

11238
3



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA",
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DEPARTAMENTO DE COLOPROCTOLOGIA**

**"TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PROLAPSO
RECTAL MEDIANTE PROCTECTOMIA CON
RECONSTRUCCION COLOANAL"**

**QUE PARA OBTENER EL POSTGRADO DE
COLOPROCTOLOGO**

**PRESENTA
DR. MANUEL CERVANTES GUADARRAMA**

TUTOR DE TESIS

DR. MARCO ANTONIO PULIDO M.

ASESORES:

DR. FIDEL RODRIGUEZ ROCHA

DR. FRANCISCO CUEVAS MONTES DE OCA



IMSS

MEXICO, D. F.

2001

Nº 791040



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Dr. Arturo Robles Páramo
Jefe de Educación e Investigación
Hospital de Especialidades
Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

hospital de especialidades
**DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA**

Dr. Marco Antonio Pulido Muñoz
Jefe del Servicio de Coloproctología
Profr. Titular del Curso de Especialización
de Coloproctología
Hospital de Especialidades
Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Dr. Manuel Cervantes Guadarrama
Investigador principal

Número definitivo de la Coordinación
Delegacional de Investigación
99-690-0005

FACULTAD DE MEDICINA
Sec. de Servs. Escolares
MAR 29 2001
Unidad de Servicios Escolares
PPL de Posgrado

Agradecimientos

A Gema y a mi pequeño con amor; por ser mi estímulo para salir adelante.

A mi madre por darme la vida.

A mi padre con respeto y admiración por su apoyo incondicional y por ser lo que soy.

A mis hermanos con cariño y respeto.

A José con cariño, respeto y admiración por su apoyo incondicional y compañía durante todos estos años.

A mis maestros por su dirección y amplio conocimiento e inapreciable amistad.

A Ulises por su compañerismo y amistad.

Dr. Manuel Cervantes Guadarrama

INDICE

	Pág.
Resumen	1
Summary	2
Marco teórico	3
Material y métodos	7
Resultados	8
Discusión	9
Conclusión	10
Bibliografía	11
Anexo	i

Resumen

Tratamiento quirúrgico del prolapso rectal mediante proctectomía con reconstrucción colo-anal .

Objetivo: Evaluar la utilidad de la proctectomía con reconstrucción colo-anal.

Material y Métodos: Se trata de un estudio de tipo transversal y descriptivo.

Resultados: En el periodo correspondiente de enero de 1994 a enero de 1999 en el Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, se evaluaron 6 casos tratados quirúrgicamente mediante proctectomía con reconstrucción colo-anal. Siendo dos casos en pacientes masculinos y cuatro en pacientes femeninos. Todos tenían una edad mayor de 30 años. Las indicaciones para el procedimiento incluyeron prolapso rectal reductible en 2; irreductible en 1 y recidivante en 3. En cinco de los casos el procedimiento se realizó en forma electiva y solo en uno en forma urgente. En el 84% de los casos no se presentaron complicaciones y solo el 16% presentó infección de herida quirúrgica. En ninguno de los casos se presentó dehiscencia de la anastomosis y el índice de mortalidad correspondió a cero por ciento.

En conclusión este procedimiento puede ser considerado útil para el manejo quirúrgico de pacientes con prolapso rectal.

Palabras claves: Prolapso rectal, proctectomía, reconstrucción colo-anal.

Summary

Surgical treatment of rectal prolapsus with proctectomy and colo-anal reconstruction.

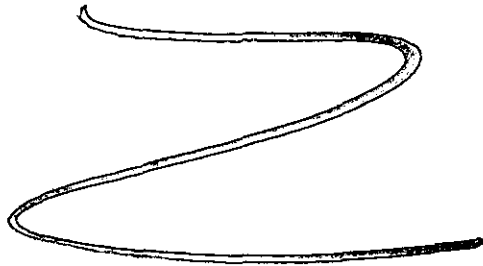
Objective: Evaluate the useful of proctectomy with colo-anal reconstruction.

Material and methods: This is a transversal and descriptive study.

Results: In the period between January 1994 and January 1999 at the Specialty Hospital "Centro Médico La Raza", six cases treated surgically with proctectomy and colo-anal reconstruction were evaluated. Of these cases, two were male and four females. All the patients were more than 30 years old. The procedure indications included two reducible rectal prolapsus; one irreducible and three relapses. Five cases were elective and only one as urgent case. 84% didn't present complications and only 16% presented surgical wound infection. None of the cases presented anatomical dehiscence and the mortality range was zero.

In conclusion this procedure could be useful for surgical treatment of rectal prolapsus patients.

Key words: Rectal prolapsus, proctectomy, colo-anal reconstruction.



**“Tratamiento quirúrgico del prolapso
rectal mediante proctectomía con
reconstrucción colo-anal”**

Tratamiento quirúrgico del prolapso rectal mediante Proctectomía con reconstrucción coloanal

Marco teórico

El prolapso rectal se define como una invaginación del recto y se puede clasificar como oculto (interno), mucoso completo (externo). El prolapso rectal interno no se extiende más allá del conducto anal y es precursor del prolapso completo. Este último se extiende más allá del ano.

El prolapso rectal se produce en los extremos de la edad. En adultos, la frecuencia máxima ocurre después de la quinta década de vida, con mayor afección en las mujeres en un 80 a 90% de los casos.

Son dos teorías aceptadas en cuanto a la causa de prolapso. La primera consiste en una hernia por deslizamiento que hace profusión a través de un defecto en el piso pélvico, (Mochcowitz y Col. 1912). La segunda teoría señala que es una invaginación circunferencial de la parte alta del recto y colo sigmoide. (Broden y Snellman en 1968)^{1,2}.

Los siguientes factores son importantes en la elección del tratamiento: edad, nivel de actividad, condiciones de vida, cuidados del paciente a sí mismo y enfermedades concurrentes.

Las manifestaciones clínicas iniciales se pueden relacionar con el prolapso

mismo, o con trastornos de la continencia que a menudo son simultáneos. En un principio, la masa sobresale al defecar, pero en una fase más avanzada protuye con cualquier esfuerzo ligero, como toser o estornudar. En la etapa primaria, los síntomas pueden incluir dificultad en la regularización intestinal, incomodidad, sensación de evacuación incompleta y tenesmo. En su forma más avanzada, esta enfermedad incapacitante se caracteriza por un prolapso permanente, el cual por traumatismo se ulcera. Esto ocasiona un exudado mucoso y sangrado, que hace que se manche la ropa interior. Con frecuencia están asociados constipación y pujo. La incontinencia es un síntoma común (28-88%)^{2,3}.

