el mesenterio del sigmoide. Mientras que el recto es detenido, los extremos superiores de las tiras de fascia fueron suturadas a la densa fascia encima del promontorio del sacro. El fondo de saco fue completamente obliterado por dos o más filas de suturas interrumpidas de seda, colocalas al través de la pélvis y el peritoneo, a la pared anterior del recto. La operación

pélvica fue completada suturando un pliegue de peritoneo a cada lado del recto para cubrir las tiras fasciales.

Orr reporta 4 casos en los cuales esta operación fue practicada. Los resultados fueron satisfactorios. En su discusión preliminar dijo: en el tratamiento quirúrgico del prolapso rectal se usan dos vías de acceso, que son la abdominal y la perineal. La dificultad básica con la vía perineal es que esta ataca la imperfección por el lado opuesto. Aún hasta las operaciones más extensas no erradican completamente el defecto en la fascia transversal.

La técnica de la operación de Dumphy es la siguiente: el prolapso es entresacado hacia abajo y la incisión circular es hecha en la mucosa rectal, más o menos 0.3 mc. encima de la línea dentada.

En tanto esta incisión debe ser abundada y la disección realizada hasta dejar expuesto el saco hernial. El tamaño de este saco de peritoneo varía, pero en todos los casos este era lo suficientemente largo para ser separado del intestino como un saco distinto. El saco es luego abierto y el cuello cerrado por una sutura circular tan alta como sea conveniente. El saco redundante es extirpado. El saco es luego empujado hacia arriba y como la pared rectal anterior es deprimida con el dedo, se colocan suturas en los músculos elevadores laterales y anterior al recto. El tubo del recto es después separado anterior y posteriormente y suturas de tracción colocadas a través de la pared completa del intestino uniéndolo a la aleta distal de 0.3 cm. de la mucosa rectal, la cual ha sido dejada encima de la línea dentada. Las dos mitades del intestino son después extirpadas y se hacen dos suturas laterales de tracción. El resto de la anastomosis es luego completada por puntadas cerradas de catgut, el cual es interrumpido y atado cuando alcanza las suturas de la ramificación.

La operación abdominal es hecha más tarde como un procedimiento separado. Se hace una incisión en cualquier lado del colon y el intestino es movilizado exactamente igual que en la resección abdominoperineal.

Son colocadas suturas profundas incluyendo el peritoneo

pélvico y los tejidos fasciales y los ligamentos laterales del recto.

El residuo del saco de Douglas es cerrado después con suturas circulares como en la operación original de Moschcovitz. Finalmente el colon pélvico es fijado a la pared lateral izquierda de la pelvis, por diversas suturas interrumpidas de seda fina.

En otro escrito publicado por Dumphy y asociados en 1953, el récord de 16 pacientes tratados en el Hospital Peter Bent Grigham fue presentado.

Diversas modificaciones han sido empleadas, así que en los resultados puede hacerse una agrupación bajo los tres títulos siguientes:

- 1—Casos en los cuales una ecisión perineal radical fue el único procedimiento usado.
- 2—Ecisión perineal radical con la operación abdominal.
- 3—Reparación perineal, consistiendo únicamente de suturas de los músculos elevadores; y la operación abdominal, consistiendo en movilización del colon pélvico, reconstrucción del suelo pélvico, y una resección de Mickulicz del colon pélvico reducente.

Esto evita la resección del intestino bajo y mantiene los reflejos anorrectales intactos.

Hughes discutiendo el sujeto de prolapso del recto ante la sección Proctológica de la Real Sociedad de Medicina en 1949, dijo que entre 1931 y 1947 habían sido observados en el St. Marks Hospital, 426 casos de prolapso rectal. De estos, 171 pacientes adultos recibieron tratamiento quirúrgico con un total de 304 operaciones. Diferentes tipos de operaciones han concurrido, pero los resultados parecen haber sido desfavorables en un porcentaje de casos.

De la operación de Lockhart Mummery, en 30 casos tratados hubo 29 recurrentes. Fue practicada una Rectosigmoidectomía u operación de Milles en 150 casos en los 80 estudiados hubo 65 recurrentes. La operación de Moschcovitz fue practicada en 9 casos. En 6 casos hubo recurrentes.

