

Prolapsos rectales

Dr. GONZALO MAQUIEIRA *

Seguimos los mismos conceptos que se sustentaron en la Clínica Quirúrgica del Profesor Abel Chifflet (24, 22).

Bajo el término de prolapso se incluyen una serie de entidades diferentes que tienen como denominador común la exteriorización de una o de todas las capas del recto por el ano.

La clasificación en prolapsos por deslizamiento mucoso y por invaginación rectal es acertada. En el primer grupo la exteriorización de la mucosa constituye el hecho predominante. En el segundo lo constituye la procidencia de todas las capas del recto. Las procidencias por "invaginación" rectal pueden ser simples y con hernia. Ambos grupos entran dentro de los prolapsos rectales masivos de algunos autores o prolapsos completos de otros, pero tienen algunas particularidades fisiopatológicas y terapéuticas que permiten analizarlos por separado.

I) PROLAPSOS POR INVAGINACION SIMPLE

En este grupo el hecho fundamental es visceral. Se produce el telescopado de un sector intestinal superior en otro inferior y luego la exteriorización por el ano. La participación de fallas en el piso pelviano no es lo primordial, aunque su justa valoración no siempre es posible.

Este tipo de prolapso puede estar favorecido por causas diversas, algunas de orden anatómico (verticalización del sacro con pelvis estrecha, que trae una posición vertical del recto); funcionales (peristaltismo aumentado o constipación pertinaz que obliga a esfuerzos de defecación desmedidos); patológicas (tumores o procesos inflamatorios que forman cabeza de la invaginación); generales (alteraciones nutricionales, distrofias conjuntivas, etc.).

El prolapso por invaginación se ve con más frecuencia en el viejo y en el niño; en el viejo una vez que se presenta no tiene tendencia a regresar; en el niño, con el crecimiento, maduración fibromuscular, corrección de trastornos nutricionales y de tránsito intestinal puede regresar espontáneamente.

Clinicamente se presenta como una masa de tejido exteriorizado, de tamaño variado, recubierta por mucosa roja, húmeda y brillante a veces con gleras y tendencia fácil al sangrado. Generalmente el orificio intestinal ocupa el extremo de la masa procidente que presenta una serie de pliegues concéntricos paralelos al canal anal. El tono del esfínter anal puede

ser normal, o lo más frecuente disminuido; de ese tono depende la facilidad para reducir el prolapso. Este a veces se presenta solo durante los esfuerzos de defecación retrocediendo espontáneamente; otras veces, es necesaria su reducción con maniobras manuales.

La exploración por laparotomía da informes importantes para la valoración del prolapso. Si es un prolapso simple, sin reducir, el intestino aparecerá introducido profundamente en la pelvis, arrastrando al meso y al fondo de saco peritoneal entre recto y el sector urogenital. La separación entre ambos sectores no se ofrece importante, siendo el saco peritoneal estrecho y vacío. Si hubiera una separación importante con saco amplio, debe considerarse con fines terapéuticos como un prolapso con hernia.

II) PROLAPSO POR INVAGINACION CON HERNIA

Acompaña al prolapso una claudicación del perineo que favorece la instalación de la hernia.

Siguiendo el concepto de Chifflet (21), la pared fibromuscular que resiste la presión abdominal y sus variaciones está constituida por los elevadores del ano unidos en la línea media a tres estructuras (esfínter anal, nódulo anococcígeo y cóccix, que se articulan en puntos fijos: el borde posterior del perineo anterior y el sacro. Cuando estas estructuras claudican provocan una elongación antero posterior del perineo posterior y se separan transversalmente abriéndose al valle de los elevadores y favoreciendo una dilatación anal.

Queda estereotipada la posición fisiológica que toma el perineo posterior durante la defecación, vale decir, dilatación anal, elongación del rafe anococcígeo y flexión dorsal del cóccix y se crea así la debilidad regional de la pared que permitirá el paso de la hernia. Esta se verá favorecida por los aumentos de la presión abdominal, sobre todo con la hiperpresión que ocurre durante la defecación. Normalmente la fuerza creada por la presión abdominal durante la defecación, se ejerce en un punto sobre el recto que corresponde al fondo peritoneal de Douglas. Esa fuerza encuentra una resistencia en la masa del sacro. Si la presión ejercida sobre la pared anterior del recto, por laxitud de los tejidos fibromusculares de la pelvis y de perineo posterior, no encuentra la resistencia del sacro, empujará hacia la luz del intestino la pared anterior que cede introduciéndose progresivamente en el mismo y arrastrando un saco herniario que se exterioriza por el ano, ocupando la parte anterior de la masa.

