

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**PROLAPSO RECTAL TOTAL EN ADULTOS
CON UN ESTUDIO DE 155 CASOS**

TESIS

**Presentada a la Facultad de
Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos**

POR

ALEJANDRO MIGUEL HERNANDEZ CANO

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

OBJETIVOS

MATERIALES Y METODOS

PARTE I

Historia del Prolapso Rectal

Recuerdo Anatómico del Area

Definición

Etiología

Sintomatología

Clasificación del Prolapso Rectal

Diagnóstico Diferencial con otro Tipo de Patología Anal

Resumen

PARTE II

Presentación de los cuadros de los casos analizados y su Interpretación.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Dos factores determinaron el tema de mi tesis: la asesoría del Dr. Carlos E. Azpuru y mi interés por la cirugía.

El prolapso rectal total es un problema quirúrgico cuyos factores no han sido totalmente estudiados y cuya solución ofrece una gran variedad de procedimientos y modalidades, lo que indica que aún no se ha hallado una técnica quirúrgica plenamente satisfactoria.

Al reunir los casos de varios hospitales y de consulta privada, llegamos a obtener una de las series más altas del mundo: 155 casos; si bien documentada, irregularmente en cuanto a algunas variables de interés. Pensamos que por este acopio de datos y la asesoría del excelente experto, Dr. Carlos E. Azpuru, este trabajo ha de ser de alguna utilidad para estudiantes y médicos interesados en el problema.

La tesis consta de dos partes: la primera, dedicada a la descripción, historia, clasificación y diagnóstico diferencial del prolapso rectal. La segunda es el estudio de casos, hecho para hallar la relación entre la incidencia del prolapso y las variables: edad, sexo, tiempo de evolución, tamaño, paridad, reducción y reaparición, vía quirúrgica empleada y otras.

Presentamos este trabajo a la Universidad de San Carlos de Guatemala, con el reconocimiento de la preparación que como alumno, en ella recibí.

OBJETIVOS

Desarrollamos nuestro tema de tesis de acuerdo con los siguientes objetivos:

1. Examinar los conceptos y experiencias de diversos autores.
2. Ampliar el tema con bibliografía reciente.
3. Hacer un estudio analítico de las posibles asociaciones que se encuentren en la casuística.
4. Dar a conocer a la población médica por medio de la tesis, el problema del prolapso rectal, con especial referencia a Guatemala.
5. Dejar inquietudes sobre posibles áreas de investigación y estudio, a futuros estudiantes de la Universidad de San Carlos.

MATERIALES Y METODOS

Para reunir los materiales se efectuaron varios pasos que a continuación se mencionan:

1. Obtención de material bibliográfico para lo cual se revisaron las publicaciones nacionales, tesis de graduación de médico y cirujano de la Universidad de San Carlos y los trabajos de congresos médicos de Guatemala. Se revisó la literatura extranjera al respecto, con especial referencia a textos y artículos recientes.
2. Recopilación de la casuística del prolapso rectal en la ciudad de Guatemala. Se hallaron 172 casos en total de los que se descartaron 17 casos por ser pediátricos. El material básico de la tesis consiste en 155 casos de prolapso rectal total en adultos, intervenidos quirúrgicamente.

Los casos se encontraron en diversos hospitales. La distribución hospitalaria fue la siguiente:

Hospital General San Juan de Dios: 116 casos en una revisión de los últimos 25 años.

Hospital Roosevelt: 10 casos en una revisión de los últimos 19 años.

Hospital Neuro-psiquiátrico: 7 casos en una revisión de los últimos 9 años.

Hospital Militar: 4 casos.

Cientela privada del Dr. Azpuru: 18 casos, en una revisión de los últimos 27 años.

3. Los datos de los casos fueron llevados a grandes fichas en forma de cuadros en los que se anotaron las distintas variables en columnas. Del manejo de estas fichas se obtuvieron varios cuadros estadísticos para hallar la relación entre la incidencia del prolapso rectal y las variables: edad, sexo, tiempo de evolución, tamaño del prolapso, reductibilidad y reaparición, paridad, prolapso genital total, procedimiento quirúrgico empleado y reincidencia post-operatoria. No todos los casos están documentados con el total de variables.
4. Uno de los recursos de mayor utilidad en esta tesis ha sido la asesoría del Dr. Carlos Azpuru y la facilidad que nos dio para hacer uso de su archivo y de su libro inédito sobre el prolapso rectal.

MÉTODOS:

Se empleó el método científico, principalmente en su procedimiento de inducción, o sea, partiendo de casos particulares para llegar a conclusiones.

Se usaron la comparación analítica y el método estadístico como auxiliares de la inducción lógica.

PRIMERA PARTE

EL PROLAPSO RECTAL TOTAL

HISTORIA DEL PROLAPSO RECTAL

Esta dolencia data de los tiempos antiguos. Según Boutis y Elis (11), en los papiros egipcios figura una serie de 33 casos con enfermedades ano-rectales, en las que se refieren al prolapso como una "dislocación" y lo trataban de dos formas: primero por reducción manual; y cuando ésta fallaba o era muy difícil, usaban supositorios que contenían miel.

También los griegos, influenciados por los egipcios utilizaban la miel y otros compuestos como aceite vegetal. Es sabido que la miel actúa por la reducción de agua por ósmosis, disminuyendo así el volumen y subsecuentemente, facilitando la reducción del prolapso.

Siglos después aparecen en la literatura, otros procedimientos: Ambrosio Paré recomendaba el uso de bragueros y no sentarse en piedras frías; Woodwall espolvoreaba estiércol de perro alimentado con polvo de hueso. (Ambos citados por Dunphy, 19).

En tiempos modernos, Salmon (citado por Pellecer) (33) propone, como tratamiento, la escisión completa de la mucosa. Jeannel (citado por Azpuru), (6) introduce la colostomía proximal y Thrisch (21) empieza a utilizar la sutura perineal con alambre. Von Eiselberg (citado por Boutis y Ellis) (11), emplea la resección primaria del colon sigmoide. Otros muchos autores que se citan en esta obra van progresivamente presentando series de prolapso rectal tratadas con leves modificaciones en las técnicas operatorias, sin que haya acuerdo en cuanto a la evaluación de las técnicas.

Desde hace 27 años el Dr. Azpuru trata el problema en Guatemala y comienza a preparar series de estudios y publicaciones al respecto. En la actualidad se encuentra trabajando en un libro específicamente dedicado al prolapso rectal.

RECUERDO ANATOMICO

El área anatómica a que se refiere este trabajo comprende desde

la porción inferior del colon sigmoides hasta el ano. Esto incluye según Binkley (fig 2) la siguiente división: colon sigmoides, recto sigmoides de 10 cm., recto de 10 cm. y ano de 3 cm. Según Testut y Latarjet "el recto se define como la parte terminal del intestino grueso, que continúa del colon pélvico y termina en la piel de la región perineal por un orificio denominado ano".

El recto recibe ese nombre debido a su dirección que, sin ser completamente rectilínea (excepto en niños) es mucho menos flexuosa que el resto del colon.

En el límite superior hay una estrechez que aparece en forma de válvula (de Houston) o una serie de pliegues diversamente dispuestos. Se le da el nombre de recto sigmoide que es la porción inicial provista de meso (el mesorecto).

En su límite inferior está la unión de la piel perineal con la mucosa rectal (línea anocutánea de Herrmann).

Esta porción del intestino está provista de una musculatura potente con la que tiene que vencer la estrechez de la ampolla rectal que tiene un esfínter doble, interno y externo.

El ano, la porción final del intestino y por donde protruye el prolapso, se sitúa en la línea media.

Su situación es ligeramente diferente en el hombre que en la mujer siendo más lejos del coxis en la mujer (de 25 a 30 mm.) que en el hombre (de 20 a 25 mm.) por lo que el ano es más anterior en la mujer y también se ha observado que es más superficial.

