

La pexia recto-sacra en el tratamiento del prolapso rectal refractario a tratamiento conservador

M. Alaminos Mingorance, C. Sánchez López-Tello, J.C. Valladares Mendías, R. Fernández Valadés

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Materno-Infantil, Hospital Universitario «Virgen de las Nieves», Granada.

RESUMEN: Introducción. Presentamos los casos de 20 pacientes sometidos a la técnica de Reifferscheid (fijación de la cara posterior del recto a la anterior del sacro) desde 1967 hasta 1997.

Pacientes y métodos. Un total de 20 pacientes han sido tratados mediante la técnica de Reifferscheid. Se establecieron dos grupos: de 1967 a 1972 se trataron 10 enfermos (grupo A) y de 1974 a 1997 otros 10 (grupo B). En todos los casos se registraron la edad en el momento de la intervención, el sexo, los posibles diagnósticos secundarios, la vía de abordaje, las eventuales complicaciones y el estado del paciente a medio plazo.

Resultados. Grupo A: edad media: 2,15 años; sexo: 7 niñas (5 de ellas presentan mielomeningocele asociado) y 3 niños; incisión de Pfannenstiel o pararectal izquierda (lactantes). Seguimiento: 2 años, sin recidivas. Grupo B: edad media: 2,5 años, 9 varones (dos de ellos presentaban mielomeningocele) y una niña. No recidiva del prolapso en ningún caso.

Discusión. Los excelentes resultados obtenidos en nuestra experiencia con la aplicación de esta técnica de fijación recto-sacra contrastan con los pobres resultados que muestran otras técnicas referidas en la literatura. Por ello, en pacientes que presentan prolapso rectal grave, en especial en aquellos asociados a otro tipo de patologías, la pexia recto-sacra se muestra como una técnica útil y segura a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: Pexia rectal; Prolapso rectal.

RECTAL FIXATION TO PROMONTORIUM IN THE MANAGEMENT OF RECTAL PROLAPSE NON-RESPONDING TO CONSERVATIVE TREATMENT

ABSTRACT: Introduction. The clinical cases of 20 patients submitted to Reifferscheid intervention (fixation of rectum to promontorium) between 1967 and 1997 are presented.

Patients and methods. Twenty patients have been treated by means of the operation of Reifferscheid. They were divided in two groups: from 1967 to 1972, ten patients were submitted to this technique (group A). From 1974 to 1997, other ten patients (group B). In each case, the following items were registered: sex, eventual secondary diagnosis, incision, complications, middle-term evolution.

Results. Group A: Middle age: 2.15 years old. Sex: 7 girls (5 of them presented mielomeningocele) and 3 males; pararectal incision for babies, Pfannenstiel incision for children over 1 year-old. Follow-up: 2

years without recidives. Group B: Middle age: 2.5 years-old, 9 males (2 of them were diagnosed of mielomeningocele) and 1 girl. No recidives were detected.

Discussion. These excellent results obtained with Reifferscheid operation contrast with the poor results referred by other authors for other therapeutic approaches. That is why, in patients affected of serious rectal prolapse, especially when associated to other pathologies, rectal fixation to promontorium is an useful and long-term sure approach.

KEY WORDS: Rectal fixation; Rectal prolapse.

INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal es un proceso que se caracteriza por la salida de un segmento más o menos grande de intestino grueso, de manera intermitente o permanente, por el ano, que se presenta con frecuencia en la infancia⁽¹⁾. La presencia de un prolapso se debe, entre otras causas, a una insuficiencia del esfínter o de la musculatura del periné o bien a un estreñimiento pertinaz⁽²⁾, siendo muy frecuente en aquellos pacientes afectados de mielomeningocele o fibrosis quística⁽³⁾. En ocasiones el prolapso ocurre en pacientes hipotróficos que sufren cuadros diarreicos agudos⁽⁴⁾ o parasitosis intestinal⁽²⁾. El tratamiento, excepto en aquellos casos asociados a insuficiencia total de la musculatura perineal, ha de ser conservador, consistente fundamentalmente en medidas higiénicas y dietéticas para luchar contra el estreñimiento, reservándose el tratamiento quirúrgico para los casos refractarios a éste. El cerclaje (técnica de Thiersch) con diversos materiales (hilo de plata, seda, catgut o crin de caballo) es una de las técnicas más utilizadas⁽⁵⁾, pero con frecuencia da lugar a infecciones y erosiones de la pared rectal y provoca molestias que obligan a su retirada en un elevado porcentaje de los casos. El índice de recidivas del prolapso es, además, elevado, sobre todo en pacientes con patología neuromuscular asociada. Otra de las técnicas que se emplean en el prolapso rectal es la inyección de sustancias esclerosantes tipo etoxisclerol en el espacio perirrectal⁽⁶⁻⁸⁾. Sin embargo, el porcentaje de recidivas sigue siendo elevado incluso después de la aplicación repetida de estas sustancias esclerosantes, habiéndose estableci-

Correspondencia: Miguel Alaminos Mingorance, C/ San Antón 18, 2º I, 18005 Granada.

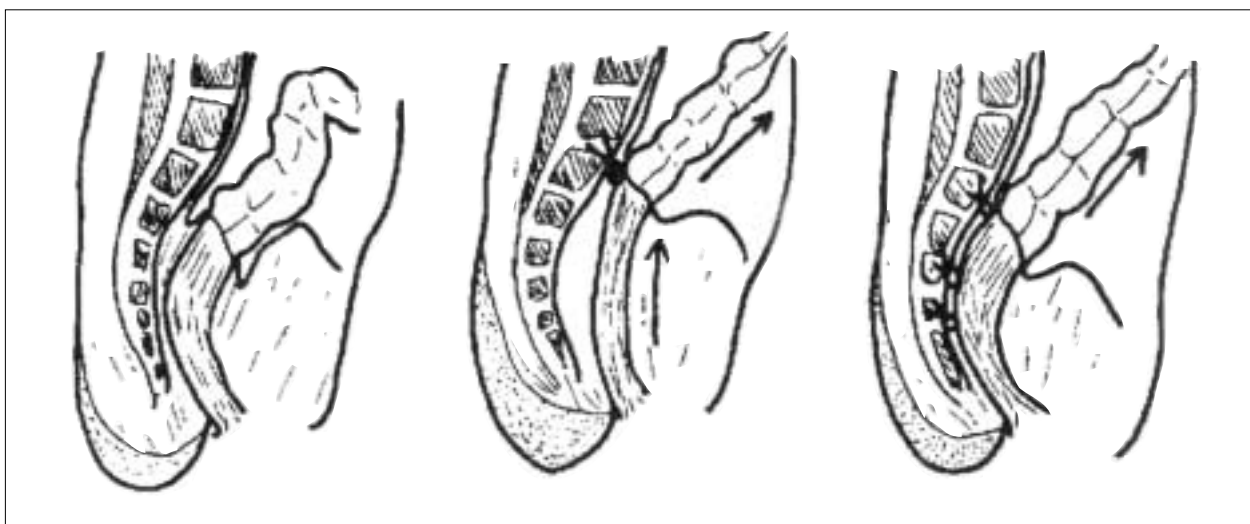


Figura 1. Técnica quirúrgica de Reifferscheid. A la izquierda se muestra esquemáticamente el intestino previamente a la intervención. En la figura central, el recto ha sido fijado al promontorio mediante un punto de sutura mientras el cirujano ayudante ejerce tracción suave del mismo. A la derecha se aprecia el resultado final de la intervención, una vez fijada la parte distal del recto al sacro mediante varios puntos de sutura no reabsorbible y reparado el efecto peritoneal.

