UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROLAPSO RECTAL EN NIÑOS

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA
GUATEMALA, C. A.

MIRIAM NOEMI QUIÑONES LOPEZ

Guatemala, Agosto de 1973.

PLAN DE TESIS

I.- *Introducción*

II.- *Material y Métodos*

III.- *Definición*

IV.- *Clasificación*

V.- *Frecuencia*

VI.- *Etiología*

VII.- *Sintomatología*

VIII.- *Diagnóstico*

IX.- *Diagnóstico diferencial*

X.- *Tratamiento*

XI.- *Casuística*

XII.- *Estadísticas*

XIII.- *Conclusiones*

XIV.- *Recomendaciones*

XV.- *Bibliografía*

INTRODUCCION

El prolapso rectal en el niño ha sido una enfermedad conocida desde hace varios años, sin embargo en su diagnóstico y tratamiento se le ha relegado a un segundo plano a pesar de su frecuencia tan elevada.

Los objetivos al elaborar el presente trabajo han sido: 1).- Aclarar conceptos de nomenclatura tan confusa en la actualidad, describiendo los hallazgos clínicos de una manera más uniforme, para poder clasificar los prolapsos rectales en parciales y totales; y 2).- Investigar en nuestro medio dado el grado tan elevado de desnutrición, anemia y parasitismo intestinal, con que frecuencia se presente esta afección.

Por estos motivos, he querido proporcionar una revisión del prolapso rectal enfocado al aspecto infantil y hacer un llamado a las personas que tienen a su cargo pacientes de este tipo, para que se trate de procurarles el tratamiento más adecuado.

MATERIAL Y METODOS

Para efectuar el siguiente trabajo, primero se procedió en buscar de material bibliográfico para lo cual se revisaron las tesis de graduación de médico y cirujano, los trabajos presentados ante los congresos médicos, y todos los números de la revista del Colegio Médico, siendo ésta última en donde se encontró el único artículo con referencia nacional presentado por el Doctor Alfredo Gil Gálvez. También se procedió a revisar el Index Médicus para recopilar bibliografía extranjera en donde se obtuvieron varios artículos.

Luego se revisó 20 años del libro de operaciones de pediatría, 15 años de libro de ingresos y egresos de todas las salas de pediatría y consulta externa del Hospital General San Juan de Dios.

DEFINICION:

Prolapso se deriva de la palabra latina "prolapsus" que significa caída.

El prolapso rectal es la exteriorización anormal del recto -através del ano-. Cuando desciende solamente la mucosa, el prolapso rectal es parcial o incompleto; cuando descienden todas las capas anatómicas se llama prolapso rectal total o para algunos procidencia. Según Tuttle, Prolapso rectal total y Procidencia son sinónimos y al hacer una diferenciación entre ellos únicamente lo que se produce es una confusión ya que ambos términos significan lo mismo.

CLASIFICACION:

Tuttle (citado por Nesselrod) los clasifica así:

A).- Prolapso Parcial

B).- Prolapso Total:

a. 1er. Grado.
b. 2do. Grado.
c. 3er. Grado.

Buie (citado por Nesselrod)

A).- Prolapso visible.

B).- Prolapso oculto.

En el Prolapso Parcial la membrana mucosa protruye a través del canal anal en grados variables. Es una exageración de la eversión fisiológica que existe en el momento de defecar.

Prolapso total de primer grado: además del descendimiento de todas las capas del recto hay una eversión de la pared del canal anal, con o sin desplazamiento del músculo del esfinter anal, así que la cubierta externa (piel anal más mucosa rectal) de las capas desplazadas se continúa con la piel peri-anal en la margen anal.

Prolapso total de segundo grado: las estructuras anales permanecen en su posición normal, y como resultado, un surco circula totalmente el recto prolapsado; generalmente el peritoneo y el contenido peritoneal están incluidos dentro de esta masa protruyente.

Prolapso total de Tercer grado: hay una intususcepción de la parte superior del recto y el recto sigmoide a la parte inferior del recto. No hay anormalidad visible a la inspección externa. El peritoneo y el contenido peritoneal también están incluídos. A este es al que Buie le llama prolapso oculto.

Clasificacion según Cruveilhier (citado por Pellecer M e z a en su tesis de graduación).

1.- Prolapso Mucoso anal: que consiste en la invaginación de la mucosa ano-rectal que se desliza sobre la musculatura.

2.- Prolapso ano-rectal que está formado por una invaginación de la parte inferior del recto a través del ano.

3.- Prolapso rectal propiamente dicho: que está constituído por la invaginación de la parte superior del recto en la parte inferior.

4.- Prolapso sigmoide rectal que es debido a la precipitación a través del ano de una invaginación de la continuidad del intestino.

FRECUENCIA:

Se considera que en general la incidencia de prolapso rectal total es rara, es clásico oponer la rareza de éste a la alta incidencia del prolapso rectal mucoso.

Pocos casos de prolapso rectal total en niños han sido publicados a la fecha (Mayo y Junio de 1,971) (1). En 1,947 Champeau y Couinad publicaron un caso de un niño de 1 año 8 meses 1,953, Laurence el de un niño de 11 meses, 1961 Frank el de un niño de 6 semanas, 1962 Nixon ha reportado 4 casos que han sufrido intervenciones de Cirugía mayor, en 1964 Dalzotto el de una niña de 7 meses, 1965 Boulvin el de un niño de 2 años y otro de 12 años, 1966 Collignon el de un niño de 2 meses, 1967 Sheets niña de 20 meses (caso clínico patológico).

El Prolapso rectal total representa más o menos el dos por ciento de los prolapsos rectales en el niño y del lactante.

Según Frank la relación es la 1 a 51.

Según Nixon (10) la relación es 4 a 215. En 10 años se han tratado 200 casos de prolapso rectal los cuales 4 eran prolapso total, la hospitalización es de 1 en 12,500 admisiones totales. Según las edades el prolapso rectal se vé más frecuentemente entre los 1 y los 5 años con un ligero predominio del sexo masculino.

Kay (8) encontró 29 casos sexo masculino y 22 sexo femenino

Tubino (16) encontró 58o/o sexo masculino y 42o/o sexo femenino.

Schapiro (13) estudió en 35 años, 2,700 ingresos por lesiones proctológicas en niños (2.34o/o) de los ingresos hospitalarios) de los cuales 83 casos eran por prolapso recto sigmoide. Encontró que el prolapso sigmoide a la ampolla del recto es el más común de todos los tipos de prolapso en el niño y en infantes, por lo tanto, la intususcepción sigmoideo rectal debe ser considerada como una causa probable del sangrado rectal en un niño. (Granet). (7)

ETIOLOGIA:

No es una la causa sino un conjunto de ellas las que provocan el prolapso rectal (16). Se han considerado como tales: 1).- Factor anatómicos: en el niño la presencia del sacro y coxis casi vertical y el recto consecuentemente en la misma línea del canal anal hace que la presión abdominal se manifieste verticalmente y el sacro no apoya la pared posterior como en el adulto, por lo tanto el único sostén es el esfínter anal; 2).- Mala posición del niño al efectuar sus evacuaciones; 3).- Problemas intestinales: de acuerdo con otros autores casi el 100o/o de los casos padecen de parasitismo interstinal, o alguna otra causa de diarrea, el niño así cae en un cuadro de desnutrición con pérdida del tono muscular y destrucción del tejido adiposo de sostén perirectal; 4).- Factores neurológicos: la más frecuente patologá neurológica que produce prolapso rectal es la espina bífida con mielomiríngocele que puede producir una parálisis de los músculos del perineo con pérdida del tono esfinterianos (Duhamel);(5).- Enfermedad fibroquística; como as enfermedades pancreáticas la enfermedad fibroquística puede causar heces voluminosas que contienen alimentos mal digeridos provocando desnutrición e hipotonía muscular. En los países más adelantados es la causa principal de Prolapso recal; 6).- Otras anomalías;A). La extrofía de la vejiga.). La fimosis que obliga a hacer al niño esfuerzos a la micción, y en la misma forma actúan los cálculos vesicales enclavados en la uretra; C). Otra patología que puede estar asociada es el pólipo rectal solitario. La fisiopatología intestinal es la misma que una invaginación intestinal causada por un tumor dentro de la luz intestinal.

