

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
Guatemala, Centro América

"ANALISIS EN GENERAL DE LOS PROCEDIMIENTOS
QUIRURGICOS EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DEL
PROLAPSO RECTAL TOTAL Y RESUMEN DEL
TRATAMIENTO EMPLEADO EN 50 CASOS. "

T E S I S

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

por

PETRONIO ROBERTO ECHEVERRIA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO.

Guatemala, Julio de 1966.-

PLAN DE TESIS

PRIMERA PARTE

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- MATERIALES Y METODOS
- 3.- HISTORIA

SEGUNDA PARTE

- 1.- CLASIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y DISCUSION DE SUS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES.

TERCERA PARTE

- 1.- RESUMEN DEL TRATAMIENTO EMPLEADO EN 50 CASOS.

CUARTA PARTE

- 1.- CONCLUSIONES : A) Del tema en general
B) De los casos presentados

QUINTA PARTE

- 1.- BIBLIOGRAFIA : A) Nacional
B) Extranjera.

PRIMERA PARTE

INTRODUCCION

"No hay un prolapso rectal, sino varios y estas variedades difieren en su aspecto clínico, difieren también en su patogenia y por consiguiente en el modo de tratamiento que merecen". Lencrant (cit/12).

El propósito del presente trabajo es hacer un análisis de los procedimientos informados en la literatura consultada y que han sido empleados en el tratamiento del prolapso rectal total. Este tema ha sido objeto de múltiples discusiones y de constantes estudios, constituyendo aún un problema, manifestado por el hecho de no existir una operación satisfactoria, hasta la fecha que ofrezca el mínimo -- riesgo para el paciente con la máxima garantía de curación.

Siendo el tratamiento quirúrgico del prolapso rectal total, un problema difícil, este estudio no incluye etiopatogenia, sintomatología, ni recomendaciones de tratamientos quirúrgicos en sí, sino que se circunscribe el análisis de los diferentes procedimientos operatorios, principios en que se basan, vías de acceso, tiempos, número de casos y resultados, es decir un resumen y discusión de los -- principios fundamentales de los distintos procedimientos.

Una buena idea del interés que éste problema mantiene en la literatura lo dá el hecho de que en la revista Diseases of Colon and Rectum, especializada en enfermedades del Colon y Recto, que principió a ser publicada en Enero 1958, hasta Diciembre 1965, hay publicados 17 artículos de fondo y 6 artículos en la sección de Abstractos Selectos y 139 citas en la Revisión de la literatura, de la misma pu-

blicación.

Específicamente no hemos considerado en nuestro estudio el tratamiento con inyecciones, masajes, etc. porque en la literatura no se explica satisfactoriamente, en la gran mayoría de casos, que sean prolapsos rectales totales. Por definición también no se toman en cuenta todos los casos de Prolapsos rectales parciales, o Mucosos.

Es conveniente mencionar que en la literatura consultada, - muchas de las operaciones probablemente aparecen con nombres de autores que no son los primeros que han efectuado, dichas técnicas, pero que por no tener otras fuentes de información, aparecen en nuestro trabajo, con dichos nombres.

También es de utilidad mencionar que los comentarios y análisis de algunos estudios se hacen en referencia a la época en que fueron publicados y que posteriormente han aparecido otros artículos con mejores estadísticas o aún con cambios de conceptos, - técnicas, etc., como obra de los mismo autores, razón por la cual, pueden haber quedado al margen de nuestra revisión.

M A T E R I A L E S Y M E T O D O S .

Para el tratamiento del prolapso rectal total se han efectuado múltiples operaciones, tanto en nuestro país como en el extranjero, lo prueba la abundante literatura que existe al respecto.

En nuestro trabajo se hace una revisión de la literatura nacional e internacional, con respecto a los procedimientos quirúrgicos - empleados y en especial a los principios fundamentales tales como base del tratamiento, las vías de acceso, tiempos operatorios, etc.

También se hace un análisis y resumen del tratamiento empleado en cincuenta casos tomados de los archivos de la Segunda Cirugía de Mujeres del Hospital General, en los últimos quince años, y de clientela privada.

Hemos puesto especial atención en los trabajos publicados por autores tales como Gabriel (17-18), Carrasco (12), Lenormant (24) Dunphy (16), Shann (31) , Altemoier (1), Shakerford (30) , y otros, así como los estudios efectuados en nuestro país por el Doctor Carlos Eduardo Azpuru, el Doctor José Rigoberto Pellecer (29) y otros (3).

H I S T O R I A

La historia del prolapso rectal en general se remonta a muchos años atrás, aún a siglos ya que poseemos datos del tratamiento de dicha afección efectuado por Hipócrates, siendo el dato más antiguo que se conoce (cit/29). Más recientemente se conoce a Ambrosio Paré quien recomendaba el uso de bragueros en el prolapso rectal.

Woodall (cit/29), es otro Cirujano conocido, quien en 1617 indicaba como tratamiento del prolapso, el estiércol de perros alimentados con polvo de huesos, espolvoreado sobre el prolapso.

En lo relativo al tratamiento quirúrgico, la historia está llena de nombres ilustres y de procedimientos que se efectuaban con base a experiencias personales de cada autor, de ahí que se mencionan con el nombre de éste o aquel Cirujano, por ejemplo Procedimiento de Quéru - Duval, Procedimiento de Lenormant, de Hartman, etc, etc.

Así tenemos que en el siglo pasado se efectuaron numerosas operaciones, cuyos autores han forjado así la historia del prolapso rectal.

En 1813 Salmon, propuso la excisión completa de la mucosa. En 1882 Auffret (cit/17) efectuó la amputación de un prolapso rectal realizada como una operación de emergencia, debido a gangrena e irreductibilidad. Luego en 1888 Mikulicz (26) citado por Gabriel, efectúa por primera vez la amputación por vía perineal del intestino prolapsado y la recomienda. Ya anteriormente en 1788 Dupuytren y Dieffenbach (cit/12) había efectuado una operación plástica sobre el perineo.

En 1889 Hartman (21) publica su libro "Chirurgie du rectum", citado por Gabriel y Carrasco (12). En el mismo se encuentran datos referentes a una operación realizada por Jeannel consistente en colopexia y colostomía en un caso de proctitis aguda. Cuando la proctitis cedió se cerró la colostomía y el prolapso no tuvo recurrencias en tres años.

