

# Tratamiento del prolapso rectal completo de tercer grado rectopexia posterior y malla sintética (procedimiento de Notaras)

Gral. Brig. M.C. Mauro Soto-Granados\*

Hospital Militar Regional de Acapulco, Gro.

## RESUMEN

**Objetivo.** Informar los resultados obtenidos en el tratamiento del prolapso rectal completo de tercer grado, empleando la técnica de rectopexia posterior con malla de polipropileno.

**Sede.** Hospital Militar Regional de Acapulco, Gro.

**Diseño.** Estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal.

**Pacientes y método.** Se incluyó a pacientes adultos en buen estado general y sin trastornos neurológicos, que presentaban prolapso rectal completo de tercer grado. Se registró edad, sexo, padecimientos concomitantes, presencia de incontinencia y su magnitud, estreñimiento, cirugías previas con recidiva del prolapso, complicaciones trans y postoperatorias, uso de drenaje, empleo de antibióticos, y recidiva del prolapso. El seguimiento se efectuó al mes, a los tres y seis meses y cada año hasta completar tres años.

**Resultados.** Se intervino quirúrgicamente a seis pacientes. El promedio de edad fue de 65 años. Del sexo femenino fueron cinco y del sexo masculino uno. Presentaban diabetes mellitus dos pacientes. Tenían incontinencia menor dos y estreñimiento cuatro. Tuvieron cirugías previas con recidiva del prolapso dos pacientes. No se presentaron complicaciones trans ni postoperatorias. En todos los pacientes se emplearon antibióticos perioperatorios y se utilizó drenaje cerrado. En el lapso de seguimiento no se ha presentado ninguna recidiva.

**Conclusión.** En pacientes adultos seleccionados, la rectopexia posterior con malla de polipropileno es un tratamiento eficaz, razonablemente seguro, y técnicamente sencillo para el prolapso rectal completo de tercer grado.

**Palabras clave:** prolapso rectal, rectopexia posterior, malla de polipropileno.

## *Rectal prolapse of third grade treatment with posterior retropexy with plastic mesh (Notaras procedure)*

## SUMMARY

**Objective.** To inform the results obtained in the treatment of complete third degree rectal prolapse, using the posterior rectopexy with plastic mesh technique.

**Setting.** Army Regional Hospital of Acapulco, Gro.

**Design.** Prospective, descriptive and longitudinal study.

**Patients and method.** We include adult patients in good shape with no neurological diseases, that present third degree full rectal prolapse. We registered age, sex, concomitant suffering, incontinence and its magnitude, constipation, previous surgeries with recurrence of relapse, complications during and after the surgery, use of drainage, use of antibiotics and recurrence of relapse. The testing was done after a month, after three and six months, and every year up until three years.

**Results.** Six patients were operated. The age average was 65 years. 5 females and 1 male, 2 had mellitus diabetes. 2 had minor incontinence, and 4 constipation. 2 patients with previous surgeries had relapse. No trans or post operation complications took place and we used perioperation antibiotics. There was also no recurrence of any relapse.

**Conclusion.** In selected adult patients, the posterior rectopexy with plastic mesh is a safe, efficient and technically simple treatment for complete third degree rectal prolapse.

**Key words:** Rectal prolapse, posterior rectopexy, plastic mesh.

## Introducción

El prolapso rectal completo de tercer grado en el adulto es un trastorno poco frecuente del piso pélvico, afecta en forma

predominante a personas del sexo femenino y se presenta por lo general entre los sesenta y setenta años de edad. Deteriora profundamente la calidad de vida, su fisiopatología es compleja, su tratamiento históricamente ha sido difícil,

\* Director del Hospital Militar Regional de Acapulco, Gro. Especialista en Cirugía General.

Correspondencia:

Dr. Mauro Soto-Granados

Av. Ruiz Cortínez S/No. Col. Alta Progreso, Acapulco, Gro. C.P. 39610, México. Tel. y Fax: 4-45-65-04.

Recibido: Marzo 8, 2007.