Sus esfínteres están de la siguiente forma: el interno es parte integrante de la túnica muscular del recto que continúa, y se encuentra reforzado por numerosos fascículos de fibras de músculos liso y estriado que proceden del sacro coccix (músculo retractor del ano), de la uretra (músculo rectouretral) y del elevador del ano. El esfínter externo del ano es un músculo estriado formado de 10 a 12 fas-

cículos que circundan el ano con tres capas de inserción, unas van a formar el rafé anococcígeo, otras se unen en forma circular con el elevador del ano, y otras van a entrecruzar con el transverso superficial y pocas fibras al bulbo cavernoso.

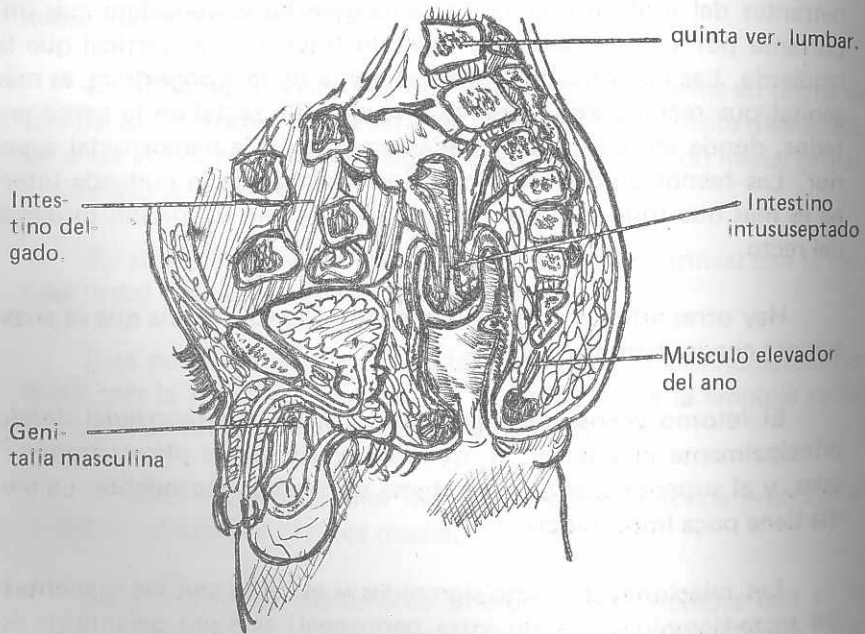
La irrigación arterial del recto-sigmoides y recto está dada principalmente por 3 pares de vasos que son los hemorroidales superiores, medios e inferiores. La rama superior de la mesentérica inferior, se divide a nivel de la tercera vértebra sacra, formando las ramas penetrantes del intestino recto. La rama derecha se considera más importante por ser más gruesa y lleva un trayecto más vertical que la izquierda. Las hemorroidales medias, rama de la hipogástrica, es más genital que rectal pero, da ramas a la ampolla rectal en la pared anterior, donde su red intestinal anastomosa con la hemorroidal superior. Las hemorroidales inferiores (par), ramas de la pudenda interna es más que todo perineal dando ramas al ano y porción terminal del recto.

Hay otras arterias no constantes como la sacra media que se anastomosa con las hemorroidales.

El retorno venoso está dado por el sistema hemorroidal siendo principalmente el inferior, el que da un sistema de plexos transversales, y el superior que da un sistema de drenaje ascendente. La media tiene poca importancia.

Las relaciones del recto-sigmoides y el recto son las siguientes: del recto-sigmoides (siendo intra peritoneal) está por delante de éste; con asas del intestino delgado, porción superior del útero y anexos y con el saco de Douglas, por los lados con los ligamentos úterosacros, y posteriormente con los vasos ilíacos y el mesorecto (a nivel de la 3a. sacra). El recto se encuentra delante del Sacro (parte final) y el coccix con un plexo presacro y grasa presacra separándolo. Por delante se encuentran, en el hombre, la vejiga urinaria y la próstata, y en la mujer la porción inferior del útero y la vagina (separados por el tabique vaginal). Y el ano que está comprendido en las capas del piso perineal.

Figura 1. Intususcepción rectal y Recto-sigmoidal, el llamado prolapso rectal oculto por Bacon.



En la figura se esquematiza cómo es el prolapso rectal antes de hacer su protrucción a través del ano.

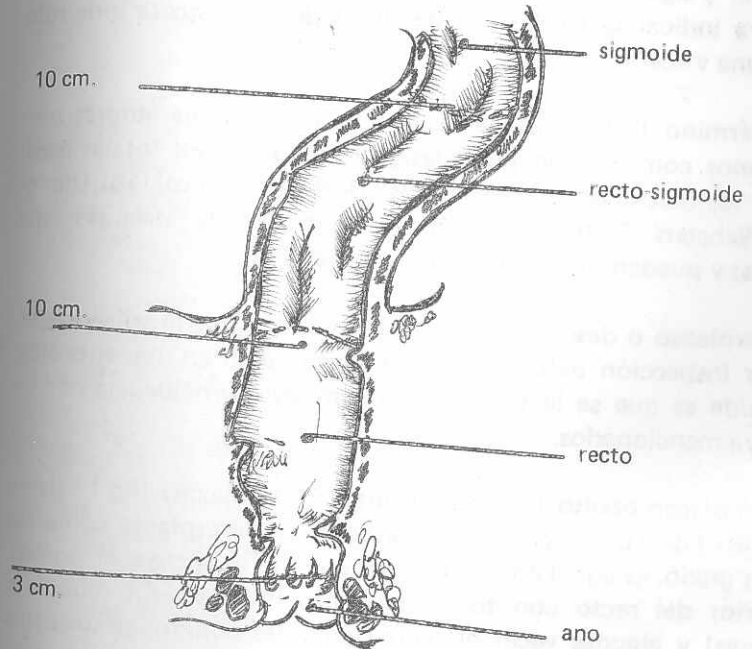


Fig. 2. Región del ano, recto, recto-sigmoides y sigmoides con división según Binkley.

DEFINICION

El término prolapso procede del latín prolapsus, del latín pro-labi que está compuesto de la siguiente forma "pro", adelante y "labi", caer y significa resbalar hacia adelante. En ciencias médicas se aplica para indicar la caída o el descenso de una víscera o de sólo parte de una víscera.

El término procidencia es utilizado por algunos autores norteamericanos como Bacon para designar los prolapsos totales masivos. Pero los diccionarios consultados, Dorland's Medical (18), Dictionary and Webster's Dictionary indican que ambas palabras son sinónimas; y pueden usarse con el mismo significado.

El prolapso o descenso puede ser interno o puede salir y observarse por inspección externa. En este último caso en que el prolapso protrude es que se le llama, cuando masivo, procidencia por los autores ya mencionados.

El prolapso oculto (o prolapso interno de Bacon) (fig 1) denominado así por Tuttle, y también conocido como prolapso completo de tercer grado, es aquel en que el canal anal no se altera y el segmento superior del recto con todas sus capas (mucosa, sub-mucosa y musculares) y algunas veces el recto-sigmoides con todas sus capas (las mismas que el recto más la serosa) se invaginan o intuseptan hacia el recto pero no aparece al exterior sino que queda contenido encima del esfínter anal. Este prolapso interno puede evolucionar en una protrucción a través del ano y convertirse en un prolapso rectal externo (o procidencia). Es más, por lo general, el prolapso rectal total externo es precedido por una fase de prolapso interno.

Sin embargo hay autores como Jackman (33) que no aceptan el término de prolapso oculto. Creemos que el prolapso rectal es una invaginación que puede o no salir al exterior. El término prolapso rectal total se aplica en esta tesis al prolapso completo (todas las capas y no sólo la mucosa) cuando protruden por el ano.

