

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



PROLAPSO RECTAL TOTAL

(Estudio de 146 casos)

EDWIN IVAN MARTINEZ ORTIZ

GUATEMALA, AGOSTO DE 1974

## PLAN DE TESIS

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	3
HISTORIA	5
ETIOPATOGENIA	7
DEFINICION Y CLASIFICACION	9
SINTOMATOLOGIA	11
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	11
CASUISTICA	13
ESTADISTICAS	33
CONCLUSIONES	37
BIBLIOGRAFIA	39

## INTRODUCCION

El propósito de este trabajo, es hacer un estudio de la mayor parte de los casos de Prolapso Rectal Total encontrados principalmente en el Hospital General San Juan de Dios y otros Hospitales de la capital.

Creemos de interés hacer esta recopilación, porque los trabajos anteriores presentados aquí en Guatemala, cubren sólo una parte del problema y por otra parte hemos enfocado nuestra investigación sobre aspectos que no habían sido considerados anteriormente, tales como: la genética, concomitancia con enfermedades mentales y aspectos anatómo-patológicos (ésto último cubierto parcialmente).

Esta enfermedad aunque no muy frecuente, incapacita a las personas y a veces se acompaña de problemas psicológicos. El tema ha sido muy discutido en cuanto a su etiología, diagnóstico y sobre todo en su tratamiento, por lo que nosotros haremos énfasis en el tratamiento que fue más utilizado en nuestra serie y el que mejores resultados aportó como fue la Rectosigmoidectomía por vía perineal.

## MATERIAL Y METODOS

El presente estudio consta de 146 casos de Prolapso Rectal Total, que se presentaron así: 110 casos en el Hospital General San Juan de Dios (estudio de los últimos 20 años), 11 casos en el Hospital Roosevelt (estudio de 14 años), 7 casos en el Hospital Neuropsiquiátrico, 3 casos en el Hospital Militar y 15 casos de clientela privada.

Se revisa bibliografía nacional, especialmente tesis anteriores y artículos de autores guatemaltecos y extranjeros relacionados con el tema.

Se hace un análisis clínico, radiológico, patológico (50 casos) y genético (10 casos), últimos dos aspectos que han sido estudiados muy poco.

## HISTORIA

Los primeros documentos en relación a esta condición son citados por Boutsis y Ellis (10) que pueden ser hallados en los libros antiguos de los egipcios: Los Papiros, donde en uno de ellos se incluye una serie de 33 casos con enfermedades anorectales, llamándole dislocación de la parte posterior al prolapso rectal; el tratamiento de ellos consistía en supositorios que contenían miel o la introducción manual del prolapso en el ano. Los griegos, influenciados naturalmente por los egipcios, prescribían el uso de miel, fluor, aceite y otras cosas para tratarlo. Es sabido que algunos de esos ingredientes y especialmente la miel posiblemente actúa por una remoción osmótica del agua, así resulta en reducción del edema, que generalmente acompaña a tal condición. Luego Hipócrates, (10), quien recomendaba para el tratamiento del prolapso, sostener a los enfermos de los pies, agitándolos para que en esa forma el intestino retornara a su lugar, si no era posible, se introducía en el ano aplicándole una esponja con agua caliente y guardándola en su lugar con un chal entre las piernas. Ambrosio Paré (15) de tiempos mas recientes sugiere el uso de bragueros recomendando como profilaxis no sentarse en piedras frías. Woodall (15) en 1617 indica espolvorear estiercol del perro alimentado con polvo de hueso sobre el prolapso para su tratamiento. Salmon, citado por Pellecer (24) en 1813 propone para el tratamiento de la excisión completa de la membrana mucosa. Mikulicz, citado por Gabriel (17) en 1888 recomienda por primera vez la amputación por vía perineal del intestino prolapsado. Jeannel (10) en 1889 introduce la colostomía proximal y en 1890, Gross y Roberts cambian la dirección del recto por una resección en cuña, mientras Thiersch, empieza usando su técnica de sutura perineal con alambre. Moschcowitz, (23) en 1912 hace una descripción completa de la patogenia del prolapso, considerándolo como una hernia del periné sugiriendo para su tratamiento repararla por vía abdominal, cerrando el saco de Douglas y reparando hasta donde fuera posible la fascia pélvica. La resección primaria de colon sigmoide para curar prolapso rectal fue empleado por primera vez por Von Eiselsberg (10), en 1902 y Miles emplea la rectosigmoidectomía perineal en 1904, publicando sus resultados en una serie de 31 pacientes en 1933. Cohn, citado por Pellecer (24), en 1942 agrega la sutura de los elevadores del ano por vía perineal. En el mismo año el Dr. Roscoe R. Graham (24) consi-

derando el prolapso como una hernia por deslizamiento de acuerdo con Moschcowitz, en el tratamiento por vía abdominal aconseja la sutura de los músculos elevadores del ano y fascia frente al recto. En 1948, Dunphy (15), reporta 5 casos de Rectosigmoidectomía. Altemeir (1) en 1952, describe 21 casos de rectosigmoidectomía por vía perineal, siendo la operación mas amplia que la de Dunphy. Swinton y Mathiesen (29) reportaron en 1955, una serie de 52 casos procedentes de la clínica Lahey. Bacon (6), en 1956 reportó 69 casos de prolapso rectal tratados por vía abdominal, recopilados en un período de 15 años. Gabriel (16) en 1958 reportó 145 casos tratados con rectosigmoidectomía, siendo ésta una de las series de casos mas grande reportadas. Shann (29), en 1959 hace una revisión bastante completa de prolapsos totales, así como del problema de su tratamiento y combate la idea de Moschcowitz que por tantos años ha dominado la etiopatogenia y el tratamiento. En los últimos diez años muchos autores de nota entre ellos Ripstein (27) y Loygue (21) han hecho énfasis en el tratamiento por vía abdominal, por fijación del Rectosigmoide a la primera vertebra sacra y algunos autores como Beahrs (7) y Col. Castro (13), han preconizado la rectosigmoidectomía por vía abdominal. En 1971, Altemeir, presenta una serie de 106 casos tratados por Rectosigmoidectomía, vía perineal.