En general los procedimientos quirúrgicos para la corrección del prolapso se clasifican según su acceso: perineales y abdominales. Las reparaciones transabdominales más usadas son: procedimiento de Ripstein, procedimiento de Frykman, envoltorio con compresa de Ivalon, procedimiento de Cutait. Las reparaciones Perineales más frecuentes consisten en: procedimiento circular de Thiershs, procedimiento de Altmeier y reparación de Delorme^{1,2,3,4}.

La operación persigue corregir el prolapso rectal mediante:

1. Fijar el recto contra el sacro.
2. Resección del colon redundante si se considera necesario.
3. Con lo anterior la posibilidad de mejorar los síntomas de incontinencia.

La anastomosis colo-anal se ensayó por primera vez por Hucheneegg en 1838⁵, Maunsell describió su técnica del “pull-through” abdominal en 1892⁶

y Weir en 1901⁷, de igual forma Babcock en 1939⁸, Bacon en 1945⁹, Black¹⁰ en 1952, Cutait y Figliani¹¹ en 1961 y Turnbull y Cuthbertson¹² en el mismo año. Sin embargo la anastomosis colo-anal era insatisfactoria debido al significado y dificultad de las complicaciones, incluyendo necrosis de colon distal y diferentes resultados funcionales¹³.

Dentro de las aplicaciones de la anastomosis colo-anal; en 1964 Soave¹⁴ describió una mucosectomía rectal combinada con una anastomosis colo-anal endorrectal para el tratamiento de enfermedad de Hirschsprung. En 1972, Parks¹⁵ usó un procedimiento similar para el tratamiento de patología benigna en adulto y en 1982 se reportó para el uso de patología maligna¹⁶. Del mismo modo la anastomosis colo-anal fue introducida en 1972 por Sir Alan G. Parks como una operación preservadora del esfínter. Para enfermedades benignas¹⁵ consistiendo en anastomosis anal del colon en la línea dentada, sitio del corte circunferencial. En comparación con las técnicas anteriormente descritas, la reconstrucción colo-anal directa se basa en la preservación de la continencia anorrectal y función de la zona de alta presión¹⁷.

Para la preservación del esfínter en el tratamiento de enfermedades anorrectales benignas y malignas. Algunas de las indicaciones de la reconstrucción colo-anal con preservación del esfínter son: Adenocarcinoma, tumor vellosa, tumor carcinoide, proctitis postrradiación, enfermedad de Hirschsprung, fístula rectouretral, megarrecto, neoplasias del

recto medio y bajo, fístula rectovaginal; falla de la resección anterior convencional. El procedimiento se contraindica en enfermedades malignas; presencia de metástasis, alto grado de malignidad, tumor pélvico voluminoso, infiltración local al complejo esfintérico. Y relativamente; también para las benignas; edad avanzada o debilidad e incontinencia anal.¹³

La aparición de complicaciones como la sepsis local se ha visto raramente después de anastomosis colo-anal que después de resección anterior convencional. La estenosis de la anastomosis es rara; la formación de fibrosis progresiva dentro del corte rectal es secundaria a la formación de abscesos locales; complicación común de esta técnica. La ocurrencia de sepsis pélvica puede llevar a fibrosis y alteración de la continencia^{17,18}. Generalmente se acepta que la anastomosis colo-anal se indica si la función de la continencia esta integra. Una continencia completa puede esperarse al primer día después de la operación. El resultado final de la función se valora después de un periodo de adaptación, con una tasa de continencia del 43% al 67%, con una proporción adicional del 20 al 30% en sujetos que informan buena continencia, con resultados funcionales finales de 58% al 100% y con un promedio de 2.2 a 3 evacuaciones por día^{16, 17, 18, 19, 20, 21,22}.

Material y Métodos

Es un estudio de tipo transversal y descriptivo, que se realizó en el Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, mediante el análisis de pacientes tratados quirúrgicamente con proctectomía y reconstrucción coloanal en el periodo de Enero de 1994 a Enero de 1999.

Se incluyeron a todos aquellos pacientes con diagnóstico de prolapso rectal y continencia anal, mayores de 20 y menores de 95 años, ambos sexos, con cirugía urgente o electiva operados en el Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza. No se incluyeron a los pacientes menores de 20 años y mayores de 95 años; así como también aquellos que presentaban enfermedad sistémica descompensada y enfermedad de la colagena. Se excluyeron de estudio a los pacientes que no contaban con expediente clínico en archivo del hospital y los que presentaron defunción por causa ajena al procedimiento.

Se evaluó la edad, sexo, evolución del prolapso, continencia, indicación del procedimiento, días de estancia intrahospitalaria, cantidad de sangrado quirúrgico, hemotransfusión, infección de herida quirúrgica, dehiscencia anastomótica, corrección del prolapso.

Los datos fueron obtenidos de los expedientes correspondientes y del archivo clínico del servicio de coloproctología.

El análisis estadístico fue de tipo descriptivo utilizando medidas de tendencia central.

Resultados

Se revisó una población de 6 casos con diagnóstico de prolapso rectal a los que se sometió a proctectomía con reconstrucción colo-anal, de los cuales 4 correspondieron al sexo femenino y 2 al sexo masculino (tabla 1.1). El rango de edad de los pacientes analizados fue de 30 a 90 años; predominando la década de los treinta (tabla 2.1).

Se observó una evolución del prolapso rectal de más de 20 años en cuatro de los seis casos (tabla 3.1), incluyéndose un caso de prolapso desde el nacimiento. La indicación del procedimiento se agrupó en tres categorías; prolapso rectal reductible, irreductible y recidivante (tabla 4.1).

