

CONCEPTOS CLASIFICACION

El prolapso del recto es la exteriorización de la pared visceral por el orificio anal. Hay varios tipos de prolapsos, con diferencias anatómicas, clínicas, evolutivas y terapéuticas tan importantes que es imposible hacer una exposición de conjunto.

La subestimación de estas diferencias ha sido y sigue siendo motivo para mantener bastantes divergencias en los conceptos patogénicos, en los términos aplicados y fundamentalmente en las orientaciones terapéuticas. Cierta comunidad de patogenia y posibles asociaciones lesionales no invalidan la necesidad de la consideración de cada tipo en particular.

Una primera división de los prolapsos comprende la separación de los prolapsos por deslizamiento de la mucosa y los prolapsos por invaginación de todas las capas de la pared rectal.

El prolapso por deslizamiento o "prolapso de la mucosa" puede considerarse como la exageración patológica del proceso normal del deslizamiento de la mucosa anal alta en el acto de la evacuación. En el sujeto normal la mucosa alta no llega a exteriorizarse. Cuando sale al exterior en la evacuación y se reduce al terminar ésta por la contracción esfinteriana tenemos un primer grado de prolapso. Si el prolapso sólo se reduce por maniobras del enfermo, tenemos un segundo grado. En el tercer grado, la mucosa sale espontáneamente o por la marcha o un ligero esfuerzo. Consideraremos tres tipos de prolapso de mucosa. **El prolapso simple de mucosa** comprende el deslizamiento de una mucosa normal en un sistema esfinteriano normal. **El prolapso de mucosa patológica** tiene procesos diversos, anitis, hemorroides o tumores en la mucosa, que son factores determinantes del prolapso y que ocupan lugar dominante en el plan terapéutico. **El prolapso de mucosa con hipotonía esfinteriana** tiene una insuficiencia muscular y conjuntiva que favorece la exteriorización mucosa y que centra las directivas del tratamiento.

En "los prolapsos por invaginación" todas las capas del recto salen por el orificio anal, como si fuese la cabeza de una invaginación. Consideraremos dos tipos de éstos prolapsos. **El prolapso por invaginación simple o prolapso simple del recto** resulta de la invaginación del segmento abdominal pelviano en los segmentos inferiores. Tiene los caracteres de una invaginación habitual, como en cualquier otra parte del intestino. Es el resultado de fenómenos puramente viscerales. **El prolapso por invaginación con hernia o prolapso herniario** se produce en el segmento ampular y está constituido por el recto invagi-

nado, pero teniendo entre sus cilindros un saco perifoneal con asas delgadas herniadas.

Completando el estudio de estos diferentes tipos de prolapso, que pueden presentarse aislados o en ciertas formas de asociación, nos referiremos a las asociaciones con prolapso genitales y hernias perineales que constituyen una posibilidad de interés en la mujer.

- | | |
|--|---|
| I — Prolapso por deslizamiento de la mucosa.
Prolapso mucoso. | — Prolapso mucoso simple.
— Prolapso de mucosa patológica.
— Prolapso mucoso por claudicación del esfínter. |
| II — Prolapso por invaginación rectal
Prolapso rectal. | — Prolapso rectal simple.
— Prolapso rectal herniario. |

66

PROLAPSOS MUCOSOS

Los prolapso de la mucosa resultan del deslizamiento con exteriorización de la mucosa de los sectores altos del conducto anal. Es, en cierto modo, la exageración, patológica, del fenómeno normal de deslizamiento de la mucosa del sector situado por arriba de la línea criptopapilar a favor del ambiente celuloso submucoso que le es propio.

En un primer grado, la exteriorización de la mucosa se produce en el acto de la evacuación y se reduce al contraerse el esfínter. En un segundo grado, la mucosa necesita para reintegrarse, maniobras digitales. En un tercer grado la reducción con maniobras es imposible o es seguida de una inmediata exteriorización.

El prolapso mucoso tiene varias patogenias. Es conveniente, en especial desde el punto de vista del tratamiento, analizar por separado tres tipos: prolapso mucoso simple, prolapso con mucosa patológica, prolapso con esfínter insuficiente. Pueden verse formas puras de estos tres tipos de prolapso mucoso pero es frecuente que se asocien, con mayor o menor dominancia de uno u otro tipo. Completando la exposición nos referiremos a lo que llamamos *fluxión aguda prolapsante*.

Prolapso mucoso simple. En estos casos la mucosa es prácticamente sana y no hay claudicación esfinteriana. Puede observarse en el lactante en relación con rectocolitis agudas o con procesos de desnutrición. En cualquiera de estos casos el tratamiento debe ser causal, es decir de rectocolitis y la desnutrición, pudiendo agregarse el tratamiento local, manteniendo reducido al prolapso y usando astringentes suaves y sedantes.

El prolapso mucoso simple del adulto puede presentarse en forma de rodete circunferencial o solamente a los lados o de un solo lado del orificio anal. Además de la molestia propia de la exteriorización, el prolapso mucoso produce ciertos trastornos de la continencia debidos a que el tubo esfinteriano queda recubierto por mucosa alta insensible y gases y materias líquidas pueden salir sin percepción ni reflejos en el enfermo.

El tratamiento en las formas parciales o de primer grado puede ensayarse por medios incruentos: medicación astringente, baños de asiento fríos, con cocimientos de malva o carnicera. Si no fuese suficiente hay dos recursos a plantear: las inyecciones esclerosantes para fijar la mucosa sobre el plano muscular

o la intervención quirúrgica que reseca el excedente mucoso y fija la mucosa restante.

Las inyecciones esclerosantes se practican en la submucosa del sector alto en el seno del tejido conjuntivo laxo que permite el deslizamiento. Para hacerlas es necesario ver directamente la zona a inyectar por medio del anuscopio. La sustancia a inyectar más utilizada es el clorhidrato doble de urea y quinina al 5 %, que tiene ligera acción anestésica y es bien tolerada. Se hace una sesión de dos o tres inyecciones de medio centímetro cúbico en zonas distantes de la circunferencia y se repite una semana después y a veces por tercera vez. Algunos han usado con éxito las inyecciones de leche.