## ETIOPATOGENIA

Sobre la etiopatogenia del prolapso rectal total se ha especulado mucho sin llegar a conocer realmente la causa productora del mismo, se han mencionado los siguientes factores como responsables, pero no se ha clarificado si son primarios o simplemente factores predisponentes agregados a otro mas importante todavía no conocido.

1. Problemas intestinales: especialmente diarrea de cualquier etiología y el estreñimiento, ya que estos fueron mencionados como la causa desencadenante del problema en la mayor parte de nuestros casos, al igual que en otras series, como la de Altemeir (2).
2. Factores anatómicos: citados por Pellecer (24) como es la falta de curvatura normal del sacro y la dirección vertical del mismo, citado además por Ripstein (27), Brodén y Snellman (11), que permite en esa forma ejercer directamente la presión intraabdominal hacia la región anal. Ciertas anomalías congénitas, como la ausencia completa del septum rectovaginal (29), extrofia de vejiga, ectopia vesical, hernias, nefrostosis, cálculos vesicales, enfermedades mentales (12).
3. El hecho de encontrar un mesosigmoide largo como sucede en la gran mayoría de los casos, contribuye a la intususcepción y a la movilidad marcada del rectosigmoide, factor que es mencionado por muchos autores, como Pemberton (25), Shann (29), Pellecer (24) y otros cirujanos.
4. Tonicidad muscular disminuida: La musculatura perineal es la mas afectada, no sabiendo exactamente, si este factor se encuentra antes que se presentara el prolapso o que se presenta como consecuencia del mismo. Esta tonicidad disminuida se encuentra en una serie de enfermedades, tales como: enfermedades caquetizantes, cáncer, tuberculosis, etc.
5. La edad y el sexo son otros factores mencionados como importantes. Se ha visto que es mas frecuente en mujeres que en

hombres, en casi todas las series, probablemente debido a los problemas ginecológicos que sufren las mismas, en nuestra serie, 24 casos (16.43 o/o), habían sido operadas o fueron intervenidas posteriormente por problemas de prolapso genital. Con respecto a la edad se reporta que es mas frecuente entre la 2a. y 3a. década de la vida (18), pero otros estudios (10) y el nuestro reportan el porcentaje mas alto entre gente mas vieja, en la 6a. y 7a. década de la vida.

6. En los niños, los factores increpados por Bienhaine (8), son la premadurez, la constipación o la diarrea tenaz y los estados hipotróficos, siendo estos los más importantes, aunque participan también algunos de los mencionados anteriormente.
7. Factores genéticos han sido increpados por algunos autores como Daseler (14), quien presenta un estudio de 25 casos de prolapso rectal de un hospital de enfermos psiquiátricos de 3000 pacientes y Altemeir (2), quien menciona que de una serie de 106 casos de prolapso rectal 86 pacientes tenían problemas psiquiátricos y neurológicos, haciendo un porcentaje de 81 o/o, lo cual es bastante alto y merece tomarse en cuenta como factor de importancia. En nuestra serie, se reportan 8 casos del hospital Neuropsiquiátrico.
8. Algunos como Moschcowitz, citado por Shann, consideran que el prolapso rectal es una hernia por deslizamiento a través del saco de Douglas, por una fascia y esfínteres debilitados.
9. Por último, algunos creen que es una invaginación que se produce por la presencia de asa sigmoide muy grande, con un meso de inserción amplia, entre ellos mencionamos a Lenormant (20) y Azpuru, aquí en Guatemala.

## DEFINICION Y CLASIFICACION

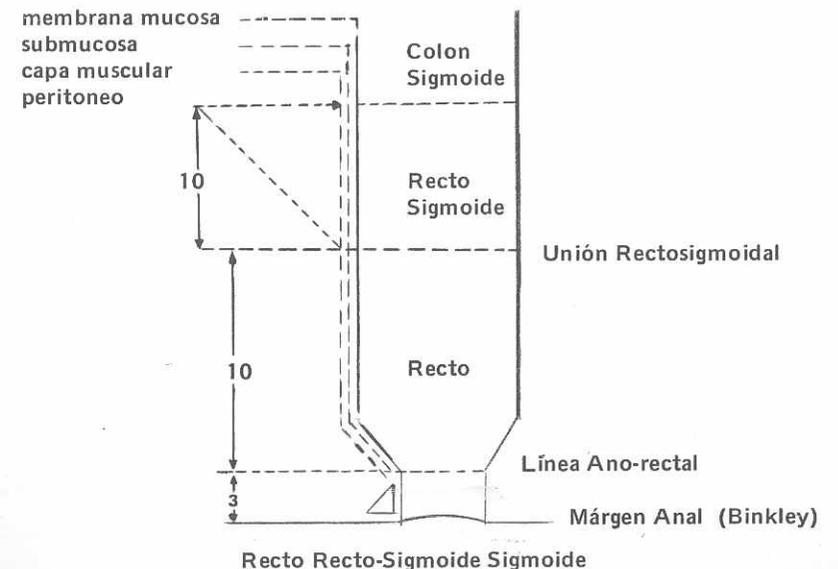
### Definición

Es la salida del rectosigmoide y sigmoide a través del ano.

### Clasificación

Con respecto a la clasificación de prolapso rectal total sólo haremos énfasis en que el estudio comprende sólo casos de prolapso rectal total, es decir, en donde en el prolapso están incluidas todas las capas del intestino (mucosa, submucosa, muscular y serosa) en contraposición con prolapso rectal mucoso o parcial en el cual su nombre lo indica sólo incluye mucosa. También es oportuno repetir que nuestra clasificación es la de Azpuru, publicada en la tesis de Pellecer (24) y trabajo del Congreso de Medicina presentado por nosotros (3).

Esta clasificación se refiere a considerar prolapso rectal total y sigmoidal por una parte y por otra parte: rectal total, rectosigmoidal y sigmoidal, esta nomenclatura que considera como rectosigmoide a una región entre el recto y el sigmoide de acuerdo al esquema propuesto por Binkley (9), para el carcinoma del recto.



No hemos creído de importancia repetir clasificaciones como la de Cruveilhier, Tuttle, etc., porque pueden ser consultadas en las tesis anteriores.

