

Procedimiento de Delorme por prolapso rectal completo asociado a un pólipo rectal gigante

Brian U. Santos¹, Vanesa Pastore², Juana Apaolaza³, Stiven Cabrera Gutiérrez³

Servicio de Cirugía, HIGA Eva Perón, San Martín, Prov. de Buenos Aires, Argentina

¹ Jefe de Unidad de Coloproctología

² Jefe de Servicio de Cirugía

³ Residente de Cirugía, HIGA Eva Perón San Martín.

Palabras clave: prolapso rectal, pólipo gigante, Delorme.

Keywords: rectal prolapse, giant polyp, Delorme.

INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal es el “deslizamiento” o el “descenso” del recto desde su sitio anatómico a través del ano.¹ Su primera descripción se remonta al Papiro de Ebers del antiguo Egipto (estimado 1500 AC).²

En 1912, Moschowitz describió el prolapso rectal como una hernia deslizada en la que la pared anterior del recto se hernia a través de un defecto en la fascia pélvica. A partir de 1968, se propuso la intususcepción rectal como causa del prolapso rectal. La mucosa rectal a 6-8 cm del margen anal se convierte en el “punto de partida” para la intususcepción.³

Los tumores malignos del colon pueden ser cabeza de intususcepción y ocurren hasta en un 60% de los casos. Con respecto a los tumores benignos, los adenomas son los más comunes.^{4,5} Se presenta el caso de una paciente con un prolapso rectal asociado a un pólipo gigante tratada mediante un procedimiento de Delorme.

CASO

Una paciente de sexo femenino de 75 años consulta a emergencia por cuadro de desbalance hidroelectrolítico, deshidratación, metrorragias, deterioro del sensorio y falla renal aguda. Tiene antecedentes de cáncer de mama desde hace 10 años, demencia senil (Alzheimer), metrorragias desde hace 2 meses, pérdida de peso de 15 kilogramos, e internación reciente por neumonía adquirida de la comunidad con tratamiento cumplido.

Presenta mal estado general con desnutrición marcada. Trascurre su internación con mejoría clínica, pero antes del alta intercorre con proctorragia y prolapso rectal completo asociado a lesión polipoide. Al examen físico se presenta caquética, con abdomen excavado y prolapso rectal completo asociado a tumor polipoide de aspecto vegetante con abundante mucorra y friable a la palpación. Se logra reducción parcial debido a dicha lesión (Fig. 1). No presenta adenopatías inguinales. Catarsis y eliminación de gases conservadas.



Figura 1. Prolapso rectal completo asociado a pólipo de aspecto vellosito que actúa como cabeza de invaginación.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Brian Uriel Santos:** dr.briansantos@gmail.com
Fecha recepción: 5/5/2024 Fecha aprobación: 24/1/2025

Brian U. Santos: <https://orcid.org/0000-0003-3458-2187>, Vanesa Pastore: <https://orcid.org/0009-0006-7381-6942>,

Juana Apaolaza: <https://orcid.org/0009-0000-2380-0965>, Stiven Cabrera Gutiérrez: <https://orcid.org/0009-0006-8835-0743>

Se realiza ecografía transvaginal con endometrio heterogéneo de 9 mm (sin conducta por ginecología) y tomografía computada donde se informa lesión elevada con diámetro de 81x58 mm en la pared posterior del recto medio. No se realizó resonancia magnética nuclear debido a que la semiología de la lesión inclinaba la sospecha hacia un pólipo benigno, sumado al mal estado general de la paciente y a la falta de disponibilidad en nuestra institución.

Se decidió la conducta quirúrgica realizándose un procedimiento de Delorme con la resección del pólipo gigante. En posición de litotomía se realiza infiltración de la submucosa en forma radial con adrenalina 1/20000. Disección submucosa exponiendo la capa muscular hacia distal hasta donde se encuentra la lesión polipoide descrita. Resección con márgenes de la lesión vegetante con sellador vascular ultrasónico, plicatura de la muscular propia (Fig.2 A) y reanastomosis de la mucosa (Fig. 2 B). Hemostasia satisfactoria y reintroducción del anorrecto.