En 1892 Hartman efectúa Rectococcipexia (21) en un paciente, según la técnica de G. Marchant. En 1912 Moschowitz da a cono-

cer su concepto de que el prolapso es una hernia por deslizamiento y recomienda para su tratamiento el cierre del fondo de saco de Douglas, con reparación de la fascia pélvica, por vía abdominal.

Luogo se describen casos completos de tratamiento del prolapso por medio de amputación por Treves (cit/17), en 1890, Cunningham (cit/30) en 1909 y por Sheldon (32) en 1910, citados por Gabriel. Pero el crédito se le adjudica a Miles (25) quién reestableció ésta operación sobre bases sólidas, dándole al mismo tiempo el nombre de Rectosigmoidectomía en 1933 y 1939.

En 1942 Cohn (13) agrega la sutura de los elevadores del ano por vía perineal y en ese mismo año Graham que también consideraba el prolapso como una hernia por deslizamiento, de acuerdo con Moschowitz, efectúa la sutura de los elevadores y fascia enfrente del recto. (cit/31).-

En 1948 Dunphy (16) publicó un artículo muy extenso sobre el tratamiento del prolapso rectal, recomendando el uso de las dos -- vías, perineal y abdominal. Luego en 1952 Altemeier (1) reporta su operación de Rectosigmoidectomía por vía perineal en 21 casos, basándose en el procedimiento de Dunphy, pero más extensa. Swinton (34) en 1955 reportó una serie de casos tratados por el método anterior.

Ripstein (cit/31) en 1952 da a conocer su operación utilizando un "parche" de Teflon, para fijar el Recto al Sacro.

Gabriel (17) en 1958 informó de 145 casos tratados con Rectosigmoidectomía. En 1963 el mismo autor, en su libro "Principles

and Practice of rectal surgery", hace el análisis de edad y sexo en 152 pacientes tratados con Rectosigmoidectomía, en 26 años de trabajo, con lo cual se afirma en primer lugar en el estudio del tratamiento del prolapso rectal. En dicha obra el autor recomienda la Rectosigmoidectomía (Auffret-Mikulicz-Milos) combinada con sutura de los músculos pubo-rectales desde abajo (método de Cohn). También recomienda y le dedica especial atención al método de estrechamiento anal con la técnica de Thiersch.

En 1965 Daniel S. C. Devadhar da a conocer su operación. Sin embargo en la mayoría de los trabajos consultados hay una mezcla de prolapso rectales totales con parciales y en algunos se encuentra una verdadera confusión.

Atkinson (4) en 1965 vuelve a repetir que el tratamiento del prolapso rectal es un problema no resuelto.

En nuestro país, es escaso el material bibliográfico publicado por autores nacionales. Los trabajos que existen con respecto al problema del prolapso rectal han sido publicados en 1955 por el Dr. Carlos Eduardo Azpuru (5.6). Se encuentran publicados dos trabajos de tesis los cuales se refieren al tema de nuestro interés.

Ellos son, el trabajo de tesis presentado por el Doctor José Rigoberto Pellecer (29) en Noviembre 1963 con la asesoría del Doctor Azpuru, el cual es un estudio clínico, radiológico e histopatológico del prolapso recto sigmoide y sigmoide en el adulto. Presenta el análisis de 28 casos. El otro trabajo es la tesis presentada en Noviembre 1960 por el Dr. Luis Ernesto Anderson (3) denominada Procidencia rectal, un problema quirúrgico.

SEGUNDA PARTE

CLASIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y DISCUSION DE SUS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES.-

El tratamiento operatorio del prolapso rectal incluye una variedad muy grande de operaciones, que van desde el cerclaje (anillo de Thiersch) hasta la resección por vía abdominal o perineal y combinaciones de procedimientos utilizando vía perineal o abdominal o ambas, en uno o más tiempos.

En 1949 Dickson Wright, citado por Shann (31), señaló que no menos de 51 operaciones existían ya en la literatura mundial y que se iban agregando otros más.

Nos referiremos a las operaciones que se han reportado como procedimientos útiles, según los autores, haciendo al mismo tiempo una clasificación de ellas, como está anteriormente dicho.

Con el objeto de dar una somera idea de lo que el problema representa, mencionaremos algunas clasificaciones de los procedimientos encontrados en la literatura.

SEGUN GABRIEL : (18)

- 1.- Estrechamiento del ano por sutura de alambre de bronce o de plata en forma de anillo, tal como fué descrito originalmente por --- Thiersch y más tarde modificado por diferentes cirujanos con el uso de seda o suturas de tendón o fascia.
- 2.- Amputación del prolapso (operación de Mikulicz), vía perineal.
- 3.- Operaciones plásticas sobre el perineo o plegadura del esfínter anal.

- 4.- Operaciones de fijación posterior (Rectopexia) designadas para fijar el Recto al sacro, ya sea por sutura como lo hace Verneuil, Tuttle y otros o por operación de empaque como la señalada por Sick y por Lockhart-Mummery (cit/12).
- 5.- Las diversas formas de Sigmoidopexia, por medio de las cuales el Colon pélvico es elevado y fijado por suturas a la fosa ilíaca, izquierda o a la pared abdominal anterior.
- 6.- Obliteración del Douglas por suturas en combinación con colopexia como lo recomendado por Quénu y Duval, o el método de tratamiento como el descrito por Moschowitz.

SEGUN PEPPERTON Y STALKER (cit/31): Se han usado cinco tipos de operaciones:

- 1.- Las que producen estrechamiento del ano y recto.
- 2.- Las que reparan el piso pélvico.
- 3.- Las que suspenden o fijan el intestino prolapso.
- 4.- Las que resecan el intestino.
- 5.- Las que obliteran el fondo de saco de Douglas.

Carrasco (12) en su libro "Prolapsus du rectum" en 1934, tiene clasificados así los procedimientos operatorios: Hemos excluido de ésta clasificación, los masajes, cauterizaciones e inyecciones por las razones ya anteriormente mencionadas.)