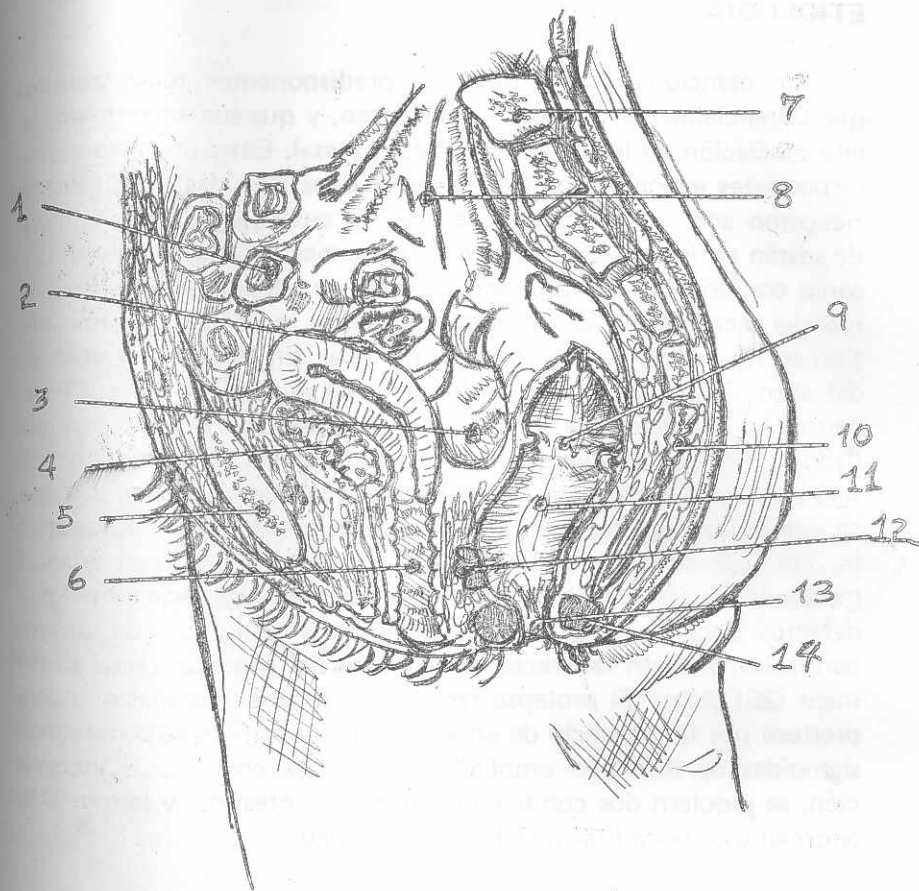


Fig. 3. Estructuras relacionadas con el recto y recto-sigmoides.

- 1) Intestino delgado. 2) Utero y anexo. 3) Saco de Douglas. 4) Vejiga urinaria.
- 5) Pubis. 6) Vagina. 7) Vértebra sacra No. 1. 8) Meso sigmoides. 9) Válvula de Houston. 10) Coccix. 11) Recto. 12) M. transverso del perineo. 13) Ano. 14) Esfínter anal.

ETIOLOGIA

Se mencionan como factores predisponentes todos aquellos que potencialmente conllevan al prolapso, y que son encontrados en alta asociación en los casos de prolapso rectal. Entre los factores predisponentes encontramos ciertas variaciones de las disposiciones como son: un recto más vertical, la ausencia de tejido adiposo de sostén en los espacios pélvicos e isquioresctales (como se ve en personas con desnutrición proteico-calórica), la falta de la curvatura normal del sacro, es. un sacro recto con coccix recto que deja más presión en las partes blandas del piso perineal. En las mujeres, el fondo del saco de Douglas muy profundo y en el hombre revestimiento peritoneal más abajo de la unión del sigmoide con el recto-sigmoide dando un fondo también bajo. Los movimientos peristálticos del asa sigmoidea y el recto-sigmoide asociados a su redundancia y a un meso sigmoide largo también es considerada como factor predisponente. Un piso pélvico débil, relajado (de escasa tonicidad) especialmente de las asas de fibras musculares del músculo elevador del ano, defectos fasciales musculares o de las otras estructuras de soportes perineales también favorecen la aparición del prolapso rectal Lenormant (28) dice: "El prolapso rectal total es una invaginación que se produce por la presencia de un asa sigmoidea muy larga con un meso sigmoide de inserción amplia". Para que se produzca la invaginación, se requieren dos condiciones: longitud intestinal y la movilidad anormal (por poca fijación) del colon pélvico.

Los factores incitantes o determinantes (también llamados desencadenantes) son aquellos que al presentarse, determinan que se produzca el prolapso rectal. Estos son: los esfuerzos defecatorios (como los observados en la constipación y las diarreas crónicas), los esfuerzos de micción aumentados (como sucede en problemas de hipertrofia prostática, cálculos vesicales o cualquier obstrucción renal baja), y por accesos violentos de tos, tenesmo, esfuerzos de pujo en el momento del parto. Es. factores que aumenten la presión intra abdominal lo suficiente para que se produzca el desplazamiento visceral hacia el exterior.

El sexo y la edad se consideran factores relacionados como observó Gabriel (24) quien dio la relación de 7 mujeres por cada hombre. Dunphy (19) encontró 6 mujeres por cada hombre, y Granet (25) encontró 5 mujeres por cada hombre. A esta observación se agrega la de Shann (38) el encontrar como factor anatómico asociado la ausencia, posiblemente congénita, del septum rectovaginal en algunos de sus casos de prolapso rectal en mujeres. Jackman encontró que en las primeras 4 décadas de edad, la mayoría de los casos fueron hombres y en las décadas siguientes el prolapso fue de mayor incidencia en las mujeres. Gabriel (24) encontró la mayoría de sus casos femeninos desde la 6ta. década en adelante.

Los factores genéticos del prolapso rectal han sido rebatidos. Hay autores como Altemier (1) que refiere un estudio de prolapso rectal de una serie de 106 casos entre los que había 86 (81.13%) casos con problemas psiquiátricos y neurológicos, lo cual es un porcentaje elevado, y merece tomarse en cuenta como factor de importancia. También Daseler (16) presentó un estudio de 25 casos de prolapso rectal en un hospital de enfermos psiquiátricos con 3000 pacientes internados.

SINTOMATOLOGIA DEL PROLAPSO RECTAL

La mayoría de los autores citados coinciden en la misma sintomatología clásica descrita sobre esta enfermedad, por lo que únicamente se hará mención breve.

Los síntomas del prolapso rectal, en el adulto, son generalmente progresivos. Se presentan por lo general en mujeres de edad avanzada y en hombres de edad media; pero siempre es más común en adultos debilitados, y en malas condiciones generales. El prolapso oculto de Tuttle o sea la invaginación rectal y recto-sigmoidal es asintomático de acuerdo con Granet (25) quien describió en su libro que al efectuar múltiples proctosigmoidoscopías en personas normales notó que las personas que se esforzaban pujando, tenían la mucosa redundante en diferentes segmentos, y que se invaginaba sobre las partes inferiores. Schapiro (37) halló que este tipo de

prolapso es más frecuente en niños; y señala la conveniencia de pensar en esta afección, cuando un niño presenta historia de constipación, tenesmo, repetidas defecaciones conteniendo sangre, proctalgia al defecar y ciertas molestias en la pelvis y el perineo.

