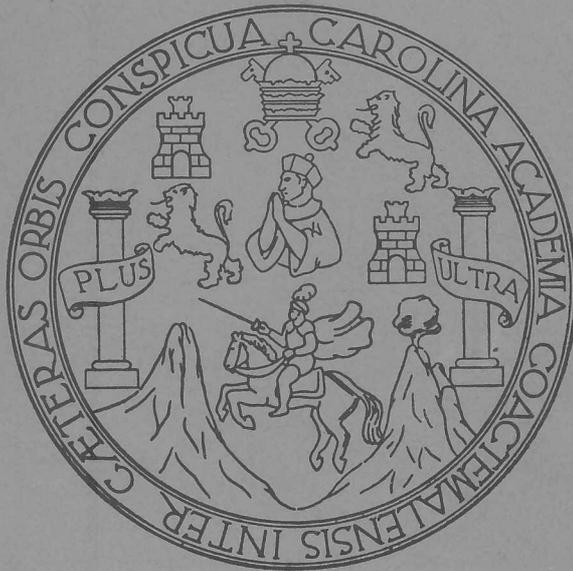


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"ASOCIACION DE PROLAPSO GENITAL TOTAL
CON PROLAPSO RECTAL TOTAL"

ARCHELAO MARTINEZ ORDÓÑEZ

Guatemala, Agosto de 1970

PLAN DE TESIS.

- I. INTRODUCCION
- II. MATERIAL Y METODOS
- III. DISCUSION SOBRE ETIOPATOGENIA
- IV. RESUMEN DE 17 CASOS
- V. CONSIDERACIONES GENERALES
- VI. CONCLUSIONES
- VII. BIBLIOGRAFIA.

I. INTRODUCCION.

El proposito de este trabajo es hacer un estudio del PROLAPSO GENITAL TOTAL (Grado III-IV) afección muy frecuente y del PROLAPSO RECTAL TOTAL afección bastante rara, cuando coinciden en una paciente isócronamente o heterócronamente.

La frecuencia del Prolapso Genital Total en nuestro medio es alta, según consta en estadísticas de los años 1948 a 1957 inclusive, donde casi el 20% de las pacientes admitidas a los Servicios de Ginecología del Hospital General le corresponden. Esta estadística fue presentada en el III Congreso Centro Americano de Ginecología y Obstetricia (4) efectuado en Guatemala en 1958. En dicho trabajo se analizan 1514 casos de prolapsos genitales de los cuales 1103 (72.8%) fueron grado III-IV (totales).

En este estudio no se menciona ningún caso de prolapso rectal concomitante, ni aún de prolapso rectal parcial; sin embargo, en la discusión del tema no lo tomaron en cuenta porque pensaron que no formaba parte del tema oficial - (Página. 225).

Por otra parte los doctores Batista Mena y Diaz Bazán (4) del Salvador, presentaron una estadística de 7 años y medio (Enero de 1951 a Junio de 1958) en la cual encontraron 628 casos de prolapsos genitales, los cuales constituían el 17.51% de los ingresos a los Servicios de Ginecología. Los prolapsos genitales to--

tales fueron 314 casos (50%).

En este estudio solamente mencionan 3 casos de prolapsos rectales de los cuales probablemente uno fué total, puesto que le aplicaron tratamiento (Cerclaje).

En las clínicas obstétricas y ginecológicas de Norteamérica, Diciembre de 1966 (9), los Doctores Emge L. A. y Durfee R. B. (P. P. 997-1032), hacen la historia del Prolapso de órganos pélvicos: cuatro milenios de tratamiento; pero sin mencionar la concomitancia con el Prolapso Rectal Total. En cambio el Dr. Gallagher D. C. (12) (pp. 100 a 1106) menciona que algunas mujeres presentan prolapso genital total asociado a prolapso rectal total y entonces primero se hace histerectomía vaginal y luego rectosigmoidectomía por vía abdominal; haciendo énfasis en que si se desea utilizar la vía perineal, primero se hará rectosigmoidectomía y luego histerectomía vaginal.

