

## *PROLAPSO RECTAL TOTAL OPERACIÓN DE LOCKART-MUMMERY*

*Antonio - M. HARÁN*

**Relator: Prof. H. García Lagos**

La relativa rareza de los prolapsos rectales totales y la gran cantidad de procedimientos operatorios propuestos para su curación, nos han determinado a publicar este caso en el cual hemos utilizado la técnica de Lockart-Mummery, tal como la ha descrito Pauchet: publicación que hacemos a título puramente documentario.

Sra. J. B. I., viuda, de 69 años, nulípara. Vemos la enferma por primera vez en 1926 por unas crisis diarréicas de una intensidad tal que la impiden salir de su casa. Muy estreñida desde su juventud, recuerda le era habitual pasarse 8 y 10 días sin movilizar su intestino: más tarde, ya casada, continuó en ese estado que ella aceptaba sin mayores preocupaciones y con una tolerancia perfecta. Pasó muchos años así. Más tarde, consejos de médicos amigos, dados incidentalmente, porque no sentía molestia alguna, hicieron que tomara algunos laxantes, pero sin ninguna regularidad y con resultados muy variados. Y así pasó hasta que vino esta crisis diarréica en 1926. Mejorada y reeducando su intestino con tratamiento adecuado, hace una crisis de insuficiencia cardíaca en 1927: vieja asmática, su estado llega a ser alarmante, pero logra mejorar hasta el punto de hacer una vida casi normal, dentro de las limitaciones que el estado de su corazón le impone, aunque conservando una ligera congestión pasiva de las bases pulmonares.

En 1929, nueva crisis diarréica más violenta aún que la anterior, pero esta vez con fiebre y dolores abdominales: eliminada la posibilidad del origen parasitario de sus trastornos por medio de repetidos exámenes de sus materias, un tratamiento enérgico consigue que esta enferma indócil y de gran apetito, mejore de su colitis. Desde entonces siguió bien: su intestino reeducado, ha marchado diariamente con laxantes suaves y con una gran tolerancia para un régimen que, la enferma ha tratado siempre fuera por propia iniciativa, muy poco severo.

No le repitieron más sus crisis: pero en 1932, comenzó a notar insensibilidad anal en el momento de la defecación, ausencia de sensación del pasaje de las materias fecales, siguiéndole poco después, la imposibilidad

---

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 16 de octubre de 1935.

de retenerlas, sobre todo si eran líquidas. No logramos el consentimiento de la enferma para el examen local que reclamamos. Meses más tarde nos vuelve a consultar: ahora siente "algo que sale" por el orificio anal, sobre todo, cuando mueve el vientre o camina mucho.

Examinada, notamos un grueso cilindro rojizo que sale del orificio anal: invitada la enferma a hacer fuerza aumenta su longitud hasta cerca de 20 centímetros. La mucosa que lo reviste se continúa directamente con la piel del ano y no está alterada. Introduciendo un dedo por el orificio central, que aparece en la extremidad de este cilindro y que contiene pequeños trozos de materias fecales, se puede apreciar el notable espesor de sus paredes que son, sin embargo, elásticas. Todo ese cilindro recto-cólico prolapsado, sin alteración apreciable alguna, es fácilmente reducible.

La enferma vive reclusa en su casa afectada moralmente por su afección en sí y contribuyendo también a ello, la incontinenencia de materias, aún sólidas.

Planteadas la indicación operatoria en una enferma de edad avanzada, cardíaca, con un prolapso rectal total, buscamos una técnica que, no siendo únicamente paliativa, permitiera su curación sin necesidad de laparatomizarla. Descartadas las pexias abdominales, dos soluciones nos atraían: la operación de Delorme-Juvara, que habíamos visto practicar en Europa, y la de Lockart-Mummary. Nos sedujo la segunda como más sencilla y más fisiológica, dado que en la operación de Juvara hay un cierto riesgo en la sutura de la mucosa, que, por otra parte, el mismo Juvara no niega.

La técnica que seguimos es la expuesta por Pauchet, salvo cuestiones de detalle.

Ingresa al Sanatorio el 7 de diciembre de 1933. Preparación intestinal cuidadosa. Preparación cardíaca desde tiempo atrás.