Con respecto al prolapso rectal total, por lo general, el primer síntoma es la protrucción de una tumoración que sale por el ano después de esfuerzos, diarrea, acceso de tos, (en fin, los factores determinantes) y que se reduce espontáneamente. Esta evoluciona así: la tumoración hace su aparición con menos esfuerzos, y hasta al efectuar movimientos habituales tales como ponerse de pie; al mismo tiempo que su aparición se hace más repetida, su tamaño va aumentando, y puede referirse la presencia de moco y sangre en las heces fecales; esto es debido a la constante fricción que sufre la mucosa, cuando se prolapsa. Muchas veces se presenta historia de incontinencia fecal. Bacon (8) refiere que la constipación es regla general; Azpuru (56) refiere diarrea en varios casos, al igual que Pellecer (33). Con este cuadro se ha asociado el llevar una vida de inválido, debido a que se le dificulta a la persona deambular.

La tumoración se reduce espontáneamente al principio. Después el paciente necesita reducirla manualmente, y en algunas ocasiones no lo logra, teniendo la necesidad de ser ayudado por otra persona. La reducción puede ser parcial. Hay algunos casos en que el prolapso permanece en el exterior constantemente. En los enfermos de sexo femenino puede acompañarse de incontinencia urinaria, y de prolapso uterino isocrónico referido por Azpuru (7). Hay casos en que se presenta dolor hipogástrico y sensación de que el recto está lleno, debido al estiramiento que produce la víscera intuseptada. (Bacon, 9). En los casos raros de estrangulación se observa historia de dolor severo que antes no existía aún en presencia del prolapso rectal.

CLASIFICACION DEL PROLAPSO RECTAL

Existen varias clasificaciones diferentes para este problema. Para clarificar las clasificaciones de los diferentes prolapsos; como

son el prolapso rectal, el prolapso recto-sigmoidal, y el prolapso sigmoidal, se utilizó la división descrita por Binkley (33) y mostrada en la figura 2, para el colon pélvico que este autor aplicó al estudio del cáncer del recto y del recto-sigmoide. Debido a la dificultad de señalar con precisión dónde comienza el recto y dónde termina el sigmoide, es que se aplica este concepto de Binkley al prolapso rectal total.

Como se mencionó antes en la definición de prolapso rectal, procidencia y prolapso son sinónimos, en lo que están de acuerdo; Buie. (12), Gabriel (24) y Tuttle (42). Sin embargo autores como Bacon (8, 9), Miles (30) Hartman (37), y Castro (13), consideran que es prolapso cuando sólo es la capa de mucosa rectal la que desciende y la diferencian de procidencia que es cuando son todas las capas del intestino las que descienden. Para esto, Bacon (9), diseñó una tabla de diagnóstico diferencial entre las dos entidades, (Tabla No. 1).

TABLA No. 1
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE PROLAPSO
Y PROCIDENCIA, SEGUN BACON

Condiciones	Prolapso	Procidencia
Edad	Usualmente en niños	Adultos y edad avanzada
Principio	Brusco	Gradual
Masa que protruye	Mucosa rectal	Todas las capas del recto
Características	Surcos longitudinales que irradian del centro. consistencia blanda.	Surcos circulares irregulares Firme, más grueso. Forma ovalada Esfínter atónico.

Nosotros como ya habíamos aclarado, que procidencia y prolapsos son sinónimos utilizamos el término prolapso rectal parcial al que sólo es de la capa de mucosa rectal (el prolapso de Bacon) y prolapso rectal total al que es de todas las capas del intestino (procidencia de Bacon), y también utilizamos la tabla de Bacon con la diferencia en el titular de que en vez de leer "diagnóstico diferencial entre prolapso y procidencia" se leerá "diagnóstico diferencial entre prolapso parcial y prolapso total".

Para la clasificación se han propuesto varias, entre ellas, una de las más completas es la de Cruvielher (33) quien distingue cuatro variedades del prolapso rectal:

1.- Prolapso mucoso anal. Este consiste en la invaginación de la mucosa ano-rectal que se desliza sobre la musculatura.

2.- Prolapso ano-rectal. Está formado por una invaginación de la parte inferior del recto a través del ano.

3.- Prolapso rectal propiamente dicho. Está constituido por la invaginación de la parte superior del recto sobre la parte inferior del mismo.

4.- Prolapso sigmoide rectal. Este es por la precipitación a través del ano de una invaginación de la continuidad del intestino.

Otra clasificación propuesta por Tuttle (42), y aprobada por Buie (12) y por Jackman (40) pero con leves modificaciones, es la que tomaremos como más útil, también agregando nuestras modificaciones. Es la siguiente:

1.- Prolapso incompleto o parcial.

2.- Prolapso completo.

2.1 Prolapso completo de primer grado.

Las paredes del ano son evertidas con desplazamiento de la parte baja del recto incluyendo todas sus capas.

2.2 Prolapso rectal completo de segundo grado. Todas las capas del recto se invaginan a través del ano apareciendo en el exterior. Esta variedad puede no sólo ser recto, sino recto-sigmoide también y es la más común en nuestra serie.

Al observar esta forma de prolapso vimos que era necesario subdividir ésta por su variedad de presentación.

La variedad que aparece principalmente es de forma cilíndrica, (figuras 4 y 5), su forma puede ser corta, de 1 a 6 cm. (fig. 4), contiene sólo recto; o la variedad larga, de 6 hasta 22 cm. en nuestra serie, y que contiene sólo recto y rectosigmoide y en pocos casos hasta porciones de sigmoides, (fig. 5). Otra variedad de forma que presenta este tipo de prolapso es la forma cónica (fig. 5) que ocurre al haber atonía del esfínter anal y presentarse intususcepción rectal, esta variedad es siempre pequeña (de más o menos 6 a 8 cm). La otra variedad de forma es la llamada globosa (fig 7), que se presenta como una masa de tamaño considerable, debido a que entre las capas de la intususcepción se desliza el intestino delgado, formando una hernia dentro del prolapso. Esta variedad también trae síntomas leves de malestar intestinal.

2.3 Prolapso rectal completo de tercer grado. Este es el llamado prolapso rectal oculto que ya se describió anteriormente y que en nuestro estudio lo tomamos como intestino intususceptado que aún no se ha prolapsado.

Como se observa, las dos clasificaciones comprenden todos los tipos de prolapsos que se presentan y con las modificaciones que le hicimos se clarifica mucho el concepto del prolapso rectal total.