Aceptado: Abril 25, 2007.

controvertido, y a menudo con resultados insatisfactorios. En el curso del tiempo se han descrito más de 100 tipos de operaciones para su corrección, lo que ha reflejado la magnitud del problema. Las modalidades actuales de tratamiento quirúrgico pueden agruparse en cirugías perineales y abdominales.<sup>1,2</sup>

Dentro de las cirugías perineales, a excepción de los procedimientos de Altmeier y de Delorme, para los cuales diversos reportes informan eficacia; las demás aparentemente sólo han brindado resultados paliativos. Los accesos perineales se indican principalmente en pacientes ancianos muy debilitados, con elevado riesgo quirúrgico para cirugía abdominal, o en varones en quienes es deseable evitar o limitar el riesgo de disfunción sexual.<sup>3-5</sup>

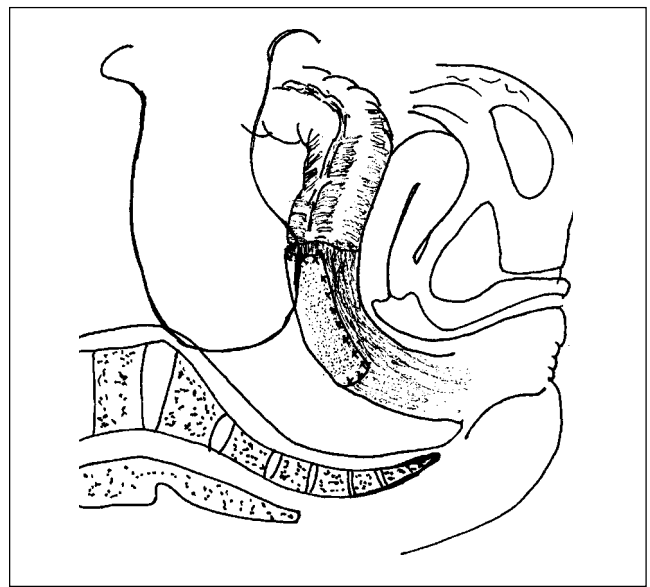
Las reparaciones abdominales consisten en variantes de rectopexias con o sin material protésico y resecciones diversas con rectopexia. Pueden ser realizadas en forma abierta o laparoscópica (esta última aún en desarrollo). Las más populares son el procedimiento de Ripstein,<sup>6</sup> y la rectopexia con esponja de Ivalon;<sup>7</sup> no obstante, ambas técnicas son susceptibles de originar complicaciones graves:

1. La posibilidad de sangrado catastrófico del plexo venoso presacro y,
2. La probabilidad de agravar el estreñimiento y aun ocasionar obstrucción mecánica a nivel del implante. Para la esponja de Ivalon se ha informado además una frecuencia alta de infecciones.<sup>1-3</sup> Mitchell J. Notaras desarrolló, desde 1967, un procedimiento de rectopexia posterior con malla sintética, reportado como eficaz, técnicamente sencillo, y sin los potenciales inconvenientes, ya señalados, de los procedimientos abdominales más conocidos.<sup>8</sup>

El propósito del presente trabajo es informar los resultados obtenidos en el Hospital Militar Regional de Acapulco, Gro., en el tratamiento de un grupo seleccionado de pacientes con prolapso rectal completo de tercer grado, empleando la técnica de rectopexia posterior con malla sintética (procedimiento de Notaras).

### Pacientes y método

Se efectuó un estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal, con seguimiento a tres años, que incluyó a pacientes adultos en buenas condiciones generales, sin trastornos neurológicos, que presentaron prolapso rectal completo de tercer grado. Todos fueron intervenidos quirúrgicamente empleando la técnica de rectopexia posterior con malla de polipropileno revestida en una de sus superficies con politetrafluoroetileno, de acuerdo con los lineamientos descritos por Notaras (*Figura 1*). En cada caso se registró edad, sexo, padecimientos concomitantes, presencia de incontinencia y su magnitud, estreñimiento, cirugías previas con recidiva del prolapso, complicaciones trans y postoperatorias, empleo de antibióticos, uso de drenaje y recidiva



**Figura 1.** Fijación de la malla al promontorio sacro.

del prolapso. El seguimiento se efectuó al mes, a los tres y seis meses y cada año hasta completar tres años.

### Resultados

Se intervino quirúrgicamente a seis pacientes, cuyo promedio de edad fue de 65 años. De ellos cinco pertenecían al sexo femenino y uno al masculino. Como padecimientos concomitantes dos personas presentaron diabetes mellitus. Refirieron incontinencia menor una mujer y el varón, las otras cuatro mujeres manifestaron predominantemente estreñimiento. Una paciente había sido sometida previamente a un procedimiento de Thiersch en otro hospital, con recidiva del prolapso al mes; a otra, se le había realizado una rectopexia simple laparoscópica en otra institución, con recidiva del prolapso a los 15 días (*Cuadro 1*). Las dos pacientes con recidiva manifestaban estreñimiento.