## SINTOMATOLOGIA

En relación a la sintomatología, lo que refieren la mayoría de pacientes, es la salida de una masa por el recto que sigue generalmente a un episodio de diarrea, que se reduce espontáneamente, pero con el tiempo aparece con algunos esfuerzos, como toser, estreñimiento, diarrea, etc., y luego con cualquier esfuerzo, necesitando ser introducido por el propio paciente, algunas veces.

Fuera de esto, algunos refieren síntomas no específicos, pero que van relacionados con el problema, entre ellos se mencionan; dolor hipogástrico, sensación de llenura en el recto, incontinencia urinaria (esto último mas en mujeres), etc.

Al examen, se encuentra masa que protuye por el recto que varía en cuanto a su tamaño, pero que en promedio es de 8 cm. mas o menos, de forma cilíndrica o cónica, con surcos circulares, de consistencia firme, pudiéndose palpar un surco entre la pared del recto y la línea pectínea.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es menester hacer mención de las diferencias entre el prolapso rectal mucoso o parcial y el prolapso rectal total, citadas por Bacon, previo hacer el Diagnóstico diferencial con otro tipo de patología.

	Parcial	Total
Edad	Generalmente en niños	Adultos y edad avanzada
Principio	Brusco	Gradual
Masa que protuye	mucosa	todas las capas
Características	surcos longitudinales los cuales irradian del centro, consistencia semiblanda de 5 a 6 cm. de longitud, de forma esférica.	surcos circulares irregulares, firmes, mas fuertes, masa de gran diámetro y longitud, esfínter tiende a ser atónico y forma ovalada de 8 a 10 o más cm.

El Diagnóstico Diferencial debe hacerse con:

- 1o. Hemorroides: los cuales raramente se observan en niños, tienen su origen inmediatamente encima de la línea anorectal y usualmente están colocados en los 3 cuadrantes de la circunferencia. Ocurren como suaves masas de forma irregular y algo loculados con base ancha. Los hemorroides internos son de color rojo azulado y sangran fácilmente; en medio de ellos la mucosa es normal.
- 2o. Polipos: ocurren separadamente, son de forma redonda u ovalada y son suaves y elásticos al palparlos, el pedículo angosto es característico.
- 3o. Papilas Hipertrofiadas: son frecuentemente múltiples y comienzan siempre en la línea anorectal y tienen una base ancha de color rosado.
- 4o. Carcinoma: aparece como masa dura, irregular, nodular y generalmente en personas mayores de 40 años.
- 5o. Ulceras o Fisuras: son reconocibles a la inspección, por sus bordes levantados, base endurecida, hondas, con secreción irritante y fétida, característicamente son muy dolorosas al defecar o inmediatamente después y son más comunes en los primeros años de vida.

## CASUISTICA

### Caso No. 1

C. C. masc. 19 años, H. General, evoluc: 6 meses, tamaño: 7 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Operación de Rehn-De Lorme, modificado por David.

### Caso No. 2

C. T. fem. 72 años, G:12 P:12, H. General, evoluc: 5 años, tamaño: 6 cm. Antec. Quirúrgicos: 4 operaciones previas para corregir prolapso rectal, Tratamiento: Dunphy 2 tiempos.

### Caso No. 3

J. D. fem. 58 años, G:1 P:1, H. General, evoluc: 5 meses, tamaño: 7 cm. Antec. Quirúrgicos: Apendisectomía e Histerectomía Vaginal, Tratamiento: Dunphy 2 tiempos: murió por paro cardíaco en primer día post-operatorio, del 2o. tiempo.

### Caso No. 4

B. A. V. de N. fem. 74 años, G:4 P:3, Clínica Privada, evoluc: 5 años, tamaño: 8 cm. Antec. Quirúrgicos: Histerectomía Vaginal, Tratam: Dunphy 2 tiempos.

### Caso No. 5

D. O. H. masc. 42 años, H. General, evoluc. 8 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Sigmoidectomía Abdominal.

### Caso No. 6

A. E. Ch. masc. 68 años, H. General, evoluc. 5 años, tamaño: 12 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Sigmoidectomía Abdominal.

### Caso No. 7

M.S.M. masc. 31 años, H. General, evoluc: 14 años, tamaño: 12 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Sigmoidectomía Abdominal.

## Caso No. 8

B. R. fem. 41 años, G:3 P:3, H. General, evoluc: 15 años, tamaño: 4 cm. Antec. Quirúrgicos: Histerectomía Vaginal, 2 operaciones previas para corregir prolapso rectal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía perineal.

## Caso No. 9

A. A. G. masc. 43 años, H. General, evoluc: niñez, tamaño 6 cm. Antec. Quirúrgicos: 2 operaciones previas para corregir prolapso rectal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Abdominal.

## Caso No. 10

J. M. fem. 65 años, G:7 P:7, H. General, evoluc: 3 meses, tamaño: 8 cm. Antec. Quirúrgicos: Histerectomía Vaginal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Abdominal.

## Caso No. 11

N. Ch. N. fem. 65 años, G:7 P:7, H. General, evoluc: 1 año, tamaño: 7 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Abdominal.

## Caso No. 12

O. G. masc. 64 años, H. General, evoluc: 8 meses, tamaño: 8 cm. Antec. Quirúrgicos: neg, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 13

M. L. C. N. fem. 58 años, G:11 P:11, H. General, evoluc: 10 años, tamaño: 7 cm. Antec. Quirúrgicos: neg, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 14

A. R. Q. fem. 60 años, G:6 P:4, H. General, evoluc: 10 años, tamaño: 6 cm. Antec. Quirúrgicos: 5 operaciones para cura de fistula anal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 15

F. R. fem. 60 años, G:1 P:1, H. General, evoluc: 4 años, tamaño: 6 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 16

J. G. fem. 50 años, G:1 P:0, H. General, evoluc: 5 meses, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 17

E. Ch. fem. 32 años, G:0 P:0, H. General, evoluc: 2 años, tamaño: 8cm. Antec. Quirúrgicos: neg, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 18