En relación al prolapso rectal total Bienhaine (1) menciona los siguientes factores:

1.- *Premadurez*
2.- *Constipación o una diarrea tenáz*
3.- *Estado hipotrófico que puede resultar de desnutrición y carencias(2) enfermedades neurológicas (10), agenesia del sacro, enfermedad de Little.*

Bienhaime (1) dice: "La mala calidad del mesenquina (nos parece como a Duhamel) es el factor etiológico más importante ya sea congénito o adquirido".

"Los factor anatómicos indicados como causas que favorecen el prolapso rectal del niño nos parecen que juegan papel insignificante". "Nosotros nunca nos hemos impresionado por una profundidad anormal del fondo del saco de Douglas, a pesar que en uno de nuestros casos se hizo uncierre del Douglas. Igual, la rectitud del sacro y la pequeñez de los genitales en la niña no juegan más que un papel muy pobre. Dos factores anatómicos merecen discusión.

1).- La hiperlaxitud de los mesos y el exceso de longitud del colon sigmoide, ya que se trata de un estado posterior al prolapso. Después de la suspensión abdominal del recto aquellos de nuestros operados, con enema de bario de control, presentaron un colon de disposición y longitud normales.

2), La relajación esfinteriana es también secundaria al prolapso excepto en los paraplégicos; habitualmente después de la suspensión del recto el esfinter recupera su tono normal".

SINTOMATOLOGIA

Generalmente la madre llega acusando que su niño ha presentado dolor abdominal, períodos de estreñimiento alternados con perídos de diarrea, evacuación de lombrices o de sangre, cólicos y finalmente prolapso rectal que a veces puede ser más de un lado que de otro y que es fácilmente reductible ya sea espontáneamente o manualmente, pero que en esta ocasión es necesario recurrir a una emergencia hositalaria.

En casos más graves puede presentarse con las siguientes complicaciones:

1) Hemorragia: la gran mayoría de los casos debido a úlceras de la mucosa por las frecuentes exteriorizaciones, ésta al exteriorizarse se torna menos resistente.

2) Anorectitis: hay siempre una anorectitis con tenesmo. Cuando la infección es más grave puede dar lugar a una estenosis cicatrizal.

3) Prolapso rectal estrangulado: citan tal posibilidad los autores Duhamel, Benson, Bacon, Fevre y Neve según Nixon (10).

DIAGNOSTICO:

Al exámen físico encontramos que el prolapso parcial ó mucoso generalmente es pequeño (dos o tres centímetros) blando, suave al tacto porque es solo mucosa y los pliegues de la mucosa son radiados. El color depende del mayor o menor grado de congestión y de si es reductible o no espontáneamente. No se modifica de tamaño con la impulsión a la tos y el tono del esfinter puede estar normal o ligeramente disminuido (especialmente por mal estado general). El prolapso puede presentar solamente mucosa o hemorroides en grado mínimo.

En el prolapso rectal total, el tamaño es de 5 centímetros o más, la consistencia es más resistente porque tiene todas las capas, los pliegues son circulares, puede sentirse un poco más a la impulsión de la tos, el esfinter es normal o de tono ligeramente disminuido.

Ocasionalmente en niños y jóvenes, los cólicos y estreñimiento terminan en diarreas con sangre y moco. Un examen proctoscópico de estos niños descubre una proctocsigmoiditis granular y hemorrágica que se limita a la intususcepción, o sea una procidencia sigmoidal. (7)

Cuando una hisoria revela constipación pertinente, tenesmo, repetidas defecaciones conteniendo sangre y moco, malestar en perineo y recto, proctalgia al defecar, y algunas veces porctalgia fugaz, debe considerarse la intususcepcion sigmoideo rectal. A pesar de que ocurre tan frecuentemente el diagnóstico generalmente se omite porque los pacientes son examinados en posición invertida o rodilla-hombro y la fuerza de gravedad más la presión atmosférica que entra a travez del sigmoidoscopio

ponen al prolapso en su lugar anatómico correcto, pero si se examina en posición de Sims la procidencia casi siempre es demostrada, esta concepción de la frecuencia de la intususcepción sigmoideo rectal (Prolapso oculto de Tuttle) ha sido estudiado principalmente por Granet (7) y mencionado por Nesselrod. (9) Granet (7) lo ha confirmado por estudios radiológicos, sin embargo, su significación práctica no parece ser importante.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Se debe hacer diagnóstico diferencial con:

1).- Fisura o úlceras anales patología más común durante el primer año de vida. Son fácilmente reconocidos a la simple inspección, y por ser muy dolorosas al defecar o inmediatamente después.

2).- Hemorroides: son extremadamente raros en el niño. Potts afirma que prácticamente no se encuentra tal afección en el niño. Duhamel (5) dice que sí existe, y que son diferentes a los del adulto, aparecen como tumefacciones vasculares salientes situados en los bordes del ano y que interesan el canal anal (ha observado 14 casos).

3).- Pólipos rectales: generalmente único y pediculado, aparece entre los 3 y 6 años una anorectoscopia definirá al diagnóstico.

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA
GUATEMALA, C. A.

TRATAMIENTO:

Médico:

Es esencialmente el tratamiento del prolapso rectal parcial o mucoso, está encaminado a la curación de la patología desencadenante; y así tenemos que la mayoría de prolapsos se resuelven dando una alimentación adecuada, corrigiendo la anemia, y dando tratamiento antiparasitarios. Cuando la causa desencadenante es el estreñimiento debe procurarse mantener las heces blandas al mismo tiempo que corregir la costumbre de permanecer por largos períodos sentados en el bacín, y también dar el tratamiento adecuado de las diarreas. Si así no se corrige, debe enseñarse al paciente a defecar acostado con las piernas abiertas sobre una tabla estando atado fuertemente de la cintura a la rodilla, y débilmente en el tórax por diez días. (Mourot) Además debe enseñársele a la madre a reducir el prolapso usando una gasa vaselinada.

Para los casos en que estos métodos han fracasado, Tubino y col, (16) y Nixón (10) mencionan con éxito el tratamiento de soluciones esclerosantes.

Krakengut y Mourot también han obtenido buenos resultados empleando inyecciones de leche.