Este tratamiento es ambulatorio. Puede presentar dos complicaciones dependientes de errores de técnica. El dolor se produce por haber inyectado en el sector medio sensible de la mucosa anal, por debajo de la línea cripto papilar. La necrosis de la mucosa con formación de ulceraciones es debida a inyecciones en esta zona media, donde no hay submucosa laxa o de haber hecho la inyección en el espesor de la mucosa.

Los resultados inmediatos y aún alejados son muy buenos, especialmente en el prolapso mucoso simple parcial. Muchos autores han combatido el tratamiento esclerosante hasta llegar a su absoluta proscripción. Es posible que las complicaciones por errores técnicos justifiquen esa posición. Es más posible que este recurso, que ha sido utilizado en diversos procesos del ano, prolapso diversos, hemorroides, fisuras, etc. deba ser combatido en algunas de sus indicaciones, pero lo consideramos un recurso muy bueno en el proceso que estamos tratando que es el prolapso mucoso simple.

La resección mucosa se hace en el sector alto de la mucosa anal, respetando al sector medio. Puede comprender todo el prolapso, llegando a ser circunferencial del tipo de la operación de Whithead que suele dar buenos resultados. Sin embargo esta operación puede tener mala evolución y dejar secuelas diversas que trastornan seriamente las funciones anales, por lo que son preferibles las resecciones por sectores.

Los sectores a resecar varían con el caso. Es frecuente que sean uno o dos de cada lado, evitando la línea media anterior y posterior. Una pinza limita en cada extremo el sector a resecar. Incisión de la mucosa, paralela a la margen y a cierta distancia hacia el conducto, de modo que persista en el operado un canal sensible. Decolamiento de la mucosa, poniendo el esfínter al descubierto. Ligadura de venas y tractos conjuntivos. Sección de colgajo del prolapso por medio de cortes y suturas con catgut en forma sucesiva, de atrás hacia adelante. Incisión de descarga que drene el espacio creado por el decolamiento. Tubo y mecha de emparedamiento. Masaje digital modelante en el postoperatorio.

El efecto de esta operación resulta en parte de la resección mucosa y la plastia y además de la adherencia cicatricial que fija la mucosa al plano muscular.

Prolapso de mucosa patológica. En el adulto, el prolapso de mucosa patológica es mucho más frecuente que el prolapso simple de mucosa sana. Los procesos en juego pueden ser muy diversos pero los habituales son las hemorroides y la anitis crónica hipertrófica.

La anitis crónica hipertrófica se caracteriza por un extraordinario espesamiento de la mucosa. Su asociación con el prolapso mucoso conduce a un estado patológico en el que ambos procesos se agravan mutuamente. La anitis y en especial las criptitis crónicas y las papilitis hipertróficas contribuyen a hacer masa de toda la mucosa, la que es llevada hacia afuera en el acto de la evacuación y no es fácil su reintegro espontáneo al canal. Por otra parte la agre-

sión a la mucosa sigue agravando su proceso inflamatorio, aumentando el edema y la fibrosis.

Las hemorroides internas desarrolladas en la submucosa, cuya laxitud favorece al prolapso, constituyen masas, que pueden ser exteriorizadas, dando así un prolapso por deslizamiento. El prolapso agrava a su vez las condiciones locales, favoreciendo la evolución de las hemorroides. El término prolapso hemorroidario así como hemorroides prolapsadas o exteriorizadas definen bien al proceso.

Anitis hipertrófica y hemorroides se asocian con frecuencia al prolapso, dando procesos complejos cuya solución terapéutica debe ser bien planeada. Todo tratamiento inicial debe ser incruento, dirigido al proceso inflamatorio y a las hemorroides. Preparado el terreno la única solución es la intervención quirúrgica. Las inyecciones esclerosantes en ambiente séptico y hemorroidario podrían dar complicaciones y muy probablemente ser ineficaces.

68 La operación a realizar debe tener un triple objetivo: **resecar mucosa** que es exuberante por el prolapso y patológico por la anitis. **Resecar paquetes hemorroidarios** que forman masa prolapsante. **Hacer cuidadoso tratamiento de los focos sépticos cripto papilares** que podrían mantener la anitis.

La técnica de la resección es similar a la usada en el prolapso simple. Las venas son ligadas especialmente después de practicado el colgajo como lo veremos al estudiar las hemorroides. La técnica para los focos cripto papilares serán expuestas en el estudio de inflamaciones anales.

Prolapso mucoso por claudicación esfinteriana. Este prolapso resulta de un debilitamiento regional de las estructuras musculares y conjuntivas de la región. Se le observa a veces en el niño mal nutrido, con o sin diarreas, estando el proceso íntimamente relacionado con el prolapso simple por inversión rectal. Es de interés el prolapso mucoso del viejo, resultante en parte de la laxitud mucosa pero fundamentalmente de la hipotonía esfinteriana y flacidez conjuntiva.

En el niño el tratamiento debe dirigirse a la corrección de los trastornos intestinales y de la desnutrición. En el adulto deben cumplirse las mismas directivas pero en general, especialmente en el viejo, la mejoría es muy relativa. Se plantea en esos casos la posible indicación de inyecciones esclerosantes o de recursos cruentos.

Las inyecciones esclerosantes pueden practicarse en ciertos casos de enfermos añosos, obteniendo beneficios al disminuir el deslizamiento mucoso. La persistencia del déficit esfinteriano, deja trastornos importantes, siendo frecuente la reproducción del prolapso.

La resección de la mucosa puede ser más útil, pero no debe olvidarse que persistiendo el déficit esfinteriano, el resultado funcional no es en general satisfactorio.

El tratamiento dirigido al anillo esfinteriano solo o asociado al tratamiento de la exteriorización de la mucosa constituye el recurso mejor en estos casos. Diversos métodos se han propuesto para estrechar el anillo esfinteriano. Tenemos preferencia por el anillo de Thiersch. Consiste en colocar un hilo metálico grueso bajo forma de aro en el espesor del esfínter dejando un orificio anal donde apenas pase el dedo índice. La reducción del anillo esfinteriano y la fibrosis provocada por el hilo metálico tiene un efecto muy bueno sobre la continencia. Con el tiempo el hilo puede retirarse y persistir el efecto beneficioso de la esclerosis.

El hilo que usamos hace muchos años era de plata y tuvimos muy buena tolerancia y buenos resultados aún cuando el hilo se fragmentase con el tiempo.

