



## CIRUGÍA ESPAÑOLA

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)


## Carta científica

## Prolapso rectal encarcerado: rectosigmoidectomía perineal urgente

### Strangle rectal prolapse: Emergency perineal rectosigmoidectomy

El prolapso rectal se define como una protrusión de espesor completo de la pared rectal a través del canal anal. Comúnmente, ocurre en mujeres ancianas por debilidad de la musculatura del suelo pélvico, siendo infrecuente en varones jóvenes<sup>1</sup>.

Diferenciamos 3 entidades clínicas: prolapso mucoso (parcial o pseudoprolapso), prolapso interno (intususcepción rectal) y el prolapso total (completo o verdadero)<sup>2</sup>. El prolapso mucoso es generalmente resultado de lesiones como hemorroides o pólipos. La intususcepción puede ser un trastorno de espesor total o parcial, pero el tejido no sobrepasa el canal anal, a diferencia del prolapso total.

Suele cursar de forma progresiva; inicialmente reductible de manera espontánea, luego manualmente y finalmente torna irreductible. En cualquier etapa, puede complicarse con encarceración-estrangulación, siendo muy infrecuente.

El prolapso rectal encarcerado es una urgencia quirúrgica<sup>3</sup>, siendo en este caso de elección la rectosigmoidectomía perianal urgente<sup>4</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 42 años de edad, con antecedentes de disfunción eréctil y prolapso rectal secundarios a estallido traumático de L4 20 años atrás. En contexto de ingreso por IAM aqueja molestias al no haberse practicado reducción manual habitual del prolapso. Presentaba prolapso rectal completo de 20 cm, mucosa edematosa, violácea y superficie con ulceración de aspecto crónico (fig. 1).

Tras fracasar todos los procedimientos conservadores de reducción, compresas tópicas hiperosmolares, masaje y Trendelenburg bajo anestesia general, se procede a realizar rectosigmoidectomía perineal (procedimiento de Altemeier) de urgencia.

Se practica una incisión de pared rectal completa a 2-3 cm de la línea dentada, los vasos del mesorrecto y mesosigma fueron controlados con fuente de alta energía, resecaando 15 cm de recto prolapsado (fig. 1) y realizando una anastomosis coloanal manual (fig. 2). No se asoció levatorplastia ni colostomía de descarga.

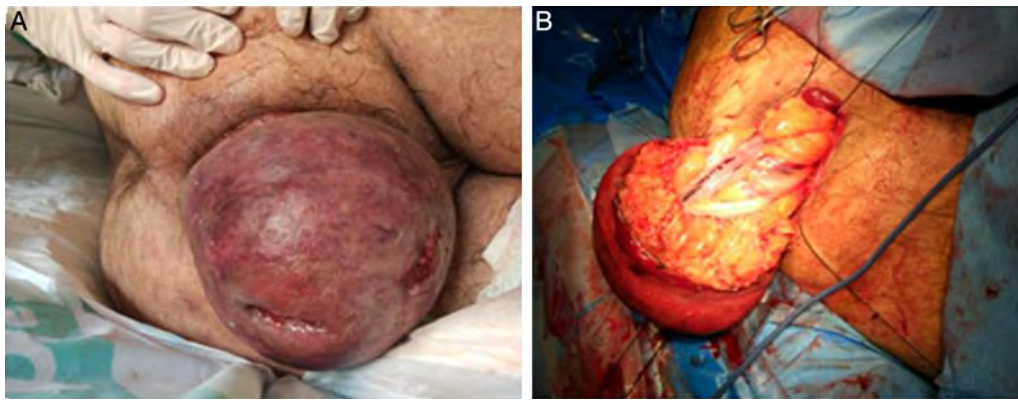
Evolución satisfactoria, sin complicación desde el punto de vista digestivo o cardiológico, siendo dado de alta al 5.º día postoperatorio. En el seguimiento inicial refiere correcta continencia y ausencia de recidiva.

Todavía existe debate sobre el mecanismo fisiopatológico del prolapso rectal pero el esfuerzo abdominal crónico está presente en la mayoría de casos. La forma más común es el curso crónico del trastorno que permite realizar pruebas diagnósticas como sigmoidoscopia, videodefecografía, ecografía endoanal y manometría anal. En el contexto de encarceración, se omiten pruebas diagnósticas ya que el tratamiento quirúrgico urgente es mandatorio.

El tratamiento quirúrgico persigue la corrección anatómica del prolapso, restaurar la continencia y mejorar el estreñimiento y la evacuación. Clásicamente, se describen 2 vías de abordaje, la perineal y la abdominal para la realización de una fijación, una resección intestinal o plicatura. La elección de la técnica se realiza en función de características clínicas y funcionales del paciente.