La cantidad de sangrado transoperatorio se presentó entre 150 y 1000 ml, (tabla 5.1). Requiriendo de hemotransfusión dos de los seis casos (tabla 6.1). La infección de herida solo se presentó en uno de los seis casos; el cuál fue sometido a cirugía de urgencia por presentar un prolapso rectal irreductible (tabla 7.1)

La continencia postoperatoria en cinco de los seis casos puede incluirse en el grado 1 de la escala de Kirwan (tabla 9.1). Los días de estancia hospitalaria fluctuaron entre 6 y 18 días con un predominio de 6 días (tabla 10.1)

En ninguno de los casos se presentó dehiscencia de la anastomosis (tabla 8.1) y la mortalidad en esta serie fue de cero por ciento.

Discusión

La tendencia actual para preservar el esfínter en el tratamiento de enfermedades benignas y malignas del anorrecto ha llevado a reevaluar el uso de la anastomosis colo-anal formalmente conocida como procedimiento de “pull-through”⁶, técnica no muy popularizada por los cirujanos debido a las complicaciones: incluyendo necrosis distal de colón y diversos resultados funcionales. Recientemente la técnica modificada y descrita por Parks¹⁵ ha aportado un avance para el procedimiento.

En este estudio se reportan resultados preliminares con la técnica de Parks de proctectomía y reconstrucción colo-anal de 6 pacientes tratados quirúrgicamente usando esta nueva técnica para prolapso rectal. De los cuales 2 fueron masculinos y 4 femenino; con una edad promedio de 35 años (rango de 32-90 años). En la indicación para el procedimiento predominó el prolapso rectal recidivante; presentándose un caso de prolapso rectal irreductible sometido a cirugía de urgencia. La evolución clínica del prolapso se presentó en el 50% por un periodo mayor a los 20 años. Todos los pacientes en esta serie se sometieron a proctectomía y reconstrucción colo-anal; con un sangrado transoperatorio en el rango de 150 a 1000 ml, requiriendo de hemotransfusión solo dos pacientes. La infección de la herida quirúrgica se presentó solo en el paciente que se sometió a cirugía de urgencia por prolapso rectal irreductible. Los resultados funcionales de la continencia postoperatoria se evaluaron de acuerdo a la escala de Kirwan. En el 84% de los pacientes se evaluó en el grado 1 y para el 16 % en el grado 3. No existiendo diferencia para los días de estancia hospitalaria en comparación con otros procedimientos de acceso abdominal para el prolapso rectal. El rango de dehiscencia anastomótica y mortalidad para esta serie fue de cero.

Conclusiones

- La proctectomía con reconstrucción colo-anal es un procedimiento seguro con baja morbilidad y poca o nula mortalidad.
- La preexistencia en el deterioro de la continencia contraindica el procedimiento. La edad avanzada y/o debilidad también pueden contraindicar al mismo.
- La preservación meticulosa de todo el complejo esfintérico durante la mucosectomía, es esencial para mantener la continencia en los pacientes tratados. Por lo anterior los resultados son favorables en los pacientes seleccionados.
- La proctectomía con reconstrucción colo-anal puede ser considerada para la aplicación en estos pacientes con recidiva; como una alternativa de tratamiento quirúrgico para prolapso rectal.
- Este trabajo tiene la finalidad de servir como referencia para trabajos posteriores en esta línea de investigación.

Bibliografía

¹ Marvin L Corman "Colon and Rectal Surgery", 1993. 3rd De., 293-329

² John Goligher, "Cirugía del ano, recto y colon", 1995, 2a De., 235-268

³ Stanley, M., Goldberg Philip, H. Gordon, Santhar Nivatungs., "Fundamentos de Cirugía Anorrectal",
1992, 305-326.

⁴ David E. Beck, Steven D. Wexner, "Fundamentals of Anorectal Surgery", 1992. 89-103

⁵ Hochenegg J. , "Die Sak Rake Methode der Extirpation von Mastdom krebse nach Prof Kraske. Wien
Klin Wochenschr", 1888; 1:254- 272- 290- 309- 324- 348.

⁶ Maunsell H. W., " A new method of excising the two upper portions of the rectum and the lower segment
of the sigmoid flexure of the colon " Lancet, 1892; 2: 473-6.

⁷ Weir R. F., " An improved method of treating high-sealed cancers of the rectum" JAMA, 1901; 37:801-
803

⁸ Babcock W. W., "Experiences with resection of the colon and the elimination of colostomy". Am. J. Surg.
1939, 46:186-203.

⁹ Bacon H. E., "Evolution of sphincter muscle preservation and reestablishment of continuity in the operative treatment of rectal and sigmoidal cancer" *Surg Gynecol Obstet*, 1945; 81: 113-27.

¹⁰ Black, B.W., "Combined Abdomino-endo rectal resection: Technical aspects and indications" *Arch. Surg.*, 1952; 65:406-16.

¹¹ Cutait D. E., Figliani F. J., "A new method of colorectal anastomosis in abdominoperineal resection" *Dis Col Rectum*, 1961; 4:335-42.

¹² Turnbull R. B. Jr., Cuthbertson A. M., "Abdomino-rectal pullthrough resection for cancer and for Hirschsprung's disease" *Cleveland Clin Q*, 1961;28:109-15

¹³ Vernava A. M. III, Robbins P. L., Brabbee G. W., "Resrutative resection: Coloanal Anastomosis for benign and malignant disease" *Dis Colon Rectum*, 1989; 32:690-3.

¹⁴ Soave F. A., "A new surgical technique for the treatment of Hirschsprung's disease" *Surgery*, 1964; 56: 1007-14.

¹⁵ Parks A. G., "Transanal technique in low rectal anastomosis" *Proc R. Soc Med*, 1972; 65: 925-6.

¹⁶ Parks A. G., Perey J.P., "Resection and sutured colo-anal anastomosis for rectal carcinoma" *Br. J. Surg.*

1982; 69:301-4.

¹⁷ Lane R. H., Parks A. G., "Function of the anal sphincters following coloanal anastomosis", Br J Surg,

1977; 64; 569-9.