Últimamente hemos utilizado el acero inoxidable o el nylon y hemos visto intolerancias y ausencia de la fibrosis tan útil que teníamos con el hilo de plata grueso.

La colocación de un anillo de Thiersch se hace con anestesia local, pequeña incisión lateral en la margen del ano y pasaje del hilo en dos etapas, en pleno estínter, circunscribiendo el ano. Se atan las dos puntas del hilo y se hunde el nudo.

Fluxión aguda prolapsante: En el capítulo de inflamaciones estudiaremos con este nombre a las fluxiones agudas con gran congestión y edema que por distensión provocan la exteriorización irreductible de la mucosa.

PROLAPSO RECTAL SIMPLE

El prolapso rectal simple resulta del telescopado o enchufamiento regular del cilindro rectal superior en los segmentos bajos, hasta exteriorizar la cabeza por el ano.

La iniciación del proceso puede ser en el sigmoide, en el recto sigmoide o en el recto alto. El sigmoide puede invaginarse en el recto sigmoide y luego hacia abajo por un tumor o en ciertas colopatías diverticulares. El recto sigmoide o recto abdominal puede invaginarse en la ampolla rectal. Es la manifestación patológica del proceso normal de invaginación que conduce al pasaje de las materias de un segmento al otro. El prolapso iniciado en el rectosigmoide es poco frecuente.

El recto ampular o pelviano puede ser el origen de la invaginación que salga por el orificio anal. Se le observa en el niño por fenómenos de colitis que conducen a una excitación peristáltica del intestino y por estados de nutrición precarios que provocan distrofia del tejido conjuntivo. La pelvis estrecha y con sacro vertical, rectilíneo, facilita el descenso del recto. Se le observa también en el viejo por la misma debilidad del tejido conjuntivo y muscular. En los adultos puede observarse, en general en personas desnutridas, lo que explica su frecuencia en ciertas regiones de pobreza nutritiva y en los enfermos mentales.

El prolapso rectal simple se presenta como un cilindro regular de intestino exteriorizado, de longitud variable, exponiendo la mucosa roja y húmeda.

El orificio anal que da salida al prolapso está dilatado, pero su tonicidad es variable. En el niño suele estar normal, lo que produce cierta dificultad para reducir el prolapso; en el viejo el anillo esfinteriano suele estar flácido, permitiendo la reducción fácil y la inmediata reproducción.

La mucosa anal puede estar normal recubriendo el conducto esfinteriano, pero con más frecuencia se evierte, separándose del plano muscular que siempre se mantiene normal. En este caso, al reducir el prolapso del recto, queda un prolapso mucoso por deslizamiento.

Abierto el vientre y examinada la pelvis, se nos presenta el sigmoide metiéndose profundamente. Por delante del sigmoide, entre él y los genitales, próstata o vagina, el peritoneo pelviano penetra hacia abajo, arrastrado por el segmento invaginado. El divertículo peritoneal es estrecho, vacío, permitiendo apenas su exploración. Al traccionar el intestino hacia el abdomen, reduciendo la invaginación, el fondo del divertículo peritoneal sube y queda en la zona que le corresponde normalmente.

El intestino reducido es largo, con un meso amplio. Se ha sostenido que esta amplitud era causal del prolapso pero es más posible que sea secundaria.

El prolapso simple produce incontinencia, porque las materias salen al exte-

rior por el orificio distal del prolapso sin haber contactado con la zona sensible de la mucosa anal, que es la que da conciencia y produce el reflejo de contracción esfinteriana.

Un prolapso similar al del niño se produce en los lechones de cerdo cuando hay empujes de rectocolitis en los corrales. En disecciones de estos animalitos hemos encontrado la misma disposición anatómica que en el hombre.

El tratamiento de los prolapsos por invaginación tiene directivas comunes para las diferentes alturas en que se inicia. En el niño consiste en reducir y mantener el prolapso, curar la rectocolitis y normalizar el estado nutritivo. El mantenimiento de la reducción se obtiene evitando esfuerzos de evacuación reiterados o prolongados y apretando las nalgas para cerrar el anillo anal. Algunos casos con prolapso incoercible han sido tratados por ciertos autores por un anillo de Thiersch que han mantenido tres meses.

70 En el adulto y más aún en el viejo, la hipotonía muscular y la laxitud conjuntiva no permiten la curación por medios incruentos y se impone, después de mejorar el estado regional y el estado nutritivo, ir al tratamiento quirúrgico.

Las operaciones en el prolapso simple del recto tienen como objetivo básico su acción sobre el tubo sigmoideo rectal ya que es una afección de orden visceral. La acción sobre el segmento sigmoideo rectal puede ser de dos tipos: fijación del órgano a las estructuras vecinas o resección de una parte del mismo.

Fijación del segmento sigmoideo rectal. Esta fijación puede ser hecha por vía abdominal o por vía perineal.

Por la vía abdominal con enfermo en posición de recto, la operación comienza con la reducción del prolapso y una liberación metódica del recto entrando en el subperitoneo. Esta disección permite exponer la zona mejor para fijar el intestino y crea un ambiente de irritación que al cicatrizar contribuirá a fijar al recto.

La fijación ha sido hecha a diversas estructuras: vaina del psoas y psoas menor, hojas fibrosas presacras, ligamento vertebral anterior, etc. El intestino se tracciona suavemente, no olvidando que deberá después formar una curva siguiendo al sacro y en la zona que responde a la estructura fija se libera de modo de reconocer la pared intestinal. Una doble fila de hilos no reabsorbibles, separadas de 1 a 2 cts. y de unos 5 cts. de largo hacen la fijación.

Es muy importante hacer el control del asa sigmoidea hasta la zona de fijación para evitar angulaciones que puedan causar cuadros oclusivos en el postoperatorio. En caso de dudas debe disponerse en forma al intestino y aún recurrir a la fijación en posición correcta aplicándolo en la fosa ilíaca o sobre la parte anterior de la pelvis en un bucle.

Los resultados de estas fijaciones altas, en los prolapsos rectales simples, son muy buenos, porque actúan fijando la zona de gran movilidad que constituía la cabeza de la invaginación.

