



ARTÍCULO ORIGINAL

Rectosigmoidectomía perineal para el tratamiento del prolapso rectal completo



Alejandro Barrera^{a,*}, Sebastián Pradenas^a, Guillermo Bannura^a, Felipe Illanes^a, Cristian Gallardo^a, Baldo Rinaldi^a, Andrea Madariaga^b y Constanza Espinoza^b

^a Servicio y Departamento de Cirugía, Hospital Clínico San Borja Arriarán, Campus Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

^b Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Recibido el 5 de octubre de 2015; aceptado el 28 de octubre de 2015

Disponible en Internet el 20 de abril de 2016

PALABRAS CLAVE

Prolapso rectal completo;
Resección perineal

KEYWORDS

Complete rectal prolapse;
Perineal resection

Resumen

Objetivo: Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de esta patología con la técnica de la rectosigmoidectomía perineal.

Material y método: Se trata de una serie retrospectiva, consecutiva de 17 pacientes.

Resultados: Predomina el género femenino y el promedio de edad es de 62 años. La morbilidad alcanza el 23%, aunque casi toda de menor gravedad, con solo un paciente reoperado. La recidiva es del 6%, con mejoría de los síntomas en un 88%.

Conclusión: Concluimos que es una técnica segura, con una morbilidad controlada y con buenos resultados a mediano plazo con un adecuado control de la recidiva y mejoría de la continencia en un alto porcentaje de los pacientes.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Perineal rectosigmoidectomy for the treatment of rectal prolapse

Abstract

Aim: We present our experience with perineal rectosigmoidectomy for the treatment of rectal prolapse.

Material and method: It is a retrospective, consecutive series of 17 patients.

Results: Predominantly female and the average age is 62 years. Morbidity reached 23%, but almost all less serious, with only one reoperation. Recurrence is 6%, and the improvement in continence is 88%.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alejandro.barrera@gtmail.com (A. Barrera).

Conclusion: We conclude that it is a safe technique with a controlled morbidity and good results with low recurrence and improvement of continence in a high percentage of patients.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El prolapso rectal completo se define como la protrusión de todas las capas de la pared rectal y su exteriorización a través del ano. Sus causas continúan siendo poco claras, aunque se reconocen como factores de riesgo el género femenino, la multiparidad y la historia de constipación crónica o de esfuerzo defecatorio importante^{1,2}.

Se han descrito más de 100 tipos de procedimientos quirúrgicos para la corrección de esta patología, lo que a todas luces confirma que no existe un procedimiento de elección y que los resultados de las distintas técnicas no son los óptimos³.

La rectosigmoidectomía perineal (RSP), descrita inicialmente por Miles⁴ y popularizada por Altemeier et al.⁵, es una alternativa técnica para los pacientes de alto riesgo con contraindicación de cirugía abdominal o en los que se quiere evitar la cirugía pélvica para prevenir sus secuelas alejadas, como la disfunción vesical y sexual^{6,7}. Si bien se describen tasas mayores de recurrencia al compararla con las técnicas abdominales de resección y pexia, la ausencia de complicaciones mayores, como la dehiscencia de anastomosis y la peritonitis secundaria a este evento, hacen que sea una técnica relativamente segura en los pacientes mayores y de alto riesgo anestésico y quirúrgico.

El objetivo de esta comunicación es describir la técnica y sus resultados precoces y alejados en una serie retrospectiva consecutiva de pacientes tratados por prolapso rectal con la técnica de RSP.

Material y método

Se trata de una serie retrospectiva, descriptiva, de los pacientes operados por un prolapso rectal completo con la técnica de la RSP entre septiembre de 2006 y junio de 2013. Se registraron los datos epidemiológicos como edad, género, patologías agregadas, índice de Karnofsky, los registros clínicos de la patología, tiempo de evolución, tratamientos previos y síntomas asociados, y los datos de la cirugía, tiempo quirúrgico, longitud de la pieza operatoria fijada, complicaciones y seguimiento.

Todos los datos fueron incorporados a una planilla Microsoft Excel. Para establecer la gravedad de las complicaciones se utilizó la clasificación de Clavien-Dindo⁸.