Reinicia la alimentación a las 24 horas y retoma tránsito intestinal con catarsis a las 48 horas poscirugía. Alta hospitalaria a los 5 días. Valorada posteriormente en consultorios externos no hay evidencia de prolapso ni sangrado. La paciente decide continuar controles en otro hospital cercano a su domicilio. La anatomía patológica informa un adenoma túbulo-velloso con displasia de bajo grado y algunos focos de displasia de alto grado. Márgenes libres, sin atipia.

DISCUSIÓN

El prolapso rectal se define como una protrusión del espesor total del recto a través del canal anal. Este puede afectar la mucosa (prolapso parcial) o todo el espesor de sus capas

(prolapso completo). Su etiología definitiva no está clara y se ha planteado la hipótesis de que una intususcepción del recto a 6-8 cm del borde anal es el punto de partida por el cual se origina el prolapso. Las anomalías anatómicas coexistentes son: un colon sigmoidees redundante, diástasis del elevador del ano, fondo de saco profundo, un esfínter anal complaciente (*patulous anus*) y la falta de inserciones recto-sacras. Las mujeres se ven afectadas con mayor frecuencia, siendo la proporción mujer/hombre de aproximadamente 10:1. El pico mayor de incidencia en la población femenina se presenta en la séptima década de la vida.⁶

La coexistencia del prolapso rectal con adenomas vellosos gigantes es una presentación atípica. Los pólipos colorrectales son en su mayoría adenomas que ocurren en un 25 al 30% de los casos en mayores de 50 años. Los adenomas vellosos, que comprenden aproximadamente el 10% de los adenomas colorrectales, son lesiones premalignas infrecuentes que suelen medir más de 5 cm y presentan un riesgo de malignidad de hasta el 40%. Los adenomas rectales gigantes pueden alcanzar tamaños considerables sin transformarse en malignos. Suelen ser asintomáticos. Las manifestaciones clínicas más comunes incluyen mucorrea excesiva, diarrea, dificultad asociada a la defecación o anemia ferropénica.⁷

En los casos de lesiones rectales gigantes y circunferenciales, la resección conservadora puede no garantizar la seguridad oncológica o la funcionalidad fisiológica. Por lo tanto, considerando el riesgo-beneficio, la cirugía radical, aunque potencialmente resulte en una colostomía permanente y altere la calidad de vida del paciente, sigue siendo la alternativa más segura. En este caso particular se decidió la cirugía resectiva del pólipo, por su aspecto benigno y debido a las alteraciones severas del medio interno, la proctorragia y los episodios de diarrea que afectaban la calidad de vida de la paciente.

Los pacientes con prolapso rectal presentan diversos síntomas



Figura 2. Procedimiento de Delorme. **A.** Luego de la resección mucosa se realiza la plicatura de la capa muscular con puntos separados diferidos. **B.** Anastomosis mucosa completa.

como incontinencia anal (50 al 75%), estreñimiento (25 al 50%), secreción mucosa y hemorragia. La hemorragia ocurre con frecuencia cuando el recto prolapsado no se reduce. Además, puede combinarse con el prolapso de órganos pélvicos incluidos la vejiga y el útero, o con un rectocele.⁶

El objetivo del tratamiento es eliminar el prolapso, corregir las anomalías funcionales asociadas a la incontinencia o el estreñimiento y prevenir la disfunción intestinal de novo. Este objetivo se puede lograr mediante: 1) fijación del recto al sacro y/o 2) resección o plicatura del intestino redundante. El abordaje puede ser transanal/perineal o transabdominal.

Los abordajes perineales se consideran más adecuados para pacientes frágiles, de edad avanzada y/o con comorbilidades importantes. Los beneficios de las operaciones perineales son: un curso postoperatorio predominantemente sin complicaciones en el que los pacientes experimentan mínimo dolor, deambulación temprana después de la cirugía y reanudación de la vía oral dentro de las primeras 24 horas. El retorno de la función intestinal completa generalmente ocurre unos días después de la cirugía.⁸ Como en nuestro caso, en que dadas las comorbilidades que presentaba la paciente, se decidió el abordaje perineal por su baja morbimortalidad y mínimas complicaciones pos-operatorias.