Las fijaciones por vía perineal buscan la adherencia firme del recto al sacro. Con ese fin, abordando los espacios retrorrectales por perineotomía posterior se han hecho plegados, suturas del recto al sacro mechados con gases irritantes, etc. Los resultados no son muy alentadores, lo que es de suponer ya que la fijación del recto no impide que la cabeza de una invaginación siga empujando desde arriba y haga ceder a la fijación. Son procedimientos muy simples, de riesgo mínimo que pueden estar justificados en ciertos casos.

Resección rectal. La resección del recto o rectosigmoidea con conservación esfinteriana suprime el sector de invaginación y además provoca una fijación del intestino que dificulta un nuevo desplazamiento. La operación es relativa-

mente sencilla porque la enfermedad tiene gran laxitud intestinal y de mesos y porque la resección se practica desplazándose junto al intestino. Los riesgos operatorios son mínimos.

Los resultados alejados de la resección en el prolapso simple son buenos. Si la resección interesa al recto bajo y con mayor razón a la mucosa del segmento esfinteriano se corre el riesgo de una incontinencia para líquidos y gases. La resección debe considerarse sin embargo una operación de indicaciones limitadas ya que las fijaciones altas dan resultados similares y son operaciones de menor jerarquía y no dejan incontinencia. La indicación formal es la irreductibilidad del prolapso en cuyo caso es posible hacer la simple resección por vía perineal.

Reducción del anillo esfinteriano. Esta operación sólo puede actuar en el prolapso rectal para impedir la exteriorización de la invaginación. Los trastornos por el cilindro invaginado en el recto persisten y al fin se abre de nuevo el camino por el ano al prolapso. Puede justificarse en viejos con malas condiciones generales, usando el método del anillo de Thiersch.

Algunos cirujanos lo utilizan en los operados por fijación o resección del recto para actuar sobre la dilatación e hipotonía anal que acompaña al prolapso. Favorecería la más pronta recuperación esfinteriana, evitando el período de incontinencia postoperatoria que puede ser largo. Otros confían en el ejercicio metódico de contracciones del esfínter realizado muchas veces al día.

71

PROLAPSO RECTAL HERNIARIO

Patología. En el prolapso rectal simple que ya consideramos, el proceso patológico es puramente visceral, constituido por el recto invaginado que arrastra al peritoneo haciéndole formar un saco apretado, vacío, entre el recto y los genitales internos. La tracción del intestino desde el abdomen, reduciendo la invaginación, hace desaparecer al saco.

En el prolapso herniario el proceso patológico es doble: una invaginación rectal y una hernia. Las particularidades de esta hernia en la producción, los caracteres y la evolución del prolapso adquieren un gran interés cuando se enfoca el problema del tratamiento.

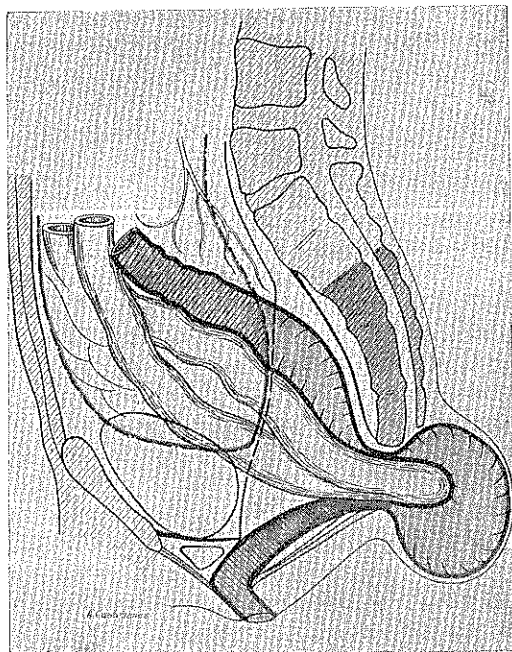
Desde el siglo pasado se dió esa importancia a la hernia y en base a ella se consideraron los problemas patogénicos y terapéuticos. Se sostuvo que la hernia se producía por la ocupación de un saco peritoneal congénito situado entre el recto y la vagina o la próstata. Esta opinión no es aceptable porque está terminantemente probado que en ningún momento de la vida el peritoneo recubre la cara posterior de la vagina o de la próstata.

Posteriormente se sostuvo que el saco peritoneal del prolapso herniario era adquirido. Sería producido por debilidad de la hoja conjuntiva que dobla al endotelio peritoneal en toda su extensión. Esta explicación tampoco es aceptable porque la falla primitiva del peritoneo no constituye causa de hernia en ninguna parte de la pared del abdomen. Por otra parte las estructuras situadas entre recto y vagina no permiten un decolamiento por la presión ejercida desde arriba sobre el fondo del saco pelviano peritoneal.

Nosotros hemos sostenido que el saco peritoneal es secundario a la claudicación de la pared fibro muscular que resiste normalmente la presión abdominal y sus aumentos periódicos. Esta pared está constituida por el perineo posterior que la integran los elevadores de ambos lados unidos en la línea media en tres estructuras: anillo esfinteriano, nódulo anococcígeo, cóccix. Estas tres estructuras se extienden entre dos puntos fijos, borde posterior de perineo an-

terior y punta del sacro y hacen saliencia hacia atrás como una unidad en los aumentos de presión abdominal, en especial en los esfuerzos de evacuación rectal. Esta formación dinámica puede claudicar en el sentido anteroposterior y en el sentido transversal.

72



18: Hernia perineal posterior.

La claudicación anteroposterior se traduce por la exageración de los fenómenos propios de una evacuación activa normal: dilatación anal, elongación del nódulo anocócigeo y flexión dorsal del cóccix.

En el sentido transversal hay una separación de los elevadores hacia afuera que abriendo el valle dejan una brecha alta y una dilatación anal que constituye una brecha baja.

La claudicación comprende a todo el perineo posterior, pero la salida de la hernia solo será posible por el camino abierto del anillo esfinteriano. Sucede lo mismo que en las hernias de la pared abdominal anterior en las que el defecto parietal es regional y la hernia sale por el camino abierto. La hernia umbilical, por ejemplo, sale por un anillo fibroso, pero toda el área umbilical, por fuera del anillo es un área en claudicación.

