

Hospital de Niños "Roberto del Río"
Cátedras de Pediatría y de Cirugía Pediátrica
Profesores A. Scroggie y A. Johow

CONSIDERACIONES SOBRE EL PROLAPSO RECTAL EN EL NIÑO

Referencia al uso del Gynergeno en inyección intraesfinteriana.

Por los D^os. HUMBERTO GARCÉS CUADRA
y ALFREDO GANTZ M.

El prolapso rectal es una enfermedad mucho más frecuente en la infancia que en las edades posteriores de la vida, secuela en la mayoría de los casos de una diarrea aguda o crónica. A pesar de las molestias que irroga al pequeño enfermo y de la preocupación que produce en sus padres y familiares, es generalmente subestimada por el médico y abandonada a sí misma en su evolución, con grave perjuicio para el niño que la sobrelleva.

Desde que ingresáramos al Hospital de Niños, nos llamó la atención la gran frecuencia con que estos enfermos concurrían a los Servicios de Policlínica, ambulando por los diversos consultorios, sin que existiera un criterio uniforme para efectuar su tratamiento. De allí que desde fines del año 1944 nos preocupáramos del estudio de esta afección, investigando sus condiciones causales y los factores mecánicos y dinámicos que favorecían su producción y, al mismo tiempo, tratando de determinar una pauta para realizar su tratamiento.

Antes de esa época, habíamos ensayado en varias oportunidades la inyección intraesfinteriana de gynergeno (tartrato de ergotamina) en el prolapso rectal con resultados muy dispares, ya que lo hacíamos en forma un tanto rutinaria e indiscriminada, sin el necesario estudio clínico previo del pa-

ciente. Nos pareció que este procedimiento podía ser una ayuda eficaz en el tratamiento de esta afección, aprovechando la acción constrictora que tiene esta substancia sobre la musculatura lisa, aunque no bien demostrada para el caso de las fibras intestinales, y fué nuestro deseo acumular experiencia para poder valorar su utilidad en el tratamiento del prolapso rectal.

DIVERSOS GRADOS DE PROLAPSO

Para poder comprender bien el problema, es necesario, antes que nada, que distingamos 2 tipos o mejor grados de prolapso rectal:

Primer grado o prolapso mucoso. — Es aquél en que sale al exterior la mucosa ano-rectal, que se desliza sobre la túnica muscular, gracias a la laxitud de la capa celular submucosa. Este tipo de prolapso es de pequeño tamaño, fácilmente reductible ante una ligera presión manual y en el que podemos ver que la mucosa prolapsada se continúa sin límite de demarcación con la piel del ano. La superficie de la mucosa generalmente está sana y presenta color rojo intenso a la inspección.

Segundo grado o prolapso completo. — Es aquél en que sale al exterior el recto con todas sus tunicas. Son prolapsos que alcanzan mayor volumen, de difícil reducción manual y en los cuales es fácil distinguir 2 ó 3 cilindros rectales que, invaginándose sobre sí mismos, como dedos de guante, salen fuera del ano, formando un rosetón, limitado por un fondo de saco que lo circunda en la base. Por su mayor volumen, este último tipo tiene tendencia a estrangularse, por lo que generalmente se ve la mucosa de un color rojo vinoso oscuro y con la superficie ulcerada.

Los 2 grados de prolapso que hemos descrito no son sino fases sucesivas de un mismo proceso, cuando aumenta su antigüedad. De allí que el primer grado sea propio de la infancia, en tanto que el segundo grado se observa con mayor frecuencia en el adulto.

Bajo la acción de los esfuerzos en el acto de la defecación, la mucosa puede hacerse procidente, en especial cuando este acto fisiológico se repite muchas veces en el día o cuando se requiere de grandes esfuerzos de la prensa abdominal para lograrlo. Así se explica su producción en los casos de diarrea, que multiplican enormemente el número de deposiciones diarias o en la constipación habitual, que aumenta el esfuerzo

necesario para expulsar un bolo fecal duro, que arrastra consigo a la mucosa.