En las ginecologías A. y B. del Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala, durante los años 1958 a 1969, se practicaron 1859 histerectomías vaginales, encontrándose concomitancia de prolapso genital total con prolapso rectal total en 2 pacientes (incluidas en nuestra casuística). Otras 7 pacientes, presentaron prolapsos rectales parciales (mucosos).

II. MATERIAL Y METODOS:

El presente estudio consta de 17 de pacientes que presentaron la concomitan
cia de Prolapso Genital Total con Prolapso Rectal total.

De estos 5 casos fueron isócronos (29.4%), y con antecedentes de histerecto-
mía vaginal por prolapso genital previo (heterócronos) fueron 12 casos (70.6%).

El historial clínico de estas pacientes fué tomado de los archivos de la Se-
gunda Cirugía de Mujeres del Hospital General y Clínica Privada del Dr. Car-
los E. Azpuru.

Se hace revisión bibliográfica de autores nacionales y extranjeros para inves
tigar las posibles causas de la asociación en una misma paciente de Prolapso Ge-
nital Total y Prolapso Rectal Total; y si existe causa común como podría esta in-
fluir en uno u otro caso. Es de hacer notar que los artículos específicos sobre el -
tema son muy escasos (1, 16, 18) y en monografía sobre prolapso rectal total con
comitante con prolapso genital total, únicamente se encuentra el capítulo X, del
libro de Lenormant. (17).

III DISCUSION SOBRE ETIOPATOGENIA.

A.) PROLAPSO GENITAL TOTAL:

Según Batista Mena y Díaz Bazán (4), las causas del prolapso genital son: Multiparidad, falta de asistencia médica durante el parto, lesiones perineales post-parto, esfuerzos excesivos en el post-parto inmediato y la predisposición especial de los tejidos de sostén a la relajación. El 70% de las pacientes con prolapso genital total están dentro de 40 a 50 años, 73% son multíparas, 1.1% son nulíparas y la concomitancia de prolapso genital y Ca de cervix es 2%.

Timonen S. y Meyer B. (24) presentan un estudio de 1422 casos de prolapso genital total, sin mencionar un solo caso de P. R. T. Agregando: las causas del prolapso genital total son los traumatismos obstétricos por falta de médica, aunque es obvio que ciertas mujeres tienen debilidad congénita en las estructuras del tejido conectivo lo cual contribuye a la aparición del prolapso.

Porges R.F. y Blinick G. (22) dicen: "Los medios de fijación y suspensión del útero y vagina son los ligamentos redondos, anchos, úterosacros, y cardinales de Mckenrodt y el piso pélvico. Siendo el más importante de todos el músculo elevador del ano. En la nulípara al aumentar la presión intraabdominal el músculo elevador del ano es capaz de efectuar fuertes contracciones que mantienen cerrado el hiato genital. Durante el parto los múscu-----

los puborectales son dañados por lo cual, el hiato genital se ensancha; entonces el mecanismo esfinteriano es reemplazado por la hipertrofia y condensación de las fibras del tejido conectivo endopélvico y de la fascia vésico-vaginal. Además la posición normal del útero formando ángulo agudo con el canal vaginal permite que al aumentar la presión intra-abdominal, éste se apoye sobre el piso pélvico. Es de mencionar también la desnutrición, la que disminuye la masa y el tono muscular, en tal caso, el músculo elevador del ano no puede proporcionar suficiente soporte a los órganos pélvicos cuando aumenta la presión intra-abdominal. "Factores constitucionales juegan también papel importante en la resitencia del piso pélvico.

B.) PROLAPSO RECTAL TOTAL:

Altemeier citado por Shann (23). El prolapso rectal total, se debe a: Tonicidad de la musculatura perineal disminuida, falta de la curvatura normal del sacro, y a la dirección vertical del recto permitiendo que la presión intra-abdominal se ejerza directamente en la región anal. Así también la presencia de un Colon pélvico redundante y mesosigmoide largo.

Moschcowitz citado por Shan(23), dice: El prolapso rectal total es una hernia por deslizamiento a través del fondo de saco de Douglas, por una fascia pélvica y esfínteres debilitados.