N. M. fem. 50 años, G:8 P:1, H. General, evoluc: 3 años, tamaño: 6 cm. Antec. Quirúrgicos: Histerectomía Vaginal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 19

P. G. fem. 18 años, G:0 P:0, H. General, evoluc: niñez, tamaño: 6 cm. Antec. Quirúrgicos: neg, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 20

A. H. fem. 65 años, G:22 P:22, H. General, evoluc: 6 meses, Antec. Quirúrgicos: Hernioplastía Crural Derechas, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 21

D. V. fem. 77 años, G:4 P:4, H. General, evoluc: 2 años, tamaño: 8 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 22

M. T. C. fem. 65 años, G:7 P:7, H. General, evoluc: 4 meses, tamaño: 8 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 23

E. P. de S. fem. 41 años, G:1 P:1, Clínica Privada, evoluc: 8 meses, tamaño: 10 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 24

H. G. de L. masc. 21 años, H. General, evoluc: niñez, tamaño: 8 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 25

R.S. fem. 55 años, G:0 P:0, Clínica Privada, evoluc:8 años, tamaño:7 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 26

J. H. fem. 47 años, G:3 P:3, H. General, Evoluc: 5 años, tamaño:8cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 27

E.D. fem. 41 años, G:5 P:5, Clínica Privada, evoluc: 3 meses, tamaño: 9 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 28

J. G. fem. 42 años, G:4 P:4, H. General, evoluc: 10 meses, tamaño: 8 cm. Antec. Quirúrgicos: Histerectomía Vaginal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 29

S.H. fem. 60 años, G:3 P:3, H. General, evoluc: 5 meses, tamaño: 7 cm. Antec. Quirúrgicos: Histerectomía Vaginal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 30

G. C. fem. 80 años, G: 2 P:2, H. General, Evoluc: 7 años, tamaño: 8 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal, posteriormente: Histerectomía Vaginal.

Caso No. 31

S.A. fem. 50 años, G:1 P:1, H; General, evoluc: 4 meses, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 32

G.R. fem. 58 años, G:6 P:6, H. General, evoluc: 6 años, tamaño: 9 cm. Antec. Quirúrgicos: Hernioplastia inguinal derecha, Histerectomía Vaginal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 33

M. C. fem. 80 años, G: 5 P:5 H. General, Evoluc: 2 años, tamaño: 6 cm. Antec. Quirúrgicos: 1 operación previa para corregir prolapso rectal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 34

Z.H.v.de V. fem. 65 años, G:2 P:2, H. General, evoluc:2 años, tamaño:6 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 35

G.V.E. fem. 65 años, G:9 P:9, H. General, evoluc:2 años, tamaño: 4 cm. Antec. Quirúrgicos: Histerectomía Vaginal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 36

M.S.F. fem. 55 años, G:12 P:12, H. General, evoluc: 1 año, tamaño 6 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 37

B.S.S. fem. 24 años, G:6 P:5, H. General, evoluc: 3 años, tamaño: 9 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 38

S.G.A. fem. 75 años, G:4 P:4, H. General, evoluc: 3 meses, tamaño: 6 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 39

F.S.L. fem. 62 años, G:9 P:9, H. General, evoluc: 2 meses, tamaño: 8 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 40

C.M.M. fem. 78 años, G:10 P:10, H. General, evoluc: 2 meses, tamaño: 8 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 41

G.S.S. fem. 77 años, G:1 P:1, H. General, evoluc: 2 años, tamaño: 10cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 42

C.D.de S. Fem. 65 años, G:1 P:1, H. General, evoluc: 8 días, tamaño: 8cm. Antec. Quirúrgicos: Histerectomía Vaginal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 43

J.R.M. fem. 82 años, G:4 P:4, H. General, evoluc: 7 años, tamaño: 5 cm. Antec. Quirúrgicos: Histerectomía Vaginal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 44

L.M.v.de K. fem. 81 años, G:4 P:3, Clínica Privada, evoluc: 5 años, tamaño: 12 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 45

S.R. de P. Fem. 67 años, G: P:2, Clínica Privada, evoluc: 4 años, tamaño: 10 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 46

C.L. de C. fem. 44 años, Clínica Privada, evoluc: 5 años, tamaño: 6 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 47

I.L.Q. masc. 65 años, H. Roosevelt, evoluc: 10 años, tamaño: 8 cm. Antec. Quirúrgicos: Prostatectomía y Vasectomía Bilateral, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 48

A.L.M. fem. 65 años, Clínica Privada, evoluc: 1 año, tamaño: 6 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 49

H.G. de L. masc. 18 años, Clínica Privada, evoluc. niñez. tamaño: 8 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 50

M.G.v.de G. fem. 76 años, G:8 P:8, Clínica Privada, evoluc:2 años, tamaño: 10 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 51

L.R.M. fem. 82 años, G:2 P:2, H. General, evoluc: 1 mes, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal, posteriormente: Histerectomía Vaginal.

## Caso No. 52

M.S.S. fem. 61 años, G:1 P:1, H. General, evoluc:2 años, Antec. Quirúrgicos: Histerectomía Vaginal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 53

J.V.L. fem. 72 años, G:7 P:7, H. General, evoluc: 25 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal, Posteriormente: Histerectomía Vaginal.

## Caso No. 54

C.L.B. fem. 3 años, H. General, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Cerclaje del ano.

## Caso No. 55

H.I.D. masc. 3 años, H. General, evoluc: 1 1/2 año, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Operación de Vernon-David.

## Caso No. 56

I.C.T. masc. masc. 3 años, H. General, evoluc: 8 meses, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Operación de Vernon-David.

## Caso No. 57

A.C. masc. 5 años, H. General, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Operación de Vernon-David.

## Caso No. 58

C.A.L. masc. 4 años, H. General, evoluc: 2 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 59

C.O.D. masc. 9 años, H. General, evoluc: 6 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Plastía del Esfínter Externo y Polipectomía.

## Caso No. 60

R.M.L.Y. fem. 7 años, H. General, evoluc: 1 mes, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 61

H.V.L.G. masc. 4 años, H. General, evoluc:6 meses, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Resección de Prolapso Rectal y Plastía del Esfínter Externo del ano.