Ahora bien, para comprender el mecanismo de producción del prolapso completo, hay que recordar un poco de la anatomía del recto. Este órgano se halla mantenido en su posición normal en su extremo inferior por el esfínter externo del ano y por la musculatura perineal que en él se inserta, estando suspendido en su extremidad superior por el meso, pliegue peritoneal. Siendo de importancia fundamental el sostén inferior, para que se produzca el segundo grado es necesario que exista una relajación del esfínter externo y una disminución del tonus de los músculos perineales. Es probable que influya en cierto número de casos una laxitud anormal congénita del meso rectal, que facilitaría el deslizamiento de la pared sobre sí mismo hasta prolapsarse al exterior.

Al mantenerse la causa productora, el prolapso de primer grado llega a ser permanente, reproduciéndose ante mínimos esfuerzos de la prensa abdominal. La mucosa prolapsada actúa entonces como un verdadero dilatador del esfínter, el que poco a poco pierde su tonus, permitiendo la salida de toda la pared rectal, cuya capa muscular de fibras longitudinales y circulares, va perdiendo también su elasticidad en forma paulatina, merced de sus sucesivos deslizamientos al exterior.

La acción del gynergeno, inyectado en el esfínter externo, se trasmite por intermedio de las fibras lisas que lo atraviesan al esfínter interno y a toda la muscular del recto, que aumentarían su tonus. De este modo se obtendría una doble acción tónica, que haría que el recto se mantenga en su posición normal y que se dificulte la salida al exterior de la mucosa. De lo expuesto se deduce que su real indicación está en el prolapso del primer grado. Se comprende que en los prolapsos antiguos, que han llegado al segundo grado, en los que existe una relajación de todas las capas del recto, del esfínter externo e incluso de la musculatura perineal, no es posible esperar de este sencillo método la mejoría del enfermo.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LOS ENFERMOS

A continuación nos referiremos detalladamente a nuestra experiencia personal sobre el prolapso rectal en el niño y en particular a los resultados del tratamiento de esta afección con gynergeno en inyección intraesfinteriana. Las conclusiones que en seguida exponemos, las hemos deducido de un

conjunto de 70 observaciones, que hemos reunido en el curso de los años 1945, 1946 y en el primer semestre de 1947. El tratamiento lo hicimos en forma ambulatoria en la gran mayoría de los enfermos y sólo en casos especiales procedimos a su hospitalización. Todas nuestras observaciones han sido debidamente controladas por un tiempo prudencial, no inferior a 2 meses, ya que todos sabemos la dificultad con que se tropieza para realizar el control posterior de pacientes de Policlínica. En consecuencia, hemos eliminado aquellos casos que no concurrieron a las citaciones posteriores y en los cuales no nos es posible asegurar el resultado del tratamiento.

Sexo y Edad. — De las 70 observaciones, 46 casos correspondieron a varones y 24 a mujeres. Consideramos que esta mayor proporción de hombres, que alcanza casi a los 2/3, es puramente casual y que no tiene relación con las diferencias anatómicas que existen en la constitución del perineo en ambos sexos.

Un hecho digno de señalar se destaca al ordenar nuestros casos por edades (Cuadro N° 1).

CUADRO N° 1.

Distribución de los casos por sexo y edad.

		EIDADES	
		0 a 2 años	10 casos
		2 a 4 años	38 "
Hombres:	46 casos	4 a 6 años	13 "
Mujeres:	24 "	6 a 8 años	4 "
		8 a 10 años	2 "
Total:	70 casos	10 a 12 años	3 "
		Total 70 casos	

En el cuadro anterior se puede ver claramente que el prolapso rectal alcanza su mayor frecuencia entre los 2 y los 4 años de la vida, época en la que hemos visto más de la mitad de los casos, siendo cada vez más raro a medida que aumenta la edad. Debemos agregar que la casi totalidad de los niños menores de 2 años que consignamos en el cuadro, correspondían a edades entre 1 y medio y 2 años, siendo solamente 2 enfermos menores de 1 año.