¹⁸ Lane R. H., Parks A. G., "Function of the anal sphincters following coloanal anastomosis", Br. J Surg, 1977;

64:569-9

¹⁹ Drake D. B., Pamberton J. H., Beart R. W., Dozois R. R., " Coloanal anastomosis in the management of

benign and malignant rectal disease", Ann Surg, 1987; 5:600-5

²⁰ Bernard D. Morgan S., Tasse D., Wassef R., "Preliminary results of coloanal anastomosis" Dis Colon

Rectum, 1989; 32:580-4

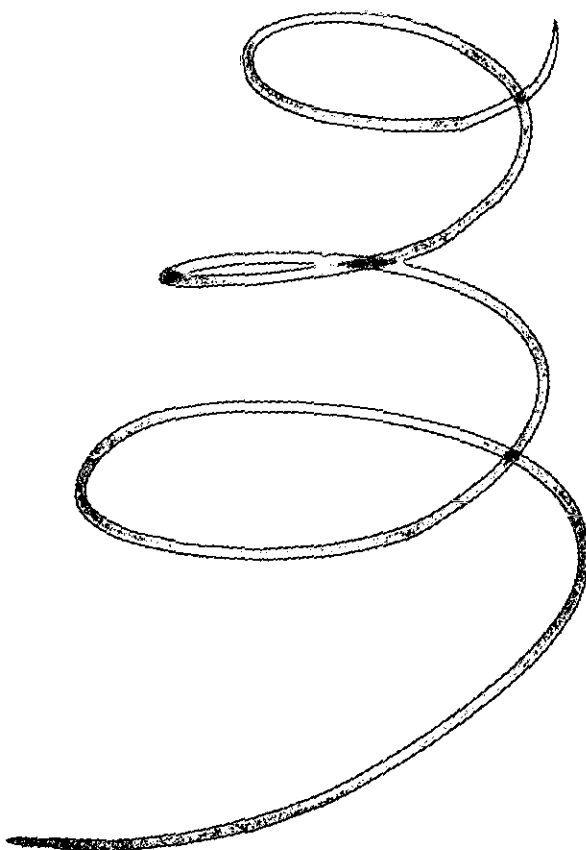
²¹ Hautefeuille P., Valleur P., Perniceni T., "Functional and oncologic results after coloanal anastomosis for

low rectal carcinoma", Ann Surg. 1988; 207:61-7

²² Rudd W. W., " The transanal anastomosis; a sphincter-saving operation with improved continence" Dis

Colon Rectum" 1979; 22: 102-5

ANEXOS



Tablas

Sexo	No. de casos	%
Masc.	2	33.4
Fem.	4	66.6

Tabla 1.1. Distribución de casos por sexo

Edad	No. de casos	%
20-29	0	0
30-39	3	50
40-49	0	0
50-59	2	33.4
60-69	0	0
70-79	0	0
80-89	0	0
90- >	1	16.6

Tabla 2.1. Distribución de casos por edades

Periodo de años	No. de casos	%
Desde nacimiento	1	16.6
3-5	2	33.4
6-8	0	0
9-12	0	0
más de 12	3	50

Tabla 3.1. Distribución casos del periodo de evolución de años del prolapso

Indicación de procedimiento	No. de casos	%
Reductible	2	33.4
Irreductible	1	16.6
Recidivante	3	50

Tabla 4.1. Distribución de casos por indicación de procedimiento

Cantidad en ml. de sangrado postoperatorio	No. de casos	%
0-140	0	0
150-290	1	16.6
300-440	1	16.6
450-590	2	33.4
600-740	0	0
750-890	1	16.6
900-1050	1	16.6

Tabla 5.1. Distribución de casos de sangrado postoperatorio

No. de paquetes de Hemotransfusión	No. de casos	%
No transfusión	4	66.6
1-2	2	33.4
3-4	0	0
+ 4	0	0

Tabla 6.1. Distribución de casos de hemotransfusiones

Infección postoperatoria	No. de casos	%
No presentó infección	5	83.3
Presentó infección	1	16.7

Tabla 7.1. Distribución de casos de infección postoperatoria

Dehiscencia de anastomosis	No. de casos	%
No presentó	6	100
Si presentó	0	0

Tabla 8.1. Distribución de casos por dehiscencia de anastomosis

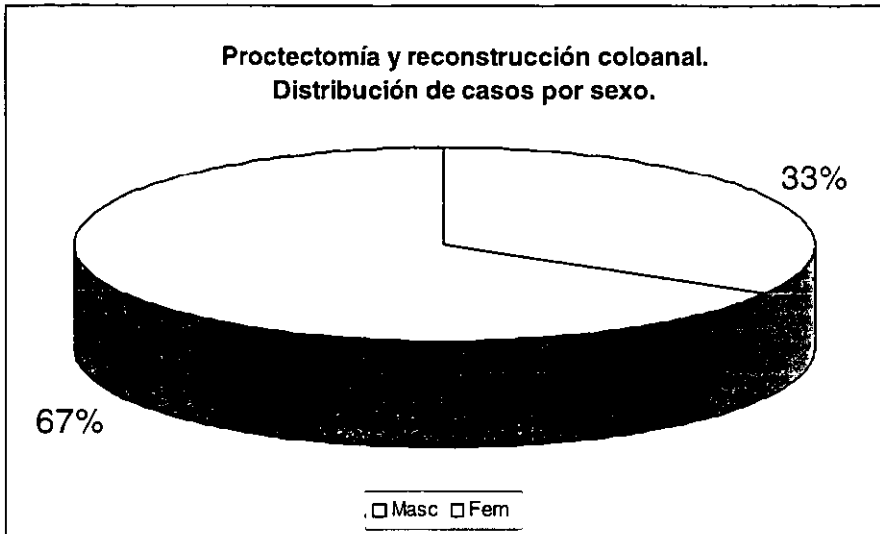
Grado de continencia (escala Kirwan)	No. de casos	%
1	5	83.3
2	0	0
3	1	16.7
4	0	0
5	0	0

Tabla 9.1. Distribución de casos por continencia

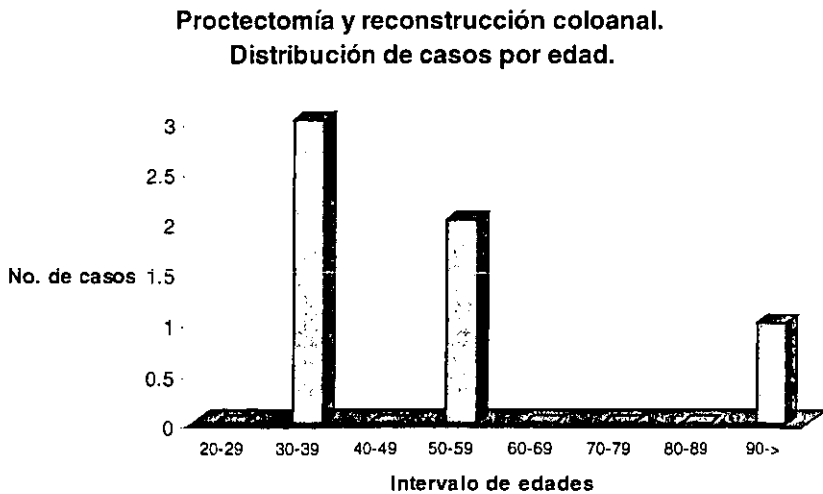
Días de estancia hospitalaria	No. de pacientes	%
1-4	0	0
5-8	4	66.67
9-12	1	16.67
13-16	0	0
17-20	1	16.67