Miles y Bacon citados por Shann(23); dicen que el prolapso rectal se inicia

por la eversión de las márgenes del ano, siendo en un principio mucoso y que más tarde se evierten todas las capas, las cuales protruyen por el ano.

Castro citado por Shann (23) dice que el prolapso rectal total, no es más que una intususcepción.

Britnall citado por Shann (23) reporta que existen variedades anatómicas como rectosigmoide y mesosigmoide grandes, esfínter rectal dilatado, paredes anteriores y posteriores del recto muy móviles y el fondo del saco de Douglas profundo.

Shann (23) haciendo un comentario dice: "Todos los sigmoides son largos, pues el sigmoide corto se considera como anomalía. Además un sigmoide muy largo se encuentra en el vólvulos, el cual no se asocia con prolapso -- rectal total.

Gabriel y Dunphy citados por Shann (23), dicen que la enfermedad se presenta arriba de los 50 años y que es más frecuente en mujeres que en hombres.

Lenormant (17) el prolapso rectal total, es una invaginación a través del ano de las partes inferiores del colon. Estos son los prolapsos completos (procidencia) pues están constituidos por todas las capas de la pared rectal. -- Dicha invaginación se produce por esfuerzos defecatorios (Constipación y diarrea crónica). De micción (hipertrofia prostática y cálculos vesicales) y por ac

cesos violentos de tos.

Tiene importante papel la relajación del piso pélvico especialmente de los músculos elevadores del ano. De 8 prolapsos rectales observados por Lenormant³ eran mujeres que padecían a la vez prolapso genital. No hay relación de causa entre los dos prolapsos, pero si ambos dependen de un factor común "La insuficiencia del piso pélvico". Agregando que a este factor se asocia una longitud y movilidad anormal del cólon pélvico. "Una asa sigmoidea larga y móvil y un meso sigmoide largo son indispensables para que se produzcan los grandes prolapsos rectales, cómo los que se ven en el adulto, para él una verdadera anomalía congénita.

Carrasco (5) los prolapsos rectales se producen por debilidad de los medios de soporte y fundamentalmente por una anomalía congénita como es el meso--recto ó mesosigmoide anormalmente largo.

Hartman citado por Carrasco (5), los medios de suspensión y soporte del recto, son peritoneo, vasos, láminas fibromusculares y los músculos elevadores del ano y esfinter externo.

Jeannel citado por Carrasco (5), el recto está suspendido del mesenterio del colon pelviano. Se puede seccionar el esfinter externo del ano, sin que se produzca prolapso rectal, al contrario, el esfinter más continente no puede impedir la salida del colon cuando los medios de fijación y suspensión están relajados.

Parks A.G. y Porter N.H. (20) El prolapso rectal es una consecuencia del mal funcionamiento anorrectal. Los músculos elevadores del ano y el esfínter externo, cierran parcialmente el canal anal. El cierre completo lo produce la mucosa de la pared rectal anterior colocándose como una válvula forzada por el gradiente de presión entre la cavidad abdominal y el medio externo.

McGraw J. Y. (18). La etiología y patogenia es la misma en el Prolapso genital total y en el prolapso rectal total. La debilidad primitiva de los tejidos de sostén a menudo de origen congénito pero generalmente adquirida, como resultado de fenómenos mecánicos locales, a los que se asocian trastornos tróficos.

Azpuru C. E., En Guatemala dice: Estoy de acuerdo con Lenormant en que el prolapso rectal total es una invaginación que se produce por la presencia de una asa sigmoidea muy grande con un meso de inserción amplia. No estoy seguro si esto es una anomalía congénita o una variedad anatómica del colon sigmoide.

IV. RESUMEN DE 17 CASOS

No. 1, B.R. 41 Años. G. 3 P 3.

Dx: P. R. T. Evolución: 15 años

Antecedente quirúrgico: Histerctomía vaginal

Tratamiento: Rectosigmoidectomía. Vía Perineal.

Anestesia General: Post-operatorio: Bien.