Si examinamos el cuadro N° 2, en el que se indican los factores etiológicos del prolapso rectal, podemos ver que más

o menos los 3/4 de los enfermos tenían como causa determinante una diarrea, aguda o crónica, y todos sabemos que estas afecciones son enormemente más frecuentes en los primeros años de la vida. Si a esto agregamos que en estos primeros años existe una laxitud especial de la túnica celular submucosa, reconocida por los anatomistas, nos explicamos la mayor incidencia del prolapso en esta edad de la vida.

Pero, ¿cómo explicar que en el lactante menor de un año sea también escasa la frecuencia del prolapso rectal (2 casos sobre 70 en nuestra serie), en circunstancia que en ellos son tanto o quizá más frecuentes los cuadros diarreicos de índole variada? Al nuestro juicio, intervienen aquí causas de orden mecánico que son la estación de pie y el uso de la bacinica para recoger los excrementos. Si bien es cierto que las diarreas son muy frecuentes en el primer año de la vida, a esta edad el niño no deambula, pasando la casi totalidad del día en decúbito dorsal; por esta misma razón sólo después del año se emplea la bacinica. Estos factores de orden mecánico dificultan la producción del prolapso. Más adelante haremos notar cómo estas ideas nos sirvieron para perfeccionar las indicaciones complementarias del tratamiento del prolapso.

Causas del prolapso. — Del cuadro N^o 2 se deduce, como ya lo hemos puesto de manifiesto, que casi las 3/4 parte de los casos tuvieron como causa una diarrea aguda o crónica. El cuadro diarreico agudo que ocasionó el prolapso del recto fué casi siempre, esto deducido de las anamnesis retrospectivas que hicimos, del tipo de la enterocolitis con deposiciones muy frecuentes, con aspecto muco-pio-sanguinolento y, lo que es más importante, con acentuado reflejo gastro-cólico y tenesmo rectal. La casi totalidad de los enfermos llegó a nuestra consulta cuando el episodio diarreico ya había pasado y el enfermo venía a la Policlínica por la secuela que le había dejado: el prolapso del recto. En cuanto a la diarrea crónica, podemos decir que se trataba de enfermos que desde hacía varios meses padecían de deposiciones líquidas lientéricas, repetidas varias veces al día, con mucosidades o no: es el tipo de las diarreas parasitarias. En 7 de los enfermos con diarrea crónica se practicaron exámenes de deposiciones y en 3 de ellos se comprobó que la causa era la lambliasis. Llamamos la atención sobre este hecho, que viene a confirmar la opinión que ya teníamos acerca de la importancia de la lamblia como agente etiológico de la diarrea crónica en el niño.

CUADRO N° 2.

Distribución de los casos según la causa determinante del prolapso.

CAUSA DEL PROLAPSO:

Diarrea aguda	32 casos
Diarrea crónica	20 "
Constipación	4 "
Coqueluche	5 "
Úlceras rectales	2 "
Sin causa aparente	7 "
<hr/>	
Total	70 casos

Como factores etiológicos de menor importancia, tuvimos 4 casos debidos a constipación pertinaz, con expulsión dificultosa de un bolo fecal duro, que exigía grandes esfuerzos en la defecación, lo que explica sobradamente la producción del prolapso.

Hubo 5 casos secundarios a la coqueluche, en los que el prolapso rectal apareció conjuntamente con los intensos accesos de la enfermedad. Aquí también el factor desencadenante es la acción enérgica de la prensa abdominal al toser.

En 2 enfermos en los que no había diarrea actual, pero sí antecedentes de tener estrías de sangre fresca en las deposiciones y la existencia de pujos, el examen rectoscópico demostró la presencia de ulceraciones rectales de carácter inespecífico, las que evidentemente eran las causantes de los pujos y del prolapso. Ambos casos, que tenían el antecedente de una enterocolitis de reciente data (1 y 2 y medio meses antes, respectivamente), bastó el tratamiento local para mejorar las lesiones rectales y hacer desaparecer el prolapso, su secuela.

