

Prolapso rectal completo en el contexto de las enfermedades del suelo pélvico. Nuestra experiencia en la resección por la vía perineal

Jorge Escribano-Guijarro, Alfonso Prieto, Mariano Javaloyes, Marta Galván, Ruth Marcos y Adela López

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Sección de Coloproctología. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid. España.

Resumen

Introducción. El objetivo de este estudio es analizar los resultados obtenidos con la rectosigmoidectomía perineal con levatorplastia anterior, según la técnica de Altemeier, en un grupo determinado de pacientes de edad avanzada y en los que el riesgo quirúrgico y anestésico era muy elevado. De igual forma, se estudia el porcentaje de enfermedades del suelo pélvico asociadas a estos pacientes.

Pacientes y método. En el período comprendido entre 1983 y 2002 se estudió retrospectivamente a 68 pacientes, de los que 45 fueron tratados mediante resección perineal por reunir las condiciones de edad avanzada y alto riesgo quirúrgico. Se analizan los resultados, así como las enfermedades perineales asociadas. Se estudian las complicaciones inmediatas y tardías, y la morbimortalidad en dicho grupo de pacientes.

Resultados. Durante un seguimiento promedio de 6 años no se ha registrado mortalidad en el grupo total de pacientes y la morbilidad ha sido escasa y de poca relevancia clínica. Sólo se ha observado recidiva en 2 casos (4,4%) y el tratamiento realizado fue una nueva resección perineal. La frecuencia de enfermedades del suelo pélvico asociadas ha sido del 88,8%.

Conclusiones. El prolusión de recto se asocia frecuentemente con enfermedades multiorgánicas del suelo pélvico. La resección perineal de Altemeier ofrece buenos resultados y permite intervenir a este grupo de pacientes con una mortalidad nula y una morbilidad poco relevante, así como tratar otras enfermedades del suelo pélvico asociadas.

Correspondencia: Dr. J. Escribano-Guijarro.
Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Sección de Coloproctología. Hospital Príncipe de Asturias.
Ctra. Alcalá Meco, s/n. 28805 Alcalá de Henares. Madrid. España.
Correo electrónico: jscribano.g@terra.es

Manuscrito recibido el 11-4-2003 y aceptado el 8-01-2004.

Palabras clave: *Prolapso rectal completo. Resección perineal. Levatorplastia. Altemeier.*

COMPLETE RECTAL PROLAPSE IN THE CONTEXT OF PELVIC FLOOR DISORDERS. OUR EXPERIENCE IN PERINEAL RESECTION

Introduction. The aim of this study was to analyze the results of perineal rectosigmoidectomy with anterior levatorplasty using the Altemeier technique in a specific group of elderly patients with high anaesthetic and surgical risk. In addition, we studied the percentage of associated pelvic floor disorders in these patients.

Patients and method. Between 1983 and 2002, we retrospectively studied 68 patients, of which 45 underwent perineal resection because of their advanced age and high surgical risk. The results and associated perineal disorders were analyzed. Immediate and late complications, morbidity and mortality were evaluated.

Results. During a mean follow-up of 6 years, no mortality was recorded in the total group of patients and morbidity was slight, with little clinical relevance. Relapse occurred in only two patients (4.4%) and treatment consisted of a new perineal resection. The frequency of associated pelvic floor disorders was 88.8%.

Conclusions. Rectal prolapse is frequently associated with multiorgan disorders of the pelvic floor. Perineal resection using the Altemeier procedure provides good results, allowing surgery in this group of patients without mortality and with only slight morbidity. The procedure also allows other associated pelvic floor disorders to be treated.

Key words: *Complete rectal prolapse. Perineal resection. Levatorplasty. Altemeier.*

Introducción

La afección multivisceral del suelo pélvico tiene una prevalencia desconocida y con frecuencia tan sólo conocemos datos de su incidencia en grupos de pacientes intervenidos quirúrgicamente de enfermedades concretas de un solo órgano. El prolapo completo de recto, o *procidencia* en terminología anglosajona, es decir, aquel en el que se exterioriza el prolapo y en el que todas las capas del recto están implicadas en el prolapo, es una enfermedad invalidante para el paciente que la padece y que condiciona su vida de relación social. En ambos sexos se asocia con frecuencia con un periné descendido y en la mujer muy frecuentemente con otras enfermedades del suelo pélvico, como enterocele, rectocele, cistocele e histerocele, en mayor o menor proporción y afección. El prolapo rectal es una enfermedad poco común en la población general, pero es bien conocida desde tiempos remotos. Así tenemos alusiones a ella en los papiros de Ebers del antiguo Egipto.