Lloyd Davies afirmó que él estaba particularmente impresionado por el hecho de que en operaciones practicadas a mujeres en el caso de prolapso rectal había una completa ausencia de segmento recto vaginal. Concluyó que para que una operación fuera efectiva, era necesario obliterar el profundo fondo de saco para producir nuevos ligamentos laterales y para reconstruir el segmento recto vaginal.

En un artículo publicado más recientemente (1957) Hughes reportó el caso de 30 pacientes con prolapso del recto, que fueron operados en dos grupos a partir de 1951.

Hubo 17 pacientes en el primer grupo, operados entre 1951 y 1956. El segundo grupo fue tratado después de 1956.

En el primer grupo, dos cirujanos, uno abdominal y otro perineal, operaron sincronizadamente. Por medio de una incisión entre el recto y la vagina, el cirujano perineal localizó el fondo de saco y lo pasó hacia arriba, al cirujano abdominal. Él después practicó una perineorrafia y los músculos puborrectales y pubocoxígeos fueron separados. En 14 casos, una reconstrucción adicional después del año fue practicada.

Cuando ya el fondo de saco había sido separado por medio de la operación perineal, fue tomado por el cirujano abdominal e invaginando dentro de la cavidad peritoneal y amputando. La operación abdominal fue completada por el procedimiento de Moschcovitz.

Hubo 3 recurrencias. En un caso de reoperación se observó que el saco peritoneal se había reformado.

En el segundo grupo se adoptó una técnica completamente diferente. Abdominalmente, se hizo una incisión al peritoneo en cualquier lado del recto y anterior a éste. El fundus fue excindido y la fascia de la pelvis fue expuesta. Luego, una serie de suturas de seda (plegadizas) fue usada en el espacio peritoneal al nivel del cérvix. El suelo peritoneal fue cerrado por suturas de los alerones laterales anteriores al recto.

No hubo recurrencias en este grupo; sin embargo, Hughes dice que no habían pasado más que quince meses después de la

operación.

En un artículo publicado en 1951 Stabins menciona la operación de Graham incluyendo la sutura de la pared lateral del recto a la fascia sobre los músculos elevadores. La operación que Stabins practicó, sin embargo, consiste en incisión del peritoneo pélvico lateral y anteriormente. El recto fue sacado del agujero sacro y el prolapso completo, que era de 8 pulgadas de largo, fue llevado dentro del abdomen. Con el recto tirante, el intestino redundante fue reseado completo y una anastomosis término terminal fue practicada. El suelo pélvico fue reparado y el abdomen cerrado.

En 1952, Brintnall reportó una serie de 20 operaciones para prolapso total del recto. Es de interés su concepto de la Patogénesis de la Procidencia Rectal, que ciertas debilidades anatómicas están presentes en el caso de ocurrir un completo prolapso rectal. El colon rectosigmoide es de desusada longitud y su mesosigmoide es más largo. El eje rectal, el cual lleva los vasos medios hemorroidales, son alargados. El esfínter rectal es dilatado. Las paredes rectales anterior y posterior son móviles y el fondo del saco es profundo.

En la operación de Brintnall, el peritoneo pélvico fue abierto, y el recto movilizado, practicando reducción del prolapso. La movilización del colon rectosigmoide en la concavidad del sacro fue seguido por cicatrización.

Los pliegues rectales no fueron disturbados y tampoco reducido el mesenterio sigmoide. El fondo de saco peritoneal fue sacado y el peritoneo reparado más tarde a un nivel más alto. Los elevadores fueron aproximados enfrente del recto.

Después que el abdomen fue cerrado, fue practicada la parte perineal de la operación. En la mujer, la reparación vaginal posterior de aproximación adicional a los elevadores, es esfínter fue reducido por plicación, si estaba atónico. En el hombre, una incisión semilunar transversal entre el recto y el escroto fue hecha, los elevadores aproximados y el esfínter interno reducido por plegadura.

Varios tipos de operaciones fueron llevadas a cabo en la serie de 20 casos, pero sólo 4 resecciones del sigmoide fueron practicadas. El concluyó que el procedimiento de resección más radical es justificable como un procedimiento secundario en casos recurrentes.