Por último, tuvimos 7 casos en los que, a pesar de una minuciosa anamnesis, no nos fué posible encontrar la causa determinante del prolapso rectal y de aquí que los hayamos rotulado de "sin causa aparente". Es probable que en la etiología de tales casos actúe como un factor productor la mala costumbre de algunas madres de dejar a los niños por largo tiempo sentados en la bacinica, con el fin de educarlos. El niño, después de defecar, continúa con sus esfuerzos y termina por expulsar la mucosa rectal.

Diagnóstico diferencial. — A pesar de que el diagnóstico del prolapso rectal es sumamente sencillo, es posible que se produzcan equivocaciones. Por eso, debemos llamar la atención acerca de un error de diagnóstico, que se repitió en 3 oportunidades. En efecto, 3 veces recibimos de colegas, niños con diagnóstico de prolapso rectal, en circunstancias que en realidad padecían de un pólipo rectal pediculado, que se prolapsaba al defecar. Un caso muy ilustrativo nos parece el siguiente: se trataba de una niña de 10 años, que arrastraba su enfermedad desde hacía cerca de 7 años, siendo calificada por varios médicos que la habían sometido a los más diversos tratamientos, como un caso de prolapso incurable. Nos fué enviada "para ver si podíamos hacer algo por ella". En vista de la antigüedad de su afección, la hospitalizamos en el Servicio de Cirugía con la idea de someterla a una intervención quirúrgica. En la Sala llamó la atención la ausencia de prolapso y en vista de ello se le practicó un tacto rectal que permitió palpar un enorme pólipo, cuya extracción, hecha bajo anestesia general, resultó muy difícilosa.

CUADRO N° 3.

Distribución de los casos según la antigüedad del prolapso.

PROLAPSO RECIENTE: (hasta 6 meses)

Menos de 15 días	6 casos
De 15 a 30 días	12 "
De 1 a 6 meses	31 "
Total	49 casos

PROLAPSO ANTIGUO: (sobre 6 meses)

De 6 meses a 1 año	11 casos
De 1 a 3 años	7 "
Más de 3 años	3 "
Total	21 casos

De allí que sea indispensable comprobar la existencia del prolapso, haciendo que el niño realice en nuestra presencia esfuerzos con la prensa abdominal y complementar el examen con un tacto rectal (o en ciertos casos dudosos con una

rectoscopia), ya que pueden coexistir ambas afecciones y ser el pólipo un factor local causante de pujos, que ocasionan secundariamente el prolapso. Por eso, practicamos el tacto rectal en forma rutinaria en esta clase de enfermos.

Antigüedad del prolapso. — En el cuadro N^o 3 hemos distribuido nuestros casos de acuerdo con el tiempo de que databa la afección. Los hemos dividido en 2 grandes grupos: prolapsos recientes (hasta 6 meses) y prolapsos antiguos (sobre 6 meses); los primeros fueron 49 y los últimos 21 casos. Esta división aparentemente arbitraria, la hemos hecho basados en la experiencia y tiene, a nuestro juicio, una capital importancia pronóstica y terapéutica, ya que la totalidad de los prolapsos de menos de 6 meses fueron de primer grado, en tanto que después de este tiempo, en cierto porcentaje, eran de segundo grado. En los primeros, el tratamiento médico da buenos resultados en la gran mayoría de los enfermos; en cambio, en los últimos, el fracaso es muy probable y en tal evento debe considerarse la posibilidad de un tratamiento quirúrgico.

PLAN DE TRATAMIENTO

De acuerdo con nuestra experiencia hemos adoptado la pauta siguiente para efectuar el tratamiento de los niños que padecen de prolapso rectal.

Tatamiento de la enfermedad causal. — Lo primero que debe hacerse es investigar la causa productora del prolapso para suprimirla. Es la única forma racional de proceder, ya que no podemos pretender curar un prolapso, si la causa productora continúa actuando.

a) En los enfermos con diarrea aguda, empleo de los diversos medios dietéticos y quimioterapéuticos adecuados a cada caso.

b) En los que padecen de diarrea crónica, proceder a la investigación parasitológica de las deposiciones, para realizar en seguida el tratamiento específico que corresponda.

c) En los que obedecen a una constipación pertinaz, indicar el uso de lubricantes intestinales o de preparados que aumenten el volumen del contenido intestinal para estimular el peristaltismo, conjuntamente con una dieta rica en residuos.

d) En la coqueluche la indicación de antiespasmódicos para efectuar la sedación de los intensos accesos de tos.

e) Cuando existan úlceras rectales debe hacerse el tratamiento local, si se trata de lesiones inespecíficas, o con los preparados correspondientes, cuando se trate de úlceras amebianas.