## Caso No. 62

N.C.D.L. fem. 4 años, H. General, Evoluc:10 meses, tamaño: 7cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 63

J.E.D.P. masc. 4 años, H. General, evoluc: 2 años, tamaño: 9 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 64

O.A.G.A. masc. 4 años, H. General, evoluc: Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Cerclaje del ano.

## Caso No. 65

C.T.P. masc. 8 años, H. General, evoluc: 2 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Cistostomía de cálculos vesicales.

## Caso No. 66

H.P.H. masc. 5 años, H. General, evoluc: 3 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Plastía del Esfinter Externo.

## Caso No. 67

L.L.G.F. fem. 3 años, H. General, evoluc: no referido, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Fijación con esparadrapo.

## Caso No. 68

A.L.P.S. fem. 4 años, H. General, evoluc: 6 meses, tamaño: 6 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rehuso operación.

## Caso No. 69

F.M.G. masc. 24 años, H. General, evoluc. 6 años, tamaño: 17 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 70

A.R. v. de M. fem. 85 años, G:5 P:4, H. General, evoluc: 6 meses, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Colpoclisís de Leport.

## Caso No. 71

A.L.v. de F. fem, 68 años, G:12 P:11, H. General, evoluc: 3 meses, Tamaño: 11 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Sigmoidectomía Abdominal.

## Caso No. 72

A.O. fem, 74 años, G:0 P:0, H. General, evoluc: 4 meses, tamaño: 9 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 73

T.C.C. masc. 50 años, H. General, evoluc: 10 días, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Sigmoidectomía Abdominal.

## Caso No. 74

C.G.M. fem. 78 años, G:13 P:10, H. General, evoluc: 1 mes, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 75

R.M.M. fem. 69 años, G:5 P:5, H. General, evoluc: 2 meses, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Operación de Thrisch.

## Caso No. 76

H.S.Ch. fem 60 años, G:8 P:7, H. General, evoluc: 3 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 77

S.C.V. fem. 46 años, G:1 P:1, H. General, evoluc: 2 días, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Abdominal.

## Caso No. 78

C.L. de C. fem. 40 años, G:6 P:5 H. General, Evoluc:5 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 79

P.Q.C. fem. 21 años, G:0 P:0, H. General, evoluc: 5 años, tamaño: 7 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

## Caso No. 80

C.R.M.A. masc. 15 años, H. General, evoluc: niñez, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Abdominal, 2 meses después Transversostomía y luego 3 meses después cierre de Colostomía sin complicaciones.

## Caso No. 81

P.O. masc. 49 años, H. General, evoluc: no referido, Antec. Quirúrgicos: Talamotomía, Tratamiento: Sigmoidectomía y Colostomía,

24  
2 meses después cierre de Colostomía sin complicaciones.

Caso No. 82

M.O.Z. fem. 49 años, G:4 P:3, H. General, evolucion: 1 año, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 83

J.C.P. masc. 40 años, H. General, evolucion: 8 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Abdominal.

Caso No. 84

R.E.M. masc. 37 años, H. General, evolucion: 10 años, tamaño: 14 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 85

R.E.M.G. masc. 47 años, H. General, evolucion: 15 años, tamaño: 7cm. Antec. Quirúrgicos: Polipectomía, Pielolitotomía izquierda, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 86

J.D.P. masc. 50 años, H. General, evolucion. 2 años, tamaño: 12 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 87

I.E.M. 65 años, G:9 P:8, H. General evolucion: 2 meses, tamaño: 7 cm. Antec. Quirúrgicos: Histerectomía Vaginal, Cistolitotomía, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 88

M.G.M. fem. 61 años, G:3 P:3, H. General, evolucion: 8 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Resección anterior del recto, cecostomía y Sigmoidectomía Abdominal.

Caso No. 89

C.A.M. fem. 68 años, H. General, evolucion: 1 año, tamaño: 13 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 90

I.H.H. fem. 82 años, G:6 P:6, H. General, evolucion: 10 años, tamaño: 8 cm. Antec. Quirúrgicos: Colectectomía, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 91

P.S.Ch. masc. 52 años, H. General, evolucion: 22 años, tamaño: 13 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 92

P.D.J.J. fem. 47 años, G:10 P:10, H. General, evolucion: 9 meses, Antec. Quirúrgicos: Hernioplastia de Ritter, Plectomía y Anastomosis término terminal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 93

A.S. fem. 45 años, G:9 P:8, H. General, evolucion: 3 años, tamaño: 7 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 94

J.G. de B. fem 71 años, G:11 P:10 H. General, evolucion: 2 años, tamaño: 6 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 95

J.G. fem. 80 años, G:4 P:4, H. General, evolucion: no referido, tamaño: 6 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal, posteriormente: Histerectomía Vaginal y Colpoperinorrafia.

20  
Caso No. 96

M.L.S.A. fem. 64 años, G:6 P:6 H. General, evolucion: 5 años, Antec. Quirúrgicos: Histerectomía Vaginal: Tratamiento: Operación de Thirsch.

Caso No. 97

L.R.M. fem. 82 años, G:2 P:2, H. General, evolucion: 1 año, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal, posteriormente: Amputación del cuello uterino y Colpoperinorrafia.

Caso No. 98

A.G.B. masc. 60 años, H. General, evolucion: Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal, posteriormente: Hernioplastia inguinal derecha.

Caso No. 99

C.A.S.S. masc. 13 años, H. General, evolucion: niñez, tamaño: 7 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 100

J.Ch.P. masc. 50 años, H. General, evolucion: 15 días, Antec. Quirúrgicos: Reducción Prolapso rectal que produjo peritonitis un día antes en otro hospital, Tratamiento: Colectomía, colostomía transversa, 2 meses después cierre de colostomía sin complicaciones.

