

Prolapso rectal completo. Resultados clínicos y funcionales con la operación de Delorme

J. A. Pascual Montero^{1,2}, M. C. Martínez Puente², I. Pascual², T. Butrón Vila¹, F. J. García Borda^{1,2}, M. Lomas Espadas¹ y M. Hidalgo Pascual¹

¹Servicio de Cirugía Digestivo B. Hospital 12 de Octubre. ²Unidad de Coloproctología. Clínica Centro. Madrid

RESUMEN

Introducción: hay descritas muchas técnicas quirúrgicas, tanto por vía perineal como abdominal, para el tratamiento del prolapso rectal. El propósito de este trabajo es evaluar los resultados clínicos y funcionales del procedimiento por vía perineal de Delorme.

Pacientes y métodos: se estudiaron 21 pacientes con prolapso rectal completo, entre julio de 2000 y octubre de 2005. Se evaluó la edad, el sexo, el riesgo anestésico y la sintomatología acompañante. Las exploraciones complementarias realizadas fueron: colonoscopia, manometría anorrectal previa y posterior a la cirugía y ecografía endoanal de 360°. La operación de Delorme fue realizada por el mismo equipo quirúrgico.

Resultados: no hubo mortalidad y la morbilidad fue mínima. La tasa de recidiva del prolapso fue de 9,52% con una media de seguimiento de 34 meses. La continencia anal mejoró en un 87,5% de los pacientes y no hubo estreñimiento asociado a la cirugía. La estancia media hospitalaria fue de 2 (rango 1-4) días. En el postoperatorio no hubo dolor en 17 casos y fue escaso en 4. La satisfacción con la cirugía fue alta en 16 casos (76,19%), moderada en 3 (14,28%) y baja en 2 (9,52%).

Conclusiones: la operación de Delorme para el tratamiento del prolapso rectal completo tiene una baja morbilidad asociada, mejora la continencia anal, no se asocia con estreñimiento postquirúrgico y tiene una aceptable tasa de recidiva. La satisfacción de los pacientes con esta cirugía es alta debido a su gran confortabilidad (anestesia intradural, corta estancia hospitalaria y escaso dolor postoperatorio) y óptimos resultados.

Palabras clave: Prolapso rectal. Operación de Delorme. Incontinencia fecal.

INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal completo es la protrusión del recto con todas sus capas a través del orificio anal. Tiene mayor incidencia en personas de edad avanzada y se asocia con frecuencia a problemas de incontinencia anal (entre el 50-70% de los casos) y ocasionalmente a estreñimiento (1,2). Se han descrito muchas operaciones para tratar esta patología, tanto por vía abdominal como perineal. La mayoría de las técnicas quirúrgicas son exitosas en cuanto al prolapso, pero no resuelven o acentúan los problemas de obstrucción defecatoria y de incontinencia (1,3,4).

La técnica de Delorme para el tratamiento quirúrgico del prolapso rectal completo fue descrita por primera vez

por el cirujano militar francés Edmond Delorme en 1900 (3). Es un procedimiento por vía perineal que consiste en la plicatura de la capa muscular del recto con resección de la capa mucosa. Recientemente se ha revitalizado esta técnica, a pesar de que la tasa de recidiva descrita (5-22%) es más elevada que para los procedimientos abdominales (0-10%) (1,3).

El propósito de este trabajo es evaluar los resultados clínicos y funcionales del procedimiento de Delorme para el tratamiento del prolapso rectal completo.

PACIENTES Y MÉTODO

Se estudiaron un total de 21 pacientes (19 mujeres y 2 hombres) con prolapso rectal completo, entre julio de 2000 y octubre de 2005. La media de edad fue de 59 (rango 24-84) años. De los 21 pacientes, 18 (85,71%) tenían un riesgo ASA (*American Society of Anesthesiologists*) II o más. El prolapso rectal era primario en 20 casos y recidivado en 1 (la intervención realizada previamente fue una rectopexia por vía abdominal con malla de polipropileno).

La sintomatología asociada al prolapso por orden de frecuencia fue: secreción anal de mucosidad que se acompañaba de escozor y prurito en todos los pacientes, incontinencia anal en 16 pacientes (76,19%), rectorragia en 15 (71,42%), estreñimiento en 5 (23,80%) y tenesmo en 1 (4,76%). La incontinencia anal se evaluó según la escala de Wexner (5) antes y a los 6 meses después de la cirugía.