Medidas generales. — Conjuntamente con el tratamiento de la afección causal, hacemos una serie de indicaciones que dificultan la reproducción del prolapso. En primer lugar, dejamos al niño en cama en decúbito dorsal por 7 días, con el objeto de suprimir la acción de la gravedad.

Durante este tiempo se le suministra una dieta que contenga pocos residuos, en especial a base de leche y derivados farináceos, con el objeto de reducir lo más posible la defecación. En los niños mayores empleamos durante los 3 primeros días los polvos de Dower (en dosis de 0,05 a 0,10 gr., 2 a 3 veces al día), con el objeto de suprimir totalmente la defecación, excepto en aquellos enfermos que padecen de constipación habitual.

Para realizar el acto de la defecación debe prohibirse el uso de la bacinica y de la posición sentada con los pies apoyados en el suelo, pues ambos favorecen la prociencia de la mucosa rectal. Para obviar todo ello, aconsejamos a las madres que permitan que el niño realice este acto fisiológico acostado, colocando una sábana para recoger los excrementos, o bien, sostenerlos suspendidos con las piernas colocadas horizontalmente sobre un recipiente adecuado.

En aquellos pacientes que acusan un estado nutritivo deficiente, es muy importante preocuparse posteriormente de levantar su estado general, pues, de lo contrario, el prolapso suele reproducirse. Para ello debe recurrirse a todos los medios conocidos (alimentación completa, aminoácidos, vitaminas, transfusiones sanguíneas, etc.).

Inyección intraesfinteriana de gynergeno (*). — Si con todas estas medidas el prolapso persiste, procedemos a la inyección de gynergeno. Para ello citamos al niño en ayunas, con la indicación de practicarle un enema jabonoso o glicerinado en la noche anterior y otro en la mañana temprano, con el objeto de evacuar todo contenido de la ampolla rectal, lo que impide que estas materias sean expulsadas durante el tratamiento.

La inyección la hacemos bajo anestesia general con cloroéter, aseptizando previamente la región con tintura de yodo.

(*) Agradecemos a la Oficina Científica de la Casa Sandoz, el habernos proporcionado este medicamento para realizar nuestro trabajo.

El empleo de la anestesia general tiene por objeto evitar la producción de reflejos cardio-respiratorios, a veces muy graves, al pinchar el esfínter externo.

El niño se coloca en decúbito dorsal con los muslos fuertemente flectados sobre la pelvis y las piernas sobre los muslos. Con el índice y el pulgar de la mano izquierda se separan los pliegues del ano, rechazando hacia afuera las regiones glúteas, con el objeto de dejar a la vista la mucosa del conducto anal. Con una jeringa de 2 cc., en la que se ha montado una aguja fina de unos 3 cms. de largo, se inyecta el contenido de una ampolla de gynergeno (medio miligramo de tartrato de ergotamina en 1 cc.), distribuyéndolo en 4 puntos en forma de cruz, es decir, arriba, abajo y a ambos lados del orificio anal. Para que el tratamiento resulte efectivo, debe cuidarse de insertar la aguja un poco por dentro del límite entre la piel y la mucosa anal, introduciéndola más o menos a 1 cm. de profundidad, siguiendo un trayecto submucoso, lo que permite llegar muy cerca del esfínter interno.

Pocos momentos después de colocado el medicamento, se puede comprobar una contracción enérgica del esfínter, que persiste por varias horas. Después de realizada la inyección hacemos las mismas indicaciones generales a que ya hemos hecho referencia anteriormente, en el párrafo correspondiente a las medidas previas al tratamiento con gynergeno.