No. 2. J.M. 65 años, G. 6 P. 6

Dx: P. R. T. Evolución 3 meses.

Antecedentes: Quirúrgico: Histerectomía vaginal

Tratamiento: Rectosigmoidectomía. Vía Perineal

Anestesia General: Post-operatorio: No se presentó a control.

No. 3. - S.S. 55 Años, G. 6 P. 6

Dx: P G T y P R T. Tratamiento: Histerectomía vaginal

No volvió para tratamiento de P R T.

No. 4. N.M. 50 años, G 8 P 1.

Dx: P R T Evolución: 3 años.

Antecedente Quirúrgico: Histerectomía vaginal.

Tratamiento: Rectosigmoidectomía. Vía Perineal

Anestesia General. Post-operatorio: Bien.

No. 5. L.R.M. 82 años, G 2 P 2.
Dx: P G T y P R T Evolución: 1 mes

Antecedente Quirúrgico: Negativo

Tratamiento: Rectosigmoidectomía. Vía Perineal

Anestesia General. Posteriormente Histerectomía vaginal.

Post-operatorio: Bien.

No. 6. D.V. 77 años, G 4 P 4.

Dx: P R T Evolución: 2 años.

Antecedente Quirúrgico: Histerectomía vaginal

Tratamiento: Rectosigmoidectomía. Vía Perineal

Anestesia General: Post-operatorio: Bien.

No. 7. M.S.S. 61 años, G 1 P 1.

Dx: P R T Evolución: 2 años.

Antecedente Quirúrgico: Histerectomía vaginal

Tratamiento: Rectosigmoidectomía. Vía Perineal.

Anestesia General. Post-operatorio: Bien.

No. 8. - J.D. 58 años, G 1 P 1.

Dx: P R T Evolución: 5 meses.

Antecedente Quirúrgico: Histerectomía vaginal

Tratamiento: rectosigmoidectomía. Vía Perineal.

Anestesia General. Post-operatorio: Muerte por paro cardíaco al terminar la operación.

No. 9. G. V. E. 65 años, G 9 P 8

Dx: P G T y P R T Evolución: 2 años

Antecedente Quirúrgico: Negativo.

Tratamiento: Rectosigmoidectomía. Vía Perineal

Anestesia General. Posteriormente Histerectomía vaginal. Postoperatorio:

Bien.

No. 10. - J. G. 42 años, G 4 P 4.

Dx: P R T Evolución: 10 meses.

Antecedente Quirúrgico: Histerectomía vaginal

Tratamiento: Rectosigmoidectomía. Vía Perineal

Anestesia General. Post-operatorio: Bien.

No. 11. - J. R. M. 82 años,

Dx: P G T y P R T. Evolución: 17 años.

Tratamiento: Rectosigmoidectomía. Vía Perineal

Anestesia General. Posteriormente Histerectomía vaginal y Colpoperinorra-
fia. Post-operatorio: Bien.

No. 12- S.H. 60 años, G 3 P 3.

Dx: P R T Evolución 5 meses.

Antecedente Quirúrgico: Histerectomía vaginal.

Tratamiento: Rectosigmoidectomía. Vía Perineal.

Anestesia General. Post-operatorio: Bien.

No. 13. - B. A. v de N. 74 años.

Dx: P R T Evolución: 5 años.

Antecedente Quirúrgico: Histerectomía vaginal

Tratamiento: Rectosigmoidectomía. Vía Abdominal-Perineal

Anestesia General. Post-operatorio: Bien.

No. 14. G. C. 80 años G 2 P 2.

Dx: P. G. T. y P. R. T. Evolución: 7 años.

Antecedente Quirúrgico: Negativo.

Tratamiento: Rectosigmoidectomía. Vía Perineal

Anestesia General. Posteriormente Histerectomía vaginal

Post-operatorio: Bien.

No. 15. - J. V. L. 72 años G 7 P 7

Dx: P G T y P R T Evolución: 25 años

Antecedente Quirúrgico: Negativo

Tratamiento: Rectosigmoidectomía. Vía Perineal

Anestesia General. Posteriormente Histerectomía vaginal.