do que el 16% de los niños que sufren prolapso rectal no llegan nunca a curarse mediante escleroterapia⁽⁸⁾. La técnica de Reifferscheid, que consiste en la fijación quirúrgica de la cara posterior del recto a la cara anterior del promontorio sacro (Fig. 1), fue descrita para su utilización en adultos con gran debilidad del suelo del periné que no serían candidatos a las técnicas previamente descritas⁽⁹⁾, obteniéndose muy buenos resultados en cuanto a índice de recurrencias. En los últimos tiempos, una variante de esta técnica se está realizando en niños por vía laparoscópica⁽¹⁰⁾. Otra opción terapéutica utilizada con relativa frecuencia es la técnica de Lockhart-Mummery⁽¹¹⁾, consistente en la introducción de una tira de gasa en el espacio retrorrectal con la intención de provocar una fibrosis a nivel local que fije el recto e impida el prolapso. Esta técnica, sin embargo, cada vez es menos utilizada debido a las molestias que causa en el postoperatorio a los pacientes sometidos a ella.

Presentamos los casos de 20 pacientes en edad pediátrica sometidos a la técnica de Reifferscheid desde 1967 hasta 1997.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de los casos de prolapso rectal grave que fueron sometidos a la técnica de Reifferscheid durante el período de tiempo 1967-1972. Los pacientes incluidos en el período de estudio fueron divididos en dos grupos. El primero de ellos incluía a los 10 niños intervenidos en el período de tiempo 1967-1972. Los otros 10 pacientes fueron sometidos a esta técnica durante los años 1974 a 1997. La división se estableció de este modo puesto que ambos grupos de pa-

cientes son heterogéneos, perteneciendo a períodos de tiempo distintos y a áreas hospitalarias distintas. Todos ellos fueron seleccionados para esta técnica al considerarse como grave el prolapso rectal que padecían, así como aquéllos que se asociaban a mielomeningocele o neuromiopatías graves que afectarían al periné.

En cada caso se registraron las siguientes variables: sexo, edad en el momento de la intervención, enfermedades concomitantes o asociadas (especialmente la existencia o no de mielomeningocele), la vía de abordaje quirúrgico al recto (incisión practicada, tipo de laparotomía, etc.), las posibles complicaciones postoperatorias registradas y el estado del paciente a medio y largo plazo.

DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS

Tal como se refleja en la tabla I, los diez pacientes incluidos en el grupo 1 (fecha de intervención entre 1967 y 1972) presentaron una edad media de 2,15 años, con un rango etario entre 1 mes y 5 años. Siete de los pacientes eran mujeres, siendo los otros tres varones. La mitad de los pacientes de este grupo presentaron mielomeningocele como causa del prolapso rectal, siendo todos ellos del sexo femenino. En todos los casos se realizó técnica de Reifferscheid mediante incisión de Pfannenstiel, excepto en los lactantes, en los que la pexia recto-sacra se practicó tras laparotomía pararrectal izquierda. No se detectó recidiva del prolapso rectal en ningún caso, tras un período de seguimiento medio de dos años. Uno de los pacientes (identificado como paciente número 1) no acudió a los controles establecidos para revisión, no presentando recidiva del prolapso rectal en el momento del al-

Tabla I Pacientes incluidos en el grupo 1 (1967-1972)

Paciente	Sexo	Edad	Enf. asociadas	Incisión	Seguimiento
1	V	3 a	–	Pfannenstiel	?*
2	M	3 m	Mielomeningocele	Pararrectal izda	6 m**
3	M	1 m	Mielomeningocele Prolapso uterino	Pararrectal izda	NR
4	M	2 a	–	Pfannenstiel	NR
5	V	3 a	Ascaridiasis	Pfannenstiel	NR
6	M	3 a	Mielomeningocele	Pfannenstiel	NR
7	M	2 a	Mielomeningocele	Pfannenstiel	NR
8	V	3 a	–	Pfannenstiel	NR***
9	M	5 a	–	Pfannenstiel	NR
10	M	2 m	Mielomeningocele	Pararrectal izda	NR