En 1952, Altemeier realizó su primera publicación sobre la técnica de resección perineal en un solo tiempo, asociada a la levatorplastia anterior, para pacientes en su mayoría "debilitados y de edad avanzada"¹. Hasta ese momento no se había realizado la resección del prolapo por la vía exclusivamente perineal, sino por la vía combinada abdominoperineal, descrita previamente por Dunphy². Con posterioridad, en 1971, publicaría su propia experiencia de prácticamente 20 años en un total de 106 pacientes y analizaría sus resultados³. Los detalles más relevantes de la técnica son la resección rectosigmoidea a 3 mm aproximadamente por encima de la línea pectínea, la resección de la hernia perineal deslizante anterior y la levatorplastia anterior. Con posterioridad a la técnica de Altemeier se han desarrollado algunas modificaciones, preferentemente la de Prasad et al⁴, que añaden a la anterior una levatorplastia posterior y una rectopexia al sacro; asimismo, recientemente, la anastomosis mecánica ha facilitado aún más su desarrollo. El tratamiento quirúrgico por la vía abdominal tiene una baja recurrencia pero se asocia a más altas tasas de morbilidad y mortalidad. No obstante, el prolapo rectal es más frecuente en las personas de edad avanzada, que son malos candidatos a la cirugía por vía abdominal y anestesia general debido a la presencia de múltiples comorbilidades. El prolapo rectal completo es más frecuente en mujeres; un 40-50% son nulíparas y un porcentaje de éstas presenta trastornos mentales psiquiátricos o neurológicos⁵. En cuanto a las posibles etiologías desencadenantes de este proceso, se valoran el descenso peritoneal anterior del recto o hernia perineal deslizante Moschkowitz⁶, y la intususcepción rectal progresiva sobre la base de los estudios cinerradiográficos de Broden y Snellman⁷, con pérdida de la inserción mesorrectal asociada frecuentemente con el alargamiento del mesosigma, y en ocasiones del dolicosigma. La asociación con un periné descendido y enfermedades del suelo pélvico, como histerocele, cistocele, colpocele, etc., hacen pensar también en un fracaso total del suelo pélvico en estos pacientes.

El objetivo de este estudio es analizar los resultados de la vía perineal en un solo tiempo, asociado a levator-

plastia anterior, en un grupo de pacientes de edad avanzada y con enfermedades asociadas. Se estudian los resultados funcionales, las complicaciones precoces y tardías, el grado de satisfacción de los pacientes, la tasa de recidivas y las opciones de tratamiento de éstas. Se analizan también en este estudio las enfermedades del suelo pélvico asociadas.

Pacientes y método

Partiendo de la clasificación de los prolapsos verdaderos de recto, en ocultos o intususcepción rectal y completos, se estudió retrospectivamente, en el período comprendido entre enero de 1983 y diciembre de 2002, a 68 pacientes con prolapo completo de recto, de los cuales 45 no eran candidatos para la resección por vía abdominal en función de la edad, las enfermedades asociadas y el riesgo anestésico. Los 23 casos excluidos de la vía perineal fueron intervenidos por vía abdominal mediante rectosacropexia con técnica de Ripstein. El grupo de pacientes para tratamiento quirúrgico por vía perineal se compone de 36 mujeres y 9 varones, con una edad media de 81 años (rango, 72-93 años) y con factores de riesgo anestésico elevado (ASA III-IV; tabla 1) debido a enfermedades asociadas relevantes, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) severa, enfermedades psiquiátricas, neurológicas, cardíacas, o a causa de una intubación difícil (tabla 2), por lo que se proponen para la resección del prolapo por vía perineal y anestesia locorregional (epidural-intrarranquídea).

Clinicamente, los pacientes presentaban dolor coincidiendo con el prolapo, rectorrágia y la dificultad defecatoria, dada la imposibilidad de realizar esfuerzos defecatorios y evitar el prolapo rectal. La incontinencia anal referida por algunos pacientes estaba en relación con la imposibilidad de retención rectal durante el prolapo o con la incapacidad de control esfíntérico cuando el paciente tomaba laxantes de forma habitual como medida para evitar los esfuerzos defecatorios. La incontinencia, salvo en 2 casos de lesión esfíntérica de causa quirúrgica, era en la mayoría de los casos a gases y a heces líquidas (grados A y B de Pescatori et al⁸). A la sintomatología se añadía un aislamiento social por falta de control del prolapo.

