

Innovación en técnica quirúrgica

Reparación del prolapso rectal mediante cirugía endoscópica transanal

Xavier Serra-Aracil*, Manel Alcántara, Costanza Corredera, Laura Mora
y Salvador Navarro

Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Parc Taulí,
Sabadell, Barcelona

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 5 de abril de 2012

Aceptado el 19 de mayo de 2012

On-line el 30 de julio de 2012

Palabras clave:

Prolapso rectal

Intususcepción rectal

Procidencia rectal

Operación endoscópica transanal

Cirugía endoscópica transanal

Microcirugía endoscópica transanal

R E S U M E N

Las técnicas de reparación del prolapso rectal mediante cirugía abdominal laparoscópica son el tratamiento de elección. Sin embargo, en pacientes de elevada morbilidad, se exige la indicación de técnicas quirúrgicas perineales. La cirugía endoscópica transanal se presenta como posible alternativa de recurso en grupos con elevada experiencia en ella.

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Keywords:

Rectal prolapse

Rectal intussusception

Rectal procidentia

Transanal endoscopic operation

Transanal endoscopic surgery

Transanal endoscopic microsurgery

Rectal prolapse repair using transanal endoscopic surgery

A B S T R A C T

Rectal prolapse repair techniques using laparoscopic abdominal surgery are the treatments of choice. However, in patients with increased morbidity, perineal surgical techniques are indicated. Transanal endoscopic surgery is presented as a possible alternative option in groups with increased experience in it.

© 2012 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jserraa@tauli.cat (X. Serra-Aracil).

Introducción

Se define el prolusión rectal completo como la protrusión circunferencial de la totalidad de la pared del recto a través del ano¹. Clásicamente las indicaciones perineales venían limitadas a aquellos pacientes añosos, con elevada morbilidad². Los buenos resultados con la rectopexia ventral laparoscópica han limitado aún más estas técnicas perineales^{3,4}. Sin embargo, existen situaciones donde debemos recurrir a las vías perineales, a pesar de sus peores resultados funcionales y de recurrencia.

La cirugía endoscópica transanal (CET) es una técnica mínimamente invasiva, tradicionalmente diseñada para la exéresis de tumores de recto⁵. No existen descripciones previas en la literatura del abordaje mediante CET del prolusión rectal completo. El objetivo es describir una nueva técnica de recurso.

Paciente. Técnica quirúrgica

Paciente varón de 79 años, con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad vascular periférica, cardiopatía isquémica severa e insuficiencia renal crónica. Diagnosticado de prolusión rectal tras estudio por rectorragia. A la exploración física, se apreció prolusión rectal completa. Colonoscopia total hasta ciego, sin alteraciones significativas. Proctograma: prolusión rectal en reposo, con ángulo anorrectal borrado e incontinencia del músculo puborrectal durante el esfuerzo. La escala de incontinencia de Wexner⁶ fue de: 15/20. La valoración anestésica preoperatoria desestimó la cirugía vía abdominal.

Se intervino bajo anestesia combinada, raquianestesia y general. Paciente en decúbito supino. Previamente al inicio de la cirugía, se exteriorizó de forma completa el prolusión. Este medida 10 cm de longitud; se colocaron 2 puntos en su parte más distal, de forma que se tuviera como punto de referencia en la mucosa para valorar el límite de resección (fig. 1A).

Como utilaje de CET se utilizó el TEO (transanal endoscopic operation, K Storz, Alemania). Se procedió a la resección circunferencial del prolusión, mediante el bisturí ultrasónico (Ulracision, Ethicon, Endo-Surgery, Cincinnati, Ohio, Estados Unidos) abarcando toda la pared rectal, hasta la grasa

perirectal. La exéresis se realizó en 2 fases. En la primera, se marcó una circunferencia a unos 7 cm del margen anal (fig. 1B). Se inició la exéresis circunferencial, desde la línea pectínea hasta la zona señalada. Una vez finalizada esta fase se reintrodujo el rectoscopio hasta el límite de resección y se marcó otra circunferencia hasta unos 5 cm más allá de los puntos de referencia que se habían marcado al inicio, con la exteriorización de todo el prolusión (fig. 2A). Se volvió a realizar una nueva exéresis circunferencial de toda la pared rectal. No existió perforación en cavidad abdominal ni sangrado significativo.

Se practicó lavado de toda la zona cruenta con solución de povidona yodada diluida al 1%, dejando 2 puntos de referencia en el extremo proximal (zona de recto-sigma) (fig. 2B). Se confirmó la fácil aproximación del borde rectosigmoideo a la línea pectínea (fig. 3A). Se inició la reconstrucción con anastomosis circular realizada con sutura continua monofilamento reabsorbible de larga duración, (MonoPlus®, B. Braun Sutures. Melsungen AG, Germany) de 3/0. Para la consecución de la misma se realizaron 3 semicircunferencias, posterolateral derecho, posterolateral izquierdo y anterior, según técnica habitual de cirugía endoscópica transanal⁷ (fig. 3B). En el inicio de cada una de estas semicircunferencias los puntos se fijaron a la pared de la pelvis, para que establecieran una fibrosis sobre la misma.

