

evaluación secundaria del paciente traumatizado⁷, incluso en el considerado traumatismo no grave. Sin embargo, en algunas ocasiones existe un lapso de tiempo libre de síntomas tras el traumatismo (abierto o cerrado). La aparición de síntomas neurológicos diferidos tras un traumatismo aparentemente banal no debe minusvalorarse ya que puede ser indicativo, tanto de una lesión neurológica grave como la descrita en este caso por lesión medular, como de la presencia de una fístula dural⁸, patologías ambas de consecuencias nefastas si pasan inadvertidas o si el tratamiento no se instaura de forma inmediata tras la aparición de los síntomas⁹. La consulta neuroquirúrgica urgente no debe diferirse en estos casos, debiendo valorarse incluso el traslado a un centro de referencia en el momento del diagnóstico si se considera preciso.

La presencia de sintomatología neurológica subaguda o diferida en paciente que ha sufrido un traumatismo cerrado cervical, aunque no haya sido de alta energía y no presente datos de fractura vertebral, obliga a realizar de forma urgente el diagnóstico diferencial con lesiones espinales postraumáticas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tompkins M, Panuncialman I, Lucas P, Palumbo M. Spinal epidural abscess. *J Emerg Med*. 2010;39:384-90. doi: 10.1016/j.jemermed.2009.11.001.
2. Darouiche RO. Spinal epidural abscess. *N Engl J Med*. 2006;355:2012-20. doi: 10.1056/NEJMra055111..
3. Ares B, Prieto JM, Dapena MD, García-Allut A, Lerma M. Spinal epidural abscess secondary to pharyngeal trauma due to food. *Rev Neurol*. 2001;32:1049-51.
4. Alerhand S, Wood S, Long B, Koyfman A. The time-sensitive challenge of diagnosing spinal epidural abscess in the emergency department. *Inter Emerg Med*. 2017;12:1179-83. doi.org/10.1007/s11739-017-1718-5..
5. Mackenzie AR, Laing RB, Smith CC, Kaar GF, Smith FW. Spinal epidural abscess: the importance of early diagnosis and treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1998;65:209-12. doi:10.1136/jnnp.65.2.209.
6. Bond A, Manian FA. Spinal Epidural Abscess: A Review with Special Emphasis on Earlier Diagnosis. *Biomed Res Int*. 2016;2016:1614328. doi:10.1155/2016/1614328.
7. Evaluación y manejo inicial. In: American College of Surgeons, editors. *ATLS Soporte Vital Avanzado en Trauma, Manual del Curso para Estudiantes*. 10ª ed. Chicago: American College of Surgeons; 2018. p. 18
8. Ginestal RC, García-Moreno F, Marques J, Simoes R, Serafim A, Palma T. Delayed onset diplopia associated with a stab wound dural cerebrospinal fluid fistula. *Sinapse*. 2011;11:16-9.
9. Khursheed N, Dar S, Ramzan A, Fomda B, Humam N, Abrar W, et al. Spinal epidural abscess: Report on 27 cases. *Surg Neurol Int*. 2017;8:240. doi: 10.4103/sin.sni_105_17.

Ricardo C. Ginestal-López ^{a,*}, Patricia Gómez-Iglesias^a,
Marta García-Yepes^a, Miguel Yus-Fuertes^b
y Carla Fernández García^c

^aServicio de Neurología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^bSección de Neuroradiología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^cServicio de Neurocirugía, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

ricardoconstantino.ginestal@salud.madrid.org
(R. C. Ginestal-López).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.05.018>
0009-739X/

© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Procedimiento de Altemeier para la reparación de prolapso rectal tras resección anterior de recto interesfinteriana con escisión mesorrectal total por vía transanal

Altemeier procedure for rectal prolapse after intersphincteric low anterior resection with transanal total mesorectal excision



Actualmente para las neoplasias de recto bajo Rullier II y III se acepta, en casos seleccionados, la resección anterior de recto ultrabaja interesfinteriana con anastomosis coloanal manual^{1,2}.

El prolapso de la plastia de colon tras la resección anterior de recto es una complicación infrecuente, con una incidencia cercana al 2,2% en el abordaje abierto. La incidencia es

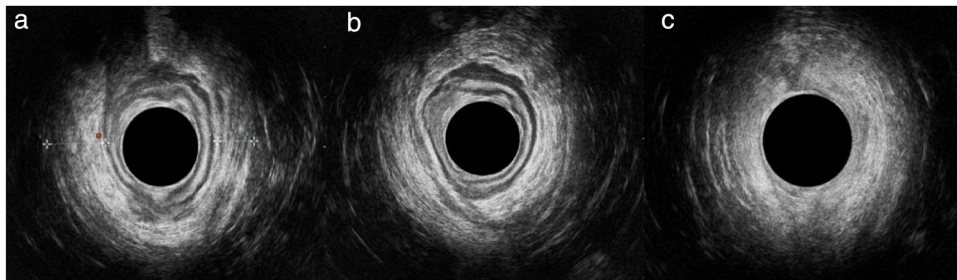


Figura 1 – Ecografía endoanal para estudio del prolapso: a) canal anal alto, asimetría entre ramas derecha e izquierda del músculo puborrectal; b) canal anal medio, adelgazamiento de esfínter anal externo en cuadrantes izquierdos; c) canal anal bajo sin alteraciones.