Cuando el prolapso recidivaba después de la primera inyección, repetíamos el tratamiento al cabo de 8 días, en algunos casos duplicando la dosis (2 ampollas), y si éste nuevamente fracasaba, lo hacíamos por tercera vez con igual intervalo. Al no obtener resultado satisfactorio después de la tercera inyección, consideramos al caso como un fracaso definitivo del tratamiento, por cuanto hemos visto que el repetirlo mayor número de veces no aumentaba las probabilidades de éxito. Cuando el fracaso es rotundo con la primera inyección, generalmente lo es también con las siguientes y las inyecciones no se deben continuar a menos que con las anteriores se haya obtenido un efecto parcialmente satisfactorio (supresión del prolapso por varios días, siendo antes permanente).

Debemos declarar que no hemos observado acciones secundarias generales atribuibles a la sedación del simpático por el tartrato de ergotamina, ni en los lactantes, ni tampoco en los niños mayores, aun en los casos en que inyectamos si-

multáneamente el contenido de 2 ampollas (equivalentes a 1 miligramo de la droga).

Por otra parte, es digno de señalarse el hecho de que el gynergeno se absorbe totalmente, sin producir ninguna acción irritativa en el esfínter, no teniendo, por consiguiente, el inconveniente de otras sustancias que se han usado en inyección local (leche aséptica, por ejemplo), que producen una esclerosis del esfínter, que más tarde puede ser causa de estrecheces del recto. Es, pues, un tratamiento inofensivo, que si fracasa no ocasiona ningún daño al paciente.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Nos referiremos ahora a los resultados obtenidos en el tratamiento de los 70 casos de prolapso rectal, siguiendo la pauta que anteriormente hemos expuesto. Para dar mayor claridad a la exposición, consideraremos separadamente los resultados, de acuerdo con la antigüedad del prolapso.

En los prolapso recientes:

a) Con menos de 15 días (6 casos). En todos ellos bastó con la supresión de la causa etiológica (en 5 diarrea aguda y en 1 coqueluche) y de la indicación de las medidas generales, para que cesara en todos ellos el prolapso del recto.

b) Entre 15 y 30 días (12 casos). En 6 de ellos fué suficiente con la supresión de la enfermedad causal y de las medidas generales y en los 6 restantes usamos gynergeno. De estos últimos, en 4 casos bastó con 1 inyección, en 1 caso con 2 inyecciones y en 1 caso fué necesario de 3 inyecciones. No tuvimos ningún caso rebelde a esta terapéutica.

c) Entre 1 y 6 meses (31 casos). En sólo 5 de ellos se obtuvo la mejoría con la supresión de la causa etiológica y las medidas generales. En los 26 enfermos restantes se empleó el gynergeno como tratamiento, mejorando 20: con 1 inyección, 9 casos; con 2 inyecciones, 8 casos y con 3 inyecciones, 3 casos. En los 6 restantes fracasó el tratamiento.

En los prolapso antiguos:

a) De 6 meses a 1 año (11 casos). En solamente 1 caso desapareció el prolapso con el tratamiento de la enfermedad causal (diarrea crónica por lamblias) y la indicación de las medidas generales. En los 10 enfermos restantes se usó el gynergeno, con el siguiente resultado: con 1 inyección

mejoraron 2 casos, con 2 inyecciones mejoraron 3 casos, con 3 inyecciones mejoró 1 caso y en 4 enfermos fracasó el tratamiento.

b) De 1 a 3 años (7 casos). También en 1 caso de este grupo desapareció el prolapso con el tratamiento de la enfermedad causal (diarrea crónica por lamblias) y la indicación de las medidas generales. En los otros 6 casos se empleó el gynergeno, de ellos 2 casos mejoraron con 2 inyecciones y en los 4 restantes fracasó el tratamiento.

c) En los 3 enfermos que tenían su prolapso de más de 3 años, se empleó el gynergeno, después de tratada la enfermedad causal, con fracaso en todos ellos. En uno de estos pacientes, con prolapso completo, se recurrió posteriormente al tratamiento quirúrgico con éxito definitivo. Este caso de nuestra serie y otros 4 más que se habían operado anteriormente en la Sección de Cirugía, también con éxito, nos permiten preconizar la intervención en los prolapsos de segundo grado.

