

## Tratamiento del prolapso rectal. ¿Todavía un misterio?

Pese a que hay evidencia escrita de su existencia desde hace más de 3.500 años, como testifica el papiro de Ebers, y que se trata de un problema invalidante, el prolapso rectal sigue planteando una variedad de incógnitas a los cirujanos.

Se sabe, sin embargo, que esta afección se relaciona con otros problemas de lo que se ha dado en llamar el suelo de la pelvis, que aglutinan tanto la exteriorización de diversos órganos genitourinarios y digestivos a través de hiatos musculares (prolapsos y "celes") como la dificultad de eliminación de las excretas orgánicas o la incompetencia funcional de los esfínteres urinario y fecal, amén de síndromes dolorosos crónicos de la zona. Así, hay asociaciones de problemas que deben ser tratadas de forma multidisciplinar<sup>1</sup>.

Pero incluso si nos centramos exclusivamente en el prolapso rectal completo o procidencia, es decir, en la protrusión circunferencial a través del ano de todas las capas de la pared rectal, excluyendo los prolapsos ocultos o intususcepciones, la úlcera solitaria rectal, etc., así como su presentación en la infancia, las dudas son numerosas.

En el adulto es 6-15 veces más frecuente en mujeres que en varones. Estos últimos pueden padecerlo a cualquier edad, mientras que las primeras lo presentan habitualmente a partir de la década de los 70 años, pudiendo coexistir o ir precedido o seguido, como se ha dicho, del prolapso de otras vísceras pélvicas, como la vejiga urinaria y el útero.

Cerca de la mitad de los pacientes tiene estreñimiento, unos por una obstrucción distal consecutiva a un descenso perineal patológico o a un músculo puborrectal que no se relaja, y otros por tránsito lento<sup>2</sup>. También un 50-75% son incontinentes a heces, bien por la propia distensión mantenida por el prolapso del esfínter anal interno que por vía refleja lo relaja de manera permanente, o por una neuropatía pudenda asociada al estiramiento nervioso. Todo ello, evidentemente, complica el problema, a parte de su frecuente asociación con trastornos psiquiátricos, sobre todo depresión y enfermedades neurológicas, como la esclerosis múltiple<sup>3</sup>.

Aunque conocemos "cómo" es el prolapso, no sabemos "por qué" aparece. ¿Es su origen una hernia deslizante, una intususcepción rectal o una debilidad del suelo de la pelvis? Al tratar las anomalías anatómicas halladas, como la verticalización del ángulo anorrectal, la diastasis de la musculatura del suelo pélvico, un fondo de saco de Douglas anormalmente profundo, una debilidad

de las fijaciones del mesorrecto o un rectosigmoide elongado, ¿estamos tratando su causa, o más bien su consecuencia? Hace más de siglo y medio, en 1831, Frederick Salmon, fundador del Hospital de St. Mark, aceptó hipótesis contrapuestas sobre su producción, como el estreñimiento y la diarrea, o la vida sedentaria y el ejercicio extremo<sup>4</sup>. Aunque por fortuna se ha avanzado mucho desde entonces y disponemos de métodos exploratorios sofisticados, todavía las sombras compiten con las luces en este terreno.

Son, por tanto, muchos los interrogantes que han generado múltiples terapias, tantos que es difícil disponer de series numerosas de pacientes con un seguimiento adecuado, y aún más, de estudios aleatorizados, en suma, de evidencia científica sobre qué es lo adecuado. La experiencia personal, incluso de cirujanos con dedicación específica a las enfermedades colorrectales, es relativamente escasa para poder efectuar una estratificación de pacientes en grupos comparables, por lo que la valoración de la eficacia de los procedimientos se ha basado en estudios retrospectivos en general reducidos, con alguna excepción. Los factores que influyen en la elección del procedimiento incluyen la edad y el estado de salud del paciente, las tasas de recidiva de las diferentes técnicas, la mejora de sintomatología asociada y las complicaciones.

Hay un consenso general relativo a que las técnicas de fijación transabdominal ofrecen mejor resultado funcional y menores recidivas. A pesar de ello, los procedimientos perineales pueden efectuarse bajo anestesia regional y la recuperación es rápida. También hay acuerdo en que pueden ser de preferencia en pacientes de edad avanzada o con un mayor riesgo quirúrgico.