Post-operatorio: Bien.

No. 16. M. G. v de G. 76 años,

Dx: P R T Evolución: 2 años.

Antecedente Quirúrgico: Histerectomía Vaginal

Tratamiento: Rectosigmoidectomía. Vía Perineal.

Anestesia Local. Post-operatorio: Bien

No. 17. - G. R. 58 años, G 6 P 6.

Dx: P R T Evolución: 6 años.

Antecedentes Quirúrgico: Histerectomía vaginal.

Tratamiento: Rectosigmoidectomía. Vía Perineal.

Anestesia General: Post-operatorio: Bien.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

1. - De los 17 casos presentados, 12 fueron heterócronos (70.6%) presentando -
primero el Prolapso Genital Total y posteriormente el Prolapso Rectal Total.

Los otros 5 casos fueron isócronos (29.4%).

2. - Edad:

de 41 a 50 años	3 casos	(17.6%)
de 51 a 60 años	4 casos	(23.5%)
de 61 a 70 años	3 casos	(17.6%)
de 71 a 80 años	5 casos	(29.4%)
de 81 en adelante	2 casos	(11.7%)

3. - Paridad:

1	3 casos
2	2 casos
3	2 casos
4	2 casos
5	0 casos
6	3 casos
7	1 caso
8	1 caso

- . En tres casos no se pudo encontrar el No. de paridad.
- 4. - El prolapso genital total es una afección muy frecuente, mientras que el prolapso rectal total es una afección rara.
- 5. - La concomitancia de ambas afecciones es muy rara.
- 6. - El tratamiento y resultados será motivo de un estudio posterior, fuera de los límites de esta tesis.

VI CONCLUSIONES.

- 1.- En el Prolapso Genital Total la relajación del piso pélvico es el factor - más importante, sin embargo, en el Prolapso Rectal total consideramos que este factor no es suficiente para que se produzca.
- 2.- Creemos como Lenormant que el Prolapso Rectal Total es una invaginación y que para que se produzca, se necesita una longitud y movilidad anormal del colon pélvico.
- 3.- La concomitancia de Prolapso Genital Total y Carcinoma del Cervix, - es del 2%, en cambio la concomitancia del Prolapso Rectal Total y Carcinoma de Colon y Recto es cero.
- 4.- El prolapso Genital Total constituye el 20% de los ingresos a los servicios de Ginecología.
- 5.- En nuestro estudio de Prolapso Rectal Total encontramos 55 mujeres y 19 hombres.
- 6.- De las 55 mujeres con Prolapso Rectal Total hubo 17 que presentaron prolapso Genital Total Concomitante (30.9%).
- 7.- De los 17 casos estudiados de concomitancia de Prolapso Genital total y -- Prolapso Rectal Total, 5 se presentaron al mismo tiempo (isócronos). Y 12 en épocas diferentes (heterócronos). En estos últimos el Prolapso Genital - Total se presentó mucho ántes que el prolapso Rectal Total.

8.- Con respecto a la edad el 17.67% se presentó entre 41 y 50 años, 41.17% entre 51 y 70 años y el otro 41.17% entre 71 y 85 años.

9.- La paridad no parece influenciar el apareamiento del Prolapso Rectal - Total.

10- Debe ponerse mucha atención en el tratamiento de los pacientes que presentan la concomitancia de P. G. T. y P.R. T. por el problema quirúrgico que representan.

BIBLIOGRAFIA.

