

IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

Anemia grave por prolapso rectal

R. González Soler, E. Castro Ortiz, A. González Ramírez y L. López Rosés

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Xeral-Calde de Lugo

CASO CLINICO

Mujer de 57 años sin alergias conocidas, con etilismo crónico activo y cirrosis alcohólica sin episodios de descompensación que ingresa en nuestro hospital remitida por el médico de cabecera por anemia severa de 5g/dl de hemoglobina asociado a rectorragias intermitentes. A la exploración física muestra un prolapso rectal completo (Fig. 1) de gran tamaño. Tras la reducción del prolapso realizamos colonoscopia que no objetiva alteraciones excepto las ya citadas. Completamos el estudio con ecografía endoanal que muestra un aparato esfinteriano con cambios secundarios a prolapso rectal completo de larga evolución sin disrupciones a ningún nivel. Con estos hallazgos se decide tratamiento quirúrgico consistente en sección de la pared rectal a 1,5 cm de línea dentada, apertura de cara anterior de peritoneo pélvico y sección circunferencial del meso con ligasure y sutura continua hemostática. Se reseca el peritoneo redundante en Douglas tras separarlo de pared vaginal y se fija el mismo al colon. Asimismo también se realiza plastia anterior de elevadores con 4 puntos sueltos y elaboración de anastomosis coloanal manual con puntos sueltos de seda.



Fig. 1. Gran prolapso rectal completo.

DISCUSIÓN

El prolapso rectal afecta a pacientes en ambos extremos de la vida y las mujeres suponen entre el 80 y el 90% del total (1). Consiste en una invaginación del recto (2) y se denomina completo cuando todas las capas de la pared rectal protruyen fuera del ano; mucoso si sólo es esta capa la que se prolapsa, e interno si la invaginación no va más allá del canal anal (1). La fisiopatología exacta se desconoce, pero suelen estar presentes la debilidad del suelo pélvico y un recto móvil. Entre los antecedentes que pueden tener un papel en la etiopatogenia del prolapso hay que considerar el estreñimiento, traumatismos obstétricos, histerectomía o cirugía anorrectal previa, espina bífida y operaciones o traumatismos sobre la columna vertebral. El prolapso puede aparecer como un proceso aislado o manifestarse con otros problemas del suelo pélvico, como el rectocele, el enterocele, el cistocele y el prolapso uterino o vaginal (3). La manifestación clínica más común es la protusión del recto a través del ano, seguido de la rectorragia y expulsión de moco. El prolapso rectal se puede asociar al síndrome de la úlcera rectal solitaria, y se acompaña con cierta frecuencia de incontinencia y estreñimiento (4-6). El recto suele presentar un aspecto edematoso y con pequeñas ulceraciones. El diagnóstico se realiza con la exploración física. Los demás test diagnósticos (defecografía, ecografía endoanal, manometría anal) tienen poca utilidad en el manejo del enfermo, pero son útiles en el estudio de la fisiopatología del trastorno. El tratamiento del prolapso rectal completo es quirúrgico con un abordaje perineal o abdominal, siendo el primero el preferido en pacientes ancianos y con comorbilidades. En los últimos años está ganando importancia el tratamiento por vía laparoscópica, ya que es una cirugía mínimamente invasiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heine JA, Wong WD. Rectal prolapse. En: Mazier WP, Levien DH, Luchtefeld MA, Senagore AJ, editors. *Surgery of the colon, rectum, and anus*. Philadelphia: WB Saunders; 1995. p. 515.
2. Jacobs LK, Lin YJ, Orkin BA. The best operation for rectal prolapse. *Surg Clin North Am*. 1997; 77: 49-70.
3. Bruch HP, Herold A, Schiedeck T, Schwandner O. Laparoscopic surgery for rectal prolapse and outlet obstruction. *Dis Colon Rectum*. 1999; 42: 1189-95.
4. Kairaluoma MV, Kellokumpu IH. Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse. *Scand J Surg* 2005; 94: 207-10.
5. Poen AC, de BM, Felt-Bersma RJ, et al. Laparoscopic rectopexy for complete rectal prolapse. Clinical outcome and anorectal function tests. *Surg Endosc* 1996; 10: 904-8.
6. Madoff RD, Mellgren A. One hundred years of rectal prolapse surgery. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 441-50.