En el artículo publicado en 1952, Ripstein descubrió un ingenioso procedimiento operatorio que a no dudar es de considerable valor como un elemento adicional en el tratamiento de prolapso del recto.

Ripstein usó un trozo de fascia lata de buen tamaño (10 por 4 cm.) que él suturó en parte al suelo pélvico. Esto es de gran importancia en el caso de una atrofia en el músculo elevador y su fascia; y proporcionará seguramente un buen soporte al suelo pélvico. El después divide parte de su trozo de fascia, el cual circula y es suturado al recto. Hace notar que él encontró la operación de Graham insatisfactoria. Esto parecía que este otro autor descubrió un elemento en la operación de Graham que le sería de gran utilidad. Concretamente la adhesión de una parte del recto a la fascia del suelo pélvico, el cual como ha sido descrito previamente, puede ser considerado como un intento a restaurar el recto a su posición anatómica normal.

"El Parche de Ripstein", si así puede ser designado cuando se le toma como un preliminar para la operación de Graham, puede ser un elemento adicional en la cura del prolapso rectal en el caso de atrofia del suelo pélvico. El resto de la operación de Ripstein está de acuerdo con la idea de Pemberton acerca de la suspensión del sigmoide.

Altemeir, presenta un concepto diferente de la patología del prolapso del recto; considerándolo como una intususcepción. Esto es contrario a la visión de Moschcovitz quien dijo muy enfáticamente que el prolapso del recto no es una intususcepción.

Este concepto es también de gran significancia, pero confuso. En intususcepción hay triple capa de pared intestinal, mientras que en el prolapso total esta capa es solamente doble.

De nuevo, en intususcepción, la superficie expuesta debe ser serosa, mientras que en el prolapso total, es la mucosa la que está en la superficie; en otras palabras, el intestino es volteado dentro de sí hacia afuera.

La operación descrita por Altemeir, excepto por unas modificaciones pequeñas, es la misma que la descrita por Dumphy.

Altemeir reporta que un total de 19 pacientes fueron operados por su método, todos los pacientes fueron viejos y débiles y los resultados fueron buenos.

Swinton y Mathiesen reportaron en 1955 de la Clínica Lahey una serie de 52 casos. Se emplearon una variedad de opera-

1—Fijación posterior del recto, descrita previamente.

2—Amputación y reparación plástica.

3—Operaciones intraabdominales. 20 pacientes fueron tratados por este método, algunos por la operación de Moschcovitz y otros por la de Graham. Hubo varias modificaciones. En mujeres una ventrosuspensión del útero fue practicada. En tres pacientes se hicieron trasplantes fasciales. Este grupo fue el menos satisfactorio; hubo 6 recurrencias y 4 muertes.

4—La operación de Delorme fue practicada en pocos casos.

5—Resección intraabdominal fue practicada en cierto número de casos y Swinton cree que este es un procedimiento a escoger en pacientes en estado grave.

Goligher, en un extenso artículo publicado recientemente (1958) discute la teoría de Moschcovitz y su operación se refiere al número de operaciones de actualidad para la cura del prolapso del recto. Goligher afirma que él es partidario de la operación de Roscoe-Graham. El la ha usado en 23 casos, pero en una forma modificada la cual describe en forma considerablemente detallada. En dos casos, sin embargo, él no pudo traer los músculos puborrectales juntos sin tensión, así que hizo un puente sobre la abertura con un zurcido de nylon. El dice que el recto que descansa debajo del nuevo suelo pélvico es un poco flojo y tortuoso; en tres casos Goligher usó la operación de resección anterior y estaba mucho más impresionado de sus posibilidades.

Castro, en su artículo de reciente aparición dice que la procidencia del recto es un descenso anormal de la pared rectal, la cual es similar en su mecanismo a una intususcepción; esto puede o no empujar a través del canal anal. Cuando la deformación no aparece exteriormente es conocida como una intususcepción interna u oculta.

Hubo 46 casos del tipo oculto de procidencia 26 pacientes adultos con el tipo exterior de procidencia.