En cada caso se registraron las siguientes variables: sexo, edad en el momento de la intervención, enfermedades concomitantes, tipo de incisión realizada para la pexia recto-sacra y evolución del paciente a medio o largo plazo. NR: no recidiva del prolapso rectal. *El paciente no acudió a las revisiones a medio plazo. No recidiva hasta el momento del alta hospitalaria. **El paciente murió por un problema neurológico ajeno a la intervención 6 meses después de ésta. No recidiva del prolapso rectal hasta ese momento. ***Previamente a la pexia recto-sacra, el paciente fue sometido a inyecciones repetidas de sustancias esclerosantes perirrectales y a cerclaje según técnica de Thiersch. En todos los casos recidivó el prolapso, hasta que se realizó la técnica de Reifferscheid, que no mostró recidiva a medio ni largo plazo.

Tabla II Pacientes incluidos en el grupo 2 (1974-1997)

Paciente	Sexo	Edad	Enf. asociadas	Incisión	Seguimiento
1	V	3 m	Mielomeningocele	Pararrectal dcha	NR
2	V	2 a	Hernia umbilical	Pfannenstiel	NR
3	V	7 a	—	Pararrectal izda	NR
4	V	3 a	—	Laparatomía media	NR
5	M	4 m	Hernia umbilical	Laparatomía media	4 m*
6	V	3 m	Mielomeningocele	Pararrectal izda	NR
7	V	6 a	Mielomeningocele	Pararrectal izda	NR
8	V	3 a	—	Pfannenstiel	NR
9	V	3 a	—	Pararrectal izda	NR
10	V	6 m	Laparosquisis	Laparatomía media	NR

En cada caso se registraron las siguientes variables: sexo, edad en el momento de la intervención, enfermedades concomitantes, tipo de incisión realizada para la pexia recto-sacra y evolución del paciente a medio o largo plazo. NR: no recidiva del prolapso rectal. *El paciente no acudió a más revisiones. En la última, 4 meses después de la intervención, no se detectó recidiva del cuadro.

ta hospitalaria. Otro de los niños (paciente número 2) falleció a los seis meses del alta debido a una complicación neurológica grave del mielomeningocele que padecía. Durante esos seis meses no volvió a sufrir ningún episodio de prolapso rectal. También hay que destacar que otro de los pacientes (el número 8) había sido tratado previamente en otro centro hospitalario mediante inyección de sustancias esclerosantes en el espacio pararrectal y cerclaje con hilo de plata, habiendo recidivado en todas las ocasiones al poco tiempo de realizado el tratamiento. Sin embargo, no volvió a su-

frir episodios de prolapso después de la pexia recto-sacra. En ninguno de los pacientes se detectaron complicaciones de la intervención quirúrgica, siendo ésta bien tolerada en los diez casos.

El segundo grupo (Tabla II), intervenidos entre 1974 y 1997, presentaba una edad media de 2,5 años en el momento de la intervención (rango: 3 meses-7 años), siendo 9 de ellos varones. Dos de los pacientes, ambos varones, presentaron mielomeningocele asociado. Uno de ellos (paciente número 10), fue intervenido en el período neonatal por lapa-

rosquisis, no requiriendo la utilización de mallas para el cierre del defecto abdominal. No se registró recidiva del prolapso rectal en ningún caso, después de un seguimiento que varió entre 3 y 10 años en todos los casos, excepto en un paciente (número 5) que no volvió a revisión después de 4 meses de la intervención. Como complicaciones de la intervención, se detectó un caso de dehiscencia parcial de la herida operatoria en un paciente afecto de mielomeningocele, y un caso de dermatitis alrededor de la herida operatoria.