Quirúrgico:

Es esencialmente el tratamiento del prolapso rectal total, sin embargo también se ha usado en algunos casos de prolapso rectal parcial. A través del tiempo han sido varios los procedimientos quirúrgicos empleados, todos con mayor o menor grado de éxito según diferentes estadísticas y así tenemos que se

han practicado plastía, el cerclaje (condenado por Duhamel (5) y Bienhaime (1), la operación de Vernon David y la operación de Lockart Nummery. En la actualidad otros autores abogan por la operación de Orr-Loygue y algunos practican rectosigmoidectomías por vía perineal (Azpuru C.E.). Sin embargo es oportuno mencionar que hay casos de Prolapso rectal total que al crecer un niño se reducen espontáneamente y definitivamente (Granet, (7) Azpuru).

CASUISTICA

PROLAPSOS RECTALES PARCIALES:

1. O.E
5 años
Sexo: masculino
Dx. Prolapso rectal
Tratamiento: cerclaje

2. J.L
9 años
Sexo: masculino
Dx.: Prolapso rectal
Tratamiento: reducción quirúrgica de Prolapso Rectal

3. C.G.
5 años
Sexo: masculino
Dx. Prolapso rectal
Tratamiento: reducción quirúrgica de Prolapso Rectal.

4. H.R.L
5 años
Sexo: masculino
Dx.: Prolapso rectal
Tratamiento: reducción quirúrgica de Prolapso rectal.

5. H.M
6 años
Sexo: masculino
Dx.: Prolapso rectal
Tratamiento: reducción quirúrgica de Prolapso Rectal.

6. A.R — *10 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: plastía esfinter externo (operación de Vernon-David)

7. J.A — *3 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: plastía esfinter externo (Operación de Vernon-David)

8. F.M — *5 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: operación Vernon–David.

9. M.R — *5 años*
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: plastía esfinter externo (Operación Vernon–David)

10. D.S — *5 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: cerclaje

11. M.S — *Sexo: femenino*
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: Reducción quirúrgica de Prolapso Rectal.

12. F.C — *3 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: autoplastía esfinter externo (Operación Vernon–David).

13. O.6 — *4 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: reducción quirúrgica de prolapso rectal.

14. J.M.P — *4 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: Operación Lockard Mummery.

15. E.L.P — *7 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: reducción quirúrgica de Prolapso rectal.

16. B.T — *5 años*
Sexo: masculino
Dx: extrofía rectal
Tratamiento: reducción quirúrgica de Prolapso rectal.

17. M.A.C — *3 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: fijación prolapso con esparadrapo

18. R.R

3 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: cerclaje

19. G.S

4 años
Sexo: masculino
Dx: Pólipo y Prolapso rectal
Tratamiento: operación de Vernon–David

20. Z.A.6

11 años
Sexo: femenino
Dx: Pólipo y Prolapso rectal
Tratamiento: extirpación de pólipo

21. L.C.S

1 año
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: médico

22. M.R

4 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal, se efectuó protosigmoidoscopia
Tratamiento: médico

23. L.H

2 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal, se efectuó proctosigmoidoscopia

24. C.A.C

3 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal GI
Tratamiento: médico.

25. P.P.C

3 años
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal GI
Tratamiento: médico

26. R.D.N

11 años
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: médico

27. I.T

10 años
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: médico

28. L.A.C

8 años
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: médico

29. S.J.H.R.

8 años
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: médico

30. A.E

4 años
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal
Tratamiento: médico

31. C.E.C.B

7 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal parcial
Estado nutricional: bueno
Otras enfermedades: tricocefaliasis
Historia de Prolapso recta: 4 años
Tratamiento: cerclaje

32. D.P.C. de L *2 años, 6 meses*
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal parcial
Estado nutricional: bueno
Otras enfermedades: tricocefaliasis, lambliasis, hernia umbilical, VDRL (*) 32 dil
Historia Prolapso rectal: 5 meses
Tratamiento: Operación Lockart Nummery

33.0. de S. de L.C.U. *2 años*
Sexo: Masculino
Dx: Prolapso rectal parcial
Estado nutricional: regular
Otras enfermedades: ascaridiasis
Tratamiento: Operación Lockard Nummery

34. G.U.O *3 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal parcial
Estado nutricional: bueno
Otras enfermedades: uncinariasis, anemia
Historia de Prolapso rectal: no referido
Tratamiento: reducción quirúrgica de prolapso rectal.

35. J.F.M.S *4 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Estado nutricional: malo
Otras enfermedades: ascaridiasis, amebiasis, pólipos rectales
Historia de Prolapso rectal: 2 años
Tratamiento: reducción quirúrgica del prolapso rectal

36. A.D.D *12 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Estado nutricional: malo
Otras enfermedades: tricodefaliasis, anemia, desnutrición y retraso mental
Historia de Prolapso rectal: 8 días
Tratamiento: reducción quirúrgica del prolapso rectal

37. *4 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal parcial
Otras enfermedades: no referidas
Historia de Prolapso rectal: no referido
Tramiento: Operación de Vernon–David (3er. tiempo)

38. *6 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal parcial
Otras enfermedades: no referidas
Historia de Prolapso rectal: no referido
Tratamiento: Operación de Vernon–David (3er. tiempo)

39. *6 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal parcial
Otras enfermedades: no referidas
Historia de Prolapso rectal: 6 años
Tratamiento: Operación Vernon-David (3er. tiempo)

40. *6 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal parcial (4 cms)
Otras enfermedades: no referidas
Historia de Prolapso rectal: 1 año
Tratamiento: Operación Vernon—David (3er. tiempo)

41. *3 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso parcial (3 cms.)
Otras enfermedades: no referidas
Historia de Prolapso rectal: 1 1/2 años
Tratamiento: Operación Vernon-David (3er. tiempo)

42. R.M.G *4 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Estado nutricional: regular
Otras enfermedades: laringotraqueitis aguda, amigdalitis, teniasis (saginata) y sarampión.
Historia de Prolapso rectal:
Tratamiento: traqueostomía, amigdalectomía y postectomía, regresó 6 meses después en mejor estado general y nutricional, se hizo reducción quirúrgica de prolapso rectal.

43. R.M.A *10 años*
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal
Historia de Prolapso rectal: 8 meses
Estado nutricional: bueno
Otras enfermedades: tricocefaliasis, ascaridiasis
Tratamiento: resección pólipo rectal, reducción quirúrgica de prolapso rectal

44. J.J.M.F *3 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Historia de Prolapso rectal: 1 mes
Estado nutricional: malo
Otras enfermedades: uncinariasis, lambliasis, tricocefaliasis, amebiasis
Tratamiento: reducción quirúrgica de prolapso rectal y antiparasitarios

45. S.R.C.R *3 años*
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal recidivante
Estado nutricional: regular
Otras enfermedades: tricocefaliasis, anemia
Historia de Prolapso rectal: 3 meses
Tratamiento: reducción quirúrgica de prolapso rectal

46. J.F.M.C *8 años*
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Estado nutricional: bueno
Historia de Prolapso rectal: 5 años
Otras enfermedades: ascaridiasis, lambliasis y pólipo rectal
Tratamiento: Operación de Lockard Nummery
Consulto: 3 meses después
Dx: Prolapso rectal recidivante
Estado nutricional: bueno
Tratamiento: reducción quirúrgico de prolapso rectal y polipectomía.