* Asistente de Clínica Quirúrgica (Fac. Med. Montevideo).

Con el prolapso reducido es posible mediante tacto rectal, apoyando el índice sobre la pared anterior por encima de la base de la próstata, impedir la reproducción del prolapso. El apoyo en otro punto de la pared rectal no lo impide. También es posible seguir por rectosigmoidoscopia la progresión del prolapso que se inicia en la invaginación de la pared anterior del recto.

En este caso la terapéutica debe considerar el doble aspecto de la invaginación y el de la tara regional que favorece la producción de la hernia.

Clínicamente el prolapso herniario se presenta como una masa cónica, del tamaño de un puño, incurvada hacia atrás, presentando en su vértice posterior el orificio intestinal por el cual se escapan materias fecales. Lo recubre una mucosa húmeda y roja. A veces la masa puede reducirse espontáneamente; otras veces es necesario recurrir a maniobras y en ese caso el apoyo sobre el sector anterior permite percibir el gorgoteo típico al escapar el contenido intestinal.

El examen por laparotomía muestra una pelvis amplia, con un fondo de saco peritoneal profundo lleno con ansas delgadas y que ocupa el espacio interrecto-génitourinario hasta el piso pelviano. El intestino se presenta llevado hacia abajo arrastrando su meso.

Reducido el prolapso queda una amplia brecha por delante del recto y en el fondo de la misma, el valle del elevador abierto, con las haces pubococcígeas llevados contra la pared de la pelvis.

En suma en los prolapsos por invaginación simple el hecho fundamental es visceral; en los prolapsos por invaginación con hernia se suma al problema visceral, el de la debilidad parietal o regional como en toda hernia.

TRATAMIENTO

Las técnicas quirúrgicas para tratar el prolapso rectal suman decenas. Esa multiplicación sólo demuestra que no son plenamente satisfactorias en sus resultados.

Nos limitaremos a presentar el plan terapéutico que sigue en la práctica la fisiopatología descrita y que según trabajos actuales ofrece mejores resultados.

I) Tratamiento del prolapso por invaginación simple.

Deben valorarse la edad así como las condiciones regionales y locales.

En el niño el tratamiento debe ser conservador, mediante reducción del prolapso y mantenimiento del mismo por compresión de nalgas, corrección del tránsito intestinal y mejorando posibles vicios de nutrición. El uso de medios cruentos como el cerclage de Thiersch no debe ser encarado como procedimiento habitual; la posibilidad de recuperación del aparato fibromuscular con la maduración del niño es importante y hace oportuno evitar procedimientos que aunque sencillos no están exentos de complicaciones.

En el adulto y en el viejo, de no existir contraindicaciones por taras generales importantes, la solución es quirúrgica. El objeto principal es actuar sobre el elemento visceral, causa principal de la invaginación. El cirujano puede actuar sobre el mismo mediante fijación, resección, o sostén por procedimientos sobre el sector esfinteriano.

1) *Fijación Visceral.* La vía perineal ofrece un porcentaje grande de fracasos.

El procedimiento que busca la fijación provocando la formación de adherencias entre la pared del recto y la aponeurosis presacra, creando un espacio cruento por disección y mechado con gasas impregnadas en sustancias irritantes (yodoformadas, etc.), no impide que la cabeza de la invaginación siga actuando y de ahí las recidivas numerosas. Es un procedimiento que se sigue usando en nuestro medio y que no creemos conveniente.

La *vía abdominal* es la que ofrece mejores resultados de fijación, avalados en el momento actual por estadísticas que presentan un número importante de casos (65, 87) que llevan años de operados y con bajas incidencias de recidivas (5 %) y de morbilidad (menos del 1 %).

Técnica Operatoria. A) Paciente en posición para operación de recto con sonda vesical.

B) Incisión mediana infraumbilical.

C) Exploración abdominal y pelviana. Reducción del prolapso valorando sus características.

D) Tratamiento del prolapso:

Primer tiempo: Desprendimiento de la ampolla rectal en su porción subperitoneal y elevación del recto: sección del peritoneo siguiendo la línea de reflexión de la serosa en el recto-sigmoides y en relación con el promontorio. Se profundiza en el subperitoneo junto al recto para no lesionar los nervios a destino vesicogenital.

