



Tratamiento quirúrgico del prolapso rectal completo del adulto

D. Lechaux, J.-P. Lechaux

El prolapso rectal completo es un trastorno de la estática del recto que da lugar a una invaginación que conduce a su exteriorización a través del ano. El objetivo del tratamiento quirúrgico es corregir el prolapso, pero además restaurar la función anorrectal sin inducir efectos deletéreos. Para ello, no existe ninguna técnica universal e infalible, ya que el prolapso rectal es un síndrome que reúne entidades anatomoclínicas de diferente patogenia. El prolapso «de debilidad», multifactorial, de la mujer múltipara de edad avanzada es la consecuencia de una enfermedad degenerativa del periné, con hernia del fondo de saco de Douglas a través de la diastasis del piso pélvico. El prolapso «de fuerza» del adulto joven, que tiene un piso pélvico y un esfínter normales, es una enfermedad primitiva del recto por un exceso de longitud y de movilidad. La clínica permitirá diferenciar estas dos entidades. El tratamiento de la patología del recto consiste en una rectopexia por vía abdominal, casi siempre con prótesis y muy a menudo por vía laparoscópica. Garantiza, independientemente de la técnica, una tasa de curación anatómica superior al 90%, aunque se ve afectada por un riesgo de estreñimiento inducido o agravado, riesgo que la resección sigmoidea permite evitar sin aumentar la morbilidad. El prolapso-hernia de debilidad supone la prescripción de una intervención quirúrgica por vía perineal, que consiste en la escisión del prolapso, mucosa o total, asociada a una perineorrafia posterior con supresión del saco peritoneal y una plastia de la pared. Las intervenciones quirúrgicas perineales, realizables bajo anestesia locorregional, más apropiadas para el paciente anciano de alto riesgo, tienen una eficacia anatómica menor que la cirugía abdominal pero son menos agresivas y están desprovistas de efectos indeseables. Es posible que la mucosectomía de Delorme sea más fisiológica que la rectosigmoidectomía de Altemeier, que se ordena como primera elección, cuando no existe ninguna esperanza de mejora funcional. Como conclusión, cada cirujano debe disponer de una técnica experimentada de rectopexia abdominal, si es posible laparoscópica, con resultados funcionales conocidos, y de dos técnicas perineales, lo que permite elegir el tratamiento más apropiado para cada prolapso y cada paciente.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Prolapso rectal; Rectopexia abdominal; Laparoscopia; Resección del sigmoide; Intervenciones quirúrgicas perineales

Plan

■ Definición	1
■ Indicaciones	2
■ Técnicas quirúrgicas por laparoscopia	3
Generalidades	3
Rectopexia exclusivamente anterior: técnica de D'Hoore	6
Técnica asistida por robot	6
Técnica de Orr-Loygue	7
Técnica de Wells	7
■ Técnicas quirúrgicas por laparotomía	8
Generalidades	8
Técnica de Orr-Loygue	9
Técnica de Wells	10
Rectopexia y resección cólica	11

■ Intervenciones quirúrgicas por vía perineal	11
Rectosigmoidectomía perineal: técnica de Altemeier	12
Mucosectomía: técnica de Delorme	13
■ Conclusión	15

Definición

El prolapso rectal es una invaginación del recto que conduce a su exteriorización a través del ano. El trastorno de la estática rectal se integra en un «síndrome del prolapso rectal», que consta también del prolapso interno no exteriorizado y el rectocele. El prolapso se denomina completo (*full thickness rectal prolapse* de los anglosajones) cuando está constituido por todo el espesor de la pared rectal, en

oposición al prolapso puramente mucoso, habitualmente de origen hemorroidal. Aunque algunos principios terapéuticos son comunes a todos los elementos nosológicos del prolapso rectal, únicamente se va a considerar el tratamiento quirúrgico del prolapso completo exteriorizado, patología intolerable.

■ Indicaciones

El objetivo del tratamiento es doble: por una parte, corregir el prolapso, y, por otra, restaurar la función anorrectal sin inducir efectos deletéreos. Ninguna de las innumerables técnicas propuestas alcanza este objetivo en todos los casos. Ya en 1902, Lenormant consideraba que «no existe un tratamiento único, universal, del prolapso rectal, debido a que existen diversas variedades de prolapso, desde el punto de vista clínico y desde el punto de vista patogénico»^[1]. La patogenia sigue siendo poco clara, aunque se conocen las anomalías anatómicas constitutivas del prolapso, causas o consecuencias de éste (Fig. 1), que son: una insuficiente fijación posterior del recto, la longitud excesiva del rectosigmoide, la hernia del fondo de saco de Douglas, la diastasis de los músculos elevadores y la excesiva amplitud del conducto anal. La asociación de estas anomalías es variable y permite un enfoque nosológico. La existencia o no de una deficiencia perineal con diastasis de los elevadores, hipotonía del piso pélvico y amplitud del conducto anal reconocida por la exploración física permite diferenciar dos cuadros anatomoclínicos. El prolapso «de debilidad», multifactorial, que consta del conjunto de anomalías, en la mujer multípara anciana, exteriorizado de forma permanente, se integra en una patología degenerativa difusa del periné, con frecuente asociación de un prolapso genital. El prolapso rectal es la consecuencia de una hernia por deslizamiento del fondo de saco de Douglas a través de la brecha parietal pélvica. Por el contrario, el prolapso «de fuerza», paucifactorial, del adulto joven, muy a menudo en la mujer por lo general nulípara, más raro en el varón, con un periné normal y un esfínter continente, es una enfermedad primitiva del recto por un exceso de longitud y de movilidad. Entre

estos dos cuadros extremos existen todos los intermedios. Las nociones de edad y de tipología del paciente junto a la exploración física son suficientes para diferenciar estos dos tipos de prolapso.