47. J.R.O.P

4 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal parcial
Estado nutricional: no referido
Historia de Prolapso rectal: pocos días
Otras enfermedades: fimosis, tricocefaliasis, infección urinaria, anemia cálculo vesical
Tratamiento: cistostomía supra púbica y extracción de cálculo vesical, reducción quirúrgica de prolapso rectal

48. L.F.M.L

4 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Estado nutricional: bueno
Historia de Prolapso rectal: no referido
Otras enfermedades: ascaridiasis, litiasis vesical
Tratamiento: cistostomía y extracción de cálculos vesicales

49. E.S.V

9 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Estado nutricional: malo
Historia de Prolapso rectal: 1 mes
Otras enfermedades: gastro entero colitis aguda, litiasis vesical, lambliasis tricocefaliasis
Tratamiento: cistoscopía - cistolitotomía; en el servicio no presentó prolapso rectal

50. L.E.R.M

3 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Estado nutricional: regular
Historia de Prolapso rectal: 3 meses
Otras enfermedades: amebiasis intestinal, ascaridiasis pólipo rectal
Tratamiento: extirpación de pólipo rectal

51. Z.G.R.M.

9 años
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal
Estado nutricional: regular
Historia de Prolapso rectal: 2 años
Otras enfermedades: tricocefaliasis, anemia (9 g.) pólipo rectal.
Tratamiento: extirpación pólipo, antiparasitarios

52. R.A. del C.M

1 año, 5 meses
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Historia de Prolapso rectal: 22 días
Estado nutricional: malo
Otras enfermedades: gastro entero colitis agudas, desnutrición GI, anemia (8g)
Tratamiento: reducción manual, ampicilina y fijación con esparadrapo

53. B.G.R

2 años, 10 meses
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Estado nutricional: malo
Historia de Prolapso rectal: 2 días
Otras enfermedades: amebiasis intestinal
Tratamiento: reducción del prolapso con esparadrapo

54. G.H.R.X

3 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal parcial (mucoso), se efectuó proctosigmoidoscopía
Estado nutricional: regular
Historia del prolapso: 1 mes
Otras enfermedades: hipoproteinemía
Tratamiento: médico

55. W.R.V.L

4 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal parcial, se efectuó proctosigmoidoscopía
Estado nutricional: malo
Historia de Prolapso rectal: 1 año
Otras enfermedades: ascaridiasis, lambliasis, desnutrición
Tratamiento: antiparasitario

56. J.C.E.

7 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal parcial (al defecar), se efectuó proctosigmoidoscopía
Estado nutricional: regular
Historia prolapso rectal: 5 años
Otras enfermedades: ascaridiasis, uncinariasis.
Tratamiento: médico antiparasitario

57. E.M.V.B.

3 años
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal mucoso
Estado nutricional: regular
Historia prolapso: 3 meses, al defecar
Otras enfermedades: ascaridiasis, anemia.
Tratamiento: antiparasitarios y alimentación.

58. E.R.Q.

5 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal GI
Estado Nutricional: malo
Historia prolapso rectal: no referido
Otras enfermedades: desnutrición, gastro entero colitis, aguda, anemia(8.5g) amebiasis intestinal.
Tratamiento: antiparasitario y alimentación

59. M.C.L.R.

3 años, 8 meses
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal
Estado nutricional: malo
Historia prolapso rectal: 22 días
Otras enfemedades: gastro entero colitis aguda, desnutrición, ascaridiasis, anemia (10.5g)
Tratamiento: antiparasitarios, alimentación.

60. H.R.R.T.

5 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal mucoso
Estado nutricional: malo
Historia del prolapso: 8 días
Otras enfermedades: ascaridiasis, tricocefaliasis.
Tratamiento: alimentación, antiparasitarios

61. E.O.G.S.

2 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal
Estado nutricional: malo
Historia prolapso: 1 mes
Otras enfermedades: anemia (8g), shigellosis, gastro entero colitis aguda.
Tratamiento: médico con amplicilina

62. P.A.R.

3 años
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal
Estado nutricional: malo
Historia prolapso: 1 mes
Otras enfermedades: gastro entero colitis aguda, desnutrición, amebiasis, ascaridiasis, anemia
Tratamiento: no presentó prolapso rectal en el servicio, antiparasitarios.

PROLAPSOS RECTALES TOTALES

1. C.L.B.
3 años
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal total
Tratamiento: cerclaje

2. H.I.P.
3 años, 6 meses
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal total
Historia prolapso rectal: 1 1/2 años
Otras enfermedades: hipoproteinemia, anemia, estreñimiento.
Tratamiento: operación de Vernon-David.

3. J.C.T.
3 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal total
Historia prolapso rectal: 8 meses
Otras enfermedades: hipoproteinemia, anemia, estreñimiento.
Tratamiento: operación de Vernon-David.

4. A.C.
5 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal total
Historia prolapso rectal:
Otras enfermedades: desnutrición G III, anemia.
Tratamiento: operación de Vernon David.

5. C.A.L.M
3 años 9 meses
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal total
Estado Nutricional: bueno
Otras enfermedades: ascariasis y diarreas frecuentes.
Historia de Prolapso rectal: 2 años
Tratamiento: proctosigmoidectomía

6.C.O.D. 6
9 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal total
Estado nutricional: bueno
Historia Prolapso rectal: 6 años
Otras enfermedades ascaridiasis, uncinariasis y pólipo rectal.
Tratamiento: plastía del esfinter externo y pólipo rectal.
Tratamiento: plastía del esfinter externo y polipectomía.

7. R.M.L. Y
7 años
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal total
Estado nutricional: regular
Historia Prolapso rectal: 1 mes
Otras enfermedades: lambliasis, anemia
Tratamiento: rectosigmoidectomía, consultó 3 años después.
Dx: Prolapso rectal recidivante.
Estado nutricional: regular
Historia prolapso rectal: 3 años
Otras enfermedades: tenasis (nana) y ascaridiasis.
Tratamiento: rectosigmoidectomía.

8. H.L.V.G
4 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal total (6 cms.)
Estado nutricional: regular
Historia de prolapso rectal: 6 meses
Otras enfermedades tricocefaliasis, ascaridiasis, anemia.
Tratamiento: resección de prolapso rectal y plastía de esfinter externo del ano.

9. N.C.D.L
4 años 6 meses
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal total (7 cms.)
Estado nutricional: bueno
Historia de prolapso rectal: 10 meses
Otras enfermedades: anemia (11g)
Tratamiento: rectosigmoidectomía

10. J.E.D.P
4 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal total (9cms.)
Estado nutricional: malo SPI G LL
Historia prolapso rectal 2 años
Otras enfermedades bronconeumonía, anemia, amebiasis y ascaridiasis.
Tratamiento rectosigmoidectomía

11. O.A.6.A
4 años
Sexo: masculino
Dx: prolapso rectal total
Estado nutricional: malo
Otras enfermedades ascaridiasis, tricocefalisis, uncinariasis.
Historia de prolapso rectal: 9 meses
Tratamiento: cerclaje

12. C.T.P
8 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal total
Estado nutricional: regular
Historia de prolapso rectal: 2 años
Otras enfermedades: ascariadiasis, litiasis, vesical.
Tratamiento: cistostomía y extracción de cálculos vesicales.

13. H.P.H.
5 años
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal total, se efectuó proctosigmoidoscopía.
Estado nutricional: regular
Historia de prolapso rectal: 3 años
Otras enfermedades: parálisis cerebral, hernia umbilical, tricocefaliasis, lambliasis, uncinariasis.
Tratamiento: plastía del esfinter externo.