En la situación urgente, cuando el prolapso no se puede reducir manualmente, algunas técnicas pueden ayudar a que el intestino vuelva a su posición anatómica. La sedación, la posición de Trendelenburg y la aplicación tópica de sal y sacarosa pueden disminuir el edema intestinal y permitir la reducción<sup>5</sup>. Sin embargo, cuando el intestino prolapsado está estrangulado se convierte en una urgencia quirúrgica, como fue el caso de nuestro paciente. La técnica de elección es la rectosigmoidectomía perineal, pudiendo asociar o no colostomía de descarga<sup>3,6</sup>.

Encontramos pocos datos publicados al tratarse de una condición infrecuente, la mayoría series históricas como la de Ramanujam et al., que describieron 8 casos de prolapso rectal encarcerado durante un período de 9 años, practicándose rectosigmoidectomía perineal. Todas eran mujeres mayores de 75 años y 2 (25%) desarrollaron una fuga anastomótica postoperatoria con peritonitis que requirió reintervención para realizar una colostomía derivativa<sup>7</sup>.



**Figura 1 – A) Gran prolapso rectal encarcerado. Se aprecia mucosa congestiva, con áreas necróticas y ulceración. B) Detalle de la intervención quirúrgica. Tras incisión circunferencial a nivel de línea pectínea, exéresis de recto prolapsado.**



**Figura 2 – Resultado de la intervención quirúrgica. Anastomosis terminoterminal coloanal manual.**

En los últimos años, se ha observado una tendencia a ofrecer rectosigmoidectomía perineal electiva en pacientes más jóvenes, especialmente en varones<sup>8</sup>. Sin embargo, y a pesar de ser una solución adecuada para el problema urgente, la tasa de recurrencia tras la intervención de Altemeier no es despreciable (3-16%), que siguen siendo altas en comparación con los abordajes abdominales<sup>9</sup>. Además, la restauración de la continencia después de la operación también es impredecible, por lo que se ha sugerido la adición de la levatorplastia a la rectosigmoidectomía perineal (operación de Prasad) para lograr mejores resultados, pero no se ha demostrado como factor que prevenga una posible recidiva<sup>10</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Wu JS. Rectal prolapse: A historical perspective. *Curr Probl Surg.* 2009;46:602–716.
2. Felt-Bersma RJ, Cuesta MA. Rectal prolapse, rectal intussusception, rectocele, and solitary rectal ulcer syndrome. *Gastroenterol Clin North Am.* 2001;30:199–222.
3. Abdelhedi C, Frikha F, Bardaa S, Kchaw A, Mzali R. Altemeier operation for gangrenous rectal prolapse. *Afr J Surg.* 2014;52:88. <http://dx.doi.org/10.7196/sajs.1409>.
4. Koizumi N, Kobayashi H, Fukumoto K. Massive chronic irreducible rectal prolapse successfully treated with Altemeier's procedure. *Surg Case Rep.* 2018;2018:rjy064.
5. Keighley MRB, Williams NS. Rectal prolapse. En: Keighley MRB, Williams NS, editores. *Surgery of the anus, rectum and colon.* 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. p. 779–827. Volume 1.
6. Cirocco WC. The Altemeier procedure for rectal prolapse: An operation for all ages. *Dis Colon Rectum.* 2010;53:1618–23.
7. Ramanujam PS, Venkatesh KS, Fietz MJ. Perineal excision of rectal procidentia in elderly high-risk patients. A ten-year experience. *Dis Colon Rectum.* 1994;37:1027–30.
8. Tou S, Brown SR, Nelson RL. Surgery for complete (fullthickness) rectal prolapse in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;11. CD001758.

9. Van der Schans EM, Paulides TJC, Wijffels NA, Consten ECJ. Management of patients with rectal prolapse: The 2017 Dutch guidelines. *Tech Coloproctol*. 2018;22:589–96. <http://dx.doi.org/10.1007/s10151-018-1830-1>.
10. Gunner CK, Senapati A, Northover JM, Brown SR. Life after PROSPER What do people do for external rectal prolapse? *Colorectal Dis*. 2016;18:811–4. <http://dx.doi.org/10.1111/codi.13255>.

Marta Allué Cabañuz \*, María Azucena Gonzalo Rodriguez y Ana Cristina Navarro Gonzalo

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [martitaallue@hotmail.com](mailto:martitaallue@hotmail.com)  
(M. Allué Cabañuz).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.03.015>  
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.