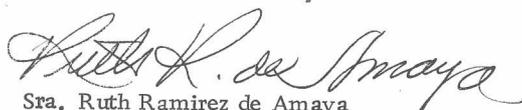
1. - Amico, J.C. Et al: Prolapse of the vagine in association with rectal-procidencia. Dis colon Rectum. 11: 115-9. Mar. Apr. 1968.
2. - Anderson, L.E.: Procidencia rectal un problema quirúrgico. Tesis -- Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de --- Ciencias Médicas, Noviembre 1963.
3. - Azpuru, C.E. Rectosigmoidectomía su uso actual en el cáncer y otras enfermedades. Revista del Colegio Médico de Guatemala G (3):245-250, Sept. 1955.
4. - Batista Mena y Díaz Bazán. Prolapso Genital. Memorial del III Congreso Centroamericano de Obstetricia y Ginecología, Guatemala. Dic. 1958. pp. 179-194.
5. - Carrasco. Prolapsus du rectun. Paris. Masson et cie. 1934.
6. - Cerbonnet G. et al: Promotory suspension in the correction of rectal -- and genital prolapse. Ann Chir 19: 214-8. Jul 63.
7. - Dawn, E.S.: Study on actiology of genital prolapse in Bengalee (Indian Women). J. Indian Med. Ass 46: 641-4. 16 Jun. 66.
8. - Echeverría, P.R. Análisis en general de los procedimientos quirúrgicos empleados en el tratamiento del prolapso rectal total y resumen del tratamiento empleado en 50 casos. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Julio 1966.
9. - Emge L. A. y Durfee R. B. Prolapso de organos pélvicos: cuatro milenios de tratamiento. Clínicas obstetricas y ginecológicas del Norte América. Dic. 1966. pp. 997-1032.
- 10- Friedman, E. A. Litthe, NA: The Conflict in nomenclature for des---census uteri. Amerc. J. Obstet. Gynec. 81:817-120. Apr. 1961.

- 11- Gabriel, W. B. The principles and practice of rectal surgery. Londres, - Lewis. 1949.
- 12- Gallagher, D.M. Tratamiento quirúrgico del prolapso rectal en la mujer Clínicas Obstétricas y Gynec. de Norte América. Dic. 66, pp. 1100-1106.
- 13- Gallo, D. General Factors in genital prolapse. Obstet. and Gynec. Mex. 15:530-4 Nov. Dic. 1960.
- 14- Halban J. Tandler J: The Anatomy and etiology of genital prolapse in women the supporting apparatus of the uterus. Obstet. Gynec. 15: 790-6, Jan. 60.
- 15- Jacobsen JJ. Federiksen J. , and Nielsen FK: Genital prolapse review of - 443 surgically trated cases: Acta Obstet. Gynec Scand 40: 77-98, 1961.
- 16- Lapeyrere J. , Grezez-Rulff F. Associated Prolapse of the uterus and rec-- tum. Bull Fed de Sociudades de Gynec. Obstect. (France). 14: 803-5, Nov. Dic. 1962.
- 17- Lenormant, C: Prolapsus du rectum causes et traitement operatoire Paris, G. Stein Heil. Editeur, 1903.
- 18- Mc Graw. J. Y. Combines study of rectal and genital prolapse. General conclusions of and experimental and clinical study Laval Med. 35: 181-7, Feb. 64.
- 19- Mc Graw, J. Y. Experimental study of genital prolapse preliminar consi- derations. Laval Med. 33-679-701, Nov. 63.
- 20- Park, A. G. et al: The Syndrome of the descending perineum. Proc. Prey. Soc. Med. 59:477-82, Junio 66.
- 21- Pellecer, J. R. Prolapso recto-sigmoide y sigmoide en el adulto. Estudio - clínico radiológico y patológico análisis de 28 casos. Tesis Gua- temala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médi- cas, Nov. 1963.

Bibliografía...

- 22- Porges R., F. Blinick G., Mechanisms of uterine support and the pathogenesis of uterine prolapse. *Obstet. Gynec. N.Y.* 15: 711-26, Jun. 1960.
- 23- Shann, H. The complete prolapse or procidentia of the rectum; and unsolved surgical problem. *S.G. O. Internacional Abstracts of Surgery*, 109(6): 521-533, Dic. 1959.
- 24- Timomen S. et al: Genital prolapse etiological factors, *Ann. Chir Gynaec Femn.* 57:363-70. 1968.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. ARCHELAO MARTINEZ ORDOÑEZ

DR. CARLOS EDUARDO AZPURU
Asesor.

DR. CARLOS EDUARDO AZPURU
Revisor.

DR. JULIO DE LEON MENDEZ
Director de Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD
Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.
Decano.