Las exploraciones complementarias realizadas fueron: colonoscopia preoperatoria en todos los casos, manometría anorrectal pre- y postoperatoria a los 16 pacientes con incontinencia y ecografía endoanal de 360° a 8 de ellos. El aparato de manometría anorrectal usado fue un sistema de presión constituido por una sonda de polivinilo graduada con un microbalón de látex en su extremo, acoplada a un transductor externo conectada al sistema de registro (GAELTEC, Dunvegan, Isle of Skye, Scotland). Se registraron la máxima presión de reposo (MPR), máxima contracción voluntaria (MCV) y la longitud del esfínter con una técnica de "station pull-through". Se evaluó también la presencia del reflejo inhibitorio rectoanal (RIRA) y el máximo volumen tolerado.

La intervención fue realizada en todos los casos por el mismo equipo quirúrgico con especial dedicación a la cirugía colorrectal. Se realizó limpieza intestinal con solución balanceada de polietilenglicol y profilaxis antibiótica con metronidazol y gentamicina, sin profilaxis antitrombótica. En todos los casos se empleó anestesia intradural ("bloqueo en silla de montar") y sedación. Se adoptó la posición de litotomía en 19 casos y decúbito prono "en navaja" en los dos restantes. La técnica quirúrgica fue la siguiente: con el recto totalmente prolapsado (Fig. 1) se inyectó, por encima de la línea pectínea y en el plano submucoso, adrenalina al 1:200.000. Se practicó, con bisturí eléctrico, una incisión circular a través de la mucosa y la submucosa, a un 1 centímetro por encima de la línea pectínea y se disecó un manguito de las mismas dejando al descubierto la capa muscular circular del recto, hasta que se alcanzó el vértice del prolapso (Fig. 2). Se practicó una sutura longitudinal con 6-8 puntos de polyglactyn 00 para plicar la musculatura rectal y conseguir reducirla e invaginarla (Fig. 3). Una vez extirpada toda la mucosa disecada se terminó la intervención con una sutura a puntos sueltos con polyglactin 00, de la mucosa proximal a la mucosa distal quedando la sutura justamente por encima de la línea pectínea. Tras la cirugía se usó como analgesia metamizol y diclofenaco vía oral, a dosis habituales, durante los 3 primeros días del postoperatorio y se midió el grado de dolor mediante una escala numérica de dolor entre el 0 (nada de dolor) y el 10 (el peor dolor posible).

El seguimiento fue realizado mediante entrevistas en consultas externas al 1º, 2º, 3º, 6º y 12º mes y posteriormente anualmente. Se interrogó a los pacientes sobre el grado de satisfacción con la cirugía, pudiendo elegir entre alta, moderada y baja.

Se hizo un análisis estadístico para comparar los valores de la escala de Wexner y los parámetros manométricos antes y después de la cirugía. Se realizó con el programa SPSS un test ANOVA de medidas repetidas. Se consideró que había significación estadística si $p < 0,05$.

RESULTADOS

Los resultados del estudio preoperatorio fueron los siguientes: en la colonoscopia se descartó patología orgánica asociada en todos los casos. En 14 de los 16 casos con incontinencia en los que se realizó manometría anorrectal se registró hipotonía esfinteriana, tanto de la presión de reposo como de la presión de contracción voluntaria, y en 6 de los 8 pacientes con ecografía endoanal se encontraron los haces del puborrectal abiertos y el esfínter anal interno con signos de sustitución. En los otros dos casos la ecografía no reveló alteraciones significativas.

La duración media de la intervención quirúrgica fue de 71 (rango 60-100) minutos. La media del tamaño del manguito extraído (medido tras su fijación en formol) fue de 7,18 (rango 5-11) centímetros.

Tras la cirugía, se reinició la ingesta oral a las 15 horas de media (rango 6-24) y con la analgesia descrita, no

hubo dolor en 17 casos y fue escaso (entre 1-3 en la escala numérica del dolor) en 4. No hubo mortalidad asociada y la única complicación encontrada fue un caso de sangrado postoperatorio al 10º día postoperatorio que cedió espontáneamente. La estancia hospitalaria media fue de 2 días (rango 1-4).