La apreciación clínica del valor funcional del esfínter anal es suficiente. Puede completarse, en caso de insuficiencia, con una manometría anorrectal que tendrá el interés, repetida a distancia de la intervención quirúrgica, de obtener una evaluación cuantitativa de la recuperación, en particular del esfínter interno.

Las exploraciones funcionales, como la manometría y la electromiografía, no tienen ningún valor diagnóstico. La defecografía sólo tiene interés en los trastornos de la estática rectal sin exteriorización.

El tratamiento de estas dos variedades de prolapso no puede ser unívoco. La patología del recto justifica una vía de acceso abdominal para corregir las dos anomalías constitutivas. La patología del periné justifica una vía de acceso perineal para corregir a la vez la consecuencia por resección del prolapso y la causa, mediante una plastia perineal. «En estos pacientes se debe reconstituir un periné sólido y resistente y dotar a al conducto anal de su longitud, su tonicidad y su oblicuidad natural»^[1]. Las prescripciones terapéuticas teóricas deben tener en cuenta igualmente la eficacia anatómica y funcional de cada técnica, la incidencia de morbilidad y de efectos indeseables. Así, se dispone de las intervenciones quirúrgicas de rectopexia abdominal que tienen una tasa de recidiva inferior al 10%, frente a las intervenciones quirúrgicas perineales que conllevan una incidencia más elevada. La agresividad de la cirugía abdominal que precisa anestesia general aumenta con la edad y se hace incompatible en casos de características del paciente asociadas de alto riesgo, mientras que la cirugía perineal se puede realizar bajo anestesia locorregional e incluso local, y está prácticamente exenta de todo riesgo. Las rectopexias abdominales pueden inducir o agravar un estreñimiento en el 30-88% de los casos^[2,3], riesgo que la resección sigmoidea asociada parece capaz de reducir o de evitar, mientras que la cirugía perineal, por la reducción o la supresión de la distensibilidad rectal que induce, es un factor de aumento de la cantidad y frecuencia de las heces, incluso

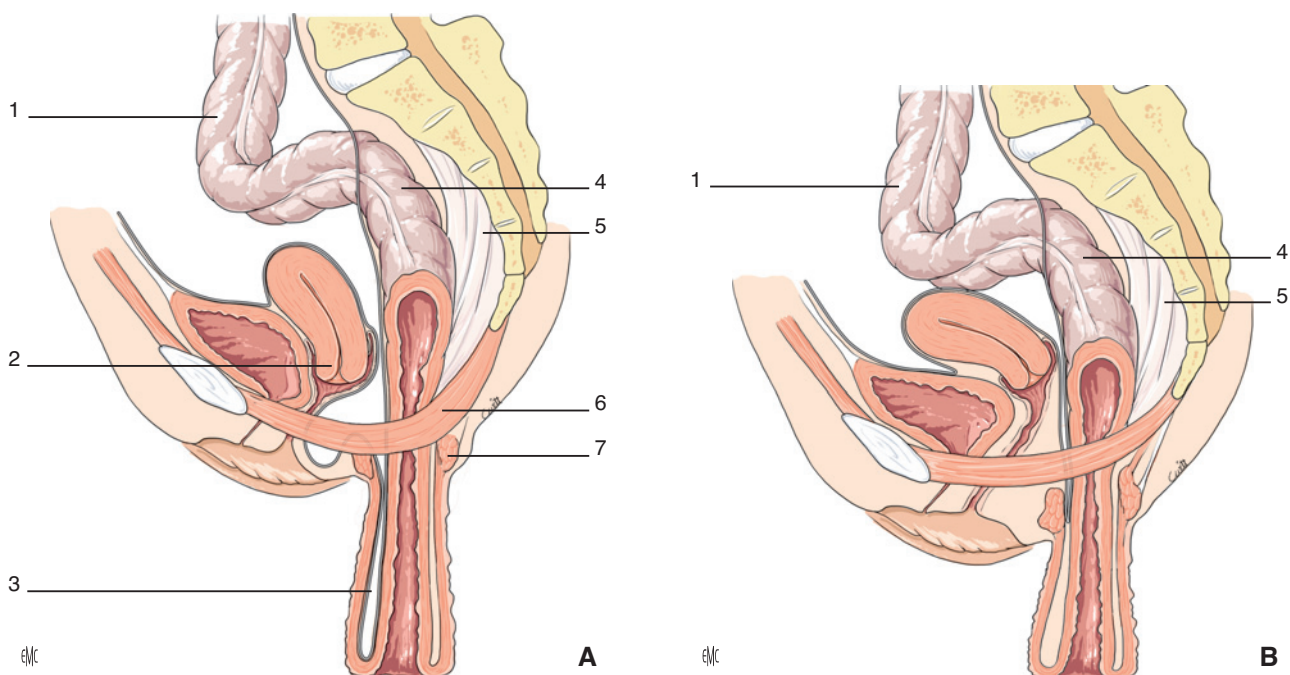


Figura 1. Anatomía patológica del prolapso rectal. Anomalías constitutivas constantes: 1. longitud excesiva del rectosigmoide; 4. verticalización del recto; 5. insuficiencia de fijación posterior. Anomalías constitutivas inconstantes: 2. asociación a un prolapso genital; 3. hernia del fondo de saco de Douglas; 6. diastasis y laxitud de los elevadores; 7. abertura anal.

A. Prolapso de debilidad de la mujer anciana con periné hipotónico.

B. Prolapso de fuerza del paciente joven con periné normotónico.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287126>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287126>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)