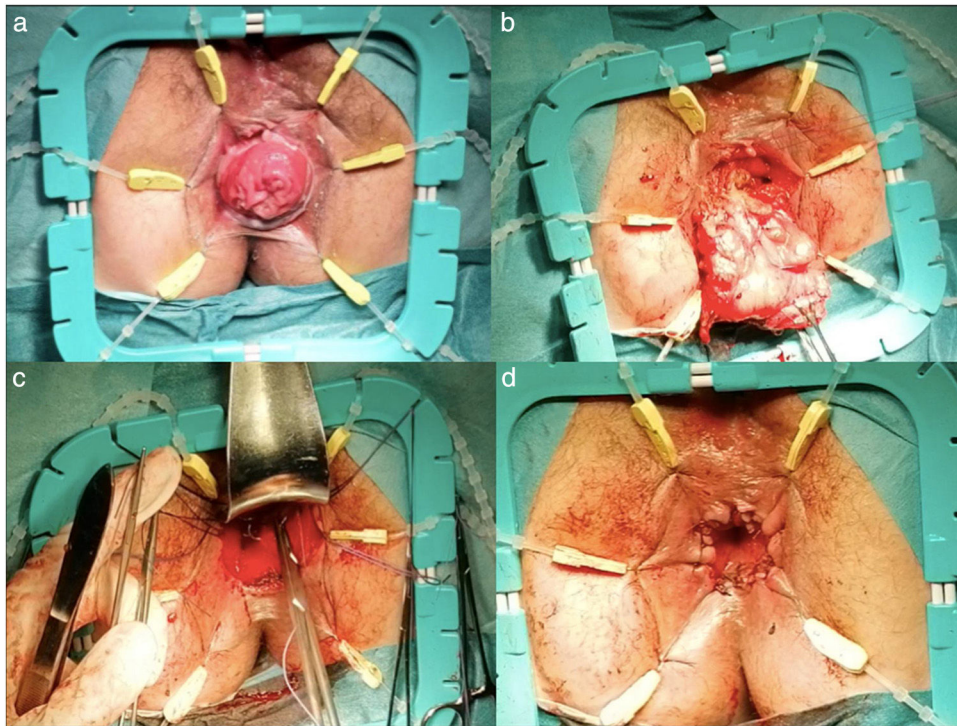


Figura 2 – Reparación del prolapso anal según el procedimiento de Altemeier: a) prolapso previo a la cirugía; b) resección de la plastia; c) levatorplastia; d) aspecto final.

ligeramente mayor cuando el abordaje se hace vía laparoscópica o robótica (6,4%)³.

Clásicamente, el tratamiento del prolapso de la anastomosis coloanal consistía en una amputación abdominoperineal.

Presentamos el caso clínico de una mujer de 61 años con antecedentes de tabaquismo, obesidad grado I y cirugía de ligadura tubárica a la que se le diagnostica una neoplasia de recto bajo tras el estudio de sangre oculta en heces. La colonoscopia describió una lesión con biopsia compatible con adenocarcinoma de bajo grado a 1 cm proximal a la línea pectínea. En la RMN pélvica se caracteriza la lesión como una tumoración posterior y anterolateral bilateral de más del 75% de la circunferencia y 3,5 cm de longitud. Existía infiltración de todo el grosor del esfínter anal interno, sin signos de infiltración del espacio interesfintérico y con 5 adenopatías mesorrectales en contacto con la fascia mesorrectal (Rullier III cT3N2M0). No se pudo realizar ecografía endoanal por dolor. En la anamnesis dirigida la

paciente refirió buena continencia basal (0 puntos en la escala de Wexner), el antecedente de un parto vaginal sin incidencias y a la exploración, condicionada por el dolor, presentaba buen tono, contractilidad y los reflejos estaban conservados.

La paciente se sometió a tratamiento radioquimioterápico neoadyuvante. La RMN de reestadificación mostró disminución tumoral y adenopática (persistiendo la extensión extramural). Se descartó afectación metastásica a distancia (Rullier II ycT3N0M0). Se indica la opción quirúrgica, planteando a la paciente la amputación abdominoperineal de Miles o la cirugía conservadora de esfínteres con escisión total del mesorrecto vía transanal (TaTME), decantándose por esta última.

Se practicó la resección interesfinteriana completa por cirugía TaTME, realizándose una anastomosis coloanal término-terminal manual con ileostomía de protección. El curso postoperatorio fue bueno, sin complicaciones, siendo dada de alta al séptimo día.

Durante el seguimiento posterior la paciente presentaba buen estado general, pero mala adaptación a la ileostomía, siendo la exploración física normal. Los resultados anatómopatológicos informaron de márgenes libres y calidad del mesorrecto óptima, con una estadificación final ypT1N0.