Tabla 10.1. Días de estancia hospitalaria en pacientes tratados con proctectomía

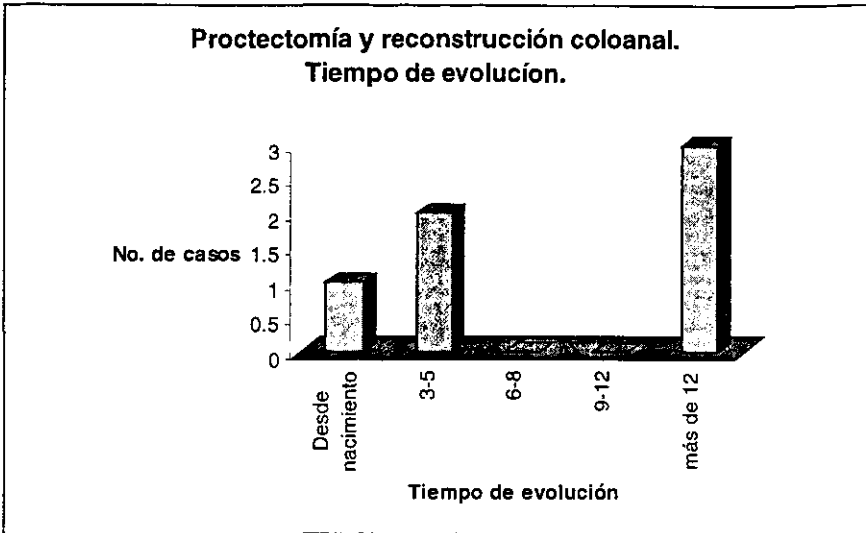
Gráficas



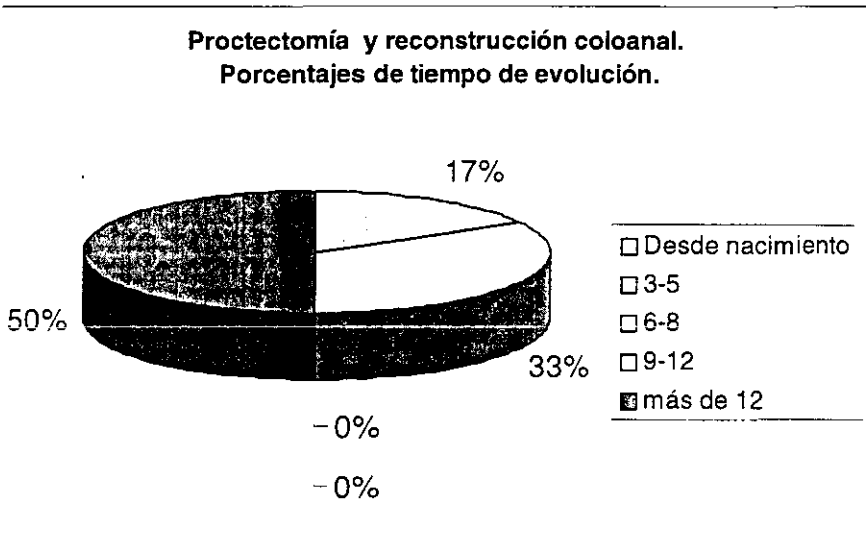
Gráfica 1.1 Distribución de casos por sexo



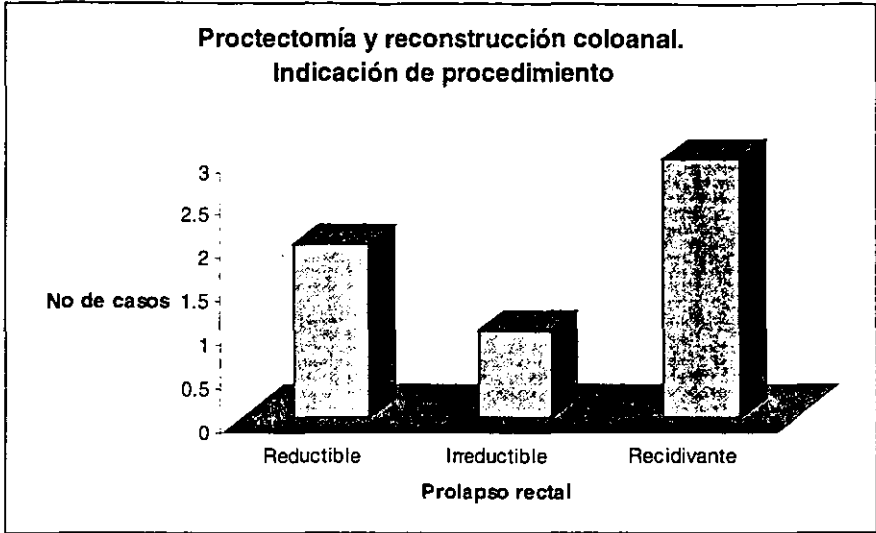
Gráfica 2.1 Distribución de casos por edad



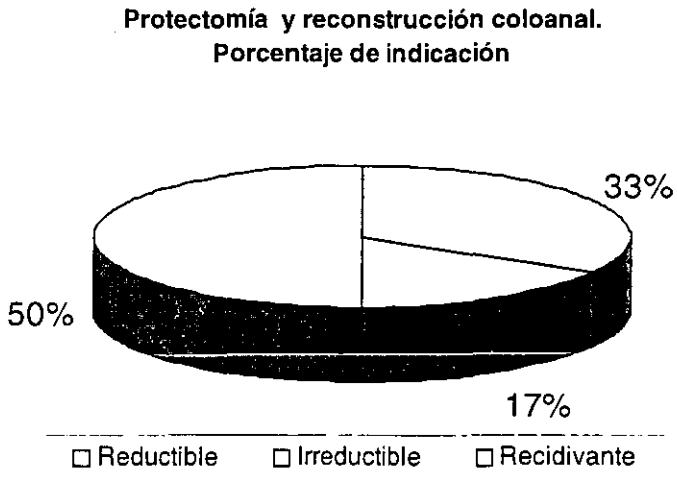
Gráfica 3.1 Distribución de tiempo de evolución.