La cirugía fue realizada en posición de litotomía forzada, utilizando el retractor de Lone Star y bajo anestesia regional. Todos los pacientes recibieron una dosis de antibióticos en la inducción anestésica con cefazolina (1 g) y metronidazol (500 mg). Desde el cuarto paciente se mantuvo metronidazol oral 3 dosis diarias por 5 días desde el postoperatorio inmediato y hasta los 5 días. En todos los

pacientes se intentó realizar una plastia de los elevadores con material no absorbible y la anastomosis colo-anal fue confeccionada con sutura discontinua de poliglactina 2-0.

Para la evaluación de la continencia se utilizó la escala de Cleveland Clínica⁹. El análisis estadístico se realizó con el paquete Statplus 2009 para Mac.

Resultados

Durante el periodo entre septiembre de 2006 y diciembre de 2014 fueron operados en nuestro servicio 31 pacientes por un prolapso rectal completo; de estos, en 17 fue realizada la técnica de la RSP, que constituye nuestra muestra para estudio.

La serie se compone de 12 mujeres y 5 varones. El promedio de edad es de 62 años, con extremos de 17 y 86. Se encuentra una diferencia significativa entre los promedios de edad de varones y mujeres, ya que entre los primeros el promedio es de 45 años y para las mujeres, de 62.

Cuatro pacientes habían sido tratados previamente por la misma patología. En todos se había realizado una técnica abdominal (sacro-promontopexia de Wells).

Nueve pacientes presentaban una o más comorbilidades de importancia, entre las que destacan: patología neurológica o psiquiátrica en 4 casos, hipertensión arterial en 4 casos y diabetes mellitus en 2 casos. La calcificación ASA indicó que 4 pacientes eran ASA 1, 8 ASA 2 y los restantes ASA 3.

La mediana de tiempo operatorio fue de 105 min, con extremos de 80 y 220. En 16 casos fue posible realizar una plastia de los elevadores. En una paciente en que esto no se realizó fue por no poder reconocer la musculatura, en una paciente de 86 años, con una patología compleja del piso pélvico.

Cuatro pacientes presentaron morbilidad quirúrgica. Los datos se señalan en la [tabla 1](#). Una paciente fue reintervenida por un cuadro peritoneal a las 24 h de la cirugía. Se trataba de una paciente con demencia senil y un prolapso rectal ampliamente exteriorizado. La causa de la peritonitis fue una perforación del colon descendido proximal a la anastomosis. En este caso se deshizo la anastomosis colo-anal y se realizó una operación tipo Hartmann. La evolución fue arrastrada, requiriendo ventilación mecánica invasiva. Corresponde a la paciente con mayor estadía hospitalaria.

Dos de los 3 primeros pacientes presentaron una colección perianastomótica que se drenó en forma espontánea por vía anal. Por esta razón, desde el cuarto paciente se utilizó metronidazol por vía oral hasta el quinto día. No se registra mortalidad en esta serie.

La estadía hospitalaria promedio fue de 3 días, con extremos de 2 y 28. Si descartamos a la paciente reoperada, la estadía promedio baja a 2 días, con extremos de 1 y 5 días.

Tabla 1 Morbilidad quirúrgica

Complicación	n	Clavien-Dindo	Manejo
Colección anastomótica	2	2	Antibioticoterapia
Sangrado	1	1	Observación
Perforación colon descendido	1	4	Reoperación, ventilación mecánica

Tabla 2 Continencia

	Puntaje preoperatorio	Puntaje postoperatorio	p
Mejora (n = 15)	15	6	< 0,05
No mejora (n = 1)	20	20	Ns

El tamaño de la pieza operatoria fijada fue de 20 cm en promedio. Se registra una diferencia importante entre los pacientes con cirugía primaria comparados con los recidivados (25 cm vs. 8 cm).

El seguimiento promedio es de 26 meses (rango, 3 y 99). Se registra una recidiva de aparición precoz (3 meses) en la paciente en que no se realizó plastia de elevadores. Fue tratada con una nueva resección, con la misma técnica. La pieza operatoria fijada en la primera cirugía midió 17 cm, y en la reintervención, 15 cm. Esta es la paciente que no mejora su continencia luego de la cirugía. Actualmente se encuentra con un prolapso mucoso moderado, con incontinencia completa (puntaje 20 puntos), incontinencia urinaria y un prolapso genital que fue tratado con obliteración vaginal.

