

Procedimiento de Altemeier para el prolapso rectal completo encarcelado: a propósito de un caso

Nicolás Laciari,¹ Ramiro Sosa,² Carlos Olivato,³ Ricardo D'Andrea⁴

Departamento de Cirugía General, Nuevo Hospital San Roque. Córdoba, Córdoba, Argentina.

¹Staff del Servicio de Cirugía General; ² Staff de la Sección de Coloproctología; ³ Jefe de Sección de Coloproctología; ⁴ Jefe del Servicio de Cirugía General.

RESUMEN

El prolapso rectal completo es el descenso circunferencial del espesor total de la pared rectal a través del conducto anal. El encarcelamiento es una complicación rara. Se presenta el caso de una mujer de 75 años con antecedentes de mielomeningocele, esquizofrenia, escoliosis severa y parálisis cerebral con un prolapso rectal encarcelado tratada mediante una rectosigmoidectomía perineal (procedimiento de Altemeier), con evolución postoperatoria favorable.

Palabras clave: Prolapso rectal; Procedimiento de Altemeier; Encarcelado

ABSTRACT

Complete rectal prolapse is the circumferential descent of the full thickness of the rectal wall through the anal canal. Incarceration is a rare complication. We present the case of a 75-year-old woman with a history of myelomeningocele, schizophrenia, severe scoliosis and cerebral palsy with incarcerated rectal prolapse treated by perineal rectosigmoidectomy (Altemeier's procedure), with favorable postoperative outcome.

Keywords: Rectal Prolapse; Altemeier's Procedure; Incarcerated

INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal completo es el descenso circunferencial del espesor total de la pared rectal a través del conducto anal.¹ Es una condición infrecuente, que ocurre en menos del 0,5% de la población, con predominio en el sexo femenino.² Su incidencia aumenta con la edad, principalmente en mayores de 50 años.³ El encarcelamiento es una complicación rara del prolapso rectal y la cirugía constituye el tratamiento definitivo.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 75 años de edad con antecedente de mielomeningocele, escoliosis severa, esquizofrenia y parálisis cerebral, que presenta tumoración anal irreductible y dolorosa de 8 h de evolución. Refiere como antecedente constipación crónica. En el examen físico se visualiza prolapso rectal completo de aproximadamente 15 cm, con coloración violácea por compromisos vascular, que no se reduce con maniobras manuales (Fig. 1).

Se decide realizar una cirugía de abordaje perineal debido al decúbito lateral derecho obligado y a las múltiples comorbilidades que presentaba la paciente. Se optó por la técnica de Altemeier, que consiste en una rectosigmoidectomía perineal.



Figura 1. Prolapso rectal completo encarcelado.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Nicolás Laciari** | nicolaciari12@gmail.com

Recibido: noviembre de 2021. Aceptado: noviembre de 2021.

Nicolás Laciari: <https://orcid.org/0000-0003-3693-3032>, Ramiro Sosa: <https://orcid.org/0000-0003-2999-6051>, Carlos Olivato: <https://orcid.org/0000-0003-4226-0110>, Ricardo D'Andrea: <https://orcid.org/0000-0001-6864-9285>



Figura 2. Resultado postquirúrgico.

En quirófano, bajo anestesia raquídea, se colocó a la paciente en decúbito lateral derecho. Se realizó una incisión circunferencial de todo el espesor de la pared recta a 2 cm de la línea dentada, objetivándose el deslizamiento del fondo de saco de Douglas y un dolicosigma que se exteriorizó mediante tracción manual. Se procedió a la ligadura de los vasos del mesorrecto y mesosigma. Luego se resecó el colon sigmoide y el recto redundante, unos 30 cm aproximadamente. Por último se efectuó la anastomosis coloanal término-terminal con sutura reabsorbible (Fig. 2). La evolución fue favorable, con egreso al 5° día postoperatorio.

DISCUSIÓN

Los factores etiológicos para el desarrollo del prolapso rectal completo no son bien conocidos. Dentro de estos podemos mencionar constipación crónica, fondo de saco de Douglas profundo, rectosigma redundante y defectos del piso pelviano como la diastasis de los elevadores.⁴ También se encuentran enfermedades neurológicas como la demencia senil y la espina bífida.⁴ Además, hay una mayor incidencia de afecciones psiquiátricas en las personas con prolapso rectal.² En este aspecto, nuestro caso coincide con la literatura, ya que la paciente presentaba mielomeningocele, constipación crónica, esquizofrenia, fondo de saco de Douglas profundo y debilidad del piso pelviano.

La presentación clínica puede variar desde incontinencia progresiva hasta constipación, y el diagnóstico generalmente se establece mediante anamnesis y examen proctológico.

El encarcelamiento del prolapso rectal es raro, ocurre en menos del 1% de los casos y generalmente se presenta en pacientes con síntomas de larga data, como la paciente, que los presentaba durante los 3 años previos a la cirugía.

Los síntomas y signos del estrangulamiento incluyen dolor, irreductibilidad, edema, inflamación de la mucosa y coloración rojo-violácea.¹ La paciente acudió al servicio de emergencia con todos estos signos y síntomas, por lo que fue necesario realizar la cirugía de urgencia.

El tratamiento curativo del prolapso rectal es exclusivamente quirúrgico, pero no hay un procedimiento estándar aceptado. Existen más de 100 operaciones descriptas, cuyo abordaje se puede realizar por vía abdominal o perineal.⁴

Se decidió realizar la cirugía de Altemeier, que constituye una de las alternativas quirúrgicas del abordaje perineal. La decisión se basó en que se trataba de una paciente añosa con alto riesgo quirúrgico debido a sus comorbilidades y a que presentaba un decúbito lateral derecho obligado.

Después de la rectosigmoidectomía perineal de Altemeier se ha descrito una baja incidencia de complicaciones, alrededor del 10-12%.³

Como conclusión, podemos mencionar que el encarcelamiento del prolapso rectal completo es un hallazgo raro que por el compromiso vascular que produce debe someterse rápidamente a una intervención quirúrgica. La operación de Altemeier es una de las opciones preferidas, principalmente en los pacientes añosos con comorbilidades significativas, debido a su baja tasa de morbilidad.

REFERENCIAS

1. Zaroni AL, Bugallo F, González A, Balmaceda S, Colicigno M. Prolapso rectal. *Rev Argent Coloproct* 2011; 22:151-224.
2. Cannon JA. Evaluation, diagnosis, and medical management of rectal prolapse. *Clin Colon Rectal Surg* 2017; 30:16-21.
3. Trompetto M, Tutino R, Realis A, Novelli E, Gallo G, Clerico G. Altemeier's procedure for complete rectal prolapse; outcome and function in 43 consecutive female patients. *BMC Surgery* 2019; 19:1-7.
4. Salomón M, Bugallo FG, Patrón Uriburu JC. Prolapso rectal. En: Galindo F. *Cirugía Digestiva*. 2009. III-383. p. 1-17.