TABLA 1. Riesgo anestésico

	N.º	%
ASA III	31	68,8
ASA IV	14	31,1

TABLA 2. Enfermedades asociadas

	N.º	%
Cardíacas	36	80
EPOC severa	13	28,8
Psiquiátricas	11	24,4
Neurológicas	7	15,5
Intubación difícil	3	6,6

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

TABLA 3. Calidad de vida percibida por los pacientes y familiares

	N.º	%
Muy baja	24	53,3
Baja	18	40
Aceptable	3	6,6
Alta	0	0
Muy alta	0	0

Todos los pacientes y familiares recibieron una encuesta sobre la calidad de vida percibida y en relación concreta con su prolapso rectal. Las categorías de muy baja-baja-aceptable-alta-muy alta se referenciaron con los parámetros de escasa o nula posibilidad previa de relación social o familiar debido al prolapso rectal, incontinencia anal, sangrado, dolor y dificultad para la deposición (tabla 3).

En la consulta se realizó una anamnesis sobre otras posibles enfermedades anatómicas o funcionales del suelo pélvico asociadas a incontinencia o prolapso. Posteriormente se realizaron exploraciones del suelo pélvico mediante perineometría, y en las mujeres una colposcopia para valorar otras posibles afecciones del suelo pélvico, como rectocele, colpocele, cistocele o histeroptosis⁹. Como estudios complementarios preoperatorios se realizó a todos los pacientes defecografía, colonoscopia y ecografía anal para estudio esfinteriano.

En todos los casos se preparó mecánicamente el colon con una solución evacuante el día anterior a la intervención quirúrgica y se administró una dosis profiláctica de antibióticos y heparina de bajo peso molecular previa a la cirugía. Todos los pacientes fueron sometidos a una anestesia locorregional con sedación y sondaje vesical, que se mantuvo durante 24 h. En posición de Lloyd-Davis, se realizó un prolapso mecánico de recto ayudado por pinzas de Allis, y una infiltración de adrenalina a 1:100.000 diluida en suero en la submucosa rectal. A continuación se procedió a la resección de la hernia perineal deslizante anterior a 1-2 cm de la línea pectínea del prolapso, a la resección de mesorrecto y mesosigma con ligadura de sus vasos, a la anastomosis monoplano de espesor total coloanal y a levatorplastia anterior. No se dejaron drenajes en ningún caso. Después de la operación se mantuvo a los pacientes con dieta absoluta durante 72 h y a continuación se administró una dieta oral progresiva.

Los pacientes fueron revisados posteriormente en la consulta y se les entregó el mismo cuestionario de calidad de vida percibida que habían realizado con anterioridad a la cirugía para que evaluaran los resultados. Con posterioridad se les consultó telefónicamente.

Resultados

Los síntomas más relevantes en el grupo de pacientes estudiados fueron el dolor ocasionado por el prolapso, seguido de la incontinencia, la defecación obstruida y la rectorrágia; no obstante, el condicionamiento social era el dato de mayor significación (tabla 4). Con posterioridad a la cirugía del prolapso, y de los síntomas preoperatorios que presentaban los pacientes, evidentemente el prolapso acompañado de dolor, rectorrágia, y la necesidad de reducción manual del prolapso desaparecieron. De igual forma, los pacientes dejaron de tener la sensación de tenesmo continuo durante los episodios de prolapso y de ser incapaces de realizar esfuerzos defecatorios que produjeran prolapso; asimismo, abandonaron la toma de laxantes habituales. El grado de incontinencia referida por un 62% de los casos (28 pacientes) mejoró clínicamente en un 48% (13 pacientes) hacia una incontinencia menor a gases y, ocasionalmente, a heces líquidas, situándose en los grados A y B₁ de Pescatori (incluidas las 2 pacientes con reparación esfintérica sincrónica). En 2 pacientes (4,4%), el grado de incontinencia a heces líquidas, grado B₃ de Pescatori, no mejoró con respecto a antes de la cirugía, y fueron tratadas con medidas reguladoras del tránsito intestinal (tabla 5).

En todos los casos de pacientes varones se observaba un periné descendido asociado, y en las mujeres, el prolapso de recto se asociaba en un 71% (32 casos) con otras enfermedades del suelo pélvico, algunas de las cuales se trataron en la misma intervención (tabla 3). El 27% de estos pacientes presentaba alteraciones mentales psiquiátricas o neurológicas severas (tabla 6).