Para complicar la decisión del cirujano se incorporan las técnicas de cirugía abdominal mínimamente invasiva, que han cambiado la escena. Así, hoy día, la rectopexia laparoscópica puede efectuarse con seguridad. ¿Podría entonces aplicarse este abordaje a los pacientes que excluiríamos de una técnica abierta por su agresividad?

El objetivo del tratamiento debe ser conseguir una baja tasa de recidivas, asociada a la desaparición o mejora de la incontinencia, si está asociada, y todo ello con la mínima morbilidad quirúrgica y también proporcionando la mejor calidad de vida. Así pues, se hace difícil elegir una u otra vía de abordaje, y aún más uno u otro gesto quirúrgico asociado, dada la ingente variedad de procedimientos disponibles. Lo que es indudable es que la técnica debe individualizarse en cada paciente, ya que la pre-

sentación clínica y la alteración de la fisiología anorrectal pueden ser distintas, y la propia cirugía puede mejorar o empeorar algunos aspectos de la continencia o defecación.

Si aceptamos la tasa de recidivas como el condicionante inicial de la elección, hay que tener en cuenta que son menores al 10% en casi todas las técnicas abdominales. Con las reparaciones por vía perineal, los resultados son más variables y se ha comunicado una incidencia del 0-60% en la rectosigmoidectomía perineal, del 7-40% tras la reparación tipo Delorme y del 0-44% después de cerclaje anal<sup>6</sup>.

Así pues, si en general parece más segura la reparación abdominal en el paciente de bajo riesgo quirúrgico, es conveniente aclarar qué gestos son relevantes y cuáles son accesorios o incluso perjudiciales.

La rectopexia abdominal, abierta o laparoscópica, incluye inicialmente una movilización del recto que en el plano posterior debe alcanzar los músculos elevadores y la punta del cóccix, preservando la fascia propia del recto y, por tanto, toda su vascularización, así como los plexos nerviosos autónomos, que deberán ser identificados y respetados. En lo que respecta a la movilización anterior, el consenso es menor y algunos grupos abogan por llegar al tercio superior de la vagina o de las vesículas seminales sin penetrar en la fascia de Denonvilliers, evitando por tanto la lesión de los plexos parasimpáticos, mientras que otros ni siquiera abren el fondo de saco de Douglas, que en estos casos es profundo. Mayor controversia hay todavía en lo que respecta a la sección de los ligamentos laterales, estructuras que hoy día no se consideran anatómicamente definidas de un modo claro, si bien es más frecuente la tendencia de no continuar la disección en esa zona, ya que un estudio aleatorizado mostró un aumento del estreñimiento tras su división<sup>6</sup>.

Otra fuente de discusión que se ha mantenido durante generaciones es el tipo idóneo de fijación. Si descartamos los materiales autólogos, como la fascia lata o la esponja de alcohol polivinilo, que ya son historia, hoy día se considera que la fijación protésica al sacro, absorbible o reabsorbible, no debe rodear el recto por delante (técnica de Ripstein), ya que se evidenciaron frecuentes impacciones fecales; sin embargo, es probable que se debieran a un cierre demasiado vigoroso, lo cual va a favor de la técnica tipo Wells, es decir, una fijación posterior al promontorio sacro que rodea parcialmente al recto en su cara anterior. La fijación puede efectuarse también de forma directa desde los bordes laterales del mesorrecto a la fascia presacra con suturas; ninguna de estas variantes técnicas ha mostrado su superioridad frente a las otras en este sentido, por lo que el empleo de prótesis no se considera absolutamente necesario.

Si tenemos claros estos puntos, la controversia se centra ahora en la necesidad de asociar una resección intestinal. En este sentido, la resección anterior alta del recto ha sido abandonada, por su mayor riesgo de dehiscencias, a favor de la sigmoidectomía asociada a la pexia, que incluye una anastomosis más segura que la anterior y preserva completamente la función de reservorio del recto. Cuando Frykman y Goldberg<sup>7</sup> la describieron, el objetivo era la prevención de la recidiva, al mantener un

colon descendente fijo por la flexura esplénica. Sin embargo, en posteriores trabajos se observó que ésta no era la ventaja del método, sino que la técnica podía modificar la función intestinal postoperatoria para evitar el estreñimiento y varios estudios sugieren su efecto beneficioso en este sentido<sup>8,9</sup>. El mecanismo de acción no está claro, pero se ha sugerido que un sigma redundante puede angularse o pseudovolvularse sobre su fijación sacra y ver alterada su función. Así, la elección de la asociación de una resección concomitante podría ir en función del estreñimiento previo o de la evidencia, bien radiológica o en el acto quirúrgico, de esta redundancia del asa sigmoidea. Sin embargo, en los infrecuentes casos en que coexista un estreñimiento por tránsito lento podría requerirse una colectomía subtotal, teniendo siempre en cuenta que la adición de resección de colon, sobre todo si es extensa, puede afectar negativamente a la continencia anal.