Segundo tiempo: de fijación. Una vez liberado el recto debe elevarse y colocarse en una posición tal que acompañe la curvatura del sacro. La fijación del intestino buscará apoyo en los tejidos fibrosos presacros o en el ligamento vertebral anterior. La fijación a los discos vertebrales no es aconsejable (se han descrito espondilodiscitis secundarias a la misma (59)). La fijación puede hacerse por sutura directa con puntos irabsorbibles entre el intestino (donde debe cuidarse no hacer presa profunda) y los planos fibrosos o bien por procedimientos que usan láminas biológicas (fascia lata, etc.) (60) o cabestrillos de mallas sintéticas, preferentemente de Teflon (26, 61, 86).

Este último procedimiento da mejores resultados alejados. La fijación directa o con fascia lata puede ir a una elongación secundaria, lo que da un porcentaje mayor de recidivas que con la malla sintética. Se usa un cabestrillo de Teflon o Dacron en forma de "T" que se sutura por los extremos de su rama transversal a los tejidos fibrosos presacros y por sus bordes al intestino; su rama vertical, más corta que la transversal, se fija a la cara anterior del resto evitando su deslizamiento.

Cualquiera sea el medio de fijación usado, no debe colocarse ajustado al intestino, lo cual

sería causa de constipación o perturbaciones molestas del tránsito intestinal.

Tercer tiempo: De formación del fondo de saco peritoneal a la altura normal, peritonizando la brecha pelviana. El sigmoide debe ser colocado en forma tal que evite angulaciones que puedan ser origen de oclusiones.

2) *Resección Intestinal.*

a) La resección por vía abdominal, suprimiendo el sector intestinal que se invagina no ofrece habitualmente mayores dificultades técnicas por la complacencia de la víscera y su meso, siendo en sí misma un procedimiento de fijación. Tiene el agravante de una sutura intestinal frente a resultados que no son superiores a la simple fijación descrita. Puede tener indicación formal cuando existe otro proceso (tumoral o inflamatorio) causante de la invaginación y que sea necesario extirpar.

b) La resección por vía perineal no ofrece buenos resultados. Su indicación puede derivar de la imposibilidad de reducción del prolapso; en este caso incluso puede usarse una vía combinada abdominoperineal.

3) *Reducción del Anillo Esfinteriano.*

Solamente se consigue que no se exteriorice la invaginación, pero no evita que el cilindro invaginado ocupe el recto, siendo posible factor de molestia. En nuestro medio la más usada es el cerclage de Thiersch. Es un procedimiento a indicar cuando no puede intentarse otro procedimiento más seguro. Da un porcentaje de recidivas muy importantes. Su indicación puede sumarse a otro procedimiento cuando existe una incontinencia anal marcada por dilatación o hipotonía esfinteriana.

II) Tratamiento del prolapso por invaginación con hernia.

La finalidad es realizar la cura de una hernia. Las directivas para lograrlo serán el tratamiento del saco peritoneal y la reparación de la brecha parietal. Estos tiempos serán

complementados con maniobras tendientes a evitar la facilidad de deslizamiento que adquirió el recto y los tejidos que lo rodean.

Técnica Operatoria:

A) Sujeto en posición para operación de recto. Sonda vesical.

B) Incisión mediana infraumbilical.

C) Exploración abdominal y pelviana. Reducción del prolapso valorando sus características.

D) Tratamiento de la hernia:

1er. *Tiempo:* Entrada al subperitoneo lateralmente al recto y despegamiento del saco herniario que se secciona en su cuello. (Deben ser visualizados los uréteres para evitar su lesión). Liberación de la ampolla rectal para su elevación y posterior fijación.

2do. *Tiempo:* Tratamiento de la brecha perineal: reconocimiento del borde de los elevadores y de las hojas fibrosas que los recubren y sutura de los mismos por delante o por detrás del recto usando puntos separados de material irreabsorbible.

3er. *Tiempo:* Formación de un fondo de saco peritoneal a la altura normal, peritonizando la brecha pelviana. El sigmoide colocado en forma tal que evite angulaciones y pueda ser origen de oclusiones.

La vía baja o perineal cada vez tiene menos indicaciones para solucionar la debilidad parietal. La sutura de los elevadores en la mujer puede ser realizada por la técnica de la miorrafia utilizada en el prolapso genital. Se suturan los bordes inferiores de los músculos formándose un sostén bajo que ofrece menos seguridad que el cierre alto. Las técnicas perineales de cerclage del orificio anal tienen un alto índice de reproducción del prolapso, lo mismo que diversas técnicas que tienden a acortar el perineo posterior (plastias del nódulo anococcígeo, fijación del coxis, etc.), lo que hace que el abordaje preferido para el tratamiento del prolapso por invaginación con hernia, sea el descrito por vía abdominal