La exploración clínica confirmó el diagnóstico de pro-

TABLA 4. Síntomas más relevantes

	N.º	%
Condicionamiento social	45	100
Dolor	43	95,5
Incontinencia	28	62,2
Defecación obstruida	27	60
Rectorragia	21	46,6
Tenesmo	9	20

TABLA 5. Grados de incontinencia anal preoperatoria y postoperatoria según la clasificación de Pescatori

	Preoperatoria n (%)	Postoperatoria n (%)
Continencia normal	16 (35,5)	16 (35,5)
Grado A ₁	1 (2,2)	1 (2,2)
Grado A ₂	4 (8,8)	2 (4,4)
Grados A ₃ , B ₁	15 (33,3)	7 (15,5)
Grado B ₂	6 (13,3)	4 (8,8)
Grado B ₃	2 (4,4)	2 (4,4)
Grados C ₁ , C ₂ , C ₃	0	0

TABLA 6. Enfermedad perineal asociada

	N.º	%
Periné descendido	45	100,0
Hernia perineal deslizante	32	71,1
Cistocele	27	60
Histerocele grado II	12	26,6
Histerocele grado III	3	6,6
Colpocele	7	15,5
Lesión esfintérica	2	4,4

TABLA 7. Complicaciones postoperatorias

	N.º	%
Precoces		
Retención vesical prolongada	28	62,2
Tardías		
Recidiva prolapso	2	4,4
Estenosis moderada	1	2,2
Estenosis grave	1	2,2
Dehiscencia parcial	1	2,2

lapso completo de recto en 38 pacientes en los que se exteriorizaba con el esfuerzo; en el resto de los pacientes se objetivó mediante defecografía. La asociación del prolapso con hernia perineal deslizante se comprobó defecográficamente en el 82% de los pacientes (37 casos). En la ecografía anal se encontraron 2 pacientes con lesiones esfintéricas, una conocida previamente y a consecuencia de una hysterectomía por vía vaginal años antes al prolapso con lesión en el esfínter interno y externo, y otra paciente con lesión esfintérica menor de posible origen en una episiotomía previa o desgarro perineal de grado III durante el parto, siendo el resto de las exploraciones ecográficas normales para el resto de los pacientes. La colonoscopia realizada a los pacientes con el prolapso reducido reflejó, en un 86% de los casos (39 pacientes), edema rectal, erosiones circunferenciales de

la mucosa rectal y lesiones petequiales sangrantes. En un 15% de los casos (7 pacientes) se encontraron lesiones polipoideas colónicas que fueron extirpadas en su totalidad con asa de diatermia y cuyo resultado anatomo-patológico descartó que se tratara de adenocarcinomas.

Todos los pacientes han sido tratados mediante una resección perineal del prolapo en un solo tiempo, asociado a una resección de la hernia perineal deslizante y levatorplastia anterior. De los prolapsos intervenidos, la longitud media del espécimen una vez extirpado fue de 23,5 cm (rango, 12-53 cm). La intervención fue perfectamente tolerada por los pacientes y se requirieron dosis muy bajas de analgesia postoperatoria estándar, sin que se precisara analgesia de rescate en ninguno de los casos. No se registró mortalidad alguna. La estancia media fue de 6 días (rango, 4-10 días) y la mayor se justificaba por la presencia de enfermedades asociadas. Entre las complicaciones inmediatas, en 28 casos (62%) se registró retención urinaria que requirió nuevo sondaje vesical mantenido durante un promedio de 48 h en las mujeres y de 4,6 días en los varones desde la retirada de la sonda vesical, y favorecido probablemente por la anestesia locorregional y el prostatismo en los varones. Se presentó un caso de dehiscencia anastomótica parcial que se resolvió de manera espontánea con restricción alimentaria, sueroterapia y apoyo antibiótico, sin necesidad de ninguna actitud quirúrgica (tabla 7). Entre las complicaciones tardías, en 2 pacientes operados (mujeres) apareció una recidiva del prolapo a los 3 y 5 meses, respectivamente, del postoperatorio, por lo que se realizó una nueva resección perineal. Una paciente presentó una estenosis anastomótica moderada que se resolvió con dilataciones, y otro paciente, concretamente el de la dehiscencia parcial, presentó una estenosis importante que requirió estricturoplastia. No se han observado recidivas a más largo plazo en nuestra serie. El tiempo medio de seguimiento es de 6 años (rango, 1-15 años), mediante consulta en el hospital o telefónica. En el 40% (18 casos) no se ha podido hacer seguimiento debido a mortalidad por otras causas.