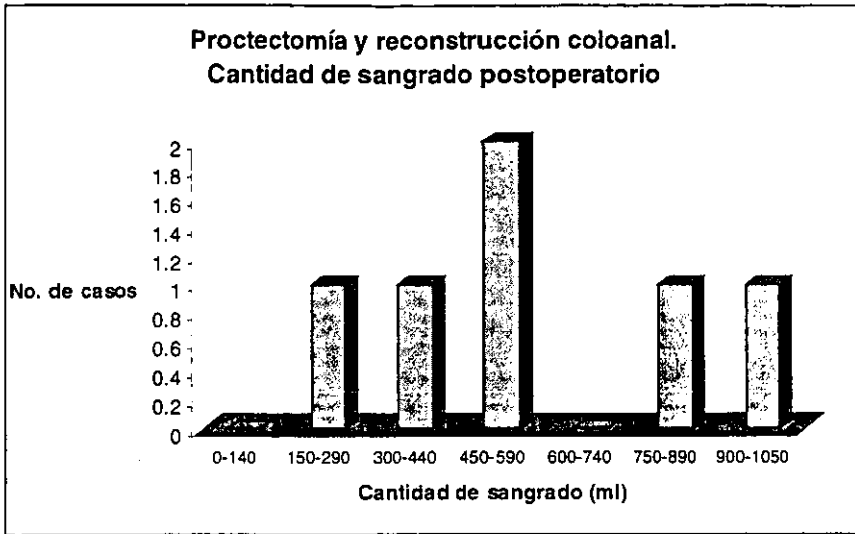
Gráfica 3.2 Porcentaje de la distribución de tiempo de evolución.



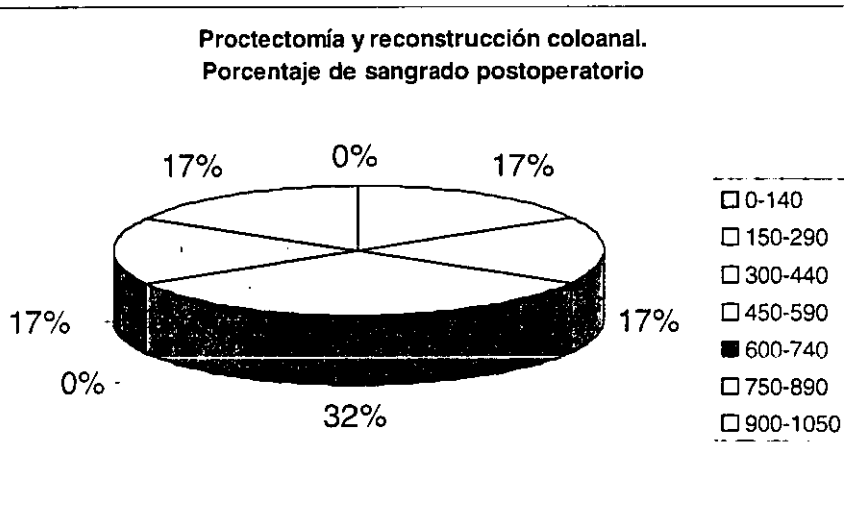
Gráfica 4.1 Distribución de indicación de procedimiento.



Gráfica 4.2 Porcentaje de la distribución de indicación de procedimiento.

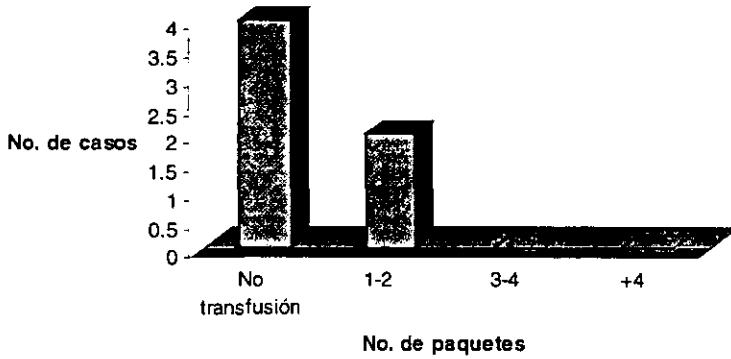


Gráfica 5.1. Distribución de cantidad de sangrado postoperatorio.



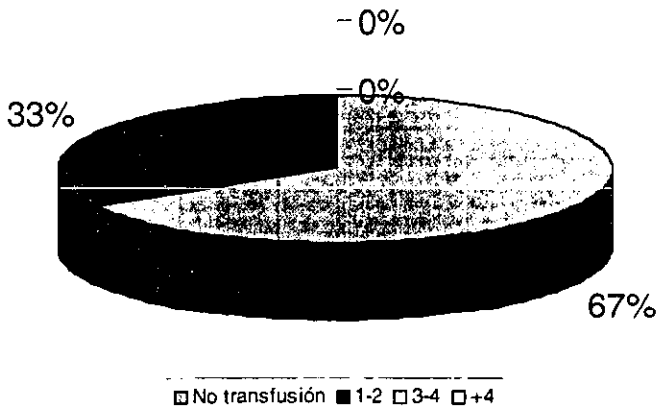
Gráfica 5.2. Porcentaje de la distribución de sangrado postoperatorio.