Caso No. 101

M.V.P. masc. 16 años, H. General, evolucion: 1 año, tamaño: 15 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 102

M.V. masc. 46 años, H. General. evolucion: 13 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 103

P.R.C. fem. 50 años, G:8 P:3, H. General, evolucion: 2 años, tamaño: 7 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 104

N.P.P. fem. 71 años, G:6 P:6 H. General, evolucion: 7 años, tamaño: 7 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 105

M.T.O.L. fem. 48 años, G:4 P:4 H. General, evolucion: 2 años, tamaño: 8 cm. Antec. Quirúrgicos: Resección en manga, Histerectomía Vaginal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 106

M.H. fem. 80 años, G:7 P:6, H. General, evolucion: 1 mes, tamaño: 15 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 107

M.L.A.T. fem. 66 años, G:4 P:4, H. General, evolucion: 2 meses, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 108

V.D.C. fem. 70 años, G:11 P:11, H. General, evolucion: 6 años, tamaño: 12 cm. Antec. Quirúrgicos: Sigmoidectomía Abdominal, Histerectomía Vaginal. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 109

C.Ch.S. fem. 70 años, G:2 P:2, H. General, evolucion: 2 meses, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal, posteriormente: Histerectomía Vaginal y Colpoperinorrafia.

Caso No. 110

A.B.C.Y. fem. 67 años, G:3 P:2, H. General, evoluc: 3 años, Antec. Quirúrgicos: Resección en manga, Tratamiento: Resección de Prolapso Rectal.

Caso No. 111

J.Y.S. fem. 46 años, G:8 P:8, H. General, evoluc: 2 años: 7 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 112

J.L.O. fem. 66 años, G:7 P:7, H. General, evoluc: 1 mes, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Sigmoidectomía Abdominal y Ex-tirpación parcial de Rectosigmoide.

Caso No. 113

M.L.Ch.L. fem. 45 años, G:11 P:11, H. General, evoluc: 4 meses, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 114

C.R. de M. fem. 68 años, G:5 P:5, H. General, evoluc: 3 meses, tamaño: 5 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal, posteriormente: Histerectomía Vaginal, Colpoperinorrafia.

Caso No. 115

P.L.B. fem. 60 años, G:7 P:7, H. General, evoluc: 20 días, Antec. Quirúrgicos: Hernioplastía Crural, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 116

B.A.M.A. fem. 21 años, G:0 P:0, H; General, evoluc: 1 año, tamaño 7 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 117

M.L.O. de T. fem. 45 años, G:4 P:3, H. General, evoluc: 4 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 118

J.A.L.C. Masc. 45 años, H. General, evoluc: 15 años, tamaño: 14 cm. Antec. Quirúrgicos: 2 operaciones previas para corregir prolapso rectal. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 119

R.F.O. fem. 17 años, G:0 P:0 H. General, evoluc: 4 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal y Sección del meso sigmoide abdominal.

Caso No. 120

J.F.R.G. fem. 45 años, G:5 P:5, H. General, evoluc: 3 años, tamaño 8 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 121

R.P. masc. 67 años, H. Roosevelt, evoluc: 4 meses, antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Corrección de Prolapso rectal por vía abdominal.

Caso No. 122

L.B. masc. 53 años, H. Roosevelt, evoluc: 10 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Reparación del piso pélvico y sigmoidectomía abdominal.

Caso No. 123

V.F.M.O. masc. 60 años, H. Roosevelt, evoluc: 3 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 124

M.A.H.D. masc. 13 años, H. Roosevelt, evoluc: 5 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Sigmoidectomía Abdominal.

Caso No. 125

R.V.J. masc. 26 años, H. Roosevelt, evoluc: 7 meses, tamaño: 8cm Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 126

A.A.L.C. masc. 19 años, H. Roosevelt, evoluc: 1 año, tamaño: 12cm Antec. Quirúrgicos: Resección de Prolapso Rectal, Tratamiento: Sigmoidectomía abdominal.

Caso No. 127

C.G.B. masc. 36 años, H. Roosevelt, evoluc: 4 años, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Corrección prolapso rectal por vía abdominal y Apendisectomía.

Caso No. 128

M.R. masc. 35 años, H. Roosevelt, evoluc: 8 meses, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Sigmoidectomía Abdominal y elevación del recto.

Caso No. 129

H.P. masc. 64 años, H. Roosevelt, evoluc: 1 año, Antec. Quirúrgicos neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Abdominal y Colostomía Transversa, 2 días después: Ileo paralítico, laparatomía exploradora: dehiscencia sutura intestinal: ileostomía descomprensiva; mala evolución: muerte.

Caso No. 130

A.S.C. masc. 51 años, H. Roosevelt, evoluc: 15 años, tamaño: 25 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 131

R.G.P. masc. 18 años, H. Militar, evoluc: 1 año, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Resección de Prolapso Rectal.

Caso No. 132

P.P.R.V. masc. 25 años, H. Militar, evoluc: 6 meses, antec. Quirúrgicos: Resección en manga, Tratamiento: Sigmoidectomía Abdominal.

Caso No. 133

G. de L.U. masc. 30 años, H. Militar, evoluc: 12 años, Antec. Quirúrgicos: Rectosigmoidectomía Perineal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía abdominal, 2 días después: Ileo paralítico, laparatomía exploradora: dehiscencia sutura intestinal, peritonitis: colostomía transversa: cierre posterior sin complicaciones.

Caso No. 134

X.X.X. (sordomudo) masc. 40-45 años, H. Neuropsiquiátrico, evoluc: ? Antec. Quirúrgicos: ? Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 135

B.E.P. fem. 28 años, G:6 P:6 H. Neuropsiquiátrico, evoluc: 1 año, Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 136

M.V.P. masc. 19 años, H. Neuropsiquiátrico: evoluc: ? tamaño: 20 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 137

M.R. fem 70 años, G? H. Neuropsiquiátrico, evoluc: ? tamaño: 15 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 138

L.C. fem. 38 años, G:3 P:3, H. Neuropsiquiátrico, evolucion: tamaño: 20 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 139

C.V.S. fem. 45 años, G? H. Neuropsiquiátrico, evolucion: tamaño: 15 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía perineal.

Caso No. 140

M.R.C. masc. 30 años, H. Neuropsiquiátrico, evolucion: tamaño: 15 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal. Este último paciente era un homosexual.