Posteriormente a la cirugía se facilitó a los pacientes la misma encuesta de calidad de vida percibida por el paciente y en función de los posibles beneficios que le había aportado la cirugía, que en un 97% (43 casos) fue muy alta y en los 2 casos restantes, alta y aceptable.

Discusión

En la actualidad, la esperanza de vida en nuestra población es, según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística, de 82 y 72 años en la mujer y en el varón, respectivamente¹⁰, y cada vez son más los pacientes de edad avanzada que requieren una intervención quirúrgica en los que es preciso minimizar los riesgos de la cirugía y de la anestesia.

Las enfermedades del suelo pélvico se caracterizan por el descenso perineal en ambos sexos y la disfuncionalidad sucesiva y progresiva de los órganos pélvicos en la mujer; la mayor parte de las veces se trata de una enfermedad multiorgánica y multicompartimental, en la que resultan afectados varios órganos^{11,12}. Es un proceso pa-

tológico que está aumentando de forma considerable en la población general, y así se refleja en los datos aportados por el National Center for Health Statistics¹³. Entre las causas desencadenantes, es evidente que el envejecimiento desempeña un papel muy relevante. Por ello, nos enfrentamos a pacientes de edad avanzada en los que con frecuencia se asocian otras enfermedades crónicas que nos ensombrecen la actitud quirúrgica en función de éstas, así como de la posible morbimortalidad postoperatoria.

La incidencia del prolapo rectal completo en Occidente o en los países en desarrollo se ha reflejado en diversas publicaciones, en las cuales se hace hincapié en su naturaleza discapacitante, así como en su desafío terapéutico¹⁴. En el caso de las mujeres de edad avanzada, el suelo pélvico parece desempeñar un papel relevante. Un porcentaje de las mujeres son nulíparas, lo que descarta el traumatismo del parto como causa única del prolapo, dato importante aportado en las series de 230 casos de Hedges en el St. Mark's Hospital y en los 100 casos aportados por Küper y Goligher. La alteración del colágeno tipo III y la disminución del número de fibroblastos son hallazgos reseñados en los trabajos de Norton et al¹⁵, Makinen et al¹⁶ y Smith¹⁷. Corrobora estos estudios la frecuencia de la enfermedad del suelo pélvico encontrada en los pacientes con síndrome de Marfan y de Ehlers-Danlos, con un 33-75%¹⁸. Un porcentaje de estos pacientes presenta alteraciones mentales psiquiátricas o neurológicas severas, de hasta un 50%, y así se refleja en las series de Goligher⁵ y Altemeier et al³, sin que se haya podido conocer el motivo fisiopatológico de esta asociación. En nuestra serie, dicha frecuencia ha sido de un 27% del total de las pacientes.

La relación entre el prolapo rectal completo y la incontinencia que presentan algunos pacientes no se ha podido correlacionar de manera clara con el tamaño del prolapo ni con el tiempo de evolución. Últimamente, en los estudios de Shafick¹⁹ se hace referencia a la neuropatía pudenda ocasionada por el "síndrome del canal pudendo" como causa determinante de la incontinencia, y ocasionada por la tracción continua de los nervios pudendos debida al prolapo.

Entre las pruebas preoperatorias realizadas a estos pacientes, la defecografía con contraste intestinal y vaginal, evidentemente ha demostrado ser la de mayor especificidad para el diagnóstico de prolapo rectal en los casos en que no se ha objetivado previamente en la consulta; mediante esta prueba se ha confirmado la presencia de una intususcepción rectal en los pacientes que no exteriorizan con facilidad el prolapo que, de esta forma, se diferencia de los prolapsos hemorroidales o mucosos. Dicha prueba nos ha aportado también el diagnóstico de otras enfermedades del suelo pélvico asociadas y la posibilidad de tratarlas sincrónicamente^{20,21}. En cuanto a la ecografía endoanal, esta prueba debe realizarse de forma sistemática ante la posibilidad de una lesión esfintérica previa y, así, poder plantear preoperatoriamente la cirugía reparadora de esfínteres²², como ha sucedido en 2 pacientes de nuestra serie (4,4% de los casos). De igual forma, la detección de lesión esfinteriana previa nos permite valorar el pronóstico de la incontinencia asociada al prolapo. En cuanto a la renta-

bilidad del resto de las pruebas realizadas durante el preoperatorio, la colonoscopia constituye otra prueba de estudio preoperatorio necesaria para descartar otras enfermedades colónicas que requieran tratamiento quirúrgico o resección endoscópica, como es el caso de los pólipos colónicos, etc. En nuestra serie, un 15% de los casos requirió la resección endoscópica de los pólipos del colon. El resto de los síntomas preoperatorios, como dolor, retorragia, defecación obstruida y tenesmo, es evidente que desaparezcan una vez intervenido quirúrgicamente el prolapso de recto que los ocasiona.