DISCUSIÓN

El prolapso rectal es una enfermedad con frecuencia recidivante, que puede alterar seriamente las relaciones sociales del niño en edad escolar y que puede comprometer la viabilidad del intestino prolapsado⁽¹⁾. Con frecuencia, el prolapso es únicamente mucoso, respondiendo favorablemente a tratamientos dietéticos e higiénicos^(1, 12). Sin embargo, numerosos pacientes requieren una técnica quirúrgica para solucionar su problema. La técnica de Reifferscheid, según se demuestra en la casuística previamente expuesta, es una técnica muy útil que ofrece grandes garantías de éxito⁽⁹⁾ (en nuestro caso, ninguna recidiva de 20 pacientes tratados) en contraste con otras técnicas practicadas por otros autores con resultados dispares. La pexia recto-sacra, pese a realizarse por lo general mediante laparatomía, por lo que se considera como una técnica agresiva, es bien tolerada por los pacientes, no presentando ninguna complicación en los 20 casos incluidos en el estudio, excepto una dehiscencia parcial de la sutura de la piel y un caso de dermatitis. Por ello, creemos que la pexia recto-sacra según técnica de Reifferscheid debería aplicarse con mayor frecuencia a los niños que sufren prolapsos rectales de repetición siempre que se sospeche que las técnicas menos agresivas pueden fallar, generalmente, por tratarse de pacientes afectados de enfermedades neuromusculares graves, mielomeningocele, fibrosis quística, etc. También debería aplicarse esta técnica en aquellos casos en los que otras técnicas han fallado, pues inclu-

so en estos casos refractarios, la pexia recto-sacra se ha mostrado útil y segura⁽¹²⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Siafakas C, Vottler TP, Andersen JM. Rectal prolapse in pediatrics. *Clin Pediatr Phila* 1999;**38**:63-72.
2. Fehri M, Harouchi A, Reffas E, Andaloussi M, Benbachir M, Guessous N. Rectal prolapse in children. Review of 260 cases. *Chir Pediatr* 1988;**29**:313-317.
3. Stern RC, Izant RJ, Boat TF, Wood RE, Matthews LW, Doershuk CF. Treatment and prognosis of rectal prolapse in cystic fibrosis. *Gastroenterology* 1982;**82**:707-710.
4. Bhimma R, Rollins NC, Coovadia HM, Adhikari M. Post-dysenteric hemolytic uremic syndrome in children during an epidemic of Shigella dysentery in Kwazulu/Natal. *Pediatr Nephrol* 1997;**11**:560-564.
5. Corman ML. Rectal prolapse in children. *Dis Colon Rectum* 1985;**28**:535-539.
6. Freeman NV. Rectal prolapse in children. *J R Soc Med* 1984;**77** (Suppl 3):9-12.
7. Gysler R, Morger R. Über die Sklerosierungsbehandlung mit Athoxysklerol bei Analprolaps im Kindesalter. *Z Kinderchir* 1989;**44**:304-305.
8. Chan WK, Kay SM, Laberge JM, Gallucci JG, Bensoussan AL, Yazbeck S. Injection sclerotherapy in the treatment of rectal prolapse in infants and children. *J Pediatr Surg* 1998;**33**:228-255.
9. Gasbarro V, Nigro Imperiale F, Rubbini M, Bignami R, Pozza E, Zamboni P, Fabri P, Mari C, Tartari E, De Anna D. La terapia chirurgica del prolasso rettale. Nostra esperienza clinica di 12 anni di osservazioni. *Chir Ital* 1984;**36**:30-36.
10. Yokomori K, Terawaki K, Kamii Y, Obana K, Hashizume K, Hoshino T, Hashimoto D. A new technique applicable to pediatric laparoscopic surgery: abdominal wall «area lifting» with subcutaneous wiring. *J Pediatr Surg* 1998;**33**:1589-1592.
11. Qvist N, Rasmussen L, Klaaborg KE, Hansen LP, Pedersen SA. Rectal prolapse in infancy: conservative versus operative treatment. *J Pediatr Surg* 1986;**21**:887-888.
12. Sverijnen R, Festen C, Van der Staak F, Riev P. Rectal prolapse in children. *Neth J Surg* 1989;**41**:149-151.