Una resección anterior, con la resección del fondo de saco de Douglas ha sido considerada por el grupo de Castro, como la forma más segura de efectuar una cura, cuando dicho procedimiento puede ser tolerado por el paciente. Hubo tres recurrencias y dos muertes.

Nigro intenta correlacionar la disturbada función de los músculos elevadores con sus efectos en el prolapso rectal.

Si tomamos la lesión como una hernia resbaladiza, dice Nigro, como ha sido tan bien descrita por Moschcovitz, entonces ésta sólo puede ocurrir en asociación con un defecto del diafragma pélvico. Una abertura competente no permitiría la herniación.

Nigro proyectó una operación en la cual una tira de fascia lata de unos 25 cms. de largo por tres de ancho, removida del muslo es usada. Esta es colocada alrededor del bajo recto y suturada a éste sobre el esfínter externo. Los extremos libres son luego suturados a cada lado, con la superficie interior de la pelvis ósea. Esto forma una hamaca del bajo recto, lo soporta y lo guía en dirección recta hacia arriba.

Un artículo de inusitado interés, aportado por Gabriel apareció recientemente. El reporta una serie de 145 pacientes operados entre 1933 y 1956. En este grupo hubo 90 pacientes entre 60 y 70 años de edad, y otros 18 pacientes de 80 años o más. Se les practicó una retosigmoidectomía en todos los casos. En toda la serie hubo 2 muertes, y Gabriel añade que bajo condiciones modernas, éstos hubieran probablemente sobrevivido.

Ocurrió un número de complicaciones. Algunos pacientes requirieron repetición de rectosigmoidectomía. 19 recurrencias fueron tratadas por la operación de Thiersch. En algunos de estos casos el alambre se rompió y tuvo que ser quitado y vuelto a colocar. Un paciente requirió la recolocación del alambre dos veces y otro cuatro.

Sin embargo, esto constituye un récord admirable, dado el tipo de pacientes que constituyen este grupo.

Gabriel no parece dudar en el sujeto del tratamiento del prolapso del recto. El dice que cuando un número muy grande de operaciones que han sido descritas y recomendadas en el tratamiento del prolapso completo del recto, es claro que no hay operación que pueda dar una promesa segura de curación en todos los casos.

Swinton expresa por su parte algo similar: "Nos preguntamos si alguna técnica determinada en su desarrollo pueda adaptarse para todos los casos de prolapso rectal y procidencia". En nuestra experiencia, una gran variedad de condiciones han sido encontradas, las cuales han presentado muchos problemas individuales. Un alto porcentaje de estos pacientes habían tenido operaciones previas, cuyos resultados fueron insatisfactorios.

La serie de Bacon de 71 pacientes operados en un periodo de 18 años ofrece resultados verdaderamente impresionantes.

PROCIDENCIA RECTOSIGMOIDEA

Procedimiento empleado.	B A C O N No. pacientes Op.	No. de muertos	No. recurrentes.
VIA ABDOMINAL:			
Fijación al músculo psoas; obliteración de la bolsa peritoneal con o sin fijación uterina, fijación de la fascia sacra.	18	0	3
Plegamiento de los ligamentos laterales; fijación al músculo psoas; con o sin suspensión uterina; resección del sigmoide.	29	0	1
Obliteración de la fosa rectosigmoidal; fijación al músculo psoas.	3	0	1
Aproximación del elevador del ano.	1	0	0
Exteriorización del sigmoide (Block Mickulicz)	3	0	0
Mobilización y fijación al borde pélvico.	1	0	0
Proctopexia y Sigmoidopexia Abdominal.	1	0	0
VIA PERINEAL:			
Resección y Anastomosis (Mickulicz)	4	2	0
Proctosigmoidectomía Peritoneal (Babcock)	1	0	0
Rehn-Deforme.	4	0	0
Excisión y cierre circular.	1	0	0
Thiersch.	3	0	1
Rehusaron la operación	2	0	0
Total	71	2 (2.8%)	7 (9.8%)