A los 4 meses la paciente acude por un prolapso rectal espontáneo, completo con la maniobra de Valsalva. En el tacto rectal se objetivó ausencia de masas, y juntamente con la manometría, una hipotonía severa. El estudio con colonoscopia descartó otras lesiones y la ecografía endoanal mostró una asimetría de las ramas puborrectales (derecha 12 mm e izquierda 9 mm), ausencia de esfínter anal interno y un esfínter anal externo íntegro, pero adelgazado en los cuadrantes izquierdos (fig. 1).

Con la orientación del prolapso de la plastia junto a la hipotonía severa realizamos una cirugía del prolapso sin colostomía definitiva según Altemeier⁴. La cirugía implicó la resección de la plastia de colon en unos 7-8 cm por debajo de la anastomosis previa y anastomosis coloanal término-terminal con levatorplastia posterior, sin incidencias y con buena retracción de la plastia (fig. 2). La paciente fue dada de alta al segundo día postoperatorio. La ileostomía fue cerrada a los 3 meses de la reparación. En los controles posteriores presenta un buen estado general, con una puntuación en la escala LARS de 23 puntos (LARS menor)⁵.

La cirugía conservadora de esfínteres para las neoplasias de recto bajo es una opción cada vez más realizada en nuestro medio, con diferentes abordajes que incluyen la vía robótica y el abordaje TaTME⁶. La cirugía TaTME debe realizarse por equipos con un entrenamiento establecido⁷. Incluso cumpliendo los criterios, se describen complicaciones relacionadas. El prolapso rectal relacionado con las resecciones ultrabajas es una complicación infrecuente, asociado a una mala función anorrectal con incontinencia, exudación y dolor anal⁸.

Se han descrito factores relacionados con la incidencia de prolapso del colon después de una resección interesfintérica como edad avanzada, sexo femenino y la radioterapia neoadyuvante³.

Ante un prolapso rectal, especialmente después de una cirugía oncológica, el estudio antes de la indicación quirúrgica debe descartar recidiva y hacer una valoración dinámica esfinteriana.

Existen múltiples abordajes quirúrgicos para el tratamiento de casos similares, con la preservación de la función anorrectal y evitar la colostomía definitiva como objetivo. Las técnicas descritas por Delorme y Altemeier, las pexias o una nueva resección por vía abdominal son algunas de ellas^{9,10}. Según nuestra experiencia la técnica de Altemeier podría ser una a tener en cuenta, aunque no disponemos de ensayos clínicos aleatorizados ni series de casos con seguimiento a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yamada K, Ogata S, Saiki Y, Fukunaga M, Tsuji Y, Takano M. Long-term results of intersphincteric resection for low rectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2009;52:1065-71.
2. Rullier E, Denost Q, Vendrely V, Rullier A, Laurent C. Low rectal cancer: Classification and standardization of surgery. *Dis Colon Rectum*. 2013;56:560-7.
3. Guraieb-Trueba M, Helber AR, Marks JH. Full-thickness neorectal prolapse after transanal transabdominal proctosigmoidectomy for low rectal cancer: A cohort study. *Color Dis*. 2018;20:593-6.
4. Altemeier W, Culbertson W, Alexander J. One-stage perineal repair of rectal prolapse. Twelve years' experience. *Arch Surg*. 1964;89:6-16.
5. Emmertsen KJ, Laurberg S. Low anterior resection syndrome score: Development and validation of a symptom-based scoring system for bowel dysfunction after low anterior resection for rectal cancer. *Ann Surg*. 2012;255:922-8.
6. Shirouzu K, Murakami N, Akagi Y. Intersphincteric resection for very low rectal cancer: A review of the updated literature. *Ann Gastroenterol Surg*. 2017;1:24-32.
7. Adamina M, Buchs NC, Penna M, Hompes R, St. Gallen Colorectal Consensus Expert Group on behalf of the SGCCE. St.Gallen consensus on safe implementation of transanal total mesorectal excision. *Surg Endosc*. 2018;32:1091-103.
8. Chau A, Frasson M, Debove C, Maggiori L, Panis Y. Colonic prolapse after intersphincteric resection for very low rectal cancer: A report of 12 cases. *Tech Coloproctol*. 2016;20:701-5.
9. Fazeli MS, Kazemeini AR, Keshvari A, Keramati MR. Delorme's procedure: An effective treatment for a full-thickness rectal prolapse in young patients. *Ann Coloproctol*. 2013;29:60-5.
10. Alwahid M, Knight SR, Wadhawan H, Campbell KL, Ziyaie D, Koch SMP. Perineal rectosigmoidectomy for rectal prolapse—the preferred procedure for the unfit elderly patient? 10 years experience from a UK tertiary centre. *Tech Coloproctol*. 2019;23:1065-72.

Eloy Maldonado Marcos*, Pere Planellas Giné, Júlia Gil Garcia, Ramon Farrés Coll y Antoni Codina Cazador

Cirugía General y Digestiva, Unidad de Cirugía Colorrectal, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Universidad de Girona, Instituto de Investigación Biomédica de Girona (IdIBGi), Girona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emaldonadom.girona.ics@gencat.cat (E. Maldonado Marcos).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.05.017>
0009-739X/

© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.