14. L.L.G.F
3 años
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal total (17 cms.)
Estado nutricional: malo
Historia de prolapso rectal: no referido
Otras enfermedades: diarreas, ascaridiasis, anemia.
Tratamiento: fijación con esparadrapo, alimentación.

15. A.L.P.S
3 años, 6 meses
Sexo: femenino
Dx: Prolapso rectal total (6 cms.) se efectuó proctosigmoidoscopía
Estado nutricional: regular
Historia de prolapso rectal: 6 meses
Otras enfermedades: ascaridiasis, lambliasis, anemia (10g)
Tratamiento: ya no se operó pues la paciente no volvió al hospital.

16. N.A.G

3 años, 4 meses
Sexo: masculino
Dx: Prolapso rectal total (10-15 cms).
Estado nutricional: malo
Historia de prolapso rectal: 4 meses
Otras enfermedades: diarrea frecuente, ascaridiasis, amebiasis, tricocefaliasis, desnutrición, anemia.
Tratamiento: reducción manual, antipariasitarios y alimentación.

ESTADISTICAS:

PROLAPSO RECTAL PARCIAL:

62 casos:

Sexo:	*Masculino*				*45 casos*
	Femenino				*17 casos*
Edad:		*de*	*0 a*	*1 año*	*0 casos*
		de	*1 a*	*2 años*	*2 casos*
		de	*2 a*	*3 años*	*5 casos*
		de	*3 a*	*4 años*	*16 casos*
		de	*4 a*	*5 años*	*11 casos*
		de	*5 a*	*6 años*	*9 casos*
		de	*6 a*	*7 años*	*3 casos*
		de	*7 a*	*8 años*	*3 casos*
		de	*8 a*	*9 años*	*3 casos*
		de	*9 a*	*10 años*	*3 casos*
		de	*10 a*	*11 años*	*3 casos*
		de	*11 a*	*12 años*	*2 casos*
		de	*12 a*	*13 años*	*1 caso*

no tiene reportada edad 1 caso.

TRATAMIENTO:

Médico		*19 casos*
Fijación con esparadrapo		*3 casos*
Quirúrgico causal:		
	Estirparación de pólipo	*3 casos*
	Extracción de cálculos vesicales	*2 casos*
Quirúrgico específico: de los cuales:		*35 casos*
	Reducción quirúrgica	*16 casos*
	Operación de Verdon-David	*11 casos*
	Operación de LOckard Mummery	*4 casos*
	cerclaje	*4 casos*

ENFERMEDADES QUE ACOMPAÑARON AL PROLAPSO RECTAL PARCIAL:

De 32 casos que tenían papeleta:

A)	*Con pólipo rectal*	*7 casos*
B)	*Con litiasis vesical*	*3 casos*
C)	*Estado nutricional*	
1.	*Con desnutrición*	*21 casos*
2.	*Estado nutricional bueno*	*6 casos*
3.	*Y no referido*	*5 casos*

D)	*Con parasitismo intestinal*	*25 casos*
1.	*Tricocéfalos*	*10 casos*
2.	*Ascaris*	*12 casos*
3.	*Uncinarias*	*3 casos*
4.	*Amebas*	*6 casos*
5.	*Lamblias*	*4 casos*
6.	*Shigella*	*1 caso*
7.	*Tenia saginata*	*1 caso*
	No se encontraron parasitos en heces	*1 caso*
	No fueron referidos en las papeletas	*6 casos*

Combinación más frecuente:

Ascaris más amebas	*4 casos*
Tricoéfalos más áscaris	*2 casos*
Tricocéfalos más lamblias	*2 casos*

E)	*Diarrea inespecífica*	*1 caso*
F)	*Anemia*	*10 casos*
G)	*V.D.R.L. (+)*	*1 caso*
H)	*Retraso mental*	*1 caso*
I)	*Infección urinaria*	*1 caso*
J)	*Fimosis*	*1 caso*

Prolapso rectal recidivantes	*2 casos*
Promedio de historia prolapso rectal (de 25 casos porque el resto no tiene información)	*225 días*
Proctosigmoidoscopías	*4 casos*

PROLAPSO RECTAL TOTAL:

16 casos

Sexo:	*Masculino*	*11 casos*
	Femenino	*5 casos*

Edad:	*de*	*0 a*	*1 año*	*0 casos*
	de	*1 a*	*2 año*	*0 casos*
	de	*2 a*	*3 años*	*0 casos*
	de	*3 a*	*4 años*	*7 casos*
	de	*4 a*	*5 años*	*4 casos*
	de	*5 a*	*6 años*	*2 casos*
	de	*6 a*	*7 años*	*0 casos*
	de	*7 a*	*8 años*	*1 caso*
	de	*8 a*	*9 años*	*1 caso*
	de	*9 a*	*10 años*	*1 caso*
	de	*10 a*	*11 años*	*0 casos*
	de	*11 a*	*12 años*	*0 casos*
	de	*12 a*	*13 años*	*0 casos*

TRATAMIENTO:

Médico		*1 caso*
Fijación con esparadrapo		*1 caso*
Quirúrgico causal:	*cistostomía y extracción de cálculos vesicales*	*1 caso*
Sin tratamiento		*1 caso*
Quirúrgico específico		*12 casos*
De los cuales:		
	Cerclaje	*2 casos*
	Operación de Vernon-David	*3 casos*
	Rectosigmoidectomía	*4 casos*
	plastía de esfinter externo	*3 casos*

PROLAPSO RECTAL TOTAL:

Casos: 16

A)	*Con pólipo rectal:*	*1 caso*
B)	*Con litiasis vesical:*	*1 caso*
C)	*Estado nutricional*	
	1. Con desnutrición	*12 casos*
	2. Estado nutricional: bueno	*3 casos*
	3. No referido	*1 caso*
D)	*Con parasitismo intestinal*	*12 casos*
	1. Ascaris	*10 casos*
	2. Tricocéfalos	*4 casos*
	3. Uncinarias	*3 casos*
	4. Amebas	*2 casos*
	5. Lamblias	*3 casos*
	6. Tenia nana	*1 caso*
	No referidas	*3 casos*
	No se encontraron en heces	*1 caso*

Combinación más frecuente:

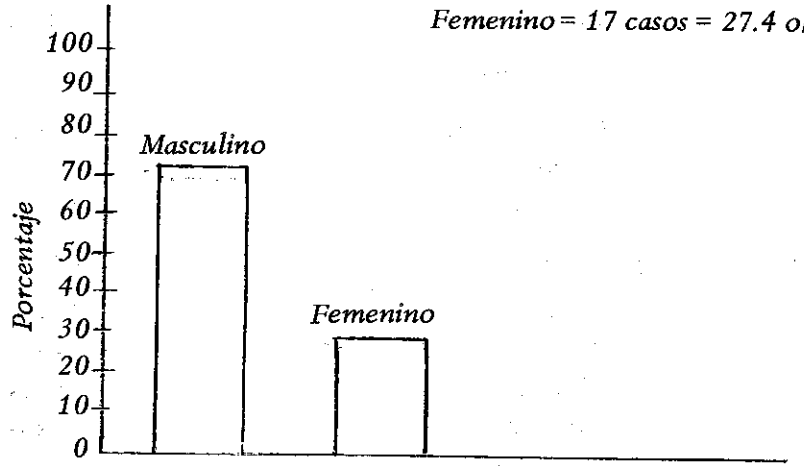
Ascaris más tricocéfalos	*3 casos*
Ascaris más amebas	*2 casos*
Ascaris más uncinarias	*2 casos*
Tricocéfalos más uncinarias	*2 casos*