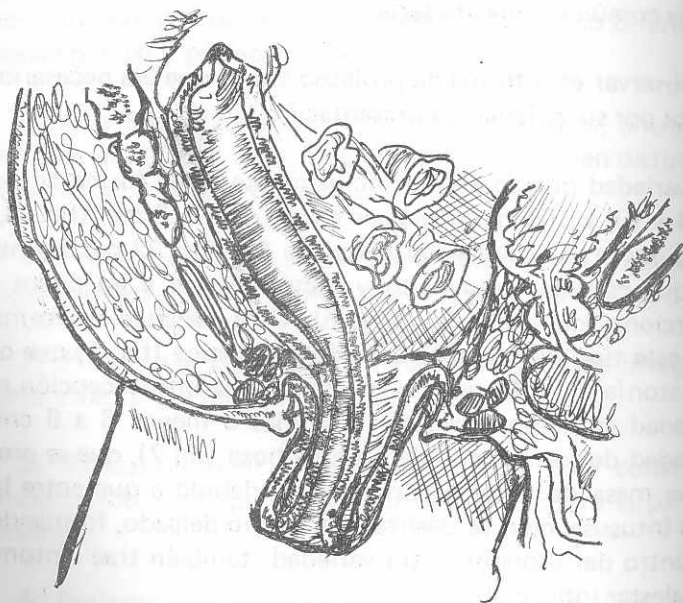


Figura No. 4

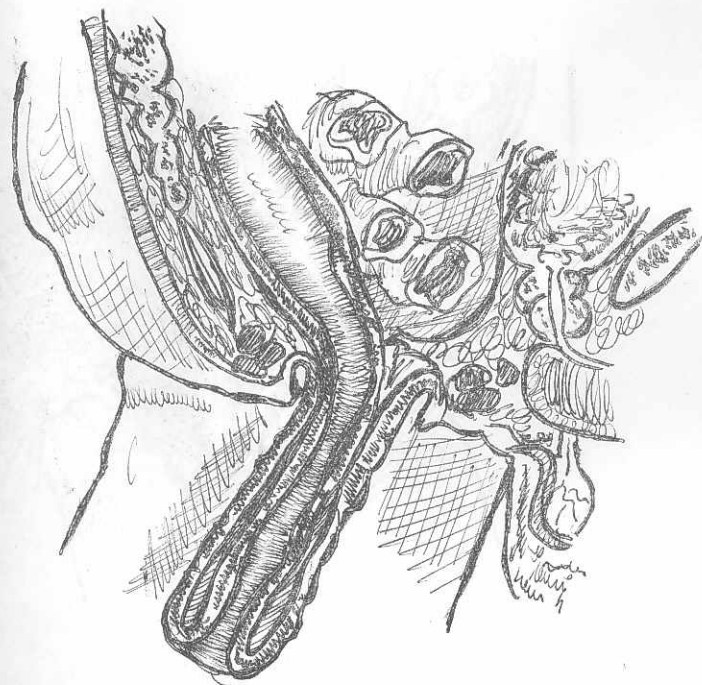


Figura No. 5

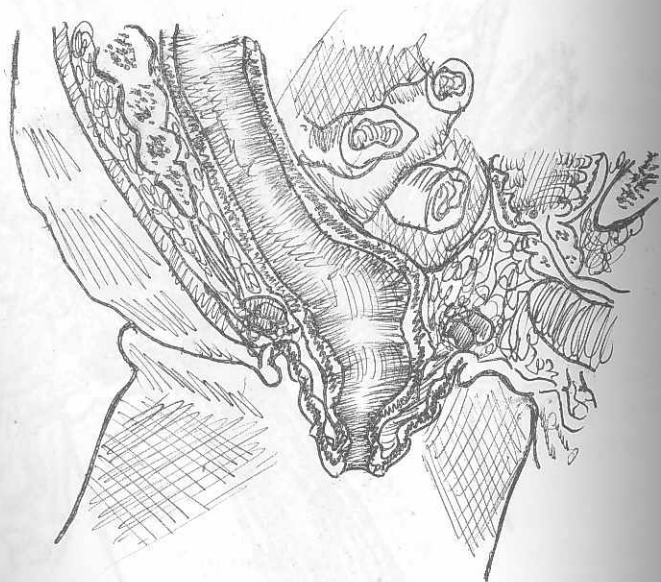


Figura No. 6

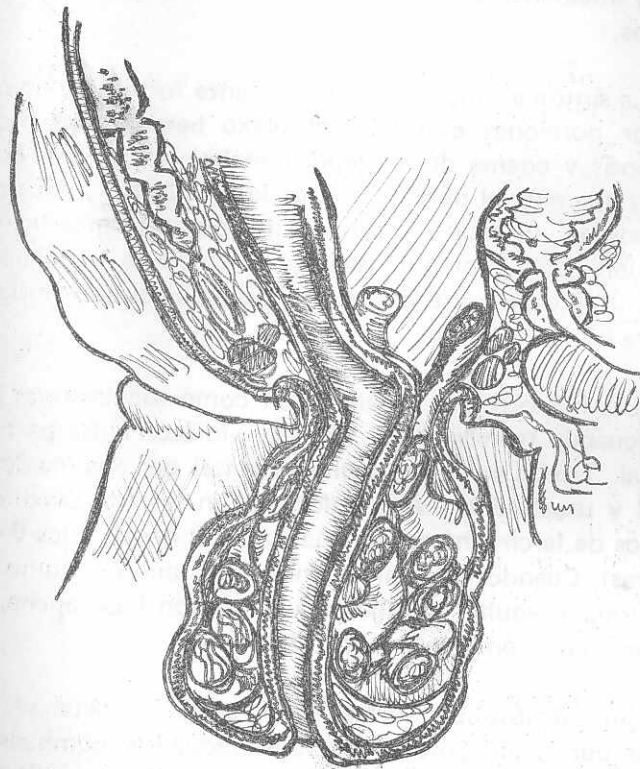


Figura No. 7

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON OTROS TIPOS DE PATOLOGIA ANAL

Hemorroides:

Las hemorroides son tumoraciones vasculares compuestas de várices infectadas, que involucran una o más porciones de los plexos venosos.

La sintomatología es de la siguiente forma: dolor que es causado por porciones externas del plexo hemorroidal producido por trombosis y edema de los tejidos anales. Hemorragia que puede ser poca y aparente al defecar o abundante cuando se erosiona la várice trombosada. Irritación y prurito debidos a la protrucción de mucosa que cubre a la hemorroide (segrega moco y éste irrita la piel perineal). Y por último prolapso del tejido hemorroidal que desfigura la arquitectura normal del ano.

Las hemorroides se presentan como saculaciones fuertes y firmes (cuando trombosadas) de color violáceo entre partes de mucosa normal. Tienen su origen (generalmente) por encima de la línea ano-rectal y usualmente están colocadas en los tres cuadrantes característicos de la circunferencia anal (a las 3 horas, a las 6 horas y a las 9 horas). Cuando no están trombosadas, ocurren como masas suaves de forma irregular, y algo lobuladas, con base ancha, siempre del mismo color y en la misma distribución.

Su diagnóstico diferencial del prolapso rectal se efectúa fácilmente por lo siguiente: El prolapso rectal está compuesto por dobleces concéntricos de la mucosa rectal, que son diferentes de los sucus radiantes longitudinales que se presentan en las hemorroides. La mucosa rectal no está (por lo general) inflamada como en las hemorroides; además al examinar se ve delimitado el surco de la línea pectínea en el prolapso rectal, que no se encuentra alterada, mientras que las hemorroides pueden proceder desde ese mismo lugar, alterando el surco.

Úlcera anal:

La úlcera anal, también llamada por Turell (31) fisura-en-ano, es una ulceración dolorosa, que por lo general se produce en la línea media posterior y que puede ser crónica o de evolución aguda.

Su etiopatogenia es de factores accidentales como son la constipación y a la vez las heces demasiado duras que lesionan el tracto anal, y en casos de post-hemorroidectomía, si se extirpa demasiada piel, conlleva a una estenosis del ano y subsecuentemente se desarrolla la fisura.

La sintomatología que presenta más comunmente es el dolor local que aparece después de la defecación y es constante la sensación de quemadura, que dura hasta una o dos horas post-egestión. Hay casos en que se presenta hemorragia pero es escasa y rara.

Al examen físico se puede visualizar siempre sin necesidad de examen digital, debido a su localización externa. Su apariencia es de una úlcera elíptica de más o menos 2 cm. de largo que se introduce en el canal anal hasta las válvulas anales.

En su porción inferior la piel es edematosa y redundante con la formación de pliegues, en la porción superior la membrana de mucosa se encuentra en la forma de un pseudopólipo.

Se diferencia del prolapso fácilmente. Al inspeccionar se observa que está localizada en un solo lugar del ano, y que no hay capas de intestino (recto) que protruyan por el ano.

Pólipos prolapsados.

Los pólipos pueden ser sesiles (sin pedículo) o pediculados, y pueden ser singulares o múltiples. Pueden ser heredofamiliares o precancerosos o simplemente crecimientos de poca importancia y asintomáticos.

Por lo general, cuando se presentan en el recto, sí tienden a presentar sintomatología debido a que como las materias fecales pasan en forma de masas con buena consistencia, es lógico pensar que factores como el tamaño del pólipo, su forma, y su consistencia determinen manifestaciones clínicas.