*Operación.* — 9 Diciembre 1933. Intento de raquianestesia. Fracaso de la punción. Anestesia: éter Ombredanne. Ayudante: Dr. Bottaro (hijo).

Lavado jabonoso del recto prolapsado; desinfección con mercurocromo. Reducción. Incisión transversal de unos 6 cms. equidistante de la extremidad del coxis y del orificio anal. Sección de la piel y tejidos superficiales: llegados al plano muscular abandonamos el bisturí que consideramos peligroso y recurrimos a la tijera de Mayo: es el momento peligroso para el recto. De antemano, habíamos cubierto el orificio anal con una gasa que le adhería, para evitar posibles contaminaciones sépticas: de igual modo, habíamos renunciado a utilizar como guía, para proteger el recto, el dedo intrarectal o el mandril de Hartmann.

Llegados, pues, al plano muscular, seccionamos el tractus anocóxico y disociamos las fibras musculares, seccionamos prudentemente otras, *buscando de inmediato el contacto del coxis*: de aquí en adelante, solo trabajará el dedo. Trata de ganar en profundidad, *siguiendo la cara profunda del coxis* y encuentra, de inmediato el espacio retro-rectal que se deja decolar fácilmente. Llevamos este decolamiento a la máxima profundidad que nos es posible, tanto en la cara posterior como en las laterales del recto, renunciando a utilizar instrumento alguno, que creemos peligroso. En un mo-

mento dado en que decolábamos la pared lateral a gran profundidad, percibimos unos cordones resistentes que abordaban lateralmente al recto y que tuvimos especial cuidado en no romper: eran los pedículos hemorroidarios medios.

El decolamiento estaba terminado, *sin hemorragia*.

Taponamiento con mechas iodoformadas vaselinadas, practicado lenta y metódicamente, con el objeto de no amontonarlas sino insinuándolas a la mayor profundidad posible primero: descendiendo después y tratando que esa vasta cavidad creada, quede efectivamente, toda ella, rellena, para que pueda cumplirse la finalidad de este tiempo operatorio, que es el de crear adherencias por irritación de las mechas, adherencias que serán el elemento de fijación definitivo del recto. Pudimos así colocar el equivalente de casi 3 metros de gasa.

Inmediatamente, plegadura del esfínter, insuficiente: pero nuestro trabajo estuvo lejos de satisfacernos: estaba laminado, atrófico, casi irreconocible: sin embargo, pudimos poner 3 puntos de catgut, separados que dejaron el orificio anal, aparentemente en buenas condiciones. Tubo de goma rectal.

La enferma toleró bien la intervención que duró 1 hora y  $\frac{1}{4}$ , aunque los primeros días presentó adinamia marcada y un poco de taquicardia: la congestión crónica de las bases aumentó un poco, pero todo cedió a una medicación adecuada. En cambio, toleró mal la falta de movilización habitual intestinal post-operatoria, sensibilizada, sin duda, a la intoxicación estercorémica: la temperatura, poco acentuada los primeros días, llegó a cerca de 40° en las proximidades del 7° día, acompañada de un poco de delirio. Pero el purgante administrado ese día y el cambio de las mechas, al día siguiente, hicieron que todo desapareciera.

El 8° día, bajo la acción de unas bocanadas de éter, extraigo las mechas y las reemplazo por otras: comienza a alimentarse mejor: laxante diario, practicándose el aseo de la herida después de cada evacuación, durante la cual se obliga a la enferma a permanecer horizontal, y no sentada, para lo cual se utiliza una chata.

La herida da secreción abundante que obliga a cambiar la curación dos veces por día: se alimenta, quedando unos quintos de fiebre que no la abandonarán hasta que cierre su herida completamente.

Quince días después de operada, se retiran todas las mechas y, colocado un tubo, éste se fué acortando progresivamente, la herida, que nunca sangró, fué granulando lentamente, cerrando a los 30 días. La enferma se levantó a las 4 semanas. Abandonó el sanatorio el 16 de enero de 1935.

Examinada días más tarde, encontramos el recto perfectamente suspendido: invitada a hacer fuerza con sus músculos abdominales, no se nota la más mínima propulsión del intestino; pero el esfínter está atónico y hay ligera incontinencia. Decidimos hacerle electricidad galvánica, practicándole el doctor Leborgne 16 aplicaciones.

En abril, la incontinencia ha desaparecido.