Las características anatómicas del prolapso consisten en el descenso del rectosigma y del peritoneo anterior que recubre el recto (hernia perineal deslizante), y el mesorrecto-sigma en mayor o menor extensión. En nuestra serie sólo se ha podido demostrar defecográficamente una hernia perineal deslizante en el 82% de los casos, mientras que durante la cirugía se ha comprobado su presencia en el 100% de los casos. Esto puede ser debido a la falta de suficiente esfuerzo defecatorio por parte de los pacientes durante la exploración defecográfica por temor al prolapso, a las alteraciones mentales o psiquiátricas, a la mala preparación o, simplemente, a grados menores de hernia. No obstante, durante la cirugía perineal es siempre visible y reparable, y constituye tan sólo un dato preoperatorio del estudio.

La proctosigmoidectomía perineal descrita por Altemeier nos sigue ofreciendo la posibilidad de tratamiento del prolapso de recto en una sola intervención quirúrgica, en pacientes de edad avanzada con enfermedades crónicas, y con importantes complicaciones postoperatorias. Como aportaciones importantes a la técnica de Altemeier, nos parece importante reseñar que dicha técnica también permite tratar sincrónicamente lesiones esfintéricas asociadas, así como otras enfermedades del suelo pélvico^{23,24}.

La rectopexia abdominal parece haberse constituido en principio como la operación de elección para el prolapso rectal; entre las más practicadas se encuentran la de Wells²⁵ y la de Ripstein²⁶. La vía abdominal mediante sacropexia según técnica de Ripstein o Wells tiene, no obstante, un porcentaje de recidivas nada desdeñable que oscila entre el 5 y el 9%, según el tiempo de seguimiento²⁷, así como una morbilidad del 15-30% en diferentes series publicadas y en pacientes de todas las edades, observándose sobre todo estreñimiento pertinaz con necesidad del uso continuo de laxantes y cuadros suboclusivos, así como infecciones y perforaciones del material sintético^{28,29}. La única técnica perineal actualmente en uso de forma paralela a la de Atemeier es la de Delorme, técnica no resectiva basada en la plicatura del prolapso por vía endoanal. En los estudios de dicha técnica y en los comparativos entre las dos técnicas perineales, parece que el porcentaje de recidivas es claramente mayor en la técnica no resectiva de Delorme, con cifras de hasta un 22% de recidiva³⁰⁻³².

Parece estar constituyéndose como una tendencia actual en los trabajos y publicaciones norteamericanas y europeas¹⁴, la referencia al incremento en la realización de la técnica de Altemeier, para pacientes en edad avanzada, basada en su nula o muy escasa morbilidad; así se refleja en un estudio realizado en 372 pacientes

intervenidos en la Universidad de Minnesota y sus hospitales asociados, en el que se compara la vía abdominal frente a la rectosigmoidectomía, con un incremento del 20% en la técnica perineal³³. El índice de recidivas es de un 16% en un seguimiento postoperatorio de 8 años, frente a la abdominal de un 5% de recidivas. Trabajos recientes de Johansen et al³⁴ y de Finlay y Aitchison³⁵ aportan índices de recidiva menores en la vía perineal. Recientemente, y minimizando aún más la técnica, se ha publicado el tratamiento del prolapso por la técnica de Altemeier con anastomosis mecánica^{36,37} en un grupo de 63 pacientes con una media de edad de 79 años, en régimen ambulatorio y con una mortalidad nula³⁸. El porcentaje de recidivas es de 6,4% y su tratamiento se realiza mediante una nueva resección perineal, lo que parece una tendencia general en todos los trabajos publicados^{39,40}. Otro dato importante reflejado en varias series publicadas es el hecho de que las escasas recidivas del prolapso ocurren en los primeros 4 meses de seguimiento, experiencia que compartimos aunque nuestra casuística sea menor^{37,40,41}, y que se soluciona mediante una nueva resección perineal, dada la facilidad y seguridad de la técnica para estos pacientes, experiencia que hemos compartido en nuestra serie.