Un pólipo sesil pequeño, firme, situado dentro del recto, no es lábil al trauma que pueda efectuar el contenido intestinal o a la actividad del intestino. En cambio, un pólipo friable, blando, con un pedículo largo, es susceptible a sufrir lesión por el paso del contenido intestinal debido a su pedículo, los movimientos intestinales pueden arrastrarlo hasta causar ulceración, y subsecuentemente hemorragia rectal indolora. Este pólipo pediculado puede tener suficiente tamaño para que su presencia en el recto estimule el reflejo defecatorio. De esto se deriva que el pólipo pediculado rectal produce cambios en la frecuencia defecatoria. Este estímulo puede llevar a que el pólipo sea expulsado por el ano, quedando adherido por su pedículo.

Al examen físico se diferencia de un prolapso rectal porque, el pólipo se presenta como una carnosidad sin orificio central, sin pliegues circulares, y de un color rojizo, más intenso que el rosado de la mucosa rectal. Al tacto éste puede ser friable y sangrante, y al penetrar el dedo se determina el pedículo que lo sostiene. Siempre se debe reconfirmar con visualización directa con sigmoidoscopio, porque se visualizan todas las estructuras presentes y se puede determinar cómo extirpar el pólipo.

PAPILITIS HIPERTROFICA

La papilitis, reacción inflamatoria de una papila rectal-anal, se encuentra en forma aguda y crónica.

Cuando la papila se encuentra con la reacción inflamatoria aguda, el edema inflamatorio causa un engrosamiento considerable, que al subsidir se infiltra por tejido fibrótico, con una forma polipoide alargada y firme; condición conocida por papilitis crónica. Estas cuando son grandes, prolapsan a través del ano.

Su sintomatología es de presentación brusca, con dolor anal de un desarrollo de pocas horas, que empeora al defecar y a la ambulación. A veces hay presencia de exudado purulento.

Al examen físico, se diferencia del prolapso rectal en que la papila hipertrófica prolapsada es de consistencia más firme, de aspecto pálido, sin pliegues, y procede de la línea pectínea y no de más arriba como el prolapso rectal. Cuando el proceso es agudo, el dolor y el edema hacen que el diagnóstico sea fácil, debido a su apariencia inflamatoria.

Cáncer del recto y ano:

El carcinoma del colon se encuentra más comunmente en los últimos 25 centímetros del colon o sea en el recto y recto-sigmoide. Según Floyd (23) hasta el 75o/o de los carcinomas se encuentran en esta área. El carcinoma es por lo general de tipo adenomatoso, se presenta en personas de edad avanzada siendo casi tan común en el hombre como en la mujer (11o/o y 13o/o de todos los cánceres respectivamente) y se presenta (en el colon izquierdo) como un anillo fibrótico y tumoroso que circunda el lumen intestinal y a veces causa obstrucción.

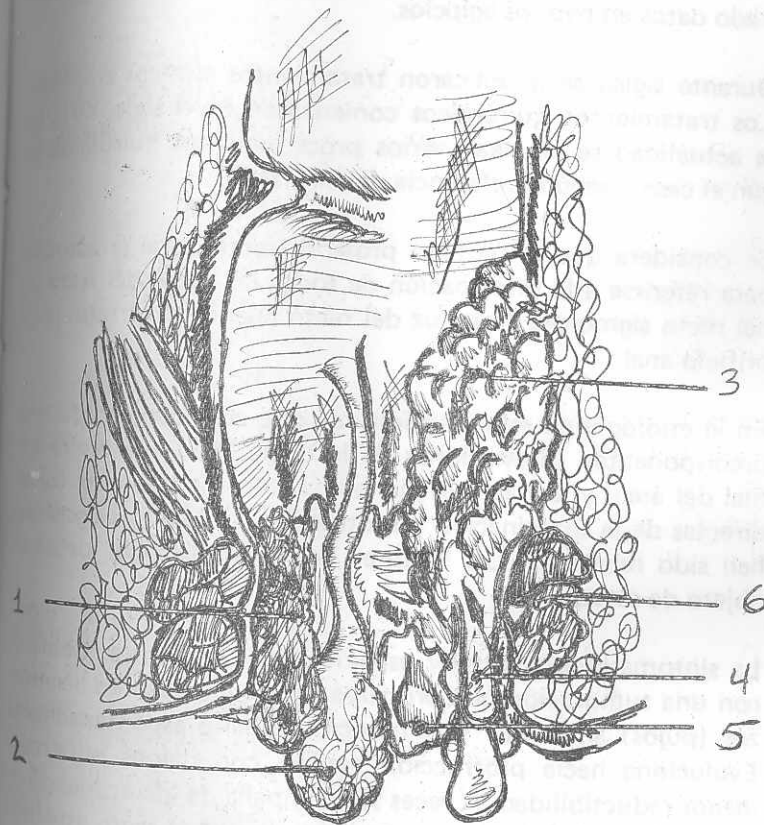
Su sintomatología es de cambios en el hábito defecatorio, a tal extremo es ésta la primera manifestación, que en muchos hospitales de Norte América (ejemplo: Charity Hospital, New Orleans), toman como regla cardinal el investigar para descartar cáncer en todo paciente de más de 40 años con cambios en los hábitos defecatorios. Estos cambios pueden ser diarreas, constipaciones, períodos alternantes de diarrea y constipación, cambios en la frecuencia de defecaciones al día; de considerable importancia es la aparición de heces de poco diámetro "finas como lápiz", también la presencia de sangre en las heces que por lo general es de carácter rojo, en poca cantidad; y signos de obstrucción intestinal ya sea parcial o total.

Al examen, se diferencia del prolapso porque el carcinoma ge-

neralmente no protruye por el ano, es de superficie irregular, con pequeñas ulceraciones, y con endurecimiento y engrosamiento del tejido y de color blanquecino, no como el del prolapso ya descrito en las páginas anteriores.

El carcinoma del ano es por lo general de tipo escamoso; es de muy poca frecuencia y se presenta como una lesión indolora con ulceración y engrosamiento del área afectada. Al examen físico, se determina fácilmente que no proviene del recto.

Figura 8. Esquema de los cuadros patológicos con que se diferencia el prolapso rectal.



- 1) Hemorroides prolapsadas. 2) Pólipo rectal prolapsado. 3) Carcinoma del colon.
- 4) Papilitis hipertrófica prolapsada. 5) Ulcera anal. 6) Músculo esfínter anal.

En el cuadro se interponen todas las enfermedades recto-anales con que se hace el diagnóstico diferencial para claridad de concepto, pero estas enfermedades no se dan concomitantes.

RESUMEN

1. El prolapso rectal se conoce desde la antigüedad. Se han encontrado datos en papiros egipcios.
2. Durante siglos se le aplicaron tratamientos clínicos empíricos. Los tratamientos quirúrgicos comenzaron en el siglo XVII. En la actualidad se emplean varios procedimientos quirúrgicos según el caso y según preferencia del cirujano.
3. Se considera que el término prolapso rectal total es aceptable para referirse a la invaginación de todas las capas del recto y/o del recto sigmoides en la luz del recto cuando protruden por el orificio anal.
4. En la etiología de esta afección hay que considerar los factores predisponentes (desviaciones de la disposición anatómica normal del área) y los factores incitantes o desencadenantes (causas directas de la invaginación y protrusión). Los factores genéticos han sido rebatidos. Los factores neuro-psiquiátricos deben ser objeto de estudio.
5. La sintomatología es muy específica y circunscrita. Comienza con una tumoración que protruye por el ano después de esfuerzos (pujos) al defecar y se reduce manual o espontáneamente. Evoluciona hacia protrucción mayor, con menos esfuerzos y menor reductibilidad. A veces se acompaña de incontinencia urinaria, dolor hipogástrico y sensación de que el recto está lleno. Hay casos raros de estrangulación y dolor severo.
6. El prolapso puede ser incompleto (sólo la mucosa se invagina) o completo (se invaginan todas las capas del tramo intestinal afectado).