En cuanto a la continencia, esta mejora en forma significativa en 15 pacientes, con una caída del puntaje de la escala de Cleveland Clinic de más de 8 puntos en promedio. En un paciente no fue posible evaluar (ostomía definitiva) (tabla 2).

Discusión

El prolapso rectal completo es una patología multifactorial, con una manifestación clínica en común que corresponde a la exteriorización del recto y parte del sigmoides a través del ano. Las causas son poco conocidas; sin embargo, la literatura reconoce algunos factores predisponentes, como son el género femenino, la multiparidad y el trauma obstétrico, así como el pujo excesivo asociado a una historia de constipación crónica^{1,2}.

Las distintas técnicas quirúrgicas descritas para su tratamiento pueden ser clasificadas como se muestran en la tabla 3. Se ha reconocido históricamente que las técnicas abdominales presentan una mayor morbilidad asociada, pero la recidiva es menor al compararla con las técnicas perineales. Por esta razón, se reservaron las técnicas perineales para los pacientes de mayor riesgo, mayor edad y con múltiples patologías agregadas, pensando en disminuir la morbilidad y en una sobrevida menor, que evitaría la aparición de una recurrencia a largo plazo. Sin embargo, este paradigma ha sido cuestionado por diversos autores⁷, quienes señalan que con una técnica adecuada los resultados

Tabla 3 Clasificación de técnicas quirúrgicas

Tipo de técnica	
<i>Abdominal</i>	
Pexia	Wells Ripstein Rectopexia ventral Frickman-Goldberg
Resección	
<i>Perineal</i>	
Resección	Altemeier Delorme
Cerclaje	Tiersch Lomas-Cooperman

a largo plazo pueden ser semejantes a las técnicas abdominales. En este sentido cabe señalar la importancia de la plastia posterior de los músculos elevadores del ano. Distintas series reportan una recurrencia 4 veces mayor en los casos en que no se realiza. Chun et al.¹⁰, en una serie retrospectiva, muestran una recurrencia del 7% en los pacientes con plastia, comparada con un 20% en los que no se realizó, sin encontrar diferencias significativas en lo que respecta a mejoría de la continencia ni a cambios manométricos posteriores entre ambos grupos. Por esta razón recomiendan que la plastia de elevadores debe realizarse en todos los pacientes a los que se les indica esta técnica. Cabe señalar que la única recidiva en esta serie corresponde a una paciente en la que no fue posible reconocer la musculatura del periné, por lo que no se realizó el procedimiento. Este tampoco fue posible en la reintervención por las mismas razones.

Los distintos reportes nos señalan que la recurrencia del prolapso, independientemente de la vía utilizada, es más frecuente en los 2 años siguientes a la cirugía^{1,3,10}, por lo que el argumento de la sobrevida limitada comienza a perder validez. Además, la necesidad de una disección del recto por sus caras posterior y laterales en las técnicas abdominales de pexia hacen que sea posible dañar el plexo pélvico y los nervios hipogástricos, con las secuelas en la esfera sexual (impotencia o eyaculación retrógrada) y urinaria¹¹. Por esta razón, algunos autores han planteado que esta alternativa, asociada a la plastia de elevadores, puede ser una buena opción en pacientes de menor edad y varones, en los que no es posible realizar técnicas con menor disección como la rectopexia ventral^{7,12-14}. Los resultados reportados de esta técnica combinada nos muestran una recurrencia de hasta un 3%, lo que es completamente comparable con las técnicas abdominales.

En cuanto a la morbilidad, las técnicas perineales presentan una morbilidad menor y de más fácil manejo que las abdominales, sobre todo las que implican una

resección intestinal. Por esta razón resultan particularmente atractivas. Sin embargo, estas no están ausentes, como lo demuestra esta serie. La tasa de morbilidad es del 23%, la mayoría de ellas de fácil resolución. La tasa de reoperaciones es del 6%, comparable a la de cualquier cirugía de la especialidad con resección intestinal¹⁵.