A favor de esta debilidad del aparato de contención, perineo posterior, se produce el saco herniario. En el sujeto normal el esfuerzo de evacuación rectal ejercido por la presión abdominal hunde la pared anterior del recto en la ampolla. El muro sacro resiste y las materias son empujadas hacia abajo. La exageración o persistencia de este fenómeno es el comienzo del prolapso herniario. La causa fundamental del proceso patológico radica en el fracaso de la contención del perineo posterior y en parte en la laxitud de los tejidos conjuntivos de la pelvis.

La masa herniada en la luz del recto es progresivamente empujada hacia aba-

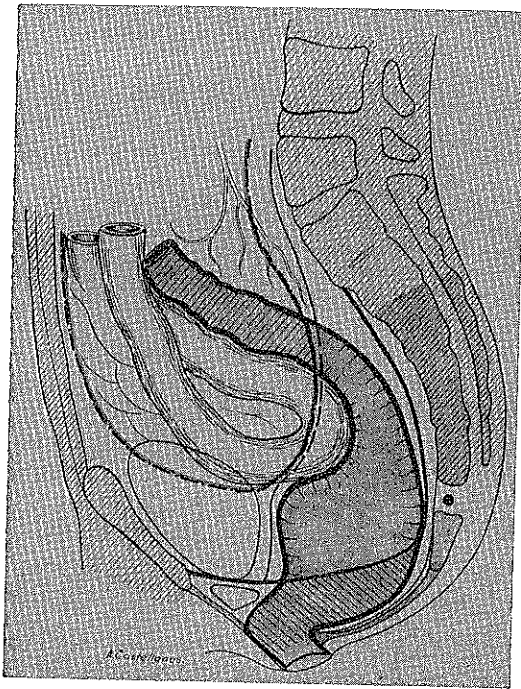
jo. La tracción ejercida sobre la pared rectal alta produce la invaginación. La progresión de la hernia la exterioriza por el ano con el intestino invaginado, constituyéndose el prolapso herniario.

En el origen de la afección hay, como lo muestra la casuística, debilidad muscular y conjuntiva y esfuerzos intensos y repetidos para evacuar. Iniciado el proceso la hernia y la masa invaginada obligan a mayores esfuerzos y van como un ariete debilitando cada vez más el perineo posterior y abriendo el camino para su exteriorización.

En resumen: el prolapso simple de recto es un proceso de la viscera; el prolapso herniario es un proceso de la región. Claudica el sistema fibromuscular perineal y se inicia así la introducción de una bolsa peritoneal en la ampolla rectal. El recto, interpuesto entre el sistema parietal de resistencia y la serosa que es aplicación de fuerza, actúa como estructura deslizante por su luz visceral la blandura de sus paredes y los ambientes laxos que lo rodean. La hernia sigue y va agravándose en cada nueva etapa.

Estudio clínico. Los prolapso herniarios se encuentran por lo común en enfermos mal nutridos y especialmente en los que realizan esfuerzos intensos y repetidos para evacuar el intestino. Un cierto período de incomodidades rectales diversas y aumento de la constipación precede habitualmente a la exteriorización del prolapso, correspondiendo al período de progresión de la hernia en el interior del recto.

73



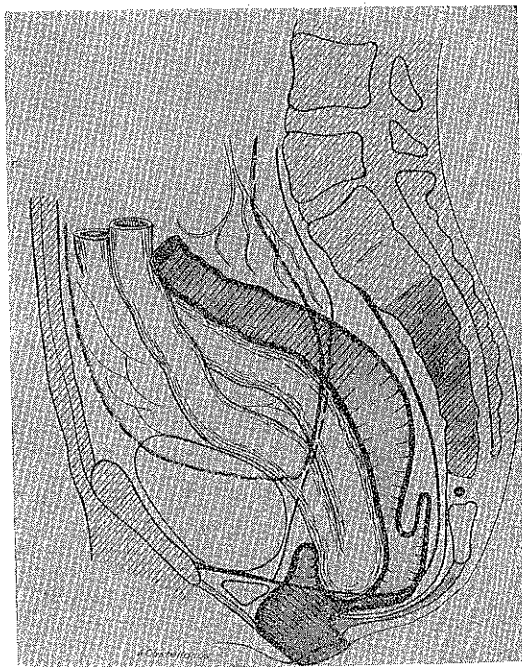
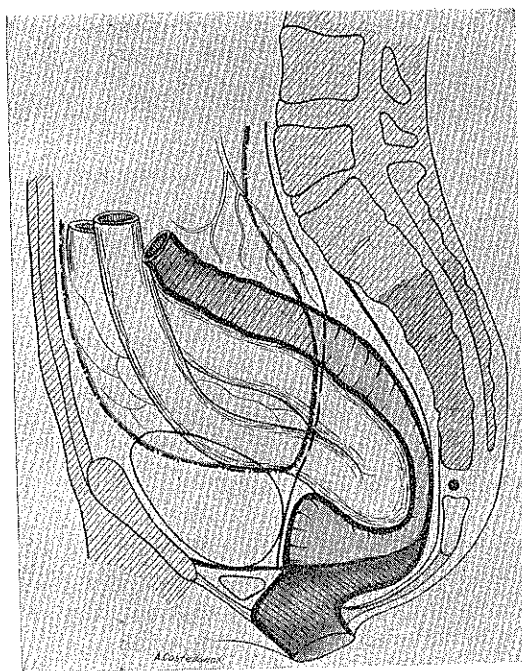
19: Presión del Douglas y su contenido sobre el Recto Pelviano. En el sujeto normal, el esfuerzo de evacuación rectal ejercido por la presión abdominal hunde la pared anterior del recto en la ampolla. El muro resiste y las materias son empujadas hacia abajo. La exageración o persistencia de este fenómeno es el comienzo del prolapso herniario.

La masa de prolapso puede desarrollarse en forma progresiva, pero a veces se produce una salida brusca en el momento de un esfuerzo expulsivo, constituyéndose instantáneamente el prolapso en toda su dimensión.

El enfermo con prolapso herniario consulta por la gran masa que tiene en el perineo que puede presentarse sólo en el momento del esfuerzo de evacuación y reducirse luego espontáneamente o con maniobras o puede mantenerse en forma permanente. El enfermo nota la abundancia de moco en la superficie de su tumoración, resultante de la irritación de la mucosa rectal expuesta. La incontinenencia de materias fecales y gases es habitual, debida en parte a la dilatación y atrofia esfinteriana y a la falta de control por la mucosa sensible que no responde al conducto anal, faltando por lo tanto las sensaciones normales que conducen a la contracción esfinteriana.