La reparación por vía laparoscópica representa el último avance en la cirugía del prolapso rectal. Si se compara con la cirugía abierta, la laparoscopia realizada por manos expertas ofrece estancias más cortas, así como una morbilidad igual o inferior. A corto y medio plazo, las recidivas y los resultados funcionales son similares y, si bien no se dispone de resultados a largo plazo de amplias cohortes de pacientes, dado que la visión del campo es excelente y no entraña especiales dificultades técnicas, cabe augurar un futuro prometedor a esta vía de acceso si se efectúa con el mismo rigor que la abierta<sup>10</sup>.

Los abordajes perineales tienen una larga tradición histórica y parecen muy dependientes de la escuela quirúrgica, ya que es raro encontrar series que incluyan más de un tipo de reparación por esta vía. Aparte de la intervención de Thiersch, de interés exclusivamente histórico y que creemos que debe ser abandonada sin paliativos por sus elevadas recidivas y morbilidad, otras como las descritas por Delorme<sup>11</sup> (mucosectomía y plicatura muscular rectal) y la modificación de la rectosigmoidectomía perineal por Altemeier<sup>12</sup> han ganado aceptación en las últimas décadas, ya que los cirujanos se han sentido atraídos por su simplicidad y excelente tolerabilidad para el paciente. Cada intervención tiene sus ventajas peculiares, como el óptimo acceso a los músculos elevadores en la rectosigmoidectomía, o la creación de una barrera de músculo liso engrosado mediante la plicatura tipo Delorme. Muchos, sin embargo, reservan estas técnicas para pacientes ancianos o con un elevado riesgo quirúrgico, es decir, como una opción alternativa a la reparación transabdominal en los casos en los que no se considere factible. Otra indicación especial es la rara incarceration o estrangulación del prolapso.

De todos modos, cabe atribuir cierta variabilidad en la tasa de recidivas a que se realiza cirugía perineal en pacientes con un elevado riesgo de presentarlas. Así, en la reciente casuística de la Universidad de Minnesota, la comorbilidad de los pacientes intervenidos por vía abdominal era del 30%, frente al 61% en los operados vía perineal. La tasa de recidivas fue del 5% con rectopexia-resección y del 16% mediante rectosigmoidectomía en una serie total de 372 pacientes y con un seguimiento largo<sup>13</sup>. Sin embargo, cuando se analizó por grupos de

edad, se observó que la rectosigmoidectomía tiene las mismas recidivas que la rectopexia abdominal (el 6,3 frente al 6%) en el grupo de pacientes de edad media (40-64 años), por lo que se supone que se tiende a seleccionar para esta intervención a pacientes con un elevado riesgo de recidivas, como ocurre en los ancianos. Parecería también preferible usar un abordaje perineal en jóvenes varones para evitar el riesgo de lesiones nerviosas y, sin embargo, en ellos también hay más recidivas (el 26,7 frente al 3,9%), según estas series. Evidentemente, los pacientes geriátricos o con una enfermedad psiquiátrica severa se beneficiarán de un acceso perineal, en potencia menos arriesgado y con unas estancias postoperatorias muy cortas.

En el presente número de CIRUGÍA ESPAÑOLA, Escribano-Guijarro et al<sup>14</sup> presentan una amplia serie de pacientes tratados con un procedimiento de Altemeier con una muy baja tasa de recidivas, comparable a la de las mejores series con reparación abdominal y con un período de seguimiento notable, y el propio grupo de la Universidad de Minnesota refiere una tendencia progresiva a emplear estos procedimientos en detrimento del acceso abdominal.

La técnica de Delorme es aún más simple que la rectosigmoidectomía, si bien las recidivas son mayores. Probablemente, las indicaciones de una y otra no son las mismas y, aun haciendo un abordaje perineal, una mucosectomía más una plicatura muscular no estaría indicada en pacientes con un gran prolapso, a la vez que la rectosigmoidectomía quizá sea mejor en pacientes muy estreñidos, si bien ambas pueden mejorar los síntomas de defecación obstructiva. Ya insistíamos desde el inicio en que el éxito del procedimiento no debe tan sólo analizarse por la recuperación anatómica, sino también por la funcional, en términos de mejoría o empeoramiento del estreñimiento, que puede verse agravado tras una cirugía abdominal y las posibles maniobras para evitarlo.