PROCIDENCIA RECTOSIGMOIDEA

BACON

Prácticamente ha tenido oportunidad de comparar diferentes métodos ya sean los que siguen la vía abdominal o la vía perineal, él cree que el mejor procedimiento debe seguir los siguientes tiempos: el abdomen es abierto utilizando una incisión paramediana izquierda, con el paciente en posición de Trendelenburg el intestino delgado se aparta. La disección del colon sigmoide comienza con una incisión de la línea de Monk que es llevada al zurco rectouterino o rectovaginal, en la disección el uréter y los vasos espermáticos u ováricos son identificados al mismo tiempo que el tendón del psoas. Se divide la hoja media del mesosigmoide y se lleva hacia abajo hasta encontrar la incisión del lado opuesto. El recto es movilizado anterior y posteriormente se tornan prominentes los ligamentos laterales, se colocan dos o tres suturas en forma de 8 entre cada ligamento lateral y las estructuras fibrosas de la fascia de Denovillier en el hombre o la fascia endopélvica anterior en la mujer. Después es completada la disección del sigmoide, todo el intestino redundante es resecado y una anastomosis término terminal se hace entre los extremos del intestino. Luego, cuatro suturas con seda No. 0 se introducen en la banba longitudinal del intestino y el tendón del psoas. La reconstrucción del fondo de saco y el cierre del defecto peritoneal completan el procedimiento.

En la mujer, una modificación de la operación de Gillian se usa como procedimiento adicional.

Impresionados por los resultados de los casos y operaciones de Bacon, se siguió el mismo procedimiento en los pacientes que aquí presentamos, encontrando muy satisfactorios y ventajosos los resultados obtenidos a la fecha.

D. O. H., masculino 42 años, de oficio carpintero.

Ingresó quejándose de que durante los últimos ocho años ha venido padeciendo de una masa en la región anal, la cual ha ido en aumento causándole las siguientes molestias: crisis de diarrea, con moco y sangre, acompañándose de dolor en la región.

En un principio reducible manualmente; en los últimos meses se puede reducir con demasiada dificultad y dolor.

Durante el examen al hacer pujar al paciente, el recto se exteriorizaba en una longitud de 15 cms.

Se preparó para la intervención quirúrgica por vía abdominal y fue dado de alta 11 días después de la intervención.

Al primer mes de operado la tonicidad del esfínter y músculos perineales había vuelto a la normalidad, manifestando el paciente que no sentía ninguna molestia y sus evacuaciones enteramente satisfactorias.

Fig. No. 1.



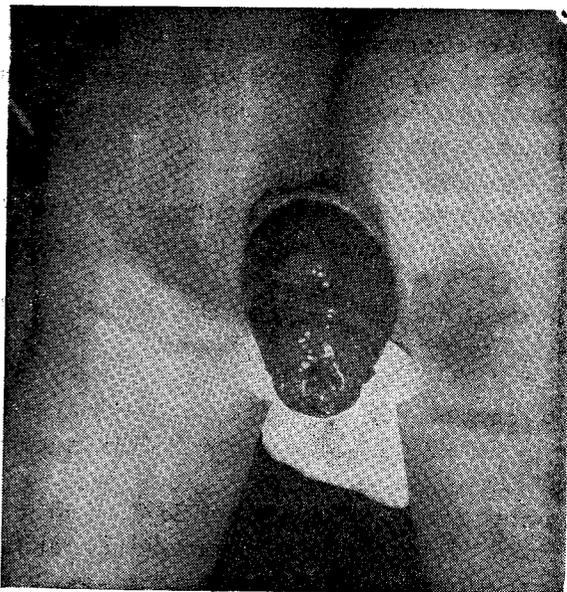


Fig. No. 2.

A. E. Ch. Masculino, 68 años, de oficio barredor.

Paciente alcohólico crónico con trastornos neurológicos hace 18 años. Refiere que sus molestias datan de cinco años de evolución, principiando con sensación de una pequeña masa en la región anal la cual ha aumentado de tamaño, con secreción de moco fétido, acompañándose de sangre y dolor.

Actualmente con sólo pasar a la posición erecta se le sale el recto y le dificulta la marcha.

Al examen: procidencia del recto de 12 cms. de longitud, difícilmente reducible manualmente. Con abundante secreción mucosanguínea, fétida.