**Proctectomía y reconstrucción coloanal.
Distribución de casos por hemotransfusión**

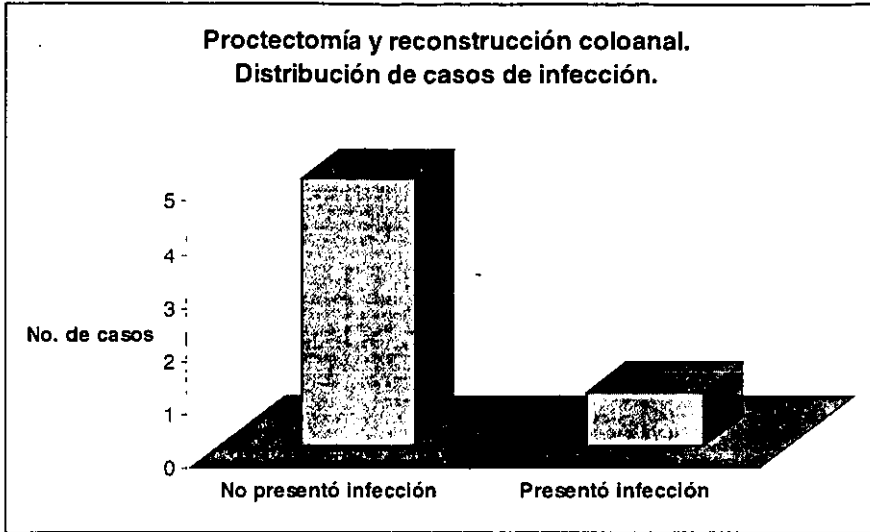


Gráfica 6.1. Distribución de casos por hemotransfusión.

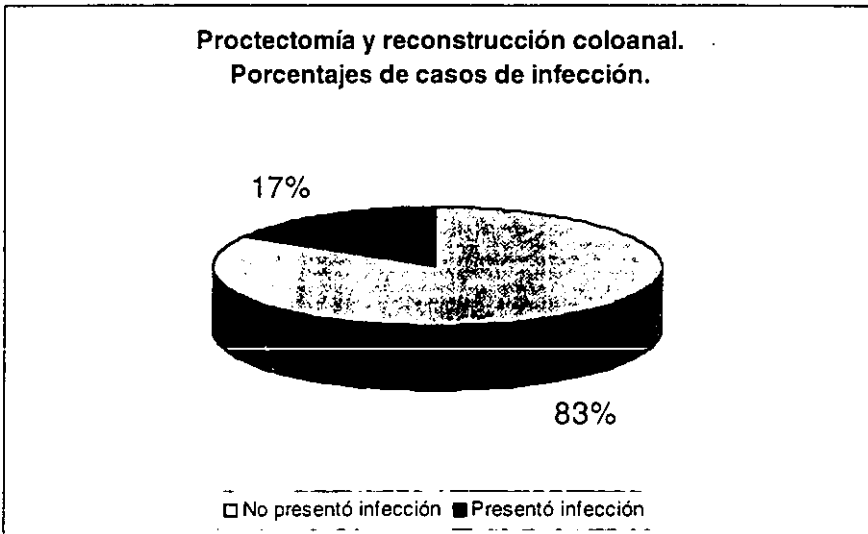
**Proctectomía y reconstrucción coloanal.
Porcentajes por hemotransfusión**



Gráfica 6.2. Porcentaje de la distribución de hemotransfusión

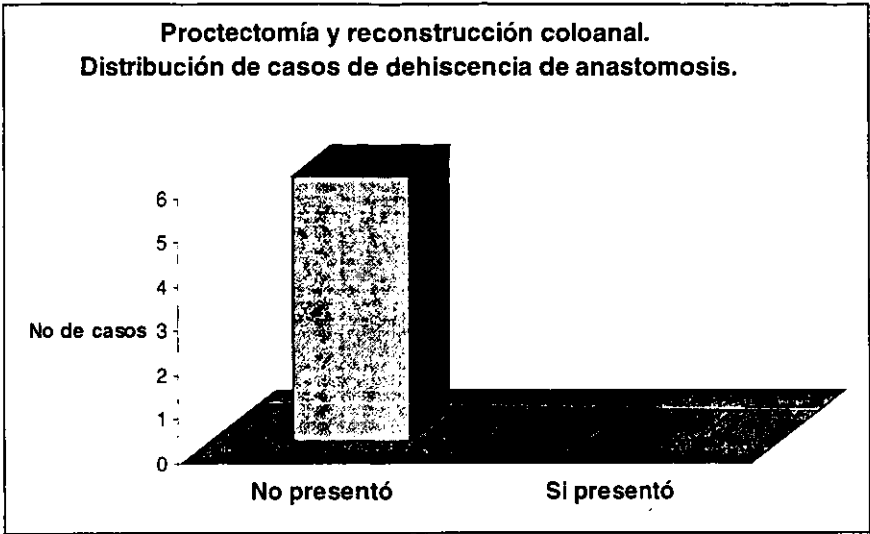


Gráfica 7.1 Distribución de casos de infección.