Postoperatorio sin incidencias. Alta al cuarto día postoperatorio. A los 12 meses de la intervención se aprecia una mejoría de la continencia fecal con un índice de Wexner de 4/20. La defecografía dinámica resonancia magnética no aprecia signos de recidiva.

Discusión

El motivo de la utilización de esta técnica ha sido como consecuencia de determinadas circunstancias: a) la CET es una técnica segura y mínimamente invasiva que ya ha demostrado su eficacia en el tratamiento de otras dolencias sin provocar alteraciones a nivel de la funcionalidad anorrectal⁸; b) en nuestra experiencia en aquellos pacientes que tras una CET por adenocarcinoma (T2) fueron rescatados a cirugía abdominal, se encontró una importante fibrosis pélvica sobre la zona de resección⁹; c) la experiencia de poder realizar anastomosis circulares mediante CET, tras exéresis de

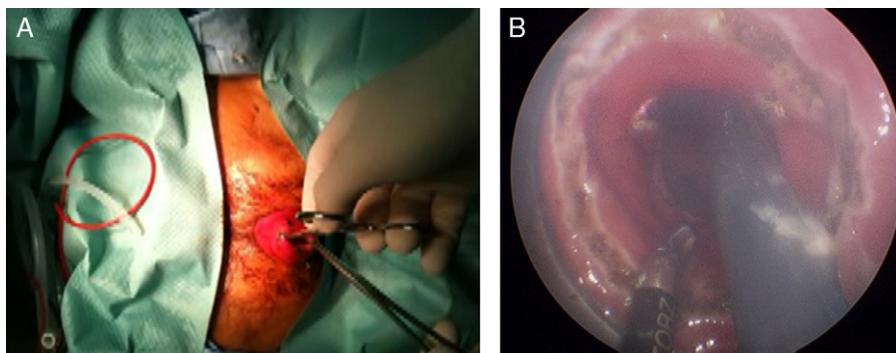


Figura 1 – A: Exteriorización del prolusión en la mesa de quirófano con la colocación de puntos de referencia en su porción más distal. **B:** Marcaje de la primera circunferencia, de exéresis, a unos 7 cm del margen anal.

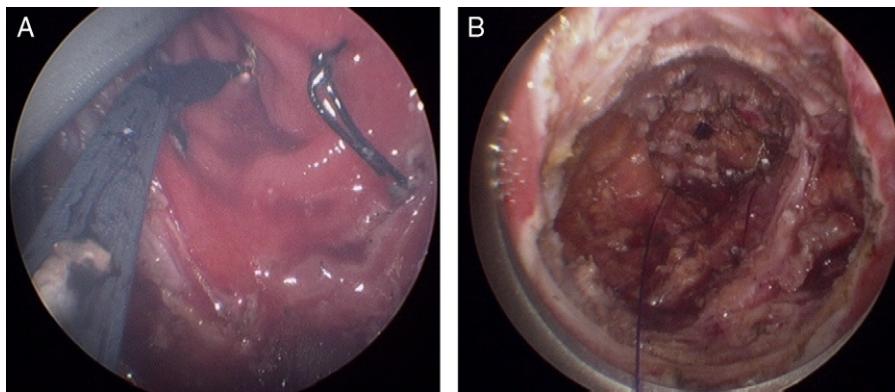


Figura 2 – A: Marcaje de la segunda circunferencia a unos 5 cm de los puntos de presentación que se habían marcado al inicio, tras la exteriorización de todo el prolапso. **B:** Zona cruenta tras la completa resección con los dos puntos de referencia en el extremo proximal (zona de recto-sigma).

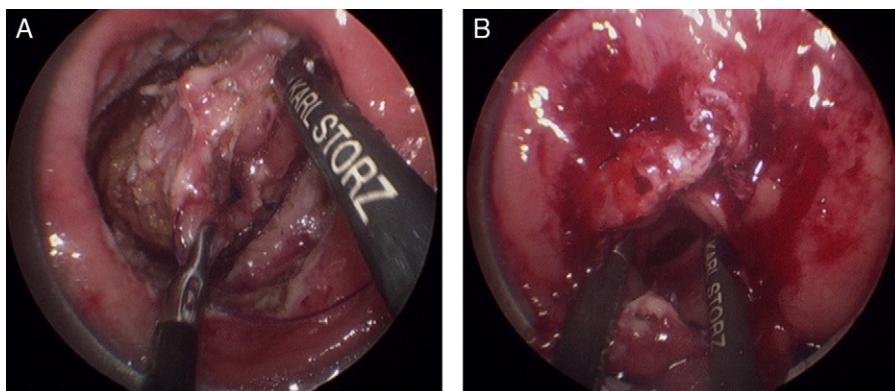


Figura 3 – A: Se confirma la fácil aproximación del borde rectosigmoideo a la línea pectínea. **B:** Finalización de la anastomosis circular completa, sobre la línea pectínea.

grandes adenomas vellosos rectales que prácticamente abarcaban los 4 cuadrantes de la circunferencia nos permite afrontar nuevas indicaciones.