La inspección del enfermo en decúbito ventral y aún en dorsal o lateral, puede no mostrar masa prolapsada y el tacto rectal ser negativo por encontrarse prolapso y hernia reducidos. Más de una vez profesionales competentes han desconocido la enfermedad por no haber considerado con atención las observaciones del enfermo y no haberlo invitado a realizar esfuerzo de expulsión. El prolapso herniario se presenta como una gran masa, mayor que un puño, recubierta de mucosa rectal roja, secretante, insensible. La masa prolapsada

74

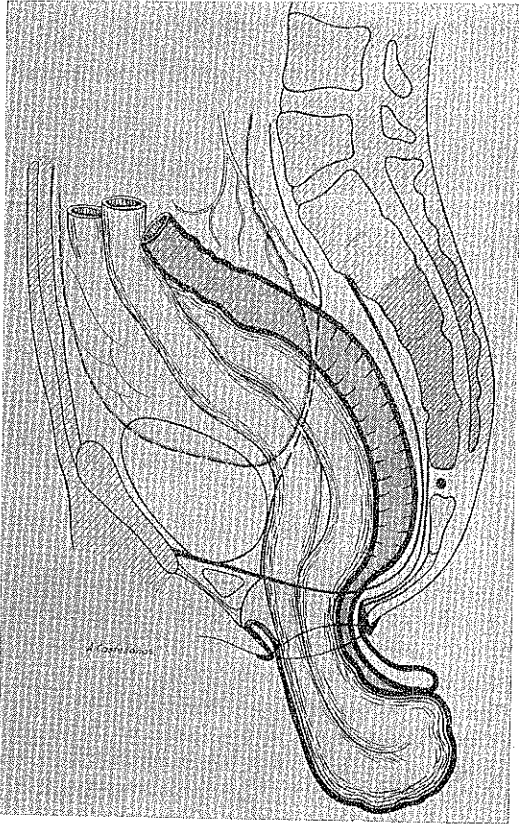


20 | 21 Igual a la figura 19 en una etapa más avanzada. La masa herniada en la luz del recto es progresivamente empujada hacia abajo. La tracción ejercida sobre la pared rectal alta produce la invaginación. Comienzo de un prolapso rectal completo con hernia del Douglas.

tiene la forma de un cono cuya base responde al ano y en cuyo vértice está el orificio intestinal de la cabeza de la invaginación. El cono es incurvado hacia atrás y arriba por el mayor empuje del saco herniario en su cara anterior. Las dimensiones del prolapso son similares en todos los enfermos se mantienen sin

aumento después de llegar a su desarrollo y se presentan con los mismos caracteres aún cuando sean recídivas postoperatorias.

Haciendo realizar al enfermo esfuerzos expulsivos, la masa prolapsada aumenta algo de volumen, se pone tensa en su parte anterior por la distensión de la hernia y se incurva más aún hacia atrás y arriba.



75

22: La progresión de la hernia la exterioriza por el ano con el intestino invaginado, constituyéndose así el prolapso con hernia perineal.

La palpación pone en evidencia al contenido de asas delgadas en la hernia por el gorgoteo característico. Haciendo maniobras de reducción del contenido herniario, queda exteriorizado solamente el recto con el saco vacío. La reducción completa del prolapso permite reconocer el gran diámetro del anillo esfinteriano.

Si con el prolapso reducido introducimos el dedo en el recto aplicándolo contra su cara posterior, los esfuerzos del enfermo exteriorizan en forma natural el prolapso. Si el dedo lo aplicamos sobre su cara anterior el prolapso no se exterioriza, porque obstaculiza la entrada de asas delgadas en el saco, causa principal del prolapso.

El examen de la pelvis por laparatomía estando el prolapso exteriorizado, la muestra llena de asas intestinales delgadas y atrás, contra el sacro, el sigmoide traccionado hacia abajo por el prolapso. Retirando las asas delgadas para vaciar la pelvis terminamos extrayendo abundantes asas que ocupaban el saco herniario hasta el extremo distal del prolapso o cabeza de la invaginación.

Traccionando suavemente del colon y ayudados por presiones desde el perineo podemos reducir al prolapso. El colon es largo y el meso amplio, permitiendo así su fácil descenso. Retiradas las asas delgadas y levantando el sigmoide, la pelvis se nos ofrece particularmente amplia. El peritoneo, en su fondo se continúa con el saco vacío que llega hasta el perineo pudiendo introducir en él la mano tocando hacia adelante la vagina o la próstata y hacia atrás el recto. Si dejamos exteriorizar al recto el fondo del saco herniario se exterioriza con él y los dedos introducidos por la pelvis se reconocen en la masa del prolapso a través de la pared fina del recto.

La hernia se inició por falla de la pared y en su evolución agrava la falla porque la masa herniaria por la presión abdominal va abriendo una brecha cada vez mayor. Si retiramos el perineo pelviano que como una cuña ocupa el centro de la pelvis expondremos hacia adelante a las visceras urogenitales y hacia atrás el recto, fuertemente separados. El músculo elevador que constituye con sus fibras pubococcígeas lo que hemos llamado el valle del elevador, es llevado contra las paredes de la pelvis, abriendo así camino fácil al progreso de la hernia que dilata luego progresivamente al anillo esfinteriano.

El prolapso herniario puede sufrir procesos de isquemia y necrosis de dos tipos. Por una parte por fenómenos en el contenido herniario constituido por asas delgadas, que pueden sufrir accidentes de torsión, de angulación o de extrangulación como cualquier hernia. Por otra parte por acción de la hernia distendida que comprime los vasos del recto y sigmoide y provoca la isquemia del sector invaginado. Es el mismo mecanismo que la necrosis testicular por compresión de los vasos del cordón en la hernia del niño.

TRATAMIENTO DE LOS PROLAPSOS RECTALES HERNIARIOS

Varias decenas de operaciones han sido propuestas para el prolapso del recto. Esta abundancia de técnicas se debe fundamentalmente a que han sido concebidas sobre la base de teorías e hipótesis patogénicas en lugar de basarlas en la patología normal y funcional. Se evidencia en el análisis de las operaciones propuestas, confusión de los distintos tipos de prolapsos a los que cada uno trata, erróneamente, con una misma orientación.