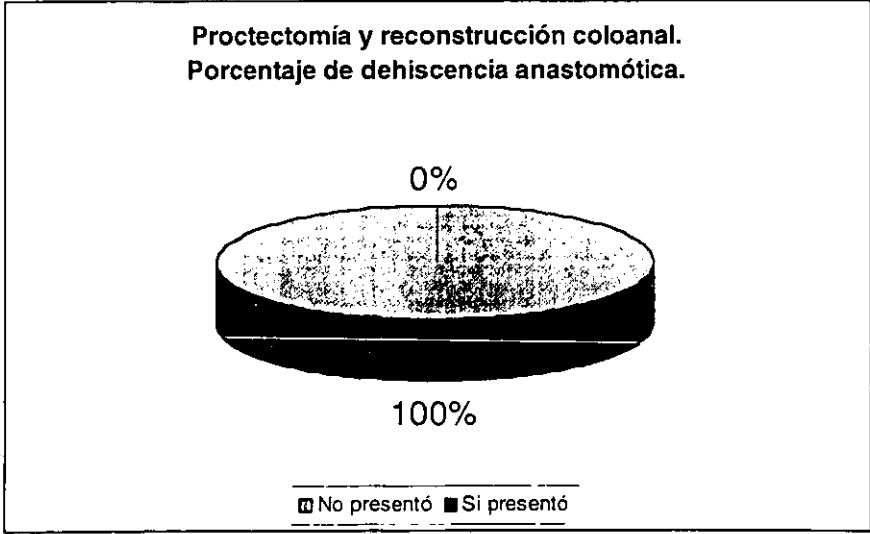


Gráfica 7.2. Porcentajes de casos de infección

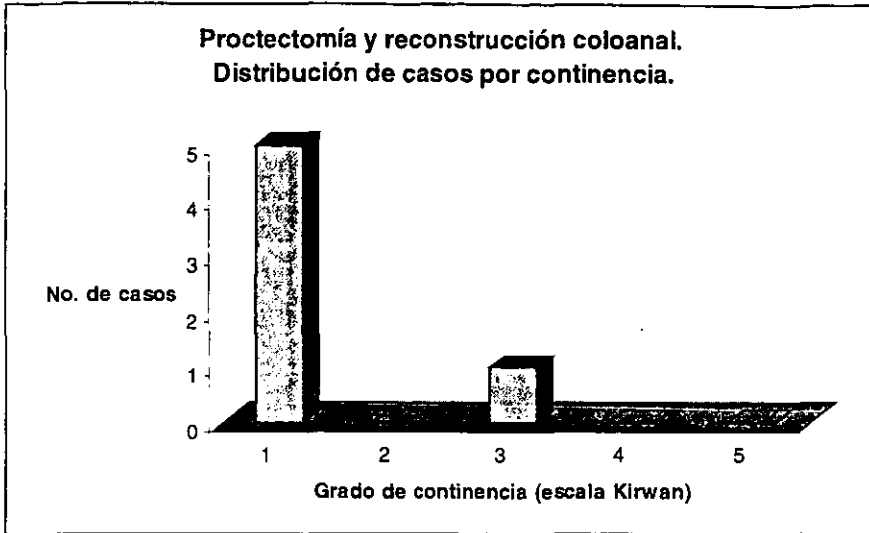
**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**



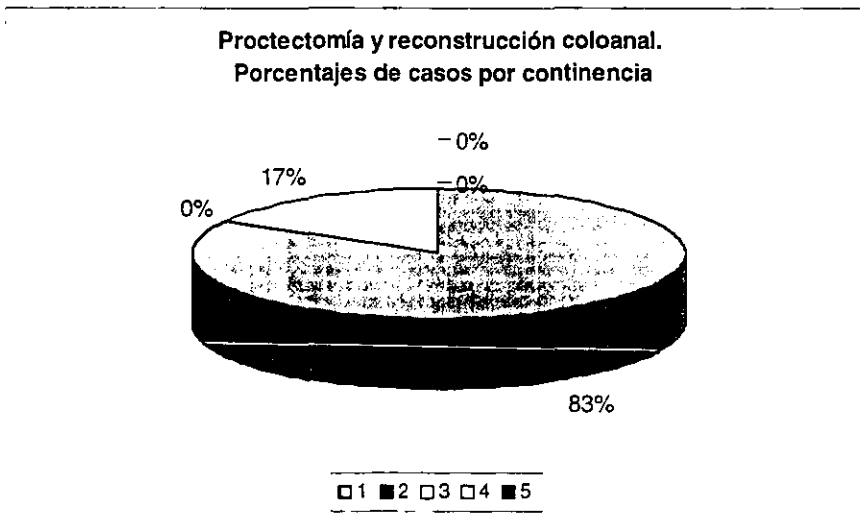
Gráfica 8.1 Distribución de casos de dehiscencia de la anastomosis.



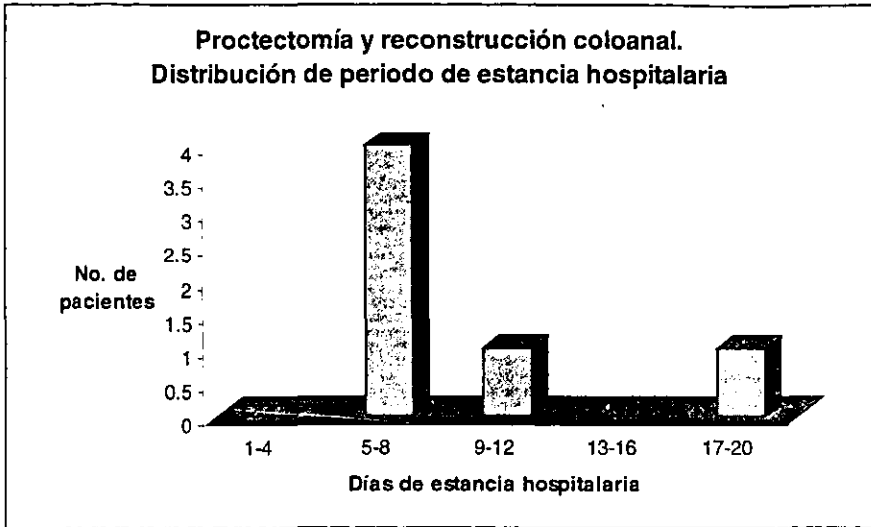
Gráfica 8.2. Porcentaje de caos de dehiscencia anastomótica.



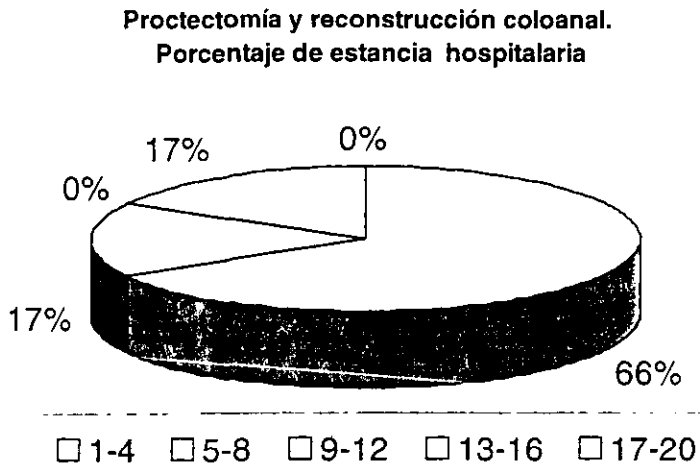
Gráfica 9.1 Distribución de casos por continencia.



Gráfica 9.2. Porcentaje de casos por continencia.



Gráfica 10.1. Distribución de periodo de estancia hospitalaria



Gráfica 10.2. Porcentaje de distribución de periodo de estancia hospitalaria.

Escala de Kirwan

Grado	Continencia
1.	Perfecta
2.	Incontinencia gases
3.	Fuga menor ocasional
4.	Ensuciamiento frecuente
5.	Colostomía