- 1.- Procedimientos de excisión: Mikulicz. Amputaciones intraesfinterianas, Miles; Rehn; Delorme.

2.- Procedimientos de suspensión:

- a) Pexias por vía abdominal.
- b) Procedimiento de Quénu-Duval. Colopenia.
- c) " de Eiselsberg.
- d) " de Ludloff
- e) " de Ach
- f) " de Radsiewsky
- g) " de Elkehorn
- h) " de Sich
- i) " de Lockhardt-Mummery
- j) " de Kümmell
- k) " de Bardenheuer-Sonnenschein
- l) " de Lynch

3.- Operaciones plásticas sobre el perineo.

- a) Procedimiento de Cunéo y de Sèneca
- b) " de Hoffmann
- c) " de Popenel
- d) " de Napalkoff
- e) " de Beresnogowsky
- f) " de Bardenheuer-Sonnenschein
- g) " de Lenormant
- h) Pexias por vía perineal o sacra.
- i) Procedimiento de Finsterer.

4.- Asociación de varios procedimientos.

- a) Procedimiento de Coudray
- b) Procedimiento de Demel et dádamek
- c) Operación de Sudeck

Hemos anotado en cada procedimiento quirúrgico el nombre con que figura en la literatura, el año y demás datos, sin embargo, es de lamentar que en muchas de las citas, los datos en el orden apuntado no existen completos, especialmente en lo que se refiere al número de casos y su control Post-operatorio; aunque parezca redundancia es oportuno insistir aquí una vez más que no tomamos en cuenta los procedimientos empleados cuando el Prolapso es Parcial o Mucoso, aunque debe quedar aquí abierta la posibilidad de que algunos de los procedimientos que se estudiaron en este trabajo, hayan sido aplicados a --

Prclapsos parciales.

En vista de éstas clasificaciones hemos creído de utilidad hacer un resumen de los principios en que se basan los distintos procedimientos, intentando clasificarlos en la forma siguiente:

- a) Los que estrechan la luz del intestino: por ej. Thiersch, Swinton, Lockhardt-Mummery.
- b) Los que fijan el Recto o el Sigmoides: por eje. Ripstein, Orr, Pemberton, Martin, Swinton-Mathieson, Tuttle.
- c) Los que obliteran el fondo de saco de Douglas: Moschowitz, Graham, Skinner y Duncan.
- d) Los que resecan: A. Vía abdominal: por ej. Stone, Bacon.
B. Vía perineal: por ej. Mikulicz, Cunningham, Buie.
- e) Combinados : A. En vía abdominal y perineal; por ej. Lynch.
B. En sus principios; por ej. Sttabins, Altemeier, Mayo, Mikulicz-Bloch, Bacon, Hirschman, Miles.
C. En vía de acceso y principios; Swinton-Watkins, Dunphy, Brintnell.

Cada procedimiento lo hemos estudiado de acuerdo con el siguiente esquema:

- 1) Nombre del autor y año.
- 2) Vía utilizada.
- 3) Tiempos operatorios.
- 4) Principios en que se basan.
- 5) Número de casos y resultados.
- 6) Comentarios en general.

y de acuerdo a este orden, describiremos las operaciones.

MIKULICZ (26)
1888

VIA : PERINEAL.

TIEMPO OP.: UN TIEMPO.

PRINCIPIO : RESECCION.

No. CASOS : El autor informó en 1889 que él había operado con éxito a seis pacientes con Prolapso rectal. La indicación de su primer caso fué un prolapso agudo irreductible.

CUNNINGHAM (cit/31)
1909

VIA : PERINEAL.

TIEMPO OP.: UN TIEMPO.

PRINCIPIO: RESECCION (disección de las capas del prolapso).

COMENTARIOS: Es una operación similar a la de Mikulicz. Al final de la misma se coloca un tubo intra-rectal durante una semana. Va seguido de estenosis.

THIERSCH (19)
1891

VIA : PERINEAL.

TIEMPO OP.: UN TIEMPO.

PRINCIPIO : ESTRECHAMIENTO ANAL.

No. CASOS : Hay muchos autores que preconizan el procedimiento y presentan estadísticas, tales como Gabriel (18) que presenta 25 casos.

COMENTARIOS: Aunque este procedimiento tiene sus indicaciones en el -prolapso rectal, no total, se menciona aquí debido a que es útil, como suplemento de operaciones más serias en el tratamiento del prolapso rectal total.

REHN - DELORME
1898

VIA: PERINEAL.

TIEMPO OP.: UN TIEMPO.

PRINCIPIO : ESTRECHAMIENTO. RESECCION.

No. CASOS Y RESULTADOS:

Swinton y Palmer reportaron en 1960, 14 buenos resultados de 19 operados con ésta técnica. Según Gabriel (17) esta operación es de valor en casos de prolapso rectal "pequeño".

LENORMANT
1903

VIA : PERINEAL.

TIEMPO OP.: UN TIEMPO.

PRINCIPIO : FIJACION. (Rectococcipexia).

No. CASOS Y RESULTADOS: En Carrasco (12) se describen cuatro casos operados por Hartman, pero no se sabe por cuanto tiempo fueron controlados estos pacientes.

QUENU-DUVAL
1910

VIA : ABDOMINAL.

TIEMPO OP.: UN TIEMPO.

PRINCIPIO : FIJACION.(Colopexia) OBLITERACION DEL DOUGLAS.

No. CASOS Y RESULTADOS: Carrasco menciona 5 casos de Gross (12) operados con esta técnica, con prolapsos que van de 5 a 10 cms. de longitud 2 casos de Lenormant y 3 de otros autores, con buenos resultados.

LOCKHART - MUMMERY (cit/ 12)
1910

VIA : PERINEAL.

TIEMPO OP.: UN TIEMPO.

PRINCIPIO : FIJACION (adherencias).

No. CASOS Y RESULTADOS: Hughes (23) informó de 30 pacientes operados conforme esta técnica en el Hospital San Marcos de Londres. 29 tuvieron recurrencias.

COMENTARIOS : Como dice Shann (31) que necesidad había de separar el Recto del Sacro por disección roma, cuando en el caso del prolapso el Recto está enteramente fuera de la pelvis.