E)	*Diarreas inespecíficas*	*3 casos*
F)	*Anemia*	*9 casos*
G)	*Retraso mental*	*1 caso*
H)	*Hernia umbilical*	*1 caso*
I)	*Estreñimiento*	*2 casos*
J)	*Prolapso rectal recidivante*	*1 caso*
Tiempo promedio de historia de Prolapso rectal		*615 días*
	Proctosigmoidoscopías	*5 casos*

SEXO

Prolapso Rectal Parcial

Masculino = 45 casos = 72.6 o/o
Femenino = 17 casos = 27.4 o/o



Prolapso Rectal Total

Masculino = 11 casos = 68.75 o/o
Femenino = 5 casos = 31.25 o/o

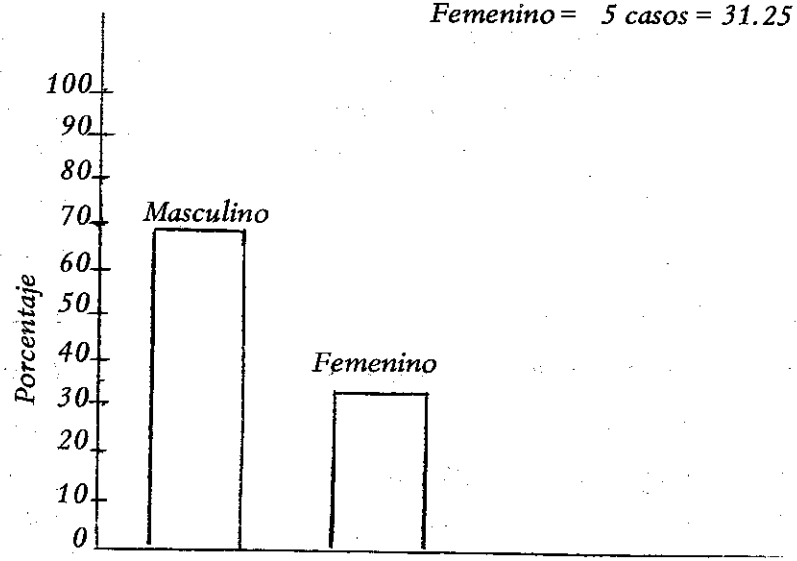
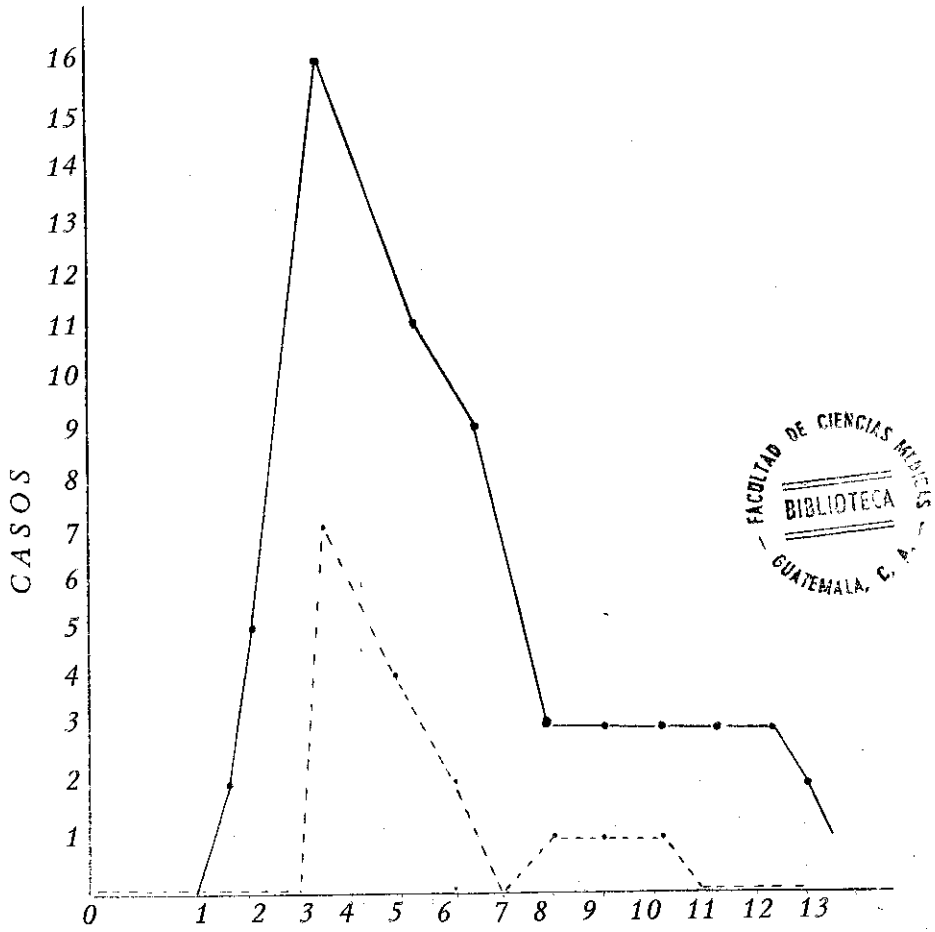


TABLA SEGUN EDADES

PROLAPSOS RECTALES PARCIALES

PROLAPSOS RECTALES TOTALES

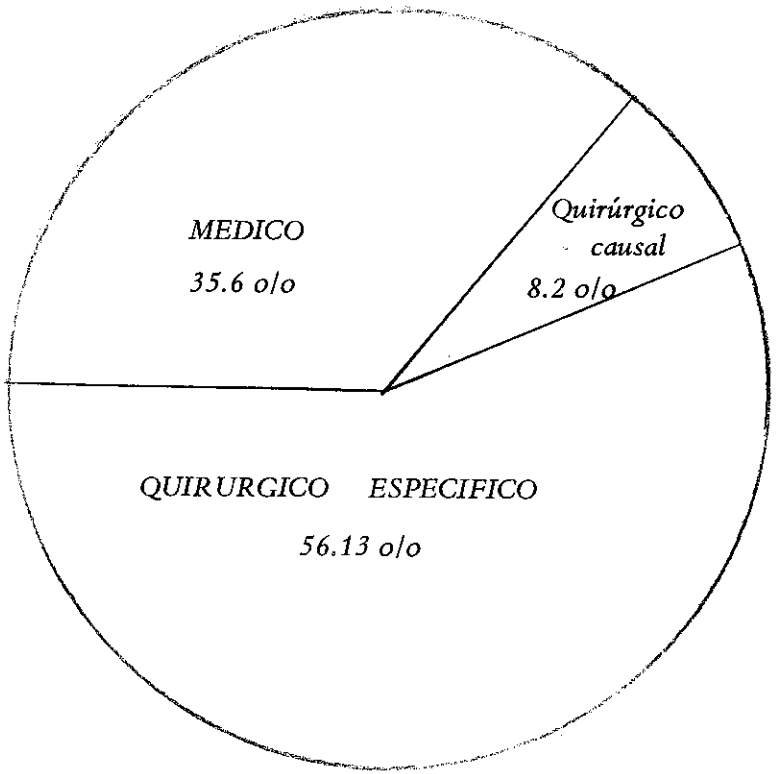
——— *PROLAPSOS RECTALES PARCIALES*
- - - - - - - *PROLAPSOS RECTALES TOTALES*



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
BIBLIOTECA
GUATEMALA, C. A.