El prolapso completo puede ser de 1er. grado (comprende invaginación de las paredes del ano y desplazamiento de las partes inferiores del recto); de 2o. grado (todas las capas del recto y/o

del recto-sigmoide se prolapsan y protruden por el ano; presenta tres variedades: cilíndrico, globoso y cónico) de 3er. grado (es el prolapso completo oculto): todas las paredes se invaginan pero no salen al exterior. Este tipo se considera más como intususcepción que como prolapso.

7. Es necesario hacer diagnóstico diferencial de otras afecciones que se producen en el lumen intestinal y protruden por el ano: hemorroides, úlcera anal, pólipos prolapsados, papilitis hipertrófica y cáncer del recto y ano.

A continuación se presentan en forma de cuadros estadísticos, estudio de los 155 casos de prolapso rectal total en adultos, intervenidos quirúrgicamente en la ciudad de Guatemala. Se hace la aclaración de que, de los casos estudiados, se tienen datos de los siguientes factores:

edad:	100o/o	o 155 casos
sexo:	100o/o	o 155 casos
etnia:	100o/o	de los casos femeninos 109 casos.

Tiempo de Evolución: 93.19o/o o 146 casos.

Tamaño de la procidencia: 76.13o/o o 118 casos.

Profundidad: 7.74o/o o 12 casos.

Tratamiento por Enema de bario: 94.19o/o o 146 casos.

Tratamiento por Proctosigmoidoscopia 100o/o o 155 casos.

Tiempo o forma de la Procidencia: 49.68 o 76 casos.

Grado Patológico: 49.03o/o o 76 casos.

Tratamiento de heces: (parásitos) 32.26o/o o 55 casos.

Mortalidad: 1.94o/o o 3 casos.

Patología Asociada: 56.77o/o u 88 casos.

Se tomó como patología asociada la presencia de parásitos intestinales (56.82o/o de toda la patología 50 casos).

La distribución hospitalaria se presenta en el siguiente cuadro:

CUADRO No. 1
CASOS POR HOSPITALES EN LA CIUDAD DE GUATEMALA

Hospitales	No. de casos
Hospital General	116
Hospital Roosevelt	10
Hospital Neuropsiquiátrico	7
Hospital Militar	4
Hospitales Privados	18
TOTAL	155

CUADRO No. 2
FRECUENCIA POR EDAD Y SEXO

EDAD	SEXO		TOTALES
	Masc.	Fem.	
80-89		14	14
70-79		21	21
60-69	8	31	38
50-59	7	12	19
40-49	9	19	28
30-39	9	4	13
20-29	13	9	22
TOTALES	46	109	155

Se observa que el prolapso rectal total es más frecuente en el sexo femenino, hecho constatado ya por varios autores. Sin embargo, la proporción de nuestros casos es de 2 mujeres por cada hombre; proporción mucho menor que la citada por otros autores; de 4 a 1,

5 a 1 y 6 a 1. Nos llama la atención esa incidencia relativamente baja en las mujeres de Guatemala, especialmente si se compara con la alta paridad en el país en general (tasa bruta de crecimiento del 3.1 anual para 1977) y la paridad promedio de los 109 casos femeninos de este estudio (ver cuadro No. 5), lo que sugiere poca relación entre el prolapso y la paridad. Hasta donde alcanza nuestro estudio, no hay suficiente evidencia de la relación entre incidencia del prolapso y la paridad. Hasta ahora por alguna otra razón la frecuencia del prolapso es más alta en mujeres que en hombres.

En cuanto a la distribución por edades vemos que el prolapso total ocurre en todas las edades, pero la frecuencia de incidencia muestra en el hombre, de los 20 a los 50 años ocurrió el 67.39o/o de los casos mientras que en la mujer ocurre todo lo contrario; o sea el 70o/o de los casos se da de los 60 años en adelante. Sólo el 30o/o de los casos femeninos se produjeron en edad fértil (menos de 50 años). El parto, otra vez desvirtuado como causa determinante o predisponente de la alta incidencia del prolapso en el sexo femenino.

CUADRO No. 3
FORMA DE PROLAPSO RECTAL TOTAL POR EDAD Y SEXO

Edad	Globoso		Tipo Cilíndrico		Cónico	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
80-90		2		5		1
70-79		1	1	6		2
60-69		2		6		5
50-59	1	2	1	4	2	2
40-49	1	3	4	6		3
30-39	1		3	4		
20-29			2	5		2
Totales	3	10	11	36	2	15
Gran Total	13	10	47	17	17	77

Sólo en 77 de los casos pudimos determinar la forma del Prolapso Rectal, de los cuales, 16 son hombres y 61 mujeres. Se observó predominio del tipo cilíndrico; en hombres (15.06)o/o y en mujeres (49.35)o/o.

El tipo globoso es el menos frecuente en ambos sexos. Podría decirse que en general el prolapso rectal y rectosigmoideo en Guatemala, es de tipo cilíndrico, o sea del tipo producido por invaginación completa de paredes prolapsadas, sin intestino en asas.

La edad no parece tener relación con la forma del prolapso rectal. Los casos están distribuidos aproximadamente en igual frecuencia a lo largo de la escala de edades.

CUADRO No. 4
TAMAÑO DEL PROLAPSO RECTAL TOTAL

Tamaño en Centímetros	F.	o/o
22 y más	5	4.24
20-21	2	1.69
18-19	0	0
16-17	2	1.69
14-15	9	7.62
12-13	11	9.32
10-11	8	6.78
8-9	32	27.12
6-7	41	34.74
4-5	8	6.78
Total	118	
Sin medir	37	
	155	

Falta el dato del tamaño en 37 casos de los 155 estudiados. Se

obtuvo medida de 118 casos. El cuadro muestra que más del 60o/o de los casos medidos (61.86o/o) acuden a cirugía con un prolapso de 6 a 9 cms.

Prolapsos menores de 4 cms. no han sido intervenidos en esta serie. El prolapso mayor fue de 25 cms.

Nota: se observó que sólo el 31.35o/o de los prolapsos fueron rectales - rectosigmoidales y sigmoidales.

CUADRO No. 5
PARIDAD

Paridad	Frecuencia	o/o	
9 y más	13	11.93	} 29.36o/o
8	8	7.34	
7	11	10.09	
6	7	6.42	} 34.87o/o
5	9	8.26	
4	9	8.26	
3	13	11.93	} 35.78o/o
2	8	7.34	
1	12	11.01	
0	19	17.43	
Total	109	100.	

Se observa que la frecuencia se distribuye aproximadamente igual en los tres grupos de mujeres:

De 0 a 2 partos el 35.78o/o

De 3 a 6 partos el 34.87o/o

De 7 a 9 y más partos, el 29.36.

La gran múltipara no está más predispuesta al prolapso que la nulípara o primípara. Las diferencias entre los tres grupos no son significativas. De manera que en nuestro estudio, el parto no tiene relación con la incidencia del prolapso rectal total.

CUADRO No. 6
TIEMPO DE EVOLUCION POR SEXO

Tiempo de Evolución	Masculino	Femenino	Totales
15 y más	10	4	14
14	1	0	1
13	1	0	1
12	1	1	2
11	0	0	0
10	5	4	9
9	0	1	1
8	2	2	4
7	1	2	3
6	1	3	4
5	1	9	10
4	1	6	7
3	2	8	10
2	2	17	19
1	4	10	14
menos de 1 año	10	37	47
Total	43	103	146
Sin datos	3	6	9
Total de casos	46	109	155

Se conoce el tiempo de evolución de 146 casos, de los cuales el

menor es de 20 días y el mayor de 40 años. El 59.64o/o de los casos (80 casos) acudió a cirugía durante los dos primeros años de evolución del prolapso. El 12.32o/o (18 casos) permaneció con el prolapso durante más de 10 años. Es de notar el predominio de casos masculinos sobre los casos femeninos en estos intervalos de más de 10 años de evolución: 13 masculinos (de un total de 43, o sea el 30.23o/o) en contraste con 5 femeninos (de un total de 103, o sea el 4.76o/o).