SWINTON - MATHIESEN (34)

Estos autores informaron de una operación aparentemente basada en el mismo principio, esto es hacer una re inserción del Recto al sacro, muchos años más adelante (1955). Ellos llamaron la operación: Fijación posterior del Recto.

MOSCHOWITZ (cit/30)
1912

VIA : ABDOMINAL.

TIEMPO OP.: UN TIEMPO.

PRINCIPIO: OBLITERACION DEL FONDO DE SACO DE DOUGLAS.

No. CASOS Y RESULTADOS: En 1913 se realizó este procedimiento en 55 pacientes de los cuales hubo recurrencias - en 29 (63%) en la Clínica Mayo, según refiere Shann (31). Hughes (23) en 1949 reportó el curado de 10 operados con este procedimiento en el Hospital San Marcos de Londres. Brintnall (9) informó de 8 casos recurrentes de 11 operados.

LYNCH (cit/12)
1924

VIA : ABDOMINAL
VAGINAL.

TIEMPO OP.: UN TIEMPO.

PRINCIPIO : ACORTAMIENTO DE LIGAMENTOS LATERALES. FIJACION.

COMENTARIOS: Según el autor esos ligamentos son factor importante en el desarrollo del prolapso ya que son el principal sostén del recto. En el hombre la operación se hace abdominal y en la mujer por vía vaginal.

HIRSCHMAN (cit/30)
1925

VIA: ABDOMINAL.

TIEMPO OP. : UN TIEMPO.

PRINCIPIO: FIJACION DEL SIGMOIDE.

COMENTARIOS: Esta operación es usada sólo para pacientes con prolapso incompleto o incipiente, o como parte de una operación - más extensa o adecuada para el prolapso rectal total.

MARTIN
1932

VIA :ABDOMINAL.

TIEMPO OP. : UN TIEMPO.

PRINCIPIO : ELEVACION Y FIJACION DEL SIGMOIDE AL PSOAS.

COMENTARIOS: ACTUALMENTE SE CREE QUE ESTA OPERACION ES EQUIVOCADA.

BABCOCK - BACON

VIA : PERINEAL.

TIEMPO OP. : TRES TIEMPOS.

PRINCIPIO : a) Disección y movilización del Recto.
b) Sección del Intestino.
c) Proctosigmoidectomía. Excisión del intestino redundante.

COMENTARIOS: Para asegurar la contracción normal del esfínter, después de la operación, los músculos se preservan sin efectuar ninguna incisión. Es una operación muy laboriosa.

BUIE
1931

VIA : PERINEAL.

TIEMPO OP. : UN TIEMPO.

PRINCIPIO : AMPUTACION SUTURA.

COMENTARIOS:

Esta operación se parece a las operaciones plásticas y amputación para hemorroides extensos y se efectúan enteramente por la vía perineal.

M I L E S (25)
1933

VIA :PERINEAL.

TIEMPO OP.: UN TIEMPO.

PRINCIPIO : DISECCION Y OBLITERACION DEL DOUGLAS SUTURA DE LOS ELEVADORES EXCISION DEL PROLAPSO.

COMENTARIOS: Miles acuñó el término de RECTOSIGMOIDECTOMIA para su operación la cual es enteramente perineal. Se moviliza el Recto y el sigmoide desde abajo, construyendo un piso peritoneal, amputando el intestino prolapsado y anastomando el sigmoide caído al ano. No se tocan los músculos del esfínter. Es el mejor método recomendado por Gabriel (18). Este autor en su libro "Principles and Practice of rectal surgery", en 1963, menciona los resultados de Rectosigmoidectomía en 131 casos operados de 1933 a 1956 de los cuales 83 tuvieron buen resultado, en buen control - hasta su muerte o a la fecha del estudio. No se hizo ningún procedimiento adicional.

M A Y O
1938.

VIA :ABDOMINAL.

TIEMPO OP. : UN TIEMPO.

PRINCIPIO : FIJACION DEL SIGMOIDE. OBLITERACION DEL DOUGLAS.

COMENTARIOS: El autor reportó sus casos con éxito. (cit/31). El acepta el argumento de Moschowitz de que el prolapso rectal se acompaña usualmente de hernia perineal, la cual debe ser reparada para curar el prolapso.

PEMBERTON Y STALKER
1939

VIA :ABDOMINAL.

TIEMPO OP. : UN TIEMPO.

PRINCIPIO : MOVILIZACION Y FIJACION DEL SIGMOIDE.

No. CASOS Y RESULTADOS: PEMBERTON-KIERNAN, y PEMBERTON en 1953 reportaron una serie de 56 casos de ésta operación con sólo 5 recurrencias de 44 pacientes controlados durante dos años o más (11.4%).(28).

MIKULICZ-BLOCH

VIA: ABDOMINAL.

TIEMPO OP.: DOS TIEMPOS.

PRINCIPIO: EXCISION Y FIJACION DEL SIGMOIDE.

COMENTARIOS: Aunque ésta operación fué descrita como procedimiento único para corregir el prolapso rectal, se ha usado como parte de un procedimiento más completo para tal condición y usualmente se combina con obliteración del cul de sac, más excisión perineal de mucosa redundante. Se ha aplicado según el autor, a pacientes con prolapso y sigmoide redundante. Se efectúa además una colostomía, en el procedimiento originalmente descrito, la cual debe cerrarse en una segunda operación.

GRAHAM (20)
1942

VIA :ABDOMINAL.

TIEMPO OP. : UN TIEMPO.

PRINCIPIO : EXCISION DEL SACO PERITONEAL.

No. CASOS : El autor (20) reportó tres casos con buenos resultados. Golighor (cit/31) en 1958, informó que de 23 pacientes tratados así no había tenido ninguna recurrencia.

COMENTARIOS: Es ésta la operación de Moschowitz modificada por Graham. Shann (31) señala que ésta operación ofrece grandes posibilidades, puesto que hace un intento de restaurar las condiciones anatómicas normales. Es sin embargo incompleta y debe ampliarse. En 1954 Björn Snellman (33) informó de doce casos tratados con ésta técnica con buenos resultados.

SKINNER Y DUNCAN 1943.

VIA :ABDOMINAL.

