

Prolapso rectal completo

Complete Rectal Prolapse

Ernesto Pérez Quintana¹ <https://orcid.org/0000-0001-7923-3736>

José Alberto Puerto Lorenzo^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-1686-1844>

Lidia Torres Ajá¹ <https://orcid.org/0000-0001-8335-5437>

Eslinda Cabanes Rojas¹ <https://orcid.org/0000-0003-0590-0422>

¹Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba.

*Autor para la correspondencia: jose.puerto@gal.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El prolapso rectal completo es la invaginación de las capas del recto a través del canal anal y su protrusión fuera de este. Su incidencia es de 2,5 por 100 000 habitantes con predominio en mujeres de edad avanzada. Es una afección de curso crónico y benigno, cuya presentación clínica y endoscópica es tan variable que puede confundirse con otras entidades como con el cáncer colorrectal.

Objetivo: Presentar el caso de una paciente femenina, operada de prolapso rectal completo en la provincia de Cienfuegos.

Presentación de caso: Se presenta una paciente femenina de 76 años de edad, blanca, de procedencia rural que acude a la consulta y refiere que lleva 12 días sin defecar. Además, presenta dolor, sangramiento rectal no activo y una masa que protruía a través de la región anal sugestiva al examen físico de un prolapso rectal completo. El tacto rectal confirma el diagnóstico. Se realiza reducción quirúrgica del prolapso por técnica de Delorme. Actualmente lleva 6 meses de operada con evolución favorable. Por lo poco frecuente de esta entidad se considera de interés científico su publicación.

Conclusión: Esta entidad es poco común en el entorno médico, el gran cambio que causa en el nivel de vida de aquellos que la portan y sus complicaciones hace que requiera un tratamiento rápido y oportuno.

Palabras clave: prolapso rectal; manejo quirúrgico; incontinencia; estreñimiento, rectorragia, proctalgia aguda.

ABSTRACT

Introduction: Complete rectal prolapse is the invagination of the rectal layers through the anal canal and its protrusion out of it. Its incidence is 2.5 per 100,000 inhabitants, predominantly in elderly women. It is a chronic and benign condition, whose clinical and endoscopic presentation is so variable that it can be confused with other entities, such as colorectal cancer.

Objective: To present the case of a female patient who underwent surgery for complete rectal prolapse in the province of Cienfuegos.

Case presentation: A 76-year-old female patient, white, from a rural area, came to the clinic and reported that she had not defecated for 12 days. In addition, she presents pain, nonactive rectal bleeding and a mass protruding through the anal region suggestive, on physical examination, of a complete rectal prolapse. Digital rectal examination confirmed the diagnosis. Surgical reduction of the prolapse was performed using the Delorme technique. She has undergone surgery for 6 months now, with favorable evolution. Due to the rarity of this entity, its publication is considered as scientifically interesting.

Conclusion: This entity is uncommon in the medical environment. The great change that it causes in the living standards of those who carry it and its complications make it require a quick and timely treatment.

Keywords: rectal prolapse; surgical management; incontinence; constipation; rectal bleeding; acute proctalgia.

Recibido: 02/07/2021

Aceptado: 03/08/2021

Introducción

El prolapso rectal completo es la salida del recto con todas sus capas a través del ano; el prolapso externo puede ser parcial y solo incluir la capa mucosa de la parte distal del recto con o sin los paquetes hemorroidarios internos o puede ser total e incluir todas las capas de recto. El prolapso rectal interno corresponde al descenso del recto sin pasar del canal anal como consecuencia de una invaginación o intususcepción.⁽¹⁾

El prolapso rectal es poco común, con una incidencia de aproximadamente 2,5 por 100,000 habitantes.^(2,3)

La proporción de hombres y mujeres es de aproximadamente 1:6 en la población adulta.⁽⁴⁾ Puede llegar a presentarse en cualquier rango de edad, pero aumenta en los extremos de la vida, en adultos su incidencia máxima se encuentra en la cuarta y séptima décadas de la vida; en niños usualmente se presenta alrededor de los 3 años.^(4,5)

Esta entidad puede aparecer como un proceso aislado o manifestarse junto con otros problemas del suelo pelviano, como el rectocele, enterocele, cistocele y el prolapso uterino o vaginal.^(6,7)