La media de seguimiento de los pacientes fue de 34 meses (rango 7-63). Durante el seguimiento hubo recidiva del prolapso en 2 pacientes (9,52%). En ambos casos la recidiva fue precoz (dentro de los 3 meses posteriores a la cirugía) y los pacientes fueron reintervenidos con la misma técnica de Delorme, con resultados satisfactorios en un caso y mejoría parcial en el otro a los 24 meses de la reintervención. Un paciente presentó estenosis de la sutura que se resolvió con maniobras de tacto rectal.

La continencia anal mejoró en 14 de los 16 pacientes que padecían incontinencia previa. Los datos sobre la mejoría en la escala de Wexner están recogidos en la tabla I. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,01$). Tras la cirugía, la máxima presión de reposo y de contracción voluntaria aumentaron significativamente ($p < 0,03$ y $p < 0,01$ respectivamente). El máximo volumen tolerado disminuyó significativamente ($p < 0,01$). Los datos de la manometría anorrectal antes y después de la cirugía están recogidos en la tabla II. El reflejo inhibitorio rectoanal (RIRA) fue normal en 12 pacientes y estaba ausente en 4. No hubo cambios en el RIRA después de la cirugía.

Cuatro de los 5 pacientes con estreñimiento previo a la cirugía continuaron con él después de la misma.

La satisfacción con la cirugía fue alta en 16 casos (76,19%), moderada en 3 casos (14,28%) y baja en 2 casos (9,52%).

Tabla I. Escala de Wexner. Datos pre- y postcirugía

Escala de Wexner	Precirugía Número de pacientes (%)	Postcirugía Número de pacientes (%)
16-20	2 (12,5)	2 (12,5)
11-15	6 (37,5)	
6-10	8 (50)	5 (31,25)
1-5		
0		9 (56,25)
Media	11,13*	4,38*
DS	4.303	6.702

* $p < 0,01$

DISCUSIÓN

Se han descrito muchas operaciones para el prolapso rectal completo, tanto por vía abdominal como por vía perineal. Las principales ventajas de la técnica de Delorme frente a las técnicas abdominales para tratar el prolapso rectal son su baja morbilidad y mortalidad asociada (1,6-8). Al tratarse de una vía perineal no existe riesgo de im-

Tabla II. Valores de la manometría pre- y postquirúrgicos

	Rango normal	Precirugía	Postcirugía	
MPPR (mmHg)	60-100	M: 46,25 DS: 12,63	M: 52,75 DS: 13,35	p 0,03
MCV (mmHg)	120-250	M: 76,12 DS: 24,94	M: 101,31 DS: 22,69	p < 0,01
Máx Vol Tol (mL)	150-300	M: 172 DS: 44,602	M: 112 DS: 40,530	p < 0,01

MPPR: Máxima presión de reposo; MCV: Máxima presión de contracción voluntaria; Máx Vol Tol: Máximo volumen tolerado; M: media; DS: desviación estándar.

tencia, como en la rectopexia abdominal, por daño en los nervios pélvicos (provocando problemas de erección) o en los nervios hipogástricos (problemas de eyaculación) (1,3). Por esta razón este procedimiento es, según algunos autores, el indicado en varones jóvenes y adultos (aunque en nuestra serie sólo hay dos casos en varones). Además, por ser una vía perineal, puede realizarse con anestesia intradural y resulta también la más indicada en pacientes de alto riesgo quirúrgico. En nuestra serie la mayoría de los pacientes tenían ASA II o más. Este aspecto es de gran importancia ya que, como hemos comentado, el prolapso es una patología con alta incidencia en mujeres de edad avanzada. La técnica además se asocia a una corta estancia hospitalaria, reinicio precoz de la ingesta oral (importante en pacientes con patología asociada) y es un procedimiento confortable para el paciente con poco o nulo dolor postoperatorio. Así, la técnica de Delorme puede ser recomendado tanto a varones jóvenes y adultos para evitar el riesgo de impotencia (3) como a pacientes debilitados y ancianos. Se ha descrito también en la literatura la indicación de la operación de Delorme en cirugía urgente en el prolapso rectal estrangulado, con resultados satisfactorios (9).