Edmond Delorme, un cirujano militar francés, fue el primero en describir este procedimiento en 1900. Los principios básicos de la operación incluyen un abordaje transanal para la disección de la mucosa de la muscular propia seguida de la plicatura de la muscular propia y la reanastomosis de la mucosa.⁸ El procedimiento implica la extracción de la mucosa y no una escisión total de la pared rectal. Un centímetro proximal a la línea dentada, se realiza una incisión circunferencial hasta el plano submucoso, y se disecciona la mucosa hasta la porción más proximal del intestino prolapsado y luego se reseca. Luego se realiza la plicatura de la muscular propia con sutura longitudinal. Finalmente, se anastomosan los bordes mucosos.

Esta técnica es una opción para el prolapso de la mucosa o el prolapso rectal de espesor total de segmento corto. Se puede considerar esta operación en pacientes mayores o con múltiples comorbilidades, que tengan antecedentes de reparación del prolapso, cirugía pélvica, radiación pelviana, hombres jóvenes con disfunción sexual como motivo de preocupación y en aquellos que presentan una resección anterior previa.⁸ Las complicaciones son relativamente poco frecuentes e incluyen hemorragia, hematoma, dehiscencia de la línea de sutura, estenosis y recurrencia.

La tasa de mortalidad varía entre el 0 y 5% y las de recurrencia del 8 al 34%. Hay una mejora general en la continencia y el estreñimiento en la mayoría de los pacientes.^{6,9}

Los fracasos se han asociado con mayor frecuencia a una disfunción esfinteriana grave, diarrea crónica, descenso perineal marcado o afecciones del colon que imposibilitan una mucosectomía completa. La mucosectomía incompleta y los defectos del suelo pélvico se han asociado con una alta recurrencia.¹⁰

CONCLUSIÓN

Los adenomas rectales pueden alcanzar tamaños considerables sin malignizarse. De ser posible, se sugiere su resección oncológica, aunque muchas veces debe individualizarse de acuerdo con cada paciente. La cirugía de Delorme es ideal para personas mayores o pacientes con comorbilidades importantes. El abordaje transanal en estos pacientes es el indicado, obteniéndose buenos resultados posoperatorios con baja morbimortalidad. Este procedimiento se asocia con mejoría en la continencia anal, tasas de recaída relativamente bajas y una baja incidencia de estreñimiento posoperatorio.

REFERENCIAS

- Ongom PA, Lukande RL. Precipitous intussusception with anal protrusion and complete overt rectal prolapse presenting with intestinal obstruction and an associated rectal adenoma in a young man: a case report. *BMC Research Notes*. 2013;6:401.
- Ashrafian H. Arius of Alexandria (256-336 AD): the first reported mortality from rectal prolapse. *Int J Colorectal Dis*. 2014;29(4):539.
- Shin EJ. Surgical treatment of rectal prolapse. *J Korean Soc Coloproctol*. 2011;27:5.
- Marinis A, Yiallourou A, Samanides L, Dafnios N, Anastasopoulos G, Vassiliou I, et al. Intussusception of the bowel in adults: a review. *World J Gastroenterol*. 2009;15:407-11.
- Ochiai H, Ohishi T, Seki S, Tokuyama J, Osumi K, Urakami H, et al. Prolapse of intussusception through the anus as a result of sigmoid colon cancer. *Case Rep Gastroenterol*. 2010;4:346-50.
- Tsunoda A. Surgical Treatment of Rectal Prolapse in the Laparoscopic Era; A Review of the Literature. *J Anus Rectum Colon*. 2020;4(3):89-99.
- Bains L, Lal P, Vindal A, Singh M. Giant villous adenoma of rectum-what is the malignant potential and what is the optimal treatment? A case and review of literature. *World J Surg Oncol*. 2019;25:109-10.
- Barfield LR. Perineal Approaches to Rectal Prolapse. *Clin Colon Rectal Surg*. 2017 Feb;30(1):12-15.
- Pescatori M, Interisano A, Stolfi VM, Zoffoli M. Delorme's operation and sphincteroplasty for rectal prolapse and fecal incontinence. *Int J Colorectal Dis*. 1998;13:223-27.
- Lee S, Kye BH, Kim HJ, Cho HM, Kim JG. Delorme's Procedure for Complete Rectal Prolapse: Does It Still Have It's Own Role? *J Korean Soc Coloproctol*. 2012;28(1):13-8.