En el cuadro siguiente (cuadro N° 4) resumimos el resultado de los 51 casos de prolapso rectal tratados con gynergeno en inyección intraesfínteriana:

CUADRO N° 4.

Resultado obtenido en los casos de prolapso rectal tratados con gynergeno.

Antigüedad del prolapso	Éxito	Fracaso	N° de casos
15 a 30 días	6	0	6
1 a 6 meses	20	6	26
6 meses a 1 año	6	4	10
1 a 3 años	2	4	6
Más de 3 años	0	3	3
Totales	34	17	51

Dado el número relativamente escaso de enfermos que presentamos y su heterogeneidad, sólo nos limitaremos a hacer un comentario general sobre los resultados, sin tener la pretensión de sacar porcentajes. Si damos un vistazo al cuadro anterior, podemos observar que los 2/3 de los enfermos tratados mejoraron radicalmente con la inyección de gynergeno y que el número de fracasos es inversamente proporcional a la antigüedad del prolapso. Esto se comprende fácilmente si recor-

damos lo que hemos expuesto al comienzo de nuestro trabajo, ya que después de este lapso, en cierto porcentaje de los enfermos ya se ha producido la relajación de la musculatura rectal y del perineo, lo que permite que el prolapso deje de afectar únicamente a la mucosa, para comprender también a las capas más profundas del recto (prolapso completo o de segundo grado).

De lo anterior se deduce que cuando continúa el prolapso rectal después de pasada la afección que le dió origen, debe ser sometido inmediatamente a tratamiento con gynergeno, pues el dejarlos abandonados a sí mismos, disminuye las probabilidades de mejoría, las que después de un año de evolución, conducen al fracaso en la gran mayoría de los casos. No debemos olvidar que muchos de los grandes prolapsos totales del recto que se observan en la edad adulta se han iniciado en la infancia como simples prolapsos de la mucosa, que no fueron debidamente tratados.

En los prolapsos antiguos de segundo grado, sólo puede esperarse la mejoría del tratamiento quirúrgico. Esto no quiere decir que en todo prolapso, por el hecho de ser antiguo, deba hacerse el tratamiento quirúrgico. A este respecto, debemos reconocer que en 2 niños de nuestra serie que padecían de prolapsos antiguos de primer grado, en los que había fracasado el gynergeno, y que hemos tenido oportunidad de volver a ver posteriormente, el prolapso había desaparecido espontáneamente, sin ningún otro tratamiento, poco más de un año después, coincidiendo con la mejoría de su estado nutritivo que antes era bastante deficiente. Esto nos ha enseñado que en los prolapsos de primer grado debe mantenerse la expectación, sin precipitar una indicación quirúrgica, la que debe reservarse, a nuestro juicio, únicamente para los prolapsos de segundo grado.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El estudio clínico y el tratamiento de un grupo de 70 niños que padecían de prolapso rectal, atendidos en el curso de 2 años y medio y controlados por un tiempo prudencial, nos permite concluir lo siguiente:

1º) El prolapso rectal es una afección bastante frecuente en la infancia, que afecta en especial al niño entre los 2 y los 4 años de edad. Encontramos un mayor porcentaje de varones, el que consideramos como un hecho puramente casual.

2º) La mayor incidencia del prolapso rectal en los niños menores se puede explicar por una laxitud especial de la túnica celular submucosa, por factores mecánicos en el acto de defecar y por la alta frecuencia que alcanzan los cuadros diarréicos en esta época de la vida.

3º) El prolapso comienza por comprometer únicamente a la mucosa, pero al ser abandonado en su evolución, puede llegar a incluir todas las capas del recto, después que se ha producido la relajación del esfínter externo y de la musculatura perineal (prolapso completo).

4º) La enfermedad causal más importante por su frecuencia la constituyó la diarrea, aguda o crónica (75 % de los casos). En un número menor de enfermos, el prolapso se debió a constipación, coqueluche y úlceras rectales. Hubo un 10 % de enfermos en los que no se pudo precisar su origen.