PRINCIPIO :OBLITERACION DEL FONDO DE SACO DE DOUGLAS.

TIEMPO OP. : DOS TIEMPOS.

No.CASOS Y RESULTADOS: Se informan tres casos; múltiples recurrencias.

COMENTARIOS: Es una operación más, basada en la obliteración del fondo de saco de Douglas, incompleta.

STABINS 1951.

VIA : ABDOMINAL.

TIEMPO OP. : UN TIEMPO.

PRINCIPIO : RESECCION DEL SIGMOIDES
OBLITERACION DEL DOUGLAS.

No. CASOS Y RESULTADOS: Se informan apenas dos casos en los cuales se realizó una operación de resección y fijación.

NEIL-SWINTON. WATKINS.

VIA : ABDOMINAL.
PERINEAL.

TIEMPO OP. : DOS TIEMPOS.

PRINCIPIO EN QUE SE BASA: Fijación del Sigmoide (por adherencias)
Obliteración del Douglas.

No. de CASOS Y RESULTADOS: Informa de tres casos con buenos resultados.

COMENTARIOS: Esta operación puede hacerse en un tiempo. Resecando el Sigmoide redundante y efectuando una anastomosis inmediatamente, término-terminal, en vez de exteriorizar el asa del intestino "pero el autor y colaboradores creen que el método de dos tiempos crea adherencias para mantener el Recto en su posición más alta". Algunos cirujanos han recomendado la resección del Sigmoide redundante y anastomosis primaria inmediata de los segmentos restantes. No es operación curativa y es muy dudoso que la formación de adherencias mantenga fijo el Recto.

STONE. 1944.

VIA : ABDOMINAL.

PRINCIPIO : RESECCION DEL SIGMOIDE. ANASTOMOSIS.

TIEMPO OP. : UN TIEMPO.

No. de CASOS Y RESULTADOS: POCOS CASOS Y CON RECURRENCIAS.

COMENTARIOS: Esta es una operación en un tiempo que se evita hacer colostomía, con lo cual se acorta el período de hospitalización del paciente. Se puede determinar exactamente la longitud del Sigmoide a resecar. Hay recurrencias.

ORR (27)
1947

VIA : ABDOMINAL.

TIEMPO OP. : UN TIEMPO.

PRINCIPIO : FIJACION DEL RECTO (suspensión)

No. CASOS Y RESULTADOS: EL autor informó de cuatro casos con buenos resultados.

DUNPHY (16)
1948

VIA : PERINEAL.
ABDOMINAL.

TIEMPO OP. : DOS TIEMPOS.

PRINCIPIO : a) Resección.
b) Excisión de saco herniario. Obliteración del Douglas.
c) Sutura de los elevadores.
d) Colopexia (fijación).

No. CASOS Y RESULTADOS: El autor describió cuatro casos tratados así con éxito. Más tarde en 1953, Dunphy, Botsford, y Savlov, informaron de 12 casos incluyendo dos casos de recurrencia después de -- Rectosigmoidectomía. En ese mismo año Dunphy (16) modificó su operación y describió una -- variación de la misma.

BACON (8)
1949

VIA : ABDOMINAL.

TIEMPO OP. : UN TIEMPO.

PRINCIPIO : RESECCION. FIJACION. ACORTAMIENTO DE LIGAMENTOS LATERALES.

No. CASOS : EL autor informó en 1956 una serie de 69 casos de paciente con prolapso tratados en un período de 15 años con éste procedimiento. Anderson (3) menciona en 1960 tres casos tratados con buen resultado.

TUTTLE

VIA : PERINEAL.

TIEMPO OP. : UN TIEMPO.

PRINCIPIO : RECTOPEXIA POR SUSPENSION AL SACRO.

COMENTARIOS: Es una operación de suspensión por la cual se sutura el Recto al Sacro. Ha sido una operación muy popular pero no es curativa ya que las recurrencias son numerosas.

LANGE - VERNEUIL

Es una combinación de los métodos de Lange de Acortamiento de la PARED RECTAL POSTERIOR y de Verneuil de ANGOSTAMIENTO POR SUTURA TRANSVERSAL más RECTOPEXIA.

RITTER

Es otro procedimiento por vía perineal que consiste en TAPONAMIENTO CON GASA PARA PRODUCIR ADHERENCIAS, entre el Recto y el Sacro. Se usó en niños antes, pero ahora se ha substituído por otros procedimientos.

GANT

Consiste en ESTRECHAMIENTO POR INCISION LONGITUDINAL Y SUTURA TRANSVERSAL.

KLEBERG - REID

VIA : PERINEAL.

TIEMPO OP. : DOS TIEMPOS.

PRINCIPIO : Amputación por ligadura y gangrena.

ALTMETIER (1-2)

1952 - 55

VIA : PERINEAL.

TIEMPO OP. : UN TIEMPO.

PRINCIPIO : EXCISION DE SACO HERNIARIO. OBLITERACION DEL DOUGLAS.
SUTURA DE LOS ELEVADORES. RESECCION.

No. CASOS ; Altmeier informó de nueve casos tratados por medio de su procedimiento, con buenos resultados; Más tarde informó de 21 casos de los cuales solamente 13 eran de prolapso rectal Total.

COMENTARIOS: El autor se basó en el procedimiento de Dunphy del - 1948, como el mismo lo afirma. También piensa como Moschowitz y otros que el defecto se debe a una hernia perineal por deslizamiento.

BRINTNALL (9)

1952

VIA : ABDOMINAL.
PERINEAL.

TIEMPO OP. : DOS TIEMPOS.

PRINCIPIO : FIJACION. EXCISION DEL DOUGLAS. SUTURA DE ELEVADORES.
(plegadura del esfínter externo).

No. CASOS : El autor informó de seis pacientes tratados así de los cuales 2 recurrieron seis meses más tarde. Más tarde, una serie de 20 casos; de éstos solamente 4 resecciones de sigmoide fueron efectuadas.

RIPSTEIN . 1952 (cit/31)

VIA : ABDOMINAL.

TIEMPO OP. : UN TIEMPO.

PRINCIPIO : FIJACION DEL SIGMOIDE (Tefflon)

No. CASOS : Se informaron 30 casos con buenos resultados, seguidos durante períodos de tiempo entre seis meses y cuatro años.