Se preparó para la intervención quirúrgica por vía abdominal, resecándose 25 cms. de longitud del sigmoide.

Se le dió de alta 14 días después de operado. No presentó ninguna complicación post operatoria.

Exámenes posteriores han sido completamente satisfactorios.

M. S. M. Masculino, 31 años, jornalero.

De la edad de catorce años principió a sentir que al obrar se le salía el recto, teniendo necesidad de introducirselo rutinariamente, obra tres o cuatro veces al día con caracteres normales, en ocasiones se acompañan de moco, sangre y retorcijones.

Actualmente se le sale el recto con sólo ponerse en posición semisentada sin hacer ningún esfuerzo.

Al examen: procidencia rectal de 12 cms. de longitud con descarga de secreción muco-sanguínea, fétida en cantidad 5cc.

Se le preparó para ser intervenido por vía abdominal, resecándose más o menos 15 cms. de sigmoide redundante.

Posteriormente el enfermo permaneció 11 días en el Hospital, fue dado de alta sin haber presentado ninguna complicación y exámenes ulteriores han demostrado completa normalidad en las evacuaciones y el tono esfintérico completamente recobrado.



Fig. No. 3.

CONCLUSIONES

- 1—El número tan extenso de operaciones que han sido empleadas para el tratamiento de la procidencia rectal es un índice de que la solución a este problema no se ha encontrado.
- 2—El mecanismo de producción de esta enfermedad no está completamente entendido, lo que dificulta el ataque racional del problema.
- 3—Básicamente existen tres vías de tratamiento operatorio:
 - a) Abdominal
 - b) Perineal
 - c) Combinado.
- 4—Actualmente la Literatura Médica nos demuestra marcada preferencia por la vía abdominal en los mejores Centros Quirúrgicos.
- 5—El procedimiento utilizado en este trabajo ha tenido buenos resultados y la morbilidad y mortalidad han sido nulos.
- 6—El hecho de que la función esfinteriana ha vuelto a la normalidad al corto tiempo de efectuada la operación, la consideramos muy significativa.
- 7—Los mecanismos reflejos de defecación no han sufrido en lo más mínimo y sí hemos apreciado que el paciente ha vuelto a la normalidad de sus hábitos.

LUIS ERNESTO ANDERSON GONZALEZ.

Vo. Bo.

Dr. Julio de León M.

Imprímase:

Ernesto Alarcón B.

BIBLIOGRAFIA

- 1—Bacon, H. E.: Atlas de Técnica Operatorio. Ano, Recto y Colon, C. V. Mosby Company. St. Louis, U. S. A.
- 2—Bacon, H. E.: Complete Rectal Prolapse or Procidentia. *Geriatrics*, 1956. 11: 201.
- 3—Castro, A. F.: Procidentia of the Rectum. *Dis Colon and Rectum*, 1958. 1: 97.
- 4—Frykman, H. M.: Abdominal Proctopexy and Primary. *Transaction American Proctologic Society*, 1955. Resections for Rectal Procidentia, 780.
- 5—Hayes, H. T.: Treatment of Complete Prolapse of the Rectum. *The American Journal of Surgery*, 75: 358.
- 6—Dumphy, J. E.: Surgical Treatment of Procidentia of the Rectum. An evaluation of combinel abdominal and perineal Repair. *Transactions. American Proctologic Society*, 1953. 605.
- 7—Pemberton, J. de J.: Surgical Treatment of Complete Rectal Prolapse. *Ann Sing.* 109: 799.
- 8—Pemberton, J. de J.: Results of Surgical Treatment of Complete Prolapse. *Ann-Sing*, 1953; 137: 478.
- 9—Mummery, J. P.: Lockhart. A new operation for Prolapse of Rectum. *Lancit, Lond.*, 1910, 1: 641.
- 10—Gabriel, W. B.: *The Principles and Practice of Rectal Surgery*. London; H. K. Lewis and Company, 1945.
- 11—Orr: *Operaciones de Cirugía General*; Uteha, 1954. 509.
- 12—Shan H.: Tje Complete Prolapse or Procidentia of the Rectum, and Unsolved Surgical Problem. *S. G. and O. International Abstracts of Surgery*, 109-521.