5º) La anamnesis del paciente puede hacer confundir el prolapso rectal con un pólipo que se prolapsa. Para evitar este error, debe comprobarse el prolapso, haciendo que el enfermo realice esfuerzos con la prensa abdominal y practicando un tacto rectal o eventualmente una rectoscopia.

6º) El tratamiento del prolapso rectal debe ser antes que nada etiológico, es decir, debe irse a la supresión de la enfermedad que originó el prolapso. Conjuntamente debe procederse a indicar al enfermo una serie de medidas generales que dificultan su reproducción y que son suficientes en muchos casos de reciente data.

7º) Los prolapsos rebeldes a estas medidas, mejoran en las 2/3 partes de los casos con la inyección intraesfinteriana de gynergeno (tartrato de ergetamina). El porcentaje de éxito es inversamente proporcional a la antigüedad del prolapso.

8º) El tratamiento con gynergeno tiene la ventaja de su inocuidad. No se observaron acciones generales secundarias imputables a la sedación del simpático por la ergotamina. Tampoco expone a la esclerosis del esfínter, como otras sustancias, que pueden ser causa posteriormente de estrecheces del recto.

9º) Los niños que padecen de prolapso rectal deben tratarse con gynergeno, una vez que ha desaparecido la enfermedad causal. El dejarlos abandonados en su evolución, los expone a que el prolapso llegue a ser completo, ocasionando el fracaso del tratamiento médico.

10) Los casos antiguos pueden llegar a mejorar radicalmente con el tratamiento quirúrgico. Sin embargo, antes

de decidir la intervención, debe considerarse la posibilidad de una mejoría espontánea, cuando se trate de prolapsos de primer grado. En el prolapso completo sólo puede esperarse la curación de la intervención operatoria.

SUMMARY

Clinical study and treatment in a group of seventy children suffering from Prolapse of the Rectum assisted through two and half years and controled by an adequate period, allows the authors to stablish the following:

1) Prolapse of the rectum is a very common condition in Infancy, that more frequently affects children between two and four years of age. They found a high incidence in males, which they consider as fortuitous.

2) High frequency of prolapse of the rectum in the youngest children can be explained by an special laxitude of submucous tunic, by mechanical factors in defecating act and by the high frequency that reach diarrhoeas in this period of life.

3) Prolapse starts affecting only the mucous, but being, abandoned in its evolution may involve the whole rectum's tunics after the relaxation of the external sphincter and the perineal musculature (Complete prolapse).

4) Causal disease more important by its frequency was constituted by diarrhoea, acute or chronic (70 per cent of cases). On a smaller number of patients the prolapse was caused by constipation, whooping cough and rectal ulcerations. There were a 10 per cent of patients in which original disease could not be determined.

5) Patient's anamnesis can induce to mix up the prolapse with a polypus which prolapse. To avoid this mistake, the prolapse must be proved making the patient do an effort with the abdominal muscles and practicing a rectal touch or eventually a proctoscopy.

6) Treatment of prolapse of the rectum must be etiological before any other, that means, that the disease which determined the prolapse must be eliminated all together. At the same time must be indicated to the patient a lot of general, suggestions which make its reproduction difficult, being these sufficient in recent cases.

7) Prolapses rebellious to these indications, improved in 2/3 parts of cases with the intrasphincterous injection of

Gynergene (ergotamine tartrate). The percentage of success is inverse in proportion with the anxiety of the prolapse.

8) Gynergene's treatment has the advantage of being harmless. They were not observed secondary general symptoms imputed to the sympathetic sedation by ergotamine. Neither exposes to the sphincter sclerosis, as others substances, which may cause stricture of the rectum in further time:

9) Children with prolapse of the rectum must be treated with Gynergene when causal disease disappeared. Leaving them alone in their evolution, they are exposed to the Complete prolapse, leading the failure of medical treatment.

10) The ancient cases can be completely improved by surgical treatment. Nevertheless, before deciding the operation, must be considered the possibility of a spontaneous recovery in the prolapse of the mucous. In Complete prolapse only is possible to expect the cure from surgical treatment.