Las directivas propias, específicas del tratamiento del prolapso herniario, deben dirigirse a la cura de la hernia. Con tal criterio corresponde reparar la brecha perineal y suprimir el saco peritoneal. Corregir complementariamente los procesos deslizantes dependientes del recto y sus ambientes periviscerales. **Supresión del saco peritoneal.** Desde comienzo de siglo los cirujanos practicaron la supresión del saco peritoneal, que obtenían por cierre de su entrada o por obliteración con jaretas circulares sucesivas o con puntos separados desde el fondo hasta el cuello. Ultimamente se ha hecho la extirpación total del saco, como cualquier saco herniario, cerrando el corte al nivel de su cuello.

Con el prolapso reducido se secciona el peritoneo longitudinalmente frente al área del promontorio, se reconocen los uréteres y se entra al subperitoneo pelviano. La liberación del saco es fácil porque el ambiente pelviano es blando, complaciente, permitiendo desprender el peritoneo herniario con una tracción suave. El reconocimiento de los uréteres es útil porque su desplazamiento hacia la pelvis por la tracción peritoneal los expone a ser seccionados y más aún a ser comprendidos por la sutura en la técnica de obliteración del saco.

La supresión del saco peritoneal como tratamiento único del prolapso rectal herniario ha dado resultados francamente malos, como era de suponer, ya que pretende curar una hernia con la simple reparación del peritoneo, concepto que no es aceptado para ninguna hernia de las paredes del abdomen.

Pero si la supresión del saco por si solo no cura una hernia ni un prolapso rectal herniario, constituye uno de los tiempos fundamentales requeridos para el tratamiento correcto de estos procesos.

Reparación de la pared perineal. El concepto de que el proceso patológico fundamental es regional, siendo el anillo herniario solo el área de exteriorización de la hernia, nos lleva, como lo hemos sostenido para las hernias del abdomen, a plantear la reparación integral del perineo posterior. Sólo así podrá obtenerse una región cuya dinámica sea satisfactoria y conduzca a un fortalecimiento ulterior de la región operada.

Las reparaciones del perineo posterior pueden hacerse por vía alta o por vía perineal.

Por vía alta la reparación se hace por sutura del elevador de un lado con el del otro lado. Después de extirpar el saco peritoneal se palpan y exponen contra la pared pelviana, entre el recto llevado hacia atrás y los órganos genitales hacia adelante, las fibras anteroposteriores de los elevadores que limitan arriba lo que hemos llamado el valle del elevador. La sutura se hace con puntos separados de hilo no reabsorbible.

Se ha dicho que la profundidad de la región hace difícil esta sutura. En un sujeto normal sería difícil pero en el enfermo con prolapso herniario no lo es, porque el espacio entre recto y urogenitales está ampliamente abierto por el proceso y los elevadores llevados contra la pared pelviana se presentan como cuerdas fáciles de reconocer. El uso de una aguja de búmerang facilita mucho el pasaje de los hilos.

La sutura no es sólo de fibras musculares del elevador sino que comprende al tejido fibroso que lo cubre. La importancia dinámica de esta lámina, pelvi-perineal, bien suturada, es factor de éxito en la operación.

El cierre del perineo por arriba en sutura anteroposterior, separa urogenitales de recto y aumenta así el área donde estaba la hernia. Alarga además el diámetro anteroposterior del perineo posterior. Estos hechos obligan a ser muy rigurosos en la realización de la sutura que deberá soportar casi totalmente la presión abdominal.

En lugar de suturar los elevadores por delante del recto se ha hecho por detrás, con lo que se evita la abertura entre las visceras.

La vía perineal para fortalecer el perineo posterior y disminuir la amplitud de su comba ofrece varios puntos de acción: los elevadores por delante del recto, el anillo esfinteriano, el nódulo anococcígeo y el cóccix.

La sutura de los elevadores, se realiza por la técnica de la miorrafia en el prolapso genital de la mujer. En el hombre es una operación laboriosa para el cirujano no experimentado en las vías perineales y presenta los posibles riesgos de la incontinencia de orina y de la impotencia.

Los elevadores en esta operación son suturados en sus bordes inferiores, constituyendo una hamaca baja, que debe soportar el empuje de la presión abdominal ejercido en la brecha abierta entre el recto y los urogenitales. Está en condiciones inferiores al cierre alto en el valle de los elevadores, que se practica por vía abdominal. Los resultados en los prolapso herniarios han sido pobres.

El anillo esfinteriano puede ser estrechado por un hilo metálico circular, disminuyendo así sensiblemente la distancia anteroposterior con lo que disminuye la longitud del perineo posterior. Practicado este estrechamiento como operación única, las recidivas en los prolapso herniarios han sido frecuentes.

El nódulo anococcígeo puede ser reducido por plastias diversas. La más sencilla consiste en practicar una incisión transversa por delante de la punta del

cóccix, extendida a los lados y luego suturada con cabalgamiento que acorta al perineo posterior.

La acción propuesta sobre el cóccix consistió en fijarlo en la punta del sacro para evitar su flexión posterior en el acto de la evacuación. Las técnicas propuestas no obtuvieron éxito, porque la solitud al movimiento desde los primeros días del postoperatorio condujeron siempre a la movilidad articular. Creemos útil actuar sobre la articulación cuando está en extrema flexión dorsal en especial bloqueada la flexión ventral, con el propósito de darle movilidad que le permita responder a la tracción del elevador reparado.

Fijación de las estructuras deslizantes. El recto, en el prolapso herniario, tiene ambientes periviscerales de tal laxitud, que ningún procedimiento de reparación de la pared puede asegurar su mantenimiento en la situación normal. Es indispensable hacer su fijación.

78 Deben preferirse las fijaciones altas, que aseguran una mejor fijeza que las que actúan sobre los segmentos pelviano o perineal del recto. El procedimiento de fijación, variará según el gusto del cirujano, ajustándose siempre a los conceptos expuestos en el tratamiento del prolapso rectal simple.

Operación de elección. No hay ningún procedimiento que por si solo resuelva el problema del prolapso herniario. Se requiere la asociación de procedimientos que solucionen los tres componentes de la afección: la pared fibromuscular, el saco peritoneal y las estructuras de deslizamiento.