TABLA SEGUN TRATAMIENTO

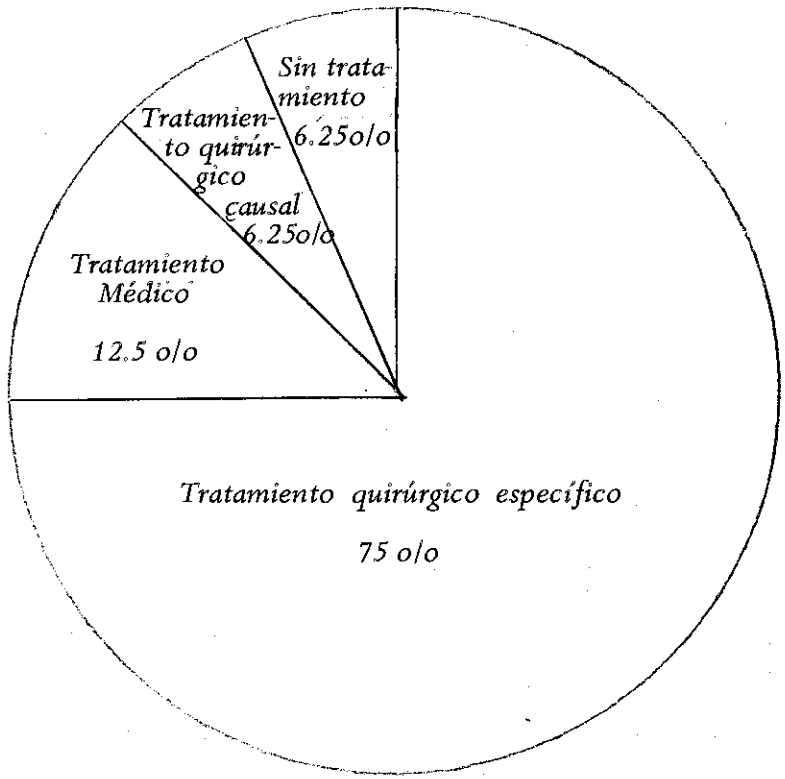
PROLAPSOS RECTALES PARCIALES



TRATAMIENTO MEDICO = 22 casos = 35.6o/o
TRATAMIENTO QUIRURGICO CAUSAL = 5 casos = 8.2o/o
TRATAMIENTO QUIRURGICO ESPECIFICO = 35 casos = 56.13o/o