Se efectuó preparación de colon previa a la cirugía. Las seis operaciones fueron técnicamente sencillas y no ocurrió ninguna complicación transoperatoria. En la paciente con rectopexia laparoscópica previa se encontró dehiscencia de la misma. La evolución postoperatoria fue satisfactoria en todos los casos, se reinició la vía oral a las 48 horas y los pacientes fueron egresados del hospital a las 72 horas sin contratiempos. En todos los pacientes se empleó drenaje por aspiración de circuito cerrado de 1/4", que fue retirado previo al egreso. Todos recibieron antibióticos perioperatorios (cefalosporina de tercera generación y metronidazol). En los pacientes que tenían incontinencia menor hubo mejoría sin desaparecer por completo. Desde el postoperatorio mediato y hasta la fecha, todos los pacientes reciben tratamiento para regular el tránsito intestinal con resultados más o menos satisfactorios que no afectan su calidad de vida. En el lapso de seguimiento no ha ocurrido ninguna recidiva del prolapso.

**Cuadro 1.** Cirugías previas con recidiva del prolapso.

| Cirugía previa            | No. | %     |
|---------------------------|-----|-------|
| Procedimiento de Thiersch | 1   | 16.6  |
| Rectopexia laparoscópica  | 1   | 16.6  |
| Total                     | 2   | 33.3% |

## Discusión

La resolución satisfactoria del prolapso rectal completo de tercer grado constituye un reto para el cirujano. No existe un procedimiento ideal de aplicación universal a todos los casos. El padecimiento no es muy común, de tal forma que no ha sido posible lograr consensos sobre rigurosa evidencia científica, con respecto a la mejor forma de tratamiento quirúrgico. La experiencia personal, incluso de cirujanos dedicados exclusivamente a la patología colorrectal, es relativamente escasa para poder efectuar una estratificación de pacientes en grupos comparables, por lo que la valoración de la eficacia de los diversos procedimientos se ha basado en estudios retrospectivos en general reducidos.<sup>1,2</sup>

Dentro de este panorama, es conveniente familiarizarse y desarrollar experiencia en un acceso abdominal y uno perineal, de entre los que aparentemente han resultado más eficaces a la fecha. En esta forma, es posible seleccionar a los pacientes para ofrecerles la alternativa quirúrgica más razonable, de acuerdo a sus particulares características clínicas. También es prudente, a la luz del conocimiento actual, seleccionar procedimientos técnicamente sencillos y con las menores probabilidades de complicación.<sup>3,4</sup> En este contexto, para las rectopexias que incluyen colocación de puntos a la fascia presacra, el riesgo de hemorragia catastrófica del plexo venoso presacro no es despreciable; los cirujanos que por cualquier razón han enfrentado un sangrado importante de este sitio anatómico, saben que la experiencia es profundamente desagradable. Sobre estas premisas, y después de hacer una exhaustiva revisión de la literatura, en nuestro hospital, para los pacientes con buen riesgo quirúrgico y por tanto candidatos a cirugía abdominal, se decidió realizar en forma sistemática, la rectopexia posterior con colocación de malla de polipropileno (procedimiento de Notaras).<sup>8</sup>

Los resultados presentados en esta comunicación son alentadores. Constatamos que el procedimiento es simple desde el punto de vista técnico, eficaz, y con escasas posibilidades de que se presenten complicaciones serias. La movilización gentil del plano posterior del recto, hasta alcanzar los músculos elevadores y la punta del cóccix, no tiene porque afectar al plexo venoso presacro si la disección es cuidadosa y se desarrolla adyacente a la fascia del recto. En el desarrollo de los planos laterales para movilizar el recto y en todas la ligaduras que fue necesario realizar, se empleó exclusivamente poliglactina 910. La fijación de la malla de 5 x 8 cm a la cara posterior del recto, una vez movilizado, tampoco representó mayor dificultad; el autor utilizó para esta