Posición operatoria de recto. Examen bajo anestesia. Sonda vesical. Incisión mediana infraumbilical. Exploración abdominal y de la pelvis. Reducción del contenido herniario y del prolapso rectal. Bloqueo alto del contenido abdominal.

Entrada al subperitoneo pelviano por ambos lados del recto. Despegamiento del saco herniario y sección en su cuello.

Reconocimiento de las cuerdas de los elevadores y sutura.

Fijación del recto sobre las estructuras firmes a la altura del promontorio.

Peritonización, dejando un saco pelviano normal. Cerrar el fondo de saco con el asa sigmoidea.

Por vía perineal estrechar el anillo esfinteriano y reparar la posición del cóccix. En la mujer puede completarse con una miorrafia de los elevadores.

EL RECTO EN LOS PROLAPSOS GENITALES

El recto de una enferma con prolapso genital puede ser absolutamente normal o tener cualquier afección independiente del prolapso genital. Nos interesan especialmente los procesos rectales que anatómicamente o fisiológicamente ligados al prolapso genital obligan a encararlos con un mismo enfoque terapéutico.

Prolapso mucoso. El prolapso por deslizamiento de la mucosa anal es frecuente acompañante del prolapso genital. Cuando se trata de un prolapso mucoso simple, la operación sobre el prolapso genital modifica favorablemente al recto, conduciendo con frecuencia a la curación del deslizamiento de la mucosa.

En los prolapsos mucosos con procesos patológicos, hemorroides, anitis hipertrofica, este beneficio es discreto, por lo que debe plantearse la intervención quirúrgica sobre la mucosa afectada en ocasión de la operación sobre el prolapso genital.

Fondo de saco supraesfinteriano. En la mujer normal, haciendo el examen digital de la cara anterior del recto, se encuentra al pasar el borde superior

del esfínter una zona deprimida que corresponde al vértice del ángulo ano-rectal. En los prolapsos genitales, esa zona deprimida constituye un verdadero divertículo o fondo de saco. El dedo introducido en el recto al pasar el borde superior penetra directamente y al hacer presión proyecta hacia afuera al colpocele.

La enferma suele acusar serias dificultades en la evacuación rectal porque las materias se introducen en el esfuerzo, en el fondo de saco e impiden su pasaje al conducto anal. La enferma, apoyando sus dedos en la cara posterior de la vagina reduce el contenido del fondo de saco y puede, y a veces solo así, evacuar su recto. Se habla en estos casos de evacuación apoyada.

La formación de este fondo de saco depende en gran parte del descenso de la pared posterior de la vagina, que, solidaria de la cara anterior del recto, la arrastra formando así el proceso diverticular. Debemos agregar que la separación de los bordes inferiores de los elevadores, que existe en los prolapsos, abre brecha para la formación del fondo de saco. Estos dos mecanismos patológicos conducen al tratamiento racional: es necesario cerrar la brecha de los elevadores y hacer la plastia vaginal.

79

Hemos observado enfermas operadas de prolapso genital que acusaban para la evacuación rectal las dificultades propias del fondo de saco supraesfinteriano. El examen mostraba una vagina bien corregida y al tacto digital del recto un gran fondo de saco metido entre los bordes de los elevadores que no habían sido correctamente suturados en las vecindades del recto y de los planos perineales superficiales correspondientes.

Es necesario reconocer otros factores en la producción del fondo de saco supraesfinteriano para explicar su desarrollo en mujeres jóvenes, a veces nupias, sin prolapso. La pared anterior del recto al llegar al borde superior del esfínter entre los bordes del elevador, es particularmente débil y los esfuerzos de evacuación en especial si son materias duras y hay dificultad de pasaje por el conducto anal, hipertonia, anitis estenosante, conduce a un progresivo desarrollo del fondo de saco.

La pared rectal en los fondos de saco en estudio es particularmente fina, constituida casi únicamente por la mucosa. En el curso del despegamiento vaginal para la colpografía, la mucosa aparece desnuda, arrugada y la más leve presión puede desgarrarla. La sutura de la mucosa y dos planos de tejido conjuntivo superpuestos, a lo cual se agregará miorrafia y plastia vaginal evitan la fistulización.

En los casos sin colpocele el fondo de saco se dirige más directamente hacia el perineo en la zona de la horquilla vulvar. Vimos una mujer joven, sin prolapso, con fistula rectovulvar, provocada por una episiotomía posterior.

El prolapso recto vaginal en alforja es un prolapso herniario. El saco peritoneal de la hernia tiene su cuello en el fondo de la pelvis y se desarrolla hacia abajo entre el recto y la vagina, dividiéndose al llegar al perineo en un saco anterior o vaginal y uno posterior o rectal.

El saco anterior o vaginal empuja la pared posterior de la vagina, provocando su exteriorización o prolapso, del mismo tipo que la hernia vaginal posterior.

El saco posterior empuja la pared anterior del recto y provoca la exteriorización visceral igual que en el prolapso herniario del recto.

Las enfermas con prolapso en alforja son en general de edad avanzada, con gran hipotonía y laxitud conjuntiva. El examen perineal muestra de inmediato la gran masa prolapsada y al examen detallado se reconoce la bilobulación y los caracteres de los dos procesos, vaginal y rectal que la integran. La palpación permite comprobar el contenido intestinal de los sacos y la amplia

continuidad entre ellos, por maniobras que permiten llevar dicho contenido de un saco al otro.

El sostén mediano entre la bolsa vaginal y la rectal está constituido por el nudo de confluencia de perineo anterior y posterior. La resistencia variable de este nudo explica las variaciones de la bilobulación que puede llegar a desaparecer por unificación cuando el nudo claudica totalmente.

El tratamiento quirúrgico tiene pocas posibilidades en estas enfermas añosas e hipotónicas con enorme falla perineal. Conceptualmente corresponde cumplir las siguientes exigencias:

Suprimir el saco herniario, rehaciendo un fondo peritoneal pelviano normal. Cerrar por vía abdominal la brecha en el valle de los elevadores, como en el prolapso herniario del recto.

Cerrar la brecha perineal suturando los bordes de los elevadores y en caso necesario clausurar la vagina.