Actualmente, junio de 1935, al año y medio de operada, la enferma hace una vida activa, compatible con el estado de su corazón: pero, su esfínter

ha vuelto a perder su tonicidad y desde hace unos 6 meses, permite una pequeña salida de la pared rectal anterior, cuando camina mucho o al defecar: y al mismo tiempo que lamentamos no haber practicado la plegadura de la pared rectal anterior, como lo aconseja Pauchet, no podemos dejar de sentir un poco de inquietud al recordar sus palabras: "El esfínter debe tener una solidez completa: si no el fracaso es seguro". Y en este estado de espíritu es que propusimos a la enferma, hace un tiempo, un anillado anal, según la técnica de Ombredanne, pero esta pequeña intervención nos ha sido rehusada.

Resumiendo, hemos mostrado un prolapso rectal total, grande, operado en una señora de 69 años por la técnica de Lockart-Mummery, que nos pareció sencilla, si se procede con prudencia y cuyo resultado ha sido y se mantiene beneficioso para la enferma al año y medio de intervenida, a pesar de deber considerarse nuestra intervención como incompleta por la falta de solidez de su esfínter, lo que nos obliga a ser reservados en cuanto a los resultados lejanos.

#### INFORME DEL Prof. H. GARCÍA-LAGOS

El Dr. Antonio M. Harán nos presenta un caso sin entrar a estudiar su anatomía, patogenia, ni las distintas técnicas operatorias propuestas para la curación de esa enfermedad.

Mis consideraciones se limitarán en lo posible al caso clínico presentado por el comunicante, ya que él no hace consideraciones generales sobre la enfermedad y sus tipos clínicos.

El trabajo del Dr. A. - M. Harán es la historia clínica y operatoria de un prolapso del recto *completo*, con resultado satisfactorio al año y medio de la operación.

El método operatorio practicado por el Dr. Harán es el de la colopexia posterior por adherencias provocadas por un paquete de gasa. (Lockart - Mummery 1910 - 1925).

El Dr. Harán eligió este método que es uno de muchos, dada la edad de la enferma y su estado general, y el éxito ha justificado su conducta, sin que eso quiera decir que esa operación perineal y "pack" deba ser considerada como una operación inofensiva, dada la posibilidad de infección y el largo plazo de curaciones que exige.

Además esa operación no es anatómica ni patogénica, ya que los medios de sustentación del recto no son corregidos, ni

tampoco las desviaciones anatómicas del eje del recto y del Douglas, etc.

En el caso del Dr. Harán debe haber habido un descenso del Douglas sin o con hidrocele; nada nos dice al respecto el colega, pero 20 ctms. de longitud del prolapso bastan para asegurar que existía ese descenso del Douglas, y además la recidiva de la parte anterior, demuestra que ese factor, el descenso del Douglas, debería haber sido corregido.

No hay duda de que hubiera sido deseable una mejor perineo y esfíntero plastia, de lo que el autor se manifiesta partidario, pero creo que ante todo la eliminación del Douglas por uno de los muchos procedimientos conocidos, hubiera sido deseable y tal vez el Dr. Harán al hablar de *plastia del periné anterior* parece haberla tenido en cuenta.

Yo me pregunto si una simple laparotomía con fijación del colon y del recto y una eliminación del Douglas no es una operación más benigna en una señora de edad, que una operación perineal del tipo Lockart - Mummery, que exige 4 semanas de curaciones; por lo menos tenemos amplia experiencia de que esas laparotomías simplemente plásticas, son de gran benignidad en las *ptosis del aparato genital*, y si no se usan más a menudo es porque las operaciones perineales son eficaces. En estas operaciones perineales por prolapsos genitales no se abre el tejido celular pelviano y perirectal, con los riesgos consiguientes.

Como el número total de operaciones por prolapso rectal completo (total) no es grande, es difícil llegar a conclusiones definitivas. Se podría consultar con provecho sobre este tema el trabajo de Howet en el "Journal de Chirurgie" N° 6, tomo 45, de junio próximo pasado.

De todos modos hay que agradecer al Dr. Harán haber puesto sobre el tapete un caso tan feliz de una afección poco frecuente y que aun no tiene un solo tratamiento que haya sido aceptado por todos los cirujanos para cada una de las múltiples variedades clínicas de esa enfermedad.