SARAFOFF. 1964

VIA : ABDOMINAL.

TIEMPO OP. : UN TIEMPO.

PRINCIPIO : FIJACION DEL SIGMOIDE.

No. CASOS : Fueron reportados 23 pacientes, de los cuales 20 estaban bien.

DEVADHAR. 1965 (65)

VIA : ABDOMINAL.

TIEMPO OP. : UN TIEMPO.

PRINCIPIO : ESTRECHAMIENTO. (suturas en "Acordeón")

No. CASOS : Se reportaron 28 casos de los cuales, 10 fueron seguidos durante 5 años, sin recurrencias.

TERCERA PARTE

RESUMEN DEL TRATAMIENTO EMPLEADO EN 50 CASOS.- *

CASO No.1

C.T. Hospital G. 72 años. Fem. Evolución: 5 años. Tamaño: 6cms.
TRATAMIENTO: Dunphy. 2 tiempos. Vía: P. Abs. Anestesia: G. Principio: D.

CASO No.2

B.R. Fem. 41 años, Evolución: 15 años. Hospital G, Tamaño : 4 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. Lockart- Mummery. 1 tiempo. Vía: P.
Anestesia: G. Principio: D-A.

CASO No.3

A.A.G. Masc. 43 años. Evolución: niñez. Hospital G. Tamaño: 6 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: Abd. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.4

J.M. Fem. 65 años. Evolución: 3 meses. Hospital G. Tamaño: 8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 Tiempo. Vía: Abd. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.5

N.Ch. N. Fem. 65 años. Evolución: 1 año. Hospital G. Tamaño: 7 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio : D.

CASO No. 6

O. G. Masc. 64 años Evolución: 8 meses. Hospital G. Tamaño: 8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.7

M.L.C.M. Fem. 58 años. Evolución: 10 años. Hospital G. Tamaño: 7 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

* Nota: Tomar en cuenta ESQUEMA adjunto en página 10.

CASO No.8

A.R.Q. Fem. 60 años Evolución: 10 años. Hospital G. Tamaño: 6 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No. 9

F. R. Fem. 60 años. Evolución: niñez. Hospital G. Tamaño: 6 cms
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.10

J.G. Fem. 50 años. Evolución: 5 meses. Hospital G. Tamaño: 6 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No. 11

E.Ch. Fem. 32 años. Evolución: 2 años. Hospital G. Tamaño: 8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 2 operaciones. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No. 12

N.M. Fem. 50 años. Evolución: 3 años. Hospital G. Tamaño: 6 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. Lockhart- Mummery. 1 tiempo. Vía:P.
Anestesia: G. Principio: D-A.

CASO No. 13

P.G. Fem. 18 años. Evolución: niñez. Hospital G. Tamaño: 6 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.14

A.H. Fem. 65 años. Evolución: 6 meses. Hospital G. Tamaño: 7 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.15

D.V. Fem. 77 años. Evolución: 2 años. Hospital G. Tamaño: 8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. Lockhart-Mummery. 1 tiempo. Vía: P.
Anestesia: G. Principio: D-A.

CASO No.16

M.T.C. 65 años. Fem. Evolución: 4 meses. Hospital G. Tamaño: 8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. Lockhart- Mummery. 1 tiempo. Vía: P.
Anestesia: G. Principio: D-A.

CASO No.17

E.P. de S. Fem. 41 años. Evolución 8 meses. Hospital G. Tamaño: 10 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. Lockhart- Mummery. 1 tiempo. Vía P.
Anestesia: G. Principio: D-A.

CASO No.18

H.G. de L. Masc. 21 años. Evolución: niñez. Hospital G. Tamaño: 8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.19

R.S. Fem. 55 años. Evolución: 8 años. Hospital G. Tamaño: 7 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía, Lockhart- Mummery. 1 tiempo. Vía:P.
Anestesia: G. Principio: D-A.

CASO No.20

J.P. Fem. 51 años. Evolución: 5 meses. Hospital G. Tamaño: 7 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.21

J.H. Fem. 47 años. Evolución: 5 años. Hospital G. Tamaño: 8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. Lockhart-Mummery. 1 tiempo. Vía: P.
Anestesia: G. Principio: D.

CASO No.22

E.D. Fem. 42 años. Evolución: 3 meses. Hospital G. Tamaño: 9 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No. 23

J.G. Fem. 42 años. Evolución: 10 meses. Hospital G. Tamaño: 8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio:D.

CASO No.24

S.H. Fem. 60 años. Evolución: 5 meses. Hospital G. Tamaño: 7 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. Lockhart-Munnery. 1 tiempo. Vía: P.
Anestesia: G. Principio: D.

CASO No.25

G.L. Fem. 80 años. Evolución: 7 años. Hospital G. Tamaño: 8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. Lockhart-Munnery. 1 tiempo. Vía: P.
Anestesia: G. Principio: D.

CASO No.26

S.A. Fem. 50 años. Evolución: 4 meses. Hospital G. Tamaño: 6 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.27

G.R. Fem. 58 años. Evolución: 6 años. Hospital G. Tamaño: 9 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. Lockhart-Munnery. 1 tiempo. Vía: P.
Anestesia: G. Principio: D.

CASO No.28

M.C. Fem. 80 años. Evolución: 9 meses. Hospital G. Tamaño: 6 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.29

Z.H. v. de V. Fem. 65 años. Evolución: 2 años. Hospital G. Tamaño: 6 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G. Principio: D.

CASO No.30

G.V.E. Fem. 65 años. Evolución: 2 años Hospital G. Tamaño: 4 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.31

M.S. F. Fem. 55 años. Evolución: 1 año. Hospital G. Tamaño: 6 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.32

A.R. Q. Fem. 32 años. Evolución: 1 año. Hospital G. Tamaño: 3 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. Reparación de esfínteres. 2 tiempos.
Vía P. Anestesia: G. Principio: D.