La fisiopatología exacta se desconoce, pero para que pueda producirse el prolapso el recto tiene que perder su estabilidad; la cual depende de la combinación de varios factores: el músculo puborrectal, el tejido conectivo que lo ancla al sacro y las curvas de la columna vertebral que distribuyen las presiones de manera uniforme.⁽⁸⁾

La sintomatología es variable, pueden presentar malestar abdominal, evacuación incompleta del intestino y secreción de moco y/o heces asociadas con hábitos intestinales alterados, una sensación de “masa” que sale a través del ano.⁽⁹⁾

Al realizar una anamnesis se encuentra un historial de esfuerzo para iniciar o completar la defecación, evacuación incompleta, y un historial de maniobras digitales para ayudar con la defecación puede ocurrir a medida que progresa el prolapso. El dolor no es una característica típica de presentación y sugiere otro diagnóstico.^(2,10)

La incontinencia se presenta hasta en 75 % de los casos, su etiología no es bien comprendida y probablemente sea multifactorial. El estreñimiento afecta aproximadamente un 88 % de los pacientes con prolapso rectal.^(2,11,12)

La realización de la maniobra de *Valsalva* puede provocar la protrusión rectal, siendo fácil su inspección y diagnóstico, es de suma importancia realizar un tacto rectal durante la evaluación, se puede detectar un ano patudo, tono del esfínter atenuado, masa y/o patología concomitante del piso pélvico.^(3,6)

Se debe realizar una adecuada historia clínica y examen físico para realizar el descarte de diagnóstico diferenciales (hemorroides grado IV, úlcera rectal, enfermedad intestinal inflamatoria, neoplasias, otros).^(3,5)

El tratamiento médico inicial para todos los pacientes incluye asegurar una ingesta adecuada de líquidos y fibra. En ocasiones se requieran enemas y supositorios para pacientes con estreñimiento severo y dificultad para evacuar el colon. En los pacientes muy ancianos, encamados o debilitados que no pueden tolerar ningún procedimiento quirúrgico, se reservan técnicas que resultan menos efectivas, las cuales incluyen pegar los glúteos o colocar una almohadilla acolchada contra el perineo para reducir o prevenir la protrusión; esta es una medida paliativa solo para los síntomas y no trata el prolapso.^(3,13)

La cirugía constituye el pilar fundamental para el tratamiento definitivo, los abordajes se dividen en dos grandes grupos: abordaje abdominal y perineal.^(3,14) El abordaje abdominal es el más realizado, puede ser de forma abierta, laparoscópica o por cirugía robótica,⁽⁶⁾ tiene como objetivo la rectopexia que consiste en llevar el recto hacia al sacro, mediante la sutura directa o con la ayuda de una malla prostética y se ejecuta con o sin resección del segmento sigmoideo.⁽⁶⁾

El abordaje perineal se utiliza cuando el abdominal no es posible debido a la comorbilidades del paciente, se realiza el procedimiento de *Delorme* y *Altemeier*.^(15, 16)

Nuestro objetivo con este trabajo fue presentar el caso de una paciente femenina, operada de prolapso rectal completo en la provincia de Cienfuegos.

Presentación del caso

Se presenta el caso de una paciente del sexo femenino de 76 años de edad, blanca, de procedencia rural, con antecedentes de padecer de hipertensión arterial para lo cual llevó tratamiento con captopril y de ser múltipara. Fue traída a la consulta de coloproctología del hospital provincial porque hacía 12 días no defecaba, además refirió dolor, sangramiento

rectal no activo y una masa que protruía a través de la región anal, cada vez más grande. Por todo esto se decidió ingresar en sala para estudio y tratamiento quirúrgico.

Examen físico

Se observa salida de aproximadamente 10 cm de recto con todas sus capas por el orificio anal (fig. 1).



Fig. 1. Prolapso rectal al inicio de la cirugía.

En el tacto rectal se encontró esfínter rectal hipotónico, ampolla rectal vacía, no se precisó tumor al alcance del dedo.

Complementarios realizados:

Hb: 12,4 g/L, Hto: 0.40, glicemia: 3,9 mmol/L, creatinina: 83 mmol/L, EKG: ritmo sinusal.

Coagulograma completo:

Tiempo de sangrado: 2 minutos.