fijación puntos de polipropileno vascular 3-0. Con objeto de disminuir las posibilidades de fistulización, se empleó malla de polipropileno revestida en una de sus superficies (la que queda en contacto con la pared del recto) con politetrafluoroetileno. La rectopexia se materializó mediante dos puntos de polipropileno vascular 2-0, del borde superior de la malla al promontorio sacro, rechazando digitalmente en sentido superior los vasos ilíacos; este tipo de pexia es muy resistente y anula por completo la posibilidad de lesionar vasos del plexo venoso presacro. La solidez de la pexia deriva del tipo de material de sutura y del anclaje firme de la malla al periostio del promontorio sacro. Las rectopexias con puntos directos de la pared del recto al promontorio son susceptibles de desgarrar la pared del intestino si se ejerce tensión, aun moderada; por supuesto, son menos firmes, y teóricamente, tienen mayor probabilidad de sufrir dehiscencia. En la paciente de nuestra serie, en quien se había realizado previamente rectopexia laparoscópica sin malla, se encontró precisamente dehiscencia de la misma. La movilización del recto extraperitoneal, por sí sola, induce fibrosis que contribuye a la fijación del recto, y por tanto, coadyuva a prevenir el prolapso, la presencia de la malla estimula aún más este proceso fibrótico. La rectopexia con malla colocada en la cara posterior del recto, también previene la probabilidad de obstrucción intestinal, que puede ocurrir cuando el implante se coloca como una banda anterior (procedimiento de Ripstein).<sup>6</sup>

La presencia de material protésico suturado directamente al recto en el hueco pélvico, es susceptible de generar infecciones, hecho que ha sido mencionado como una limitante para el empleo de rectopexias con malla.<sup>1,2</sup> Esta potencial complicación puede ser evitada con los siguientes lineamientos:

1. Preparación de colon preoperatoria.
2. Uso de antibióticos perioperatorios (cefalosporina y metronidazol).
3. Técnica quirúrgica depurada empleando sólo materiales sintéticos altamente resistentes a la infección (polipropileno y poliglactina 910) en todo el procedimiento.
4. Hemostasia adecuada para prevenir hematomas.
5. Evitar penetrar en la luz del recto al fijar la malla.
6. Utilizar drenaje cerrado durante 48 horas para evitar formación de colecciones. En nuestra serie no se presentó ninguna infección.

El procedimiento descrito tiene además la gran ventaja de no requerir ningún tipo de resección intestinal (sigmoidectomía, resección anterior, etc.), lo que disminuye la morbilidad y el tiempo de estancia hospitalaria. Se ha mencionado que la sigmoidectomía, aunada a la rectopexia, aumenta el índice de éxitos al mejorar el estreñimiento que suele ser muy frecuente en este tipo de pacientes; no obstante, esta aseveración puede ser muy cuestionable, ya que la sigmoidectomía aislada para tratar el estreñimiento difícil ha producido resultados frustrantes aun en casos de sigmoides muy re-

dundante. En los pacientes motivo de este reporte, el manejo del estreñimiento fue con medidas higiénicas, dietéticas y medicamentos, obteniéndose resultados razonablemente satisfactorios; tal circunstancia, en ningún caso representó un problema que afectara seriamente la calidad de vida de los mismos.

## Conclusiones

En el tratamiento quirúrgico del prolapso rectal completo, para pacientes adultos seleccionados, la rectopexia posterior con malla de polipropileno es un procedimiento eficaz, razonablemente seguro y técnicamente sencillo.

## Referencias

1. Hull LT, Milsom WJ. Trastornos del piso pélvico. *Clin Quir North Am* 1994; 1457-70.
2. Roig JV. Tratamiento del prolapso rectal. ¿Todavía un misterio? *Cir Esp* 2004; 76: 61-4.
3. Passini CR, Decanini TC. Prolapso rectal. En Aguirre RR, de la Garza VL. Editores. *Tratado de cirugía general*. México, D.F: El Manual Moderno 2003; p. 831-7.
4. Correa RJM, Reynoso TO. Experiencia con la rectosigmoidectomía perineal y plastía de los elevadores del ano (procedimiento de Altemeier), en el tratamiento del prolapso rectal completo. *Cir Gen* 2000; 22: 125-30.
5. O'Leary JP. Perineal Sleeve Resection of the Rectum for Prolapse. In: Nyhus LM, Braker RJ (eds.). *Mastery of Surgery*. Boston: Little, Brown; 1992, p. 1347-9.
6. O'Leary JP. Ripstein Procedure for Rectal Prolapse. In: Nyhus LM, Braker RJ (eds.). *Mastery of Surgery*. Boston: Little, Brown; 1992, p. 1336-40.
7. Gordon PH. Ivalon Sponge Wrap, Thiersh, and Delorme Operations for Rectal Prolapse. In: Nyhus LM, Braker RJ (eds.). *Mastery of Surgery*. Boston: Little, Brown; 1992, p. 1341-46.
8. Notaras MJ. Rectal Prolapse. In: Schwartz SI, Ellis H (eds.). *Maingot's Abdominal Operations*. Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts; 1985. p. 1443-53.