

Premio (*)

Resultados fisiológicos y clínicos tras la intervención de Delorme en el tratamiento del prolapso rectal completo (resumen)

Susana López Celada

Se denomina prolapso rectal completo al descenso circunferencial de todas las capas del intestino a través del ano. Su etiología no es bien conocida, aunque se han implicado algunos factores predisponentes como la laxitud y atonía de la musculatura del suelo pélvico, defecto de la fijación del recto, esfuerzos defecatorios, etc., asociados a anomalías anatómicas preexistentes tales como fondo de saco peritoneal anormalmente profundo, diástasis de los elevadores, estiramiento y denervación del esfínter anal, rectosigma redundante, pérdida de la horizontalidad del recto con atenuación de las fijaciones pélvicas y sacras, pérdida del soporte de la vejiga y el útero y descenso peritoneal. Se asocia a la incontinencia anal en un 50-70% de los casos, agravándose la severidad clínica y social del problema. La presencia de incontinencia anal puede influir en la técnica quirúrgica de reparación y persiste tras la cirugía en un 36-52% de los casos. La asociación a altera-

ciones manométricas y electrofisiológicas es constante.

El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados clínicos y fisiológicos de la técnica perineal de Delorme (mucosectomía de la mucosa del prolapso rectal y plicatura de la capa muscular lisa del recto) asociada a la reparación del suelo pélvico en el tratamiento del prolapso rectal completo.

Hemos estudiado un total de 14 pacientes con prolapso rectal completo, divididos en dos grupos en función de su continencia anal: Grupo P (prolapso), compuesto por 7 pacientes continentales a heces (6 mujeres y 1 varón) con una edad media de 36 ± 23 años (18-76) y Grupo PI (prolapso + incontinencia fecal), compuesto por 7 mujeres con una edad de 64 ± 17 años (27-74). Para establecer comparaciones se utilizó un Grupo Control de 22 mujeres sin alteraciones defecatorias ni cirugía de la zona que pudiese alterar las características presivas o electrofisiológicas del canal anal y recto, y estudiadas en nuestro laboratorio de fisiología anorrectal, de edad media de 52 ± 21 años (21-72).

Todos los pacientes se estudiaron pre y postoperatoriamente mediante exploración clínica, manometría anorrectal, determinación de las latencias de los nervios pudendos y test electrosensorial del canal anal.

De los valores obtenidos se obtuvo la media aritmética y la desviación estándar de la misma como medidas de tendencia central. Las comparaciones estadísticas se efectuaron mediante los tests de la t de Student si los datos se ajustaban a una distribución normal y el de Mann Whitney cuando no era así. Para la comparación de datos pre y postoperatorios del mismo grupo, se empleó el test de la t de Student para muestras pareadas. Se empleó el programa informático Estadística Sigma, y se consideraron significativos los valores de $p < 0.05$.

(*)Premio Mateo Orfila del Colegio Oficial de Médicos de les Illes Balears, 1988.

El grupo de pacientes continentales con prolapso rectal (P) era de edad inferior al de prolapso más incontinencia fecal (PI); $p < 0.01$.

El tiempo de evolución del prolapso fue significativamente superior ($p < 0.01$) en el grupo PI que en el P (5.7 frente a 2.3 años respectivamente). El descenso perianal era objetivo y patológico en 4 pacientes (57.1%) del grupo P y 6 (86%) del PI, mientras que no existió en ninguno de los sujetos controles. La longitud del prolapso fue similar en ambos grupos.

La manometría demuestra una presión máxima basal (PMB) y una presión de contracción voluntaria (PCV) menores en el grupo P que en el control y menores asimismo en el grupo PI que en el P. La amplitud de contracción voluntaria, resultado de sustraer la PMB de la PCV ($ACV = PCV - PMB$), fue también menor en el grupo PI que en el P y en este último menor que en el grupo control.

Tanto la latencia media motora del nervio pudendo como los umbrales sensitivos del canal anal fueron mayores en el grupo que presentaba prolapso más incontinencia que en el grupo que únicamente presentaba el prolapso y, en este, a su vez, mayores que en el grupo control.

En ambos grupos de pacientes se utilizó como técnica de reparación del prolapso la de Delorme, asociándose además en el grupo incontinente la reparación postanal en 4 casos y la reparación total del suelo pélvico en 3 casos. Tras la intervención se objetivó no sólo la curación

clínica sino la mejora de los distintos parámetros de fisiología ano-rectal.

La intervención se siguió de un postoperatorio sin incidencias reseñables. La estancia media postoperatoria fue de 5.4 ± 1.1 días en el grupo P y de 7.3 ± 1.1 en el PI. La única complicación digna de mención fue una hemorragia tardía (20 día) que obligó a una revisión bajo anestesia sin precisar ningún gesto quirúrgico.

Con un tiempo de seguimiento medio discretamente superior que en el grupo P, el grupo PI no presentó ninguna recidiva mientras que dos de los pacientes del primer grupo sufrieron del prolapso rectal precisando de una rectosigmoidectomía perineal (Tec. De Altemeier) para su reparación. Así, el porcentaje global de recidivas fue de $2/14$ pacientes = 14.2%. Dos de los pacientes del grupo P y una del grupo PI fallecieron durante el seguimiento por causas ajenas a la intervención o a la patología anorrectal que presentaban.

Como conclusión, la técnica de Delorme aislada o asociada a la reparación del suelo pélvico, tiene nula mortalidad y escasa morbilidad, con muy buenos resultados fisiológicos y clínicos por lo que, junto al bajo número de recidivas, solucionables por otra parte con otras técnicas perineales, hace que sea una técnica de elección para los casos de prolapso rectal con o sin incontinencia, independientemente de la edad de los pacientes, no debiendo relegarse tan sólo a pacientes de riesgo quirúrgico elevado.

Bibliografía

Stryker SJ. Rectal prolapse. En: Brubaker LT, Saclarides TJ. Eds. The female pelvic floor. FA Davis Eds, Philadelphia, 1996:289-296.

Schoetz DJ Jr, Vaidenheimer MC. Rectal prolapse. A. Pathogenesis and clinical features. En: Henry MM, Swash M, eds, Coloproctology and the pelvic floor. Pathophysiology and management. Butterworths, London, 1985:303-307.

Goligher JC. Rectal prolapse. En: Surgery of the anus rectum and colon. 4ª de, Bailliere Tindall, London, 1980:224-258.

Andrews NJ and Jones DJ. Rectal prolapse and associated conditions. Br Med J, 1992;305:243-245.

Wassef R, Rothemberg DA, Goldberg SM. Rectal prolapse. Curr Prob Surg 1986;398-451.

Keighley MRB, Fielding JW, Alexander Williams J. J Results of marlex-mesh abdominal rectopexy for rectal prolapse in 100 consecutive patients. Br J Surg, 1983;70:229-232.

Spencer RJ. Manometric studies in rectal prolapse. Dis Colon Rectum, 1984;27:523-525.

Parks AG, Swash M, Urich H. Sphincter denervation in anorectal incontinence and rectal prolapse. Gut, 1977;18:656-665.

Farouk R, Duthie A, McGregor B, Bartolo DCC. Rectoanal inhibition and incontinence in patients with rectal prolapse. Br J Surg, 1994;81:743-746.

Kieghley MR, Makuria T, Alexander Williams J, Arabi Y. Clinical and manometric evaluation of rectal prolapse and incontinence. Br J Surg 1980;67:54-56.