Caso No. 141

M.S.v. de G. fem 76 años, G:8 P:8, Clínica Privada, evolucion: 2 años, tamaño: 7 cm. Antec. Quirúrgicos: Histerectomía Vaginal, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 142

L.G.M. fem. 65 años, G:5 P:5, Clínica Privada, evolucion: 6 meses, tamaño: 6 cm. Antec. Quirúrgicos: Apendisectomía, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 143

J.M. v. de G. fem. 59 años, G:3 P:3, Clínica Privada, evolucion: 6 meses tamaño: 8 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 144

L.deB. fem. 63 años, G:3 P:3, Clínica Privada, evolucion: 3 meses, tamaño: 8cm. Antec.: Polio, Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal murió 14o. día post-operatorio por hemorragia fulminante.

Caso No. 145

E.E.M.M. masc. 31 años, Clínica Privada, evolucion: 10 años, tamaño: 17cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

Caso No. 146

E.P. de M. fem 50 años, G:3 P:3, H. General, evolucion. 22 días, tamaño: 6 cm. Antec. Quirúrgicos: neg. Tratamiento: Rectosigmoidectomía Perineal.

ESTADISTICAS

Prolapso Rectal Total: 146 casos.

Sexo:	Masculino	51 casos	34.93 o/o
	Femenino	95 casos	65.07 o/o
Edad:	0 - 10 años	15 casos	10.27 o/o
	11 - 20 "	10 "	6.84 o/o
	21 - 30 "	10 "	6.84 o/o
	31 - 40 "	10 "	6.84 o/o
	41 - 50 "	31 "	21.23 o/o
	51 - 60 "	15 "	10.27 o/o
	61 - 70 "	32 "	21.91 o/o
	71 - 80 "	17 "	11.64 o/o
Paridad:	80 - 90 "	6 "	4.10 o/o
	0 -----	8 casos	5.47 o/o
	1 -----	8 "	5.47 o/o
	2 -----	7 "	4.79 o/o
	3 -----	13 "	8.90 o/o
	4 -----	9 "	6.16 o/o
	5 -----	8 "	5.47 o/o
6 -----	5 "	3.42 o/o	

Paridad	7 -----	7 casos	4.79 o/o
	8 -----	5 "	3.42 o/o
	9 y mas	13 "	8.90 o/o

Proctosigmoidoscopia: éste procedimiento fue hecho rutinariamente en todos los casos, no encontrándose mayores anomalías, solamente pólipos en algunos pacientes.

Estudio Radiológico: se efectuó enema de bario en la mayoría de pacientes: 122, 83.56 o/o, no mostrando mayor anomalía.

Estudio Anatomopatológico: este estudio se efectuó en 50 casos, 34.24 o/o una tercera parte de los mismos, encontrándose que microscópicamente, la mayoría de ellos mostraban hipertrofia de la capa muscular, lo cual es compatible con la historia de prolapso rectal de larga evolución.

Estudio Genético: se investigaron factores genéticos en 10 pacientes, 6.84 o/o, a los cuales el Dr. Lorenzana les efectuó Cariograma, no encontrando anomalías de ningún tipo (forma, estructura, número de sus cromosomas), sin embargo, el hecho de que esto haya sido negativo, no descarta que factores genéticos tengan que ver con el prolapso rectal, pues para descartarlo tendría que hacerse una investigación mas amplia y lo ideal sería hacer un Pedigree a los pacientes, pero éste se encuentra fuera de los límites de esta tesis, por lo que podría ser tema de un estudio posterior.

#### Tratamiento:

Rectosigmoidectomía Perineal:	111 casos	76.02 o/o
Rectosigmoidectomía Abdominal:	10 "	6.84 o/o
Sigmoidectomía Abdominal:	14 "	9.58 o/o
Operación de Vernon-David:	3 "	2.05 o/o
Dunphy 2 tiempos modificado por David:	3 "	2.05 o/o
Plastia de Esfínter Externo:	3 "	2.05 o/o
Cerclaje del Ano:	2 "	1.30 o/o
Operación de Thiersch:	2 "	1.30 o/o
Colpoclisia de Lefort	1 "	0.68 o/o
Colectomía:	1 "	0.68 o/o

Fijación con Esparadrapo:	1 casos	0.68 o/o
Cistolitotomía:	2 "	1.30 o/o
Pielitotomía:	1 "	0.68 o/o
No se operó:	1 "	0.68 o/o

#### Complicaciones:

Las complicaciones que se presentaron fueron en primer lugar, dehiscencia de sutura intestinal en el 20. día post-operatorio en 2 pacientes a quienes se les efectuó Rectosigmoidectomía abdominal y a los que se les tuvo que reintervenir, efectuándoles colostomía descompresiva, dando resultado favorable en uno de ellos y en el otro no hubo respuesta, muriendo posteriormente. Las otras sucedieron en 2 pacientes operadas de rectosigmoidectomía perineal, en una de ellas, una hemorragia fulminante en el 14 día post-operatorio y en la otra, un paro cardíaco en el 1er. día post-operatorio.

La morbilidad fue de 20 o/o para la rectosigmoidectomía abdominal 1 y de 1.7 o/o para la rectosigmoidectomía perineal.

La mortalidad fue de 10 o/o para la rectosigmoidectomía abdominal y de 1.7 o/o para la rectosigmoidectomía perineal.

#### Otra Patología Asociada

Prolapso Genital: lo presentaron 24 pacientes 16.43 o/o, a quienes se les efectuó histerectomía vaginal.

Parasitismo Intestinal: el examen de heces fue positivo para cualquier tipo de parásitos en 50 casos, 34.24 o/o.

Pólipos rectales: se encontraron pólipos de diferente tamaño en 5 pacientes, 3.42 o/o, al efectuárseles la proctosigmoidoscopia.

Cálculos Vesicales: se presentaron en 2 pacientes, 1.30 o/o, uno de ellos, un niño, en quien el tratamiento fue extraer los cálculos de la vejiga y el otro en una paciente adulta, a quien también se le extrajeron los cálculos, pero se le tuvo que resear el prolapso por rectosigmoidectomía perineal.