Sin embargo, la operación realizada con más frecuencia en la literatura para tratar el prolapso rectal ha sido la rectopexia por vía abdominal, con una tasa de recidiva de 0-10% (1). Esta es su mayor ventaja frente a la operación de Delorme, con una tasa de recidiva en las series más recientes del 5-22% (1,6,7). Nuestra serie se encuentra dentro de este rango (9,52%). Una posible explicación de la recidiva del prolapso rectal por vía perineal es técnica, ya que es muy importante realizar una mucosectomía de toda la longitud del prolapso. Al menos en nuestra serie esta podría ser la causa de las dos recidivas, ya que fueron los primeros casos realizados y creemos que no se llegó hasta el ápex del prolapso. Algunos autores extienden la disección a los dos cilindros mucosos interno y externo del prolapso (8,10). Para la mayoría de los autores la técnica de Delorme puede repetirse si falla la primera vez (2,11). Nosotros reintervenimos a los 2 pacientes con recidiva precoz con la misma técnica de Delorme, con resultados satisfactorios en un caso.

Los aspectos técnicos más importantes para prevenir la recidiva del prolapso y mejorar la continencia son varios. El primero es la incisión inicial un centímetro por encima de la línea pectínea, para preservar la zona sensorial ano-

rectal. También la disección mucosa y submucosa de la totalidad del prolapso, que permite la posterior plicatura longitudinal de la capa muscular circular rectal subyacente (2). Otro detalle técnico importante, modificado de la técnica original de Delorme, es la infiltración submucosa con adrenalina, lo que facilita la disección y disminuye la pérdida de sangre (10).

La dificultad en la evacuación y el estreñimiento después de los procedimientos abdominales ocurre entre un 27-47% (1). Probablemente, la denervación rectal es un componente importante en la etiología de los problemas defecatorios. La división de los ligamentos laterales, realizada en los procedimientos por vía abdominal, lleva a una alta incidencia de estreñimiento. Sin embargo, con la técnica de Delorme, al ser realizada por vía perineal, no se seccionan estos ligamentos y se evita la aparición de estreñimiento e incluso puede haber mejoría en algunas series tras la cirugía (1,6). En nuestra serie no hubo estreñimiento en el postoperatorio ni empeoramiento del mismo en las pacientes que lo padecían. Para otros autores la mejoría del estreñimiento puede ser debida a la disminución de la complianza rectal después de la cirugía, lo que explica el aumento de la frecuencia defecatoria. También la mucosectomía rectal puede tener un importante efecto en la motilidad cólica proximal, con llenado rectal más frecuente, y consiguiente mejoría del estreñimiento (3). Por estos motivos, se ha recomendado la realización de la técnica de Delorme o una modificación anterior de la misma para el tratamiento del estreñimiento asociado a la intususcepción rectal interna (12-14).

La continencia después de reparar el prolapso mejora a menudo independientemente de la técnica usada: entre un 38-100% de los pacientes mejoran tras la rectopexia y más del 83% tras el Delorme (1). En nuestra serie hubo mejoría de la continencia en el 87,5% de los casos. Uno de los casos en los que no hubo cambios en la continencia fue una paciente de edad avanzada con incontinencia grave previa a la aparición del prolapso y con una reparación postanal previa sin resultados funcionales satisfactorios. La mejoría en la continencia tras la cirugía del prolapso también puede deberse al aumento de la presión de reposo, previamente disminuida en la mayoría de los pacientes con prolapso rectal (15). Los resultados en el aumento de las presiones anales (tanto de reposo como de contracción voluntaria), no son uniformes en las distintas series (1). En algunas series como en la nuestra hay aumento de ambos parámetros (1), pero en otras series no hay cambios en las presiones de los esfínteres (3,4). Algunos autores señalan la mejoría en la sensación rectal como causa para la mejoría de la continencia, a pesar de la disminución de la complianza rectal (4).

En conclusión, la operación de Delorme es una técnica por vía perineal que resuelve el prolapso rectal con un bajo riesgo quirúrgico y una baja morbilidad asociada. La intervención se acompaña de una marcada mejoría de la continencia anal, la tasa de recidiva es relativamente baja y la satisfacción de los pacientes es alta.