Finalmente, la incontinencia fecal puede persistir en el postoperatorio y no se dispone de ningún parámetro clínico o exploratorio que permita predecir qué pacientes mejorarán tras la intervención. Sin embargo, los procedimientos abdominales se asocian a la recuperación del tono esfinteriano y preservan la capacidad y la distensibilidad rectales, con una mejora del 60-80% de la incontinencia, mientras que los perineales disminuyen el reservorio rectal, lo que puede asociarse a urgencia evacuatoria y alterar el control esfinteriano, si bien es también más frecuente la mejoría posquirúrgica en este sentido<sup>15</sup>. Por ello, se han añadido gestos que tienden a reparar la musculatura pélvica elongada y laxa en estos casos y, así, se ha asociado la plastia de los músculos elevadores, tanto a la rectosigmoidectomía como a la intervención de Delorme, a través de la misma incisión requerida para la reparación del prolapso, con lo que la mejoría en la continencia se iguala empleando una u otra vía. Además, posiblemente disminuyan las recidivas al cerrar el hiato de los elevadores por el efecto de la fibrosis en esta zona<sup>16</sup>; además, quizá un factor de confusión al analizar estas tasas de recidiva en las intervenciones perineales haya sido mezclar a pacientes que tenían asociada una levator-

plastia con los que no la tenían. Lo que debe quedar claro es que no debe tratarse de manera simultánea la incontinencia asociada cuando se efectúa un procedimiento abdominal, lo que requiere, lógicamente, 2 procedimientos debido a la espontánea recuperación esfinteriana en muchos pacientes.

El grupo Cochrane ha analizado los estudios aleatorizados o semialeatorizados sobre el tratamiento quirúrgico del prolapso rectal y ha planteado diversas cuestiones como las analizadas con anterioridad. No se pudo obtener conclusiones relevantes debido a los condicionantes ya expuestos, pero tampoco halló la impresión de diferencias importantes entre las diversas alternativas quirúrgicas, por lo que no hay evidencias sobre qué tipo de cirugía es mejor<sup>17</sup>.

Sin embargo, aun sin una evidencia científica real, el hecho que más se ha constatado es que, en general, la reparación abdominal es más segura en cuanto a recidivas, si bien con una regular restauración de la función. Ésta puede controlarse con una disección no excesivamente generosa en el plano lateral, con la fijación sin excesivo material protésico o con la adición de una resección de colon sigmoide, aun a costa de una mayor agresividad quirúrgica, que puede reducirse con el abordaje laparoscópico. Las técnicas perineales ofrecen una baja morbilidad, una muy pronta recuperación y una función similar, aunque están gravadas en general con mayores recidivas que pueden acercarse a las de la vía abdominal con una levatorplastia asociada y, en caso de presentarse, ser vueltas a tratar del mismo modo, lo cual, y habida cuenta de la comodidad para el paciente, no es algo desdeñable.

Todas estas consideraciones hacen que sea imposible ofrecer una respuesta unívoca sobre la idoneidad de la intervención para el prolapso rectal. Una política de selección de casos basada en criterios clínicos, probablemente sea la mejor estrategia en la actualidad<sup>18</sup>.

Las perspectivas futuras se orientan hacia ensayos amplios, como el Prosper Trial, promovido por la Asociación de Coloproctología de Gran Bretaña e Irlanda y en la actualidad en fase de reclutamiento de pacientes, que pretende dar respuesta a estas incógnitas al incluir a 1.000 pacientes estratificados adecuadamente y seguidos durante un mínimo de 3 años, en los que se valorarán no sólo los parámetros ya comentados, sino también la calidad de vida y las investigaciones de fisiología anorrectal.

La elección de la opción técnica más idónea depende, pues, de factores relacionados con el paciente, como la edad, el sexo, la comorbilidad, la extensión del prolapso, la función intestinal o la continencia. Además, se deben tener en cuenta los derivados del procedimiento, como su extensión, la potencial morbilidad, la tasa de recidivas, los efectos en la continencia y la función intestinal, y la relativa facilidad técnica. Finalmente, otro importante factor a considerar es la experiencia del cirujano que, en el caso de dedicarse a las afecciones colorrectales, debe estar familiarizado con las diferentes alternativas.