Conclusiones

El prolapso completo de recto es una enfermedad poco frecuente en la población general y su mayor frecuencia la encontramos en mujeres de edad avanzada, en muchas de las cuales coexisten enfermedades asociadas importantes. En cuanto a su etiopatogenia, no se ha encontrado que guarde alguna relación con la multiparidad o con partos distóxicos previos. El prolapso se asocia con frecuencia con otras enfermedades del suelo pélvico, que deben ser diagnosticadas y tratadas, si es necesario, de forma sincrónica.

De los síntomas preoperatorios en estos pacientes, la incontinencia fecal es el de mayor relevancia y difícil pronóstico. Muchas veces no es una incontinencia real, ya que con el recto prolapsado se produce un ensuciamiento continuo y mal control esfíntérico. Para ello debemos explorar ecográficamente ambos esfínteres antes de la cirugía y valorar si hay alguna lesión esfintérica con el fin de proceder a su reparación.

Dados los buenos resultados publicados en distintas series en la utilización de la vía perineal en estas pacientes, consideramos que la técnica de Altemeier realizada con anestesia locoregional minimiza los riesgos de la anestesia general y de la cirugía por la vía abdominal, lo que nos proporciona unas cifras de mortalidad nulas y una escasa morbilidad, requerimientos analgésicos mínimos y mejoras de la continencia en un porcentaje importante de los pacientes.

Bibliografía

1. Altemeier WA, Giuseffi J, Hoxworth PI. Treatment of extensive prolapse of rectum in aged and debilitated patients. Arch Surg 1952; 65-72.