Tiempo de coagulación: 10 minutos

Conteo de plaquetas: $220 \times 10^9/L$

T protombina = C-13 seg, P-15 seg

PPT Kaolin = C-28 seg, P- 30 seg

TGP: 25 U/I

TGO: 43 U/I

Proteínas: totales: 68 g/L

Albumina: 36

Globulina: 28

Colesterol: 4,7mmol/L

Realizados los complementarios se decidió anunciar, se llevó al salón y se procedió de la siguiente manera.

Paciente en posición ginecológica, asepsia y antisepsia con AJAH, paños hendidos estériles, previa anestesia espinal se realiza reducción del prolapso por técnica de *Delorme*, (Fig. 2).



Fig. 2. Realizando la técnica quirúrgica.

La paciente toleró la vía oral, observándose la región anal sin estigma de sangramiento ni de prolapso, por su evolución favorable en el posoperatorio (fig. 3), se decide alta hospitalaria y seguimiento por consulta, la paciente lleva 6 meses de operada con evolución satisfactoria.



Fig. 3. Prolapso rectal operado.

Discusión

El prolapso rectal completo (PRC) es la protrusión de toda la pared del recto a través del esfínter anal. Es una condición incómoda y angustiada que afecta la calidad de vida y frecuentemente se acompaña de incontinencia fecal.⁽⁸⁾ El presente caso se trata de un prolapso rectal que le causaba molestias y sangramiento rectal.

Tiene una distribución bifásica con un incremento en el adulto joven y posteriormente aparece después de los 60 años con un franco predominio en el sexo femenino (80-90 %),⁽⁸⁾ como ocurre en la paciente estudiada.

Los factores de riesgo que favorecen su aparición son: sexo femenino, edad mayor de 40 años, múltipara, partos vaginales, defectos anatómicos del piso pélvico, fibrosis quística, disfunción del piso pélvico, estreñimiento o diarrea crónica.⁽³⁾ En este caso se trata de una paciente femenina, anciana y múltipara, refiriendo como síntomas acompañante una protrusión anal acompañada de molestias y sangramiento rectal.

El diagnóstico generalmente se realiza mediante la evaluación clínica, por medio de la observación de la protrusión rectal en el examen físico,⁽¹²⁾ lo cual se pudo evidenciar en esta paciente.

La elección del abordaje quirúrgico debe ser individualizado y se realiza teniendo en cuenta varios factores, tales como el estado físico del paciente, sus comorbilidades, la edad, la función intestinal basal y los posibles beneficios en la calidad de vida.^(3,13) En esta paciente, teniendo en cuenta la edad y sus comorbilidades, la cirugía realizada fue reducción del prolapso por técnica de Delorme con anestesia regional.

Las metas en el tratamiento posoperatorio en esta entidad incluyen desde la prevención hasta el alivio del dolor, las náuseas y los vómitos, desde la dieta y el inicio temprano de la nutrición enteral hasta la movilización del paciente posterior a la cirugía.⁽¹⁷⁾ Esta paciente tuvo una estadía hospitalaria abreviada y un corto período de convalecencia.

Conclusiones

El prolapso rectal es una enfermedad poco frecuente. Puede ser parcial o total, afecta fundamentalmente a las féminas, se diagnostica por el examen físico y la cirugía es la solución definitiva.

Referencias bibliográficas

1. Gallo AB, Gallo CB, López NR. Rectopexia anterior laparoscópica con malla. Una segura alternativa para manejo del prolapso rectal. *Acta Med.* 2020 [acceso 27/05/2021];18(2):[aprox. 5 pant.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2020/am202n.pdf>
2. Gallo G, Martellucci J, Pellino G, Ghiselli R, Infantino A, Pucciani F, *et al.* Consensus Statement of the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR): management and treatment of complete rectal prolapse. *Techniques in Coloproctology.* 2018 [acceso 30/05/2021];22(12):[aprox. 13 pant.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30554284/>
3. Varma M, Steele S. Surgical approach to rectal procidentia (rectal prolapse). En: Weiser M, Chen W, ed. *UpToDate.* Waltham, Mass: UpToDate, 2019. Disponible en: <https://www->

uptodate-com.binasss.idm.oclc.org/contents/surgical-approach-to-rectal-procidentia-rectal-prolapse?search=rectal%20prolapse&source=search_result&selectedTitle=3~49&usage_type=default&display_rank=3