CASO No.33

B.S.S. Fem. 24 años. Evolución: 3 años. Hospital G. Tamaño: 9cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.34

S.G.A. Fem. 75 años. Evolución: 3 meses. Hospital G. Tamaño: 6 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.35

F.S. L. Fem. 62 años. Evolución 2 meses. Hospital G. Tamaño: 8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No. 36

C.M.M. Fem. 78 años. Evolución: 2 meses. Hospital G. Tamaño: 8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.37

G.S.S. Fem. 77 años. Evolución: 2 años. Hospital G. Tamaño: 10 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.38

C.D. de S. Fem. 65 años. Evolución: 8 días. Hospital G. Tamaño: 8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.39

J.R. M. Fem. 82 años. Evolución: 17 años. Hospital G. Tamaño: 5 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. Colpoperineorrafia. 2 tiempos. Vía:
P. Anestesia: G. Principio: D.

CASO No.40

E.Ch. L. Fem. 36 años. Evolución: 2 años. Hospital G. Tamaño: 6 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.41

M.C. de M. Fem. 80 años. Evolución: 10 años. Hospital G. Tamaño 8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.42

M.L.C. de M. Fem. 63 años. Evolución 1 mes. Hospital G. Tamaño: 8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G. -
Principio: D.

CASO No.43

L.M.v. de K. Fem. 81 años. Evolución: 5 años. Privada. Tamaño: 12 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G. Prin-
cipio: D.

CASO No.44

S.R. de P. Fem. 67 años. Evolución de 4 años. Privada. Tamaño: 10 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.45.

C.L. de C. Fem. 44 años. Evolución: 5 años. Privada. Tamaño: 6 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.46

I.L.Q. Masc. 65 años. Evolución: 10 años. Hospital Roosevelt. Tam.8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.47

A.L.M. Fem.65 años. Evolución: 1 año. Privada. Tamaño: 6 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía: P. Anestesia: Epidu-
ral. Principio: D.

CASO No.48

H.G. de L. U. Masc. 18 años; Evolución: niñez. Privado. Tamaño: 8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. 1 tiempo. Vía. P. Anestesia: G.
Principio: D.

CASO No.49

M.G. v. de G. Fem. 76 años. Evolución: 2 años. Privada. Tamaño: 10 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. Lockhart-Mummery. 1 tiempo. Vía: P.
Anestesia: Local con Wydasse. Principio: D.

CASO No.50

B.A. v. de N. Fem. 74 años. Evolución: 5 años. Privada. Tamaño: 8 cms.
TRATAMIENTO: Rectosigmoidectomía. Cierre de Douglas. 2 tiempos. Vía:
P-Abd. Anestesia: G. Principio: E.

--00000--

De los cincuenta casos estudiados, 39 fueron seleccionados de los
archivos de la 2a. Cirugía de Mujeres del Hospital General, 10 de --
clientela privada y uno del Hospital Roosevelt. 45 fueron del sexo fe-
menino y 5 del masculino.

EDAD: de 11 a 20 años: 2 casos
 de 21 a 30 años: 2 "
 de 31 a 40 años: 4 "
 de 41 a 50 años: 9 "
 de 51 a 60 años: 8 "
 de 61 en adelante: 25 casos.

Es obvio que la mayor incidencia fué en pacientes femeninos de más
de 61 años.

TAMAÑO DEL PROLAPSO EN CMS.

De 3 a 6 cms. : 19 casos.

De 7 a 9 cms.: 26 casos

De 10 o más: 5 casos

PRINCIPIOS DEL TRATAMIENTO EFECTUADO:

d) Rectosigmoidectomía: 43 casos.

4) Rectosigmoidectomía asociada a otros procedimientos
7 casos.

VIA DE ENPLEADA:

Perineal: 47 casos. 94%

Abdominal: 2 casos 4%

Combinada: 1 caso 2%

TIEMPO OPERATORIO:

Un tiempo: 45 casos

dos tiempos: 5 casos.

ANESTESIA:

General : 42 casos.

Local : 7 casos.

Epidural : 1 caso.

C U A R T A P A R T E

C O N C L U S I O N E S :

DEL TEMA EN GENERAL:

- 1) El número de operaciones propuestas, las vías empleadas y especialmente las combinaciones de procedimientos demuestran de manera evidente que no hay acuerdo en los autores sobre el tipo de operación eficaz.
- 2) Los principios en que se basan las operaciones varían y demuestran que la etiopatogenia del prolapso rectal total no está dilucidada.
- 3) Debemos insistir que en el estudio del tema, la literatura muestra una confusión en lo que se refiere a la terminología de los prolapsos y que en trabajos grandes como las tesis de Lenormant y Carrasco se estudian todos los prolapsos rectales incluyendo los mucosos.
- 4) Se desprende también del estudio del tema del Prolapso rectal en general, que es de extrema urgencia analizar por aparte los prolapsos rectales parciales o mucosos y los prolapsos rectales totales llamados prociencia por algunos autores, por ser entidades diferentes.
- 5) Dos grandes críticas que se encuentran en la mayor parte de trabajos de la Literatura son:
 - a) Número de casos limitados.
 - b) Observación post-operatoria, no suficientemente larga.
- 6) Lo complejo del tema indica, que necesita en el futuro una evaluación más completa de todo el material escrito y nuevos estudios pa-

ra aclarar la confusión existente.

- 7) En cualquier estudio que se emprenda sobre este problema hay que mencionar como de un gran valor la consulta de los libros o artículos de los autores siguientes: Lenormant, Moschowitz, Carrasco, Gabriel, Bacon, Graham, Dunphy, Thiersch, Buie, Jackman, Shann y Mitencior.

DE LOS CASOS PRESENTADOS:

- 1) La incidencia fué más grande en pacientes de más de 50 años. 66%.
- 2) En cuanto al sexo, no podemos presentar conclusiones válidas debido a que la mayor parte de nuestro material, pertenece a Servicios de Mujeres.
- 3) La mayoría de casos presentaron prolapso rectal de 7 a 9 cms. de longitud: 52%. 19 casos de 3 a 6 cms. 38% y 5 casos de 10 cms. o más, 10%.
- 4) Se efectuó Rectosigmoidectomía en el 86% de los casos (43) pacientes. Combinada con otros procedimientos: en el 14%. (7 pacientes).
- 5) La vía perineal fué empleada en el 94% de los casos (47 pacientes). La vía Abdominal en el 47 de los casos: (2 pacientes). Combinada en 1 caso: 2%
- 6) Fué utilizado un tiempo operatorio en 45 casos: 90%. Dos tiempos en 5 casos: 10%.
- 7) Fué utilizada anestesia general en 42 casos: 88%. Local en 7 casos 10% y epidural en 1 caso: 2 %.