En cuanto a los resultados funcionales, las distintas series reconocen una mejoría en los puntajes de incontinencia y también una mejoría sintomática en un alto porcentaje de los pacientes¹⁶. En lo que se refiere a la incontinencia, la desaparición del prolapso, con la disminución consiguiente del traumatismo esfinteriano por la procidencia rectal, hace que sea esperable una mejoría de la continencia y una recuperación de la capacidad contráctil del esfínter, más aún si se asocian técnicas de reforzamiento de la musculatura perineal. Con respecto a la constipación, al asociar una resección rectal y parcial del sigmoide se evita un efecto de la cirugía de pexia abdominal, que al traccionar el recto hacia cefálico deja un sigmoide más redundante, con la posibilidad de aumentar la constipación.

Conclusión

La RSP es una técnica útil en el tratamiento del prolapso rectal completo, y al asociarla a una plastia de los músculos elevadores se pueden obtener resultados semejantes a los de una técnica abdominal, la morbilidad generalmente es menor y de tratamiento sencillo y puede ser utilizada también en pacientes jóvenes con buenos resultados funcionales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Michalopoulos A, Papaloupidou VN, Panidis S, Mekras A, Duros V, Ioannidis A, et al. Surgical management of rectal prolapse. *Tech Coloproctol*. 2011;15 Supl 1:s25-8.
2. Lael VM, Regadas FS, Regadas SM, Veras LR. Clinical and functional evaluation of patients with rectocele and mucosal prolapse treated with transanal repair of rectocele and rectal mucosectomy with a single circular stappler (TRREMS). *Tech Coloproctol*. 2010;14:329-35.
3. Zsbar AP, Takashima S, Hasegawa T, Kitabayashi K. Perineal rectosigmoidectomy (Altemeier's procedure): A review of physiology, technique and outcome. *Tech Coloproctol*. 2002;6:109-16.
4. Miles WE. Recto-sigmoidectomy as a method of treatment for procidentia recti. *Proc R Soc Med*. 1933;26:1445-8.
5. Altemeier WA, Culbertson WR, Alexander JW. One stage perineal repair of rectal prolapse. *Arch Surg*. 1964;89:6-16.
6. Boccasanta P, Venturi M, Barbieri S, Roviato G. Impact of new technologies on clinical and functional outcome of Altemeier's procedure: A randomized controlled trial. *Dis Colon Rectum*. 2006;49:652-60.
7. Cirocco W. The Altemeier's procedure for rectal prolapse: An operation for all ages. *Dis Colon Rectum*. 2010;53:1618-23.
8. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications. A new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. 2004;240:205-13.
9. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 1993;36:77-97.
10. Chun S, Pikarsky A, You S, Gervaz P, Efron J, Weiss E, et al. Perineal rectosigmoidectomy for rectal prolapse. Role of levatorplasty. *Tech Coloproctol*. 2004;8:3-9.
11. Bannura G, Lee K, Cumsille M. Disfunción vesical en cirugía pélvica por cáncer de recto: Análisis de 60 casos consecutivos. *Rev Chil Cir*. 2003;55:345-50.
12. Habr-Gama A, Jacob C, Jorge J. Rectal procidentia treatment by perineal rectosigmoidectomy combined with levator repair. *Hepatogastroenterology*. 2006;53:213-7.
13. Altomare D, Binda G, Ganio E, de Nardi P, Giamundo P, Pescatori M. Long term outcome of Altemeier's procedure for rectal prolapse. *Dis Colon Rectum*. 2009;52:698-703.
14. Schoet D Jr. Evolving patterns in colon and rectal surgery. *J Am Coll Surg*. 2006;203:322-7.
15. Bannura G, Cumsille M, Barrera A, Contreras J, Melo C, Soto D, et al. Reoperaciones precoces en cirugía colorrectal. Análisis uni y multivariado de factores de riesgo. *Rev Chil Cir*. 2007;59:281-6.
16. Malton G, Kwaan M. Rectal prolapse. *Surg Clin North Am*. 2012;93:187-98.