4. Emile S, Elbanna H, Youssef M, Thabet W, Omar W, Elshobaky A, *et al.* Laparoscopic ventral mesh rectopexy vs Delorme's operation in management of complete rectal prolapse: a prospective randomized study. *Colorectal Disease*. 2017 [acceso 31/05/2021];19(1):[aprox. 8 pant.]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/codi.13399>
5. De la Torre Mondragon L, Ruiz Montañez A, Flores Barrera A, Santos-Jasso A, De Giorgis-Stuven MA. Procedimiento delorme para el tratamiento del prolapso rectal en niños. *Rev Mex Cir Pediatr*. 2015 [acceso 31/05/2021];19(1):[aprox. 7 pant.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexcirped/mcp-2015/mcp151c.pdf>
6. Rogers A, McCawley N, Hanly A, Deasy J, Mc Namara D, Burke J. Trends in the treatment of rectal prolapse: a population analysis. *International Journal of Colorectal Disease*. 2018 [acceso 31/05/2021];33(4):[aprox. 7 pant.]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00384-018-2971-4>
7. Vogler S. Rectal Prolapse. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2017 [acceso 31/05/2021];60(11):[aprox. 4 pant.]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28991075/>
8. Feliú Rosa J, Estepa Pérez J, Santana Pedraza T, González Gutiérrez L. Prolapso rectal completo. Presentación de un caso. *Medisur*. 2017 [acceso 27/05/2021];15(5):[aprox. 4 pant.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3729>
9. Bloemendaal A, De Schepper M, Mishra A, Hompes R, Jones O, Lindsey I, *et al.* Trans-anal endoscopic microsurgery for internal rectal prolapse. *Techniques in Coloproctology*. 2015 [acceso 02/06/2021];20(2):[aprox. 5 pant.]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4712247/pdf/10151_2015_Article_1412.pdf
10. Bordeianou L, Paquette I, Johnson E, Holubar S, Gaertner W, Feingold D, *et al.* Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Rectal Prolapse. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2017 [acceso 02/06/2021];60(11):[aprox. 11 pant.]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4712247/pdf/10151_2015_Article_1412.pdf

11. Correa Rovelo J, Girón Gidi A, Vélez Pérez F. Asociación Mexicana de Cirugía General. Tratado de Cirugía General. 3rd ed. Mexico: Manual Moderno; 2019.
12. Cariou de Vergie L, Venara A, Duchalais E, Frampas E, Lehur P. Internal rectal prolapse: Definition, assessment and management in 2016. Journal of Visceral Surgery 2017 [acceso 14/06/2021];154(1):[aprox. 9 pant.]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5116046/pdf/384_2016_Article_2649.pdf
13. Cannon JA. Evaluation, Diagnosis, and Medical Management of Rectal Prolapse. Clin Colon Rectal Surg. 2017 [acceso 27/05/2021];30(1):[aprox 6 pant.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5179269/pdf/10-1055-s-0036-1593431.pdf>
14. Barrera A, Pradenas S, Bannura G, Illanes F, Gallardo C, Rinaldi B, *et al.* Rectosigmoidectomía perineal para el tratamiento del prolapso rectal completo. Rev Chil Cir. 2016 [acceso 27/05/2021];68(3):[aprox. 9 pant.]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000300007
15. Maderuelo García V, Simó Fernández V, Labarga Rodríguez F, Castrillo Arconada J, Saldarriaga Ospino L, Suero Rodríguez C, *et al.* Vídeo: Intervención de Altemeier asociada a Levatorplastia. Tratamiento Del Prolapso Rectal. Revista ACIRCA. 2016 [acceso 14/06/2021];3(1):[aprox. 6 pant.]. Disponible en: <http://www.acircal.net/revista/files/06/09%20Video%20Altemeier%20PALEN.PDF>
16. López Guzmán C, Salcedo Miranda D. Rectosigmoidectomía perineal (Procedimiento de Altemeier) para el prolapso rectal encarcelado: reporte de un caso. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2018 [acceso 14/06/2021];33(4):[aprox. 5 pant.]. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/download/170/288>
17. Scott MJ, Baldini G, Fearon KC, Feldheiser A, Feldman LS, Gan TJ, *et al.* Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) for gastrointestinal surgery, part 1: pathophysiological considerations. Acta Anaesthesiol Scand. 2015 Nov [acceso 16/06/2012];59(10):[aprox. 20 pant.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5049676/pdf/AAS-59-1212.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.