Estas condiciones promueven la posibilidad de que tras la resección endoanal del cilindro rectal prolapsado y la reconstrucción rectal fijándolo a la pared de la pelvis, produzca una fibrosis alrededor que impida la recidiva del prolapsio. La CET es posible realizarla mediante TEO-Storz o TEM-Wolf, pues se ha apreciado la misma eficacia en su uso¹⁰. La utilización de uno u otro utillaje dependerá de la preferencia de cada cirujano.

El objetivo del tratamiento quirúrgico del prolapsio rectal es obtener resultados de mínima recidiva, con control del estreñimiento y la incontinencia fecal, con una técnica quirúrgica que ofrezca la menor morbilidad posible. En esta línea se encuentran las nuevas técnicas de cirugía laparoscópica a través de la rectopexia ventral, con índices de recidiva inferiores al 5%, una mejora de la incontinencia fecal en el 85-90% de los pacientes y del estreñimiento en el 75-80% de los casos¹¹, que son, por tanto, el tratamiento de elección.

En aquellos pacientes con alta comorbilidad que no admiten la cirugía abdominal, la cirugía del prolapsio por vía perineal es la indicada, si bien hemos de conocer que sus resultados de recidiva oscilan sobre el 18%¹². La técnica que

presentamos no permite establecer conclusiones respecto a su eficacia, aunque pretende mostrarla como técnica de recurso en grupos con elevada experiencia en CET.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

B I B L I O G R A F I A

1. Karulff RE, Madoff RD, Goldberg SM. Rectal prolapse. Curr Probl Surg. 2001;38:771-832.
2. Riansuwan W, Hull TL, Bast J, Hammel JP, Church JM. Comparison of perineal operations with abdominal operations for full-thickness rectal prolapse. World J Surg. 2010;34:1116-22.
3. Sajid MS, Siddiqui MR, Baig MK. Open versus laparoscopic repair of full thickness rectal prolapse: a re-meta-analysis. Colorectal Dis. 2010;12:515-25.
4. Samaranayake CB, Luo C, Plank AW, Merrie AE, Plank LD, Bissett IP. Systematic review on ventral rectopexy for rectal prolapse and intussusception. Colorectal Dis. 2010;12:504-14.

5. Serra-Aracil X, Vallverdú H, Bombardó-Junca J, Pericay-Pijaume C, Urgellés-Bosch J, Navarro-Soto S. Long-term follow-up of local rectal cancer surgery by transanal endoscopic microsurgery. *World J Surg.* 2008;32:1162-7.
6. Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 1992;35:482-7.
7. Serra Aracil X, Bombardó Junca J, Mora López L, Alcántara Moral M, Ayguavives Garnica I, Navarro Soto S. La microcirugía endoscópica transanal (TEM) situación actual y expectativas de futuro. *Cir Esp.* 2006;80:123-32.
8. Mora López L, Serra Aracil J, Rebasa Cladera P, Puig Divi V, Hermoso Bosch J, Bombardo Junca J, et al. Valoración de las alteraciones de la función anorrectal en el postoperatorio inmediato y tardío tras la microcirugía transanal endoscópica. *Cir Esp.* 2007;82:285-9.
9. Serra Aracil X, Bombardó Juncá J, Mora López L, Alcantara Moral M, Ayguavives Garnica I, Darnell Martí A, et al. Lugar de la cirugía local en el adenocarcinoma de recto T2N0M0. *Cir Esp.* 2009;85:103-9.
10. Nieuwenhuis DH, Draaisma WA, Verberne GH, Van Overbeeke AJ, Consten EC. Transanal endoscopic operation for rectal lesions using two-dimensional visualization and standard endoscopic instruments: a prospective cohort study and comparison with the literature. *Surg Endosc.* 2009;23:80-6.
11. Boons P, Collinson R, Cunningham C, Lindsey I. Laparoscopic ventral rectopexy for external rectal prolapse improves constipation and avoids de-novo constipation. *Colorectal Dis.* 2010;12:526-32.
12. Madiba TE, Baig MK, Wexner SD. Surgical management of rectal prolapse. *Arch Surg.* 2005;140:63-73.