Teniendo en cuenta todas las consideraciones expuestas, así como que es peligroso teorizar en ausencia de datos, y a la espera de evidencia científica, en el momen-

to actual no podemos ser categóricos en uno u otro sentido. Hay varias formas de tratar de manera correcta un prolapso rectal y el cirujano debe "pactar" individualmente con el paciente concreto el procedimiento más adecuado en función de su propia experiencia.

**José Vicente Roig**

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital de Sagunto.  
Sagunto. Valencia. España.  
Board Europeo en Coloproctología EBSQC.

## Bibliografía

1. Stryker SJ. Rectal prolapse. En: Brubaker LT, Saclarides TJ, editors. The female pelvic floor: disorders of function and support. Philadelphia: FA Davis 1996; p. 289-96.
2. Buls JG. Rectal prolapse. En: Fazio VW, editor. Current therapy in colon and rectal surgery. Burlington: BC Decker 1990; p. 92-7.
3. Keighley MRB. Rectal prolapse. En: Keighley MRB, Williams NS, editors. Surgery of the anus, rectum and colon. Philadelphia: WB Saunders, 1993; p. 675-719.
4. Salmon F. Practical observations on prolapsus of the rectum. Cases of prolapsus. (Classic articles in Colon and Rectal surgery). Dis Colon Rectum 1984;27:138-45.
5. Madoff RD, Shelton AA. Reoperative surgery for recurrent rectal prolapse. En: Longo WE, Northover J, editors. Reoperative colon and rectal surgery. London: Martin Dunitz 2003; p. 387-402.
6. Speakman CT, Madden MV, Nicholls RJ, Kamm MA. Lateral ligament division during rectopexy causes constipation but prevents recurrence: results of a prospective randomized study. Br J Surg 1991;78:1431-3.
7. Frykman HM, Goldberg SM. The surgical treatment of rectal procidentia. Surg Gynecol Obstet 1969;122:5-30.
8. McKee RF, Lauder JC, Poon FW, Aitchison MA, Finlay IG. A prospective randomized study of abdominal rectopexy with and without sigmoidectomy in rectal prolapse. Surg Gynecol Obstet 1992;174:145-8.
9. Lukkonen P, Mikkonen U, Järvinen H. Abdominal rectopexy with sigmoidectomy vs. rectopexy alone for rectal prolapse: a prospective randomized study. Int J Colorect Dis 1992;7:219-22.
10. Madoff RD, Mellgren A. One hundred years of rectal prolapse surgery. Dis Colon Rectum 1999;42:441-50.
11. Delorme E. Classic articles in colon and rectal surgery: on the treatment of total prolapse of the rectum by excision of the rectal mucous membranes or recto-colic. Dis Colon Rectum 1985;28:544-53.
12. Altemeier WA, Cuthbertson WR, Schowengerdr C, Hunt J. Nineteen years' experience with the one-stage perineal repair of rectal prolapse. Ann Surg 1971;173:993-1006.
13. Kim DS, Tsang CB, Wong WD, Lowry AC, Goldberg SM, Madoff RD. Complete rectal prolapse. Evolution of management and results. Dis Colon Rectum 1999;42:460-9.
14. Escribano-Guijarro J, Prieto A, Javaloyes M, Galván M, Marcos R, López A. El prolapso rectal completo en el contexto de las enfermedades del suelo pélvico. Nuestra experiencia en la resección por vía perineal [en prensa]. Cir Esp 2004.
15. Eu KW, Seow-Choen F. Functional problems in adult rectal prolapse and controversies in surgical treatment. Br J Surg 1997;84:904-11.
16. Agachan F, Reissman P, Pfeifer J, Weiss EG, Noguera JJ, Wexner SD. Comparison of three perineal procedures for the treatment of rectal prolapse. South Med J 1997;90:925-32.
17. Brazzelli M, Bachoo P, Grant A. Surgery for complete rectal prolapse in adults (Cochrane Review). En: The Cochrane Library, Issue 1, 2004. Chichester: John Wiley & Sons, 2004.
18. Brown AJ, Anderson JH, McKee RF, Finlay IG. Strategy for selection of type of operation for rectal prolapse based on clinical criteria. Dis Colon Rectum 2004;47:103-7.