## CONCLUSIONES

1. Nuestra serie de casos es una de las mas altas del mundo.
2. En nuestro estudio de prolapso rectal total, se encontró 95 mujeres y 51 hombres.
3. De las 95 mujeres, 24 casos presentaron prolapso genital, 25.26 o/o.
4. La incidencia mayor fue entre la 6a. y 7a. década de la vida, 21.91 o/o de acuerdo con otros reportes de la literatura.
5. El prolapso rectal en niños, es de alta incidencia en nuestro medio pero debido al mal manejo de papeletas, no aparece reportado muchas veces.
6. Los principios en que se basan las operaciones varían y demuestran que la etiopatogenia del prolapso rectal total no está dilucidada.
7. El procedimiento quirúrgico mayor empleado fue la rectosigmoidectomía por vía perineal, 76.02 o/o.
8. El estudio patológico efectuado en el 34.24 o/o de los casos, demostró hipertrofia de la capa muscular.
9. Se hicieron estudios de cariogramas a 10 pacientes, 6.84 o/o, no encontrándose ninguna anormalidad.
10. La incidencia de parasitismo fue de 34.24 o/o.
11. De acuerdo con otros reportes, la paridad no parece influenciar el apareamiento de prolapso rectal total.

## BIBLIOGRAFIA

1. Altemeir, W.A., et al. Further experiences with the treatment of prolapse of the rectum. *Surgical Clinics North América*, 35: 1437-1447, October 1955.
2. Nineteen year's experience with the one stage perineal repair of rectal prolapse. *Ann Surg* 173 (6): 993-1001, June 1971.
3. Azpuru, C. E. Consideraciones sobre 28 casos de prolapso rectosigmoide y sigmoide en el adulto. *Revista del Colegio Médico de Guatemala*.
4. Estado actual del tratamiento quirúrgico del prolapso rectal en el adulto. *Revista del Colegio Médico de Guatemala*, 6 (2):149-152, Junio 1955.
5. Rectosigmoidectomía, su uso actual en el cáncer y otras enfermedades. *Revista del Colegio Médico de Guatemala*, 6 (3):245-250, Septiembre 1955.
6. Bacon, H. E., et al. Surgical management of rectal procidentia. *South Surgeon*, 16:1115-1124, November 1950.
7. Beahrs, O.H., et al. Surgical treatment of rectal procidentia. *Diseases of the Colon and Rectum*, 15(5):337-346, Sep-Oct. 1972.
8. Bienayme, J., et al. Orr-Loygue rectopexia in the treatment of total prolapse in children. *Ann Chir Infant*, 12:207-14, May-June 1971.
9. Binkley, G.E. Segmental resection for rectosigmoide cáncer. *The Surgical Clinics North América*, 2:456-460, April 1953.
10. Boutsis and Ellis. The ivalon sponge wrap, operation for rectal prolapse (an experience with 26 patients). *Diseases of colon and Rectum*, 17 (1): 21-37, Jan-Feb (1974).
11. Brodén, B., Snellman, B. Procidentia of the rectum studied with cineradiography: a contribution to the discussion of causative mechanism *Diseases of Colon and Rectum*, 11 (5): 330-347, August-September 1968.

12. Carrasco, D. Prolapso du rectum (Stude Clinique. Traitement results eloignes). París, Masson et. Cie. Editeurs, 1934. 300 p.
13. Castro, A. F. Procidentia of the rectum. Diseases of Colon and Rectum, 1(2): 97-100, March-April 1958.
14. Daseler, E.H., Rectally prolapse in the mentallu retarded. Diseases of Colon and Rectum, 10(9): 141-145, March-April 1967.
15. Dunphy, J.E. A combined perineal and abdominal operation for the repair of prolapse rectal. Surg Gynec Obstect, 86(4):493-498, April 1948.
16. Gabriel, W.B. The treatment of complete prolapse of rectum by rectosigmoidectomy (auffret-Mikulics-Miles procedure) Diseases of Colon and Rectum, 1(4):241-250, July-August. 1958.
17. Prolapse of the rectum. In his: the principles and practice of rectal Surgery. London, H.K. Lewis, 1949. 385 p.
18. Granet, E. Prolapse of the rectum. Manuel of Proctology. Chicago, The year book publishers, 1954. pp. 69-72, 286 p.
19. Kuffer, C.A. and Golugher, J. C. One hundred consecutive cases of complete prolapse of the rectum treated by operation. Brit J Surgery, 57(7): 481-487, July 1970.
20. Lenormant, J., et al Prolapso du rectum causes et traieiment operatoire. París, G. Stein Heil. Editeur, 1903.
21. Loygue, J., et al. Complete prolapse of the rectum a report on 140 cases treated by rectopexia. Brit J Surgery, 58(11): 847-848, Nov. 1971.
22. Martínez, O., A. Asociación prolapso genital total con prolapso rectal total. Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1970. 16 p.
23. Moschcowitz, A. V. The pathogenesis, anatomy and care of prolapse of the rectum. Surg Gynec Obstect, 15:7, 1912.
24. Pellecer, J. R. Prolapso rectosigmoide en el adulto. Estudio Clínico, radiológico, análisis de 28 casos. Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1963. 83 p.
25. Pemberton, J. and Stalker, L. K. Surgical treatment of complete rectal prolapse. Ann Surg 109:799-808, May 1939.
26. Quiñonez, L.M.M. Prolapso rectal en niños. Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1973, 56 p.
27. Ripstein C.B. Definitive corrective Surgery in procidentia. Diseases of colon and Rectum, 15(5):334-336, Sep-Oct 1972.
28. Ripstein, C.B., Lanter, B. Etiology and Surgical therapy of massive prolapse of the rectum. Ann Surgery 157:259, September 1963.
29. Shann H. The complete prolapse or procidentia of the rectum unsolved Surgical problem. Surgical Gynec and Obstec. 103 (6): 521-524, Dec. 1959.

Vo. Bo.

Aura E. Singer  
BIBLIOTECARIA

**Br. Edwin Ivan Martínez Ortíz**

**Dr. Carlos Eduardo Azpuru**  
Asesor

**Dr. Gustavo Santizo Lepe**  
Revisor

**Dr. Julio de León**  
Director de Fase III

**Dr. Francisco Sáenz Bran**  
Secretario

**Dr. Carlos Armando Soto**  
Decano