2. Dunphy JE. Combined perineal and abdominal operation for repair of rectal prolapse. *Surg Gynecol Obstet* 1948;86:493-8.
3. Altemeier WA, Culbertson WR, Schowengerdt C, Hunt J. Nineteen years' experience with the one stage perineal repair of rectal prolapse. *Ann Surg* 1971;173:993-1006.
4. Prasad ML, Pearl RK, Abcarian H, Orsay CP, Nelson RL. Perineal proctectomy, posterior rectopexy, and postanal levator repair for the treatment of rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1986;29:547-52.
5. Goligher JC. Prolapse of the rectum. En: Nyhus LM, Condon RE, editors. *Hernia*. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1987.
6. Moschcowitz AV. Pathogenesis, anatomy and cure of prolapse of rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1912;15:7.
7. Broden B, Snellman B. Procidencia of the rectum studied with cineradiography: a contribution to the discussion of causative mechanism. *Dis Colon Rectum* 1968;11:330-47.
8. Pescatori M, Anastasio G, Bottini C, Mentasti A. New grading and scoring for anal incontinence. Evaluation of 335 patients. *Dis Colon Rectum* 1992;35:482-7.
9. Escribano J, Jáñez M, Lozano O, Hernández P, Druet JL, Hernández F, et al. Reparación transvaginal del rectocele sintomático. Valoraciones anatomo-clínicas, fisiológicas y de tratamiento. *Cir Esp* 2000;68:566-9.
10. Esperanza de vida por edad y sexo. España 1900-1995 y proyección 2020. Anuario estadístico de España 1998. Madrid: INE, 1999, p. 130.
11. Olson A, Smith V, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997;89:501-6.
12. Mellgren A, Johansson C, Dokl A. Enterocèle demonstrated by defaecography is associated with other pelvic floor disorders. *Int J Colorectal Dis* 1994;9:121-4.
13. Owings MF, Lawrence L. Detailed diagnoses and procedures, National Hospital Discharge Survey. National Center for Health Statistics 1997;145:1-164.
14. Regenet N, De Kerviler B, Lehur PA. Perineal resection for exterior rectal prolapse (Altemeier operation). *J Chir* 2001;138:53-6.
15. Norton PA, Baker JE, Sharp HC, Warenski JC. Genitourinary prolapse and joint hypermotility in women. *Obstet Gynecol* 1995; 85:225-7.
16. Makinen J, Soderstrom KO, Kiilholma P, Hirvonen T. Histological changes in the vaginal connective tissue of patients with and without uterine prolapse. *Arch Gynecol Obstet* 1986;239:17-20.
17. Smith AR. Role of connective tissue and muscle in pelvic floor dysfunction. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1994;6:317-9.
18. Carley ME, Schaffer J. Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women with Marfan or Ehlers-Danlos syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1021-3.
19. Shafik A. Pudendal canal decompression for the treatment of fecal incontinence in complete rectal prolapse. *Am Surg* 1996;62:339-43.
20. Peter WA, Smith MR, Drescher CW. Rectal prolapse in women with other defects of pelvic floor support. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:1488-94.
21. Deckel A, Rabinerson D, Rafael ZB, Kaplan B, Mislovaty B, Bayer Y. Concurrent genital and rectal prolapse: two pathologies-one joint operation. *BJOG* 2000;107:125-9.
22. Woods R, Voyvodic F, Schlothe AC, Sage MR, Wattchow DA. Anal sphincter tears in patients with rectal prolapse and faecal incontinence. *Colorectal Dis* 2003;5:544-8.
23. Sullivan ES, Longaker ChJ, Lee PY. Total pelvic mesh repair. *Dis Colon Rectum* 2001;44:857-63.
24. Escribano J, Jáñez M, Villeta R. Tratamiento quirúrgico del enterocele mediante la resección del saco peritoneal y reparación protésica del espacio rectovaginal. Estudio prospectivo y validación de una nueva técnica quirúrgica. *Cir Esp* 2001;70:82-92.
25. Wells C. New operation for rectal prolapse. *J R Soc Med* 1959;52: 602-3.
26. Ripstein CB. Surgical care of massive rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1965;8:34-8.
27. Sayfan J, Pinho M, Alexander-Williams J, Keighley MR. Sutured posterior abdominal rectopexy with sigmoidectomy compared with marlex rectopexy for rectal prolapse. *Br J Surg* 1990;77:143-5.
28. Gordon PH, Hoexter B. Complications of the Ripstein procedure. *Dis Colon Rectum* 1999;42:460-9.
29. Dokl A, Broden G, Holmström B, Johansson C, Nilsson BY. Slow transit of the colon associated with severe constipation after the Ripstein operation. *Dis Colon Rectum* 1990;33:786-90.
30. Agachan F, Reissman P, Pfeifer J, Weiss EG, Nogueras JJ, Wexner SD. Comparison of three perineal procedures for the treatment of rectal prolapse. *South Med J* 1997;90:925-32.
31. Oliver GC, Vachon D, Eisenstat TE, Rubin RJ, Salvati EP. Delorme's procedure for complete rectal prolapse in severely debilitated patients. An analysis of 41 patients. *Dis Colon Rectum* 1994;37:461-7.
32. Watts AM, Thompson MR. Evaluation of Delorme's procedure as a treatment for full-thickness rectal prolapse. *Br J Surg* 2000;87:218-22.
33. Kim DS, Tsang CB, Wong WD, Lowry A, Goldberg SM, Madoff RD. Complete rectal prolapse: evolution of management and results. *Dis Colon Rectum* 1999;42:460-9.
34. Johansen OB, Wexner SD, Daniel N, Nogueras JJ, Jagelman DG. Perineal rectosigmoidectomy in the elderly. *Dis Colon Rectum* 1993;36:767-72.
35. Finlay IG, Aitchison M. Perineal excision of the rectum for prolapse in the elderly. *Br J Surg* 1991;78:687-9.
36. Bennett BH, Geelhoed GW. A stapler modification of the Altemeier procedure for rectal prolapse. Experimental and clinical evaluation. *Am Surg* 1985;51:116-20.
37. Vemeulen FD, Nivatvongs S, Fang DT, Balcos EG, Goldberg SM. A technique for perineal rectosigmoidectomy using autosuture devices. *Surg Gynecol Obstet* 1983;156:84-6.
38. Kimmmins MH, Brent KE, Isler J, Billingham R. The Altemeier repair: outpatient treatment of rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 2001; 44:565-70.
39. Ramanujam PS, Venkatesh KT, Fietz MJ. Perineal excision of rectal procidencia in elderly high-risk patients. A ten-years experience. *Dis Colon Rectum* 1994;37:1027-30.
40. Fengler SA, Pearl RK, Prasad ML, Orsay CP, Cintron JR, Hambrick E, et al. Management of recurrent rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1997;40:832-4.
41. Williams JG, Rothenberger DA, Madoff RD, Goldberg SM. Treatment of rectal prolapse in the elderly by perineal rectosigmoidectomy. *Dis Colon Rectum* 1992;35:830-4.