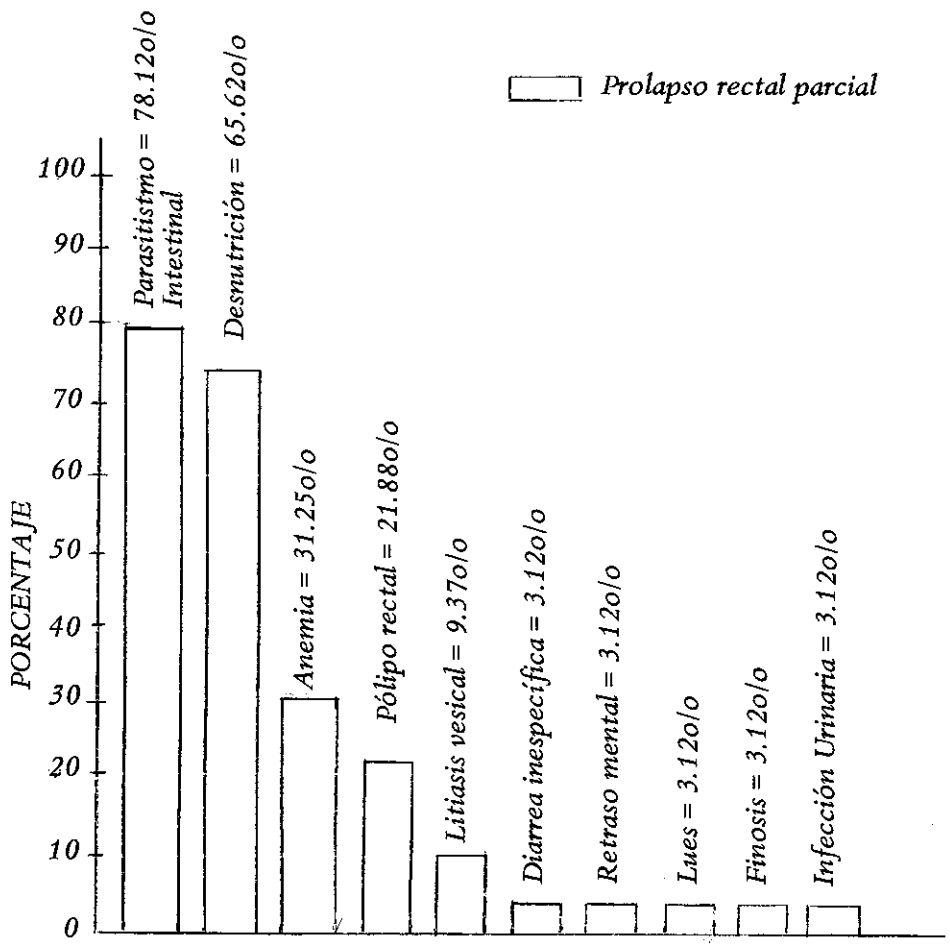
TABLA SEGUN TRATAMIENTO

PROLAPSOS RECTALES TOTALES

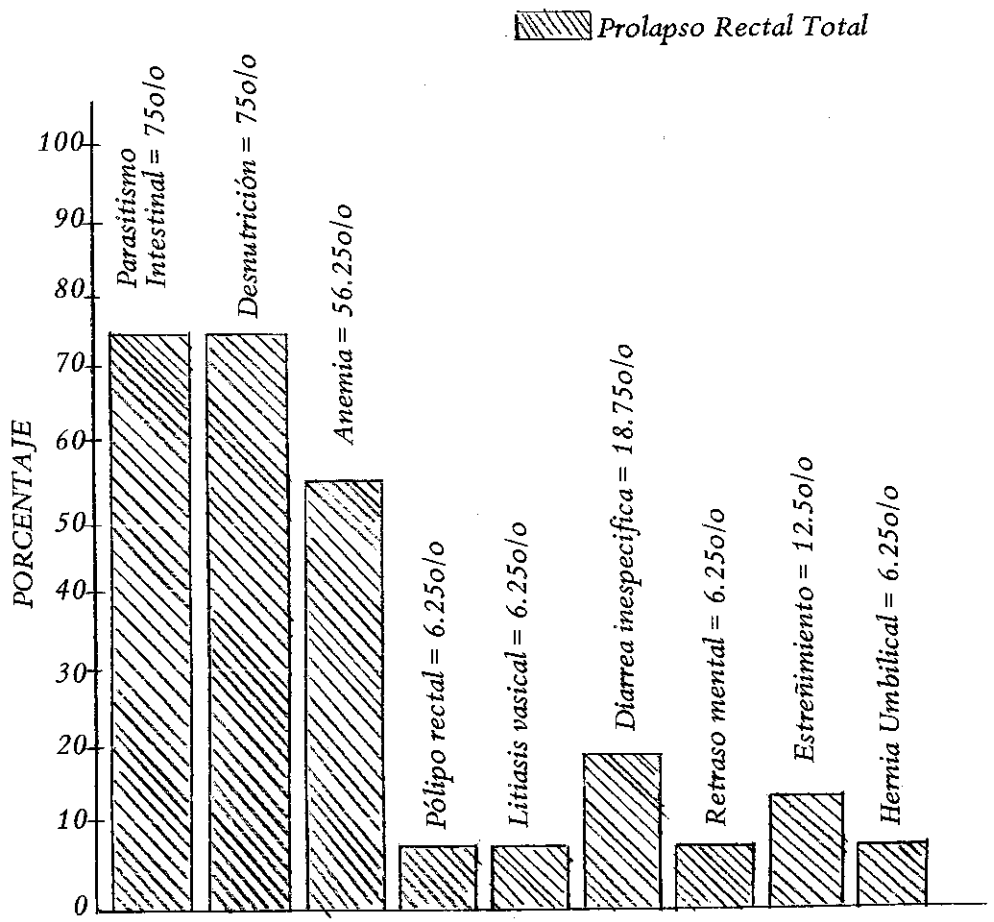


TRATAMIENTO MEDICO = 2 casos = 12.5o/o
TRATAMIENTO QUIRUGICO CAUSAL = 1 caso = 6.25o/o
TRATAMIENTO QUIRURGICO ESPECIFICO = 12 casos = 75o/o
SIN TRATAMIENTO = 1 caso = 6.25o/o

ENFERMEDADES QUE ACOMPAÑARON AL PROLAPSO RECTAL



ENFERMEDADES QUE ACOMPAÑARON AL PROLAPSO RECTAL



CONCLUSIONES:

1.– *El prolapso rectal en el niño es de alta incidencia en nuestro medio.*

2.– *El número de prolapsos rectales totales encontrados en este trabajo es muy elevado en contraste a los reportados en la literatura.*

3.– *El prolapso rectal en el niño está relegado a un segundo plano, conclusión a que se puede llegar ya que: a) Solo están anotados los casos de prolapso rectal que consultaron por dicho problema, y no se ha tratado de investigar en casos de niños desnutridos y parasitados. b) No están anotados los hallazgos físicos del prolapso rectal en las papeletas. c) En la mayoría de los casos no hay datos del prolapso rectal, ni características clínicas (tamaño consistencia etc.).*

4.– *Los prolapsos rectales mucosos son muy frecuentes dado el número elevado de niños con diarreas inespecíficas, parasitados y desnutridos, pero no se hace la anotación respectiva en las papeletas.*

5.– *En los libros de consulta externa no hay anotados diagnósticos excepto en los casos de ingreso.*

6.– *Aunque no hay detalles clínicos específicos (pues muchos casos están clasificados únicamente como "prolapso rectal"), tenemos la impresión que muchos prolapsos rectales parciales han sido operados sin haber aplicado antes medidas conservadoras (concepto expresado también en el trabajo del Doctor Gil Gálvez (6), esto es*

debido a la urgencia de evacuar a los niños de los servicios y a que a la mayoría no se les puede mantener en control en la consulta externa por factores socio-económicos y educacionales.

7.– *La mayoría de prolapsos rectales, tanto totales como parciales oscila entre las edades de 3 a 6 años.*

RECOMENDACIONES:

1.– *Que en todo niño desnutrido, parasitado o con diarrea se trate de investigar aunque sea solo por historia, si no ha presentado prolapso rectal.*

2.– *Que al examinar a un paciente con prolapso rectal sea anotado los hallazgos físicos.*

3.– *Que los clínicos y en especial los cirujanos midan los prolapsos y los clasifiquen como parciales o totales.*

4.– *Que los libros de consulta externa tengan anotados el diagnóstico clínico.*

5.– *Que se trate de aplicar en lo posible el tratamiento médico conservador, antes de someter al niño a una intervención quirúrgica.*

6.– *Que los cirujanos anoten que tipo de operación han efectuado, ya que en muchos casos aparecen únicamente como reducción quirúrgica.*

BIBLIOGRAFIA:

1.— *Bienayme, J.et al. La rectopexie de Orr– Loygue dans le traitement du prolapsus rectal total de 1' enfant. Ann Chir Infant 12: 207-14, May-Jun/71.*

2.— *Boulvin, R.A propos du traitment chirurgical du prolapsus rectal chez l'enfant et chez l'adulte avec reference particuliere a la techinique de la rectopexie dans le prolapsus rectal total. Ann Chir Infant 19: 1935 - 64, Oct. 1,965.*

3.— *Collignon, Nancy. Un cas de prolapsus rectal total chez un nourrisson de deux mois. Guerison par opérations de Orr Loygue. Ann Chir Infant 7:55-8, Mar. 1966.*

4.— *Dal Zotto, Enzo.. Il prolapsso rettale nel bambino con particolare referimento ad una sua grave complicanza: la eviscerazione del colon pelvico. Chir Ital 16: 885-93, Dic. 1,964.*

5.— *Duhamel, Jean. Proctology du diverses ages. Paris, Flammarion, 1,972. pp. 18,299.*

6.— *Gil Gálvez, Alfredo. Autoplastía del esfinter externo del ano en el prolapso rectal del niño. Tercer tiempo de la operación de Vernon C. David. Revista del Colegio Médico (Guatemala) 4 (1); 87-93, Mayo 1,953.*

7.— *Granet, Emil. Manual of proctology. Chicago, Ill. The year Book Medical Publishers, 1954. pp. 69-72, 286.*

8.– *Kay, N.R. et al. The treatment of rectal prolapse in children with inyections of 30 percent saline solution. J. Pediatric Surg 5:334-7, June 1970.*

9.– *Nesselrod, J. Peerman. Prolapse of rectum.* **IN HIS:** *Clinical proctology. Ind. ed. Philadelpia. Pa. W.B. Saunders. 1,957. 179-91.*

10.– *Nixon, H.H. Rectal prolapse in childhood. Proc Roy Soc. Med. 55: 1093-4, Dic. 1,962.*

11.– *Pellecer Meza, José Rigoberto: Prolapso recto-sigmoide y sigmoide en el adulto (estudio clínico, radiológico y patológico, análisis de 28 casos). Guatemala, Tip. Sánchez de Guise, 1,966. 84 p.*

12.– *Rosati, I Considerations on the treatmen of rectal prolapse. Acta Chir Ital 20: 231-55, May-Jun, 1964.*

13.– *Schapiro, S. Occurrence of proctologic disorders in infancy and childhood. Gastroenterology 15:653, 1,950.*

14.– *Sheets, Raymond F. Tetralogy of Fallot, constipations, rectal prolapse and indentable pelvic mass. J. Iowa Med Soc. 57: 69-77, Jul. 1,967.*

15.– *Soriano, Lolita R. et al. Rectal prolapse in children with trichuriasis. J. Philipp Med Ass 42:843-8, Dic. 1,966.*

16.– *Tubino: P. et al. Rectal prolapse in childhood. Hospital Río 65: 1281-9P. Jun. 1,964.*

Vo. Bo. (f) Ruth R. de Amaya

BR.
Miriam Noemí Quiñones

Asesor.
Carlos Eduardo Aspuro

Revisor.
Alfredo Gil Gálvez

Director de Fase III.

Secretario.

Vo. Bo.

Decano.