QUINTA PARTE

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Altomcier, W.A. et al. Further experiences with the treatment of prolapse of the rectum. Surg. Clin. of N.A. Oct. 55. pp. 1437-1447.
- 2.- _____ et al The one stage perineal operation for prolapse of the rectum. Current Surg. Manag. II. Phil. W.B. - Saunders 1960 pp. 313-321.
- 3.- Anderson L. E. Procidencia rectal un problema quirúrgico. Tesis Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, Nov. 63. 39 p.
- 4.- Atkinson, K.G. and McAmmond. Diseases of colon and rectum. 8 (5): 319 Sep-Oct. 65.
- 5.- Azpuru, C.E. Estado actual del tratamiento quirúrgico del prolapso rectal en el adulto. Rev. Col. Med. Guat. 6 (2): 149-152. Jun. 55.
- 6.- _____ Rectosigmoidectomía: su uso actual en el cáncer y otras enfermedades. Rev. Col. Med. Guat. 6 (3) : 245-250. Sept. 55.
- 7.- Backer, O. G. and H. Baden The Pemberton Stalker rectopexia. Dis. of Col and Rect. 7 (5): 383 Sept. Oct. 64.
- 8.- Bacón, H. E. Ano, Recto y Colon. Atlas de Técnica operatoria. St. Louis. C.V. Mosby. 1954 pp. 283-285.
- 9.- Brintnell, B.S. Surgical treatment of complete rectal prolapse - (original no consultado); resumido en International - Abstracts of Surgery. S.G.O. 109 (6). Dic. 59.
- 10.- Burke, R. And Raymond Jackman. A modified Thiersch Operation in the treatment of complete rectum prolapse. Dis. of Col. and Rect. 8(5). 555-561. Sept- Oct-65.
- 11.- Buio, L.A. Rectal Prolapse. Springfield. Illinois. Ch. Thomas 1960. pp. 255-275.
- 12.- Carrasco. Prolapsus du rectum Paris, Masson et cie. 1934. pp. 59-153.
- 13.- Cohn, I. Prolapse of rectum. Suggested operative procedure for cure. (original no consultado; resumido en International Abstracts of surgery, S.G.O. Dic. 59. 109 (6).

- 14.- David, V. and R.K. Gilchrist. Surgery of the rectum and anus, in Lewis' Practice of Surgery, Hagerstown, Md. Vol. 7: 65-71. 1959.
- 15.- Devadhar, Daniel. A. new concept of mechanism and treatment of rectal procidentia. Dis. of Col. and Rect. 8 (1): 75-77 Jan. Feb. 65.
- 16.- Dunphy, J. E. A. combined perineal and abdominal operation for the repair of rectal Prolapse. S.G.O. 36 (4). 493-498. Apr. 48.
- 17.- Gabriel, W.B. The principles and practice of rectal surgery. Londres. Lewis. 1949. pp.106-132.-
- 18.- _____ The principles and practice of rectal surgery. Chicago, Ill. Ch. Thomas. 1963. pp. 165-215.
- 19.- _____ The Thiersch operation for rectal prolapse. Dis. of Col. and Rect. 7(5): 383. Sep-Oct. 64.
- 20.- Graham: R.R. Operative repair of massive rectal prolapse. (original no consultado); resumido en International Abstracts of surgery S.G.O. 109 (6) Dic. 59.
- 21.- Hartman, M. Chirurgie du rectum. Paris. Masson et cie 1931. p.98.
- 22.- Higgins, G. an evaluation of the Orr suspension operation for Rectal Prolaps, Curr. Surg. Manag II Phil., W.B. - Saunders, 1960. p.322.
- 23.- Hughes, E.S.R. et al The treatment of complete prolapse of the rectum. Brit M.J. 2: 19. 1957.
- 24.- Lenormant: Le Prolapsus du rectum. Paris. Steinheil 1903. pp. 51-337.
- 25.- Miles, W. E. : Rectosigmoidectomy as method of treatment for procidentia recti. Londres. Proct. R.Soc.M. 26: 1445. 1933.
- 26.- Mikulicz, J. Zur Operativen Behandlung des prolapsus recti, Arch Klin Chir. 38: 74, 1888. In Shann, H. The complete - prolapse or procidentia of the rectum, involved surgical problem S.G. and O. 109 (6) 521-534. Dic. 59 (original no consultado).

- 27.- Orr, T. G. Orrs' operation of general Surgery, Phil. W.B. Saunders. 1958: pp: 643-646.
- 28.- Pemberton, J. de J. The surgical treatment of the complete prolapse of the rectum: (original no consultado) Ann Surg. 1939. Extraído de S.G. O. International Abstracts of Surgery: Dic.59. 109(6): 521-534.
- 29.- Pollocor, J. R. "Prolapso recto-sigmoide y sigmoide en el adulto (Estudio Clínico, Radiológico y Patológico) Análisis de 28 casos." Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. No.63.83p.
- 30.- Shackelford, R. T. Surgery of the alimentary tract. Phil. W.B. Saunders. 1955. pp. 1904-1973.
- 31.- Shann, H. The complete prolapse of procidentia of the rectum, insolved surgical problem S.G. O.109 (6): Dic.59. pp.521-534.
- 32.- Sheldon, J. G. Extraído de International Abstracts of Surgery, S.G.O.109(6): 521-534. Dic. 59 (Original no consultado).-
- 33.- Snellman, Björn. Twelve cases of prolapse of the rectum, treated by the Rosece -Graham operation. Acta Chirurgica Scandinavica. 108 (4): 261-266. 1954.
- 34.- Swinton, N.W. and Palmer. The managment of rectal. Prolapse and procidentia. (Original no consultado), extraído de International Abstracts, of Surgery S.G.O. 109 (6) Dic. 59. 521-534.

Vo. Bo:

Ruth R. de Amaya
21-VII/66.