En los grupos de 5 a 10 años de evolución hay grupos equivalentes de casos masculinos (23.25o/o) y casos femeninos (20.38o/o). En cambio, los grupos de 4 años de evolución están compuestos por 19 hombres (44.18o/o de los casos masculinos) y 75.13 (de los casos femeninos).

Podemos concluir que el 75o/o de las mujeres acudieron a cirugía dentro de los primeros cuatro años de evolución del prolapso; mientras sólo el 44o/o de los hombres se sometió a cirugía dentro de esos límites de años de evolución.

CUADRO No. 7
PARIDAD Y PROLAPSO GENITAL GRADO III
ASOCIADO AL PROLAPSO RECTAL TOTAL

Paridad	Prolapso Genital y Rectal
11	1
10	0
9	2
8	3
7	2
6	3
5	3
4	3
3	3
2	3
1	5
TOTAL	28

De los 109 casos femeninos de prolapso rectal, 28 presentan también prolapso genital grado III, (25.68o/o). De éstos, 22 fueron heterócronos y 6 isócronos. Los casos se distribuyen con variaciones no significativas, a lo largo de la escala de 1 a 11 partos. Llama la atención que la frecuencia más elevada de casos (5) es en primíparas. El bajo número de casos no permite llegar a conclusión estadística.

**CUADRO No. 8
TAMAÑO Y REINCIDENCIA**

Tamaño	Frecuencia	o/o	Reincidencia
22 o más	5	4.24	
20-21	2	1.64	
18-19	0	0	
16-17	2	1.69	
14-15	9	7.62	1
12-13	11	9.32	2
10-11	8	6.78	
8-9	32	27.12	1
6-7	41	34.74	3
4-5	8	6.78	1
Totales Medidos	118		
Sin Medir	37		4
	155		

TAMAÑO Y RECIDIVA

La reincidencia es poca: 12 casos (7.74o/o) y no se relaciona con el tamaño de la protrusión ni con la paridad. Habíamos supuesto que a mayor prociencia y corte, menor posibilidad de reincidencia pero en base de este estudio, no podemos sustentar ni sugerir

tal hipótesis.

Tampoco podemos relacionar las recidivas con el tipo de tratamiento, por el escaso número de casos con recidiva.

**CUADRO No. 9
TIEMPO DE EVOLUCION Y TAMAÑO DEL
PROLAPSO RECTAL TOTAL**

Tiempo de Evolución	Frec.	Tamaño en Cms.		Variación	Tamaño Promedio en cms.
		Mayor	Menor		
15 y más	14	25	4	21	10.75
13 - 14	1	12	12	—	12
11 - 12	1	8	8	—	8
9 - 10	8	17	6	11	9.25
7 - 8	4	8	5	3	6.25
5 - 6	12	17	6	11	9.50
3 - 4	12	25	6	19	9.83
1 - 2	24	15	4	11	8.85
menos de 1	42	15	6	9	7.90
Total	118				

Obtuvimos datos de tamaño y tiempo de evolución en 118 casos.

No hallamos relación evidente entre el tiempo de evolución y el tamaño del prolapso rectal total.

En estos casos el tiempo de evolución mínimo fue de 8 días y el máximo de 22 años. Hubo un caso de 40 y otro de 25 años de evolución pero no se midieron. El prolapso menor fue de 4 cms. (2 casos: uno con 15 años de evolución y otro con 2 años). El prolapso mayor fue de 25 cms. (2 casos; uno también con 15 años de evolución y otro con 3 años).

El promedio de evolución fue de 2 años 10.5 meses y el tamaño promedio de 9.20 cms.

La reducción es principalmente manual y se hace en prolapso hasta de 10 cms. La espontánea hasta un prolapso de 8 cms.

A veces la reducción manual es completa, otras veces parte del prolapso se reduce y parte se mantiene afuera.

El prolapso reaparece por lo regular al defecar. En algunos casos se presenta sólo al pujar; o al toser. En otros casos reaparece con esfuerzos menores como orinar o caminar; y en otros, es irreductible y siempre se mantiene afuera.

CUADRO No. 11
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EMPLEADOS
Y MORTALIDAD

Procedimiento	F.	Mortalidad
Rehn-De Lorne (modificado por David)	1	
Abdominio-perineal (2 tiempos)	4	1
Abdominal	22	1
Perineal	124	1
Colpoclisia	1	
Cerclaje	3	
TOTAL	155	3

El procedimiento de preferencia es la vía prelineal (80o/o). Las operaciones de Rehn-De Lorme, abdomino-perineal, colpoclisia y cerclaje se usan muy poco en nuestra serie (en conjunto llegan a 5.16o/o). La mortalidad de la Abdominal-perineal fue debida a un accidente anestésico producido en la inducción para el segundo tiempo (abdominal). La mortalidad del post operatorio abdominal ocurrió al 2o. día por complicaciones de ileo paráltico. Se hizo laparotomía exploratoria deshiscencia de la sutura intestinal por lo que se le hizo ileostomía descompresiva. El paciente tuvo mala evolución y murió.

CUADRO No. 10
REDUCCION, EDAD Y TIEMPO DE EVOLUCION

Obtuvimos datos de reducción sólo en 25 casos que se presentan.

Tamaño	No. de Orden	Edad	Tiempo de Evolución	Reducción	Reaparición
22	1	52	15 años	Manual	Sólo al defecar
5	2	91	1 mes	Manual	Sólo al defecar
8	3	60	2 años	Manual	Al defecar, toser, orinar
12	4	43	desde niñez	Manual	Sólo al defecar
5	5	44	20 días	Manual	Se mantiene afuera
5	6	37	2 años	Manual	—
6	7	38	1 mes	Espontánea	—
6	8	60	10 meses	Manual	Se mantiene afuera
6	9	85	2 años	Manual	Al defecar
6	10	21	3 años	Manual	Al defecar, pujar, caminar
9	11	77	—	Manual	Al defecar
8	12	55	40 años	—	Al defecar, al pujar
8	13	19	6 meses	—	—
10	14	70	5 años	según posición	Al defecar, al pujar
7	15	76	1 año	Manual	—
7	16	23	3 años	Espontánea	—
8	17	34	2 años	Manual	Se mantiene afuera
4	18	88	2 meses	Manual	Al defecar, pujar
8	19	55	No sabe	Manual	Al defecar
18	20	35	menos de 1 año	Espontánea	—
7	21	63	menos de 1 año	Se mantiene reducido	—
6	22	85	10 años	Espontánea	Se mantiene afuera
8	23	22	12 años	Manual	—
15	24	76	4 años	Manual	—
6	25	24	3 años	Espontánea	—

El caso de la mortalidad por vía perineal se produjo al 14o. día postoperatorio, por una hemorragia fulminante.

El procedimiento perineal es el que ofrece menos riesgo de mortalidad.

CONCLUSIONES

1. El prolapso rectal es más frecuente en pacientes del sexo femenino.
2. En la mujer es más frecuente en la edad avanzada (décadas de los 60 en adelante). Para el hombre encontramos mayor incidencia en los años anteriores a los 50.
3. El tipo más común es el cilíndrico, o sea el producido por invaginación completa de las paredes, sin intestino en asas. El predominio de este tipo se mantiene en ambos sexos y en todos los grupos de edad de adultos.
4. En nuestra serie, el tamaño menor fue de 4 cms; y el mayor de 25 cms. El tamaño promedio fue de 9.20 cms. El 61.86o/o de los casos medidos, acudieron a cirugía con prolapso entre 6 y 9 cms. Prolapsos menores de 4 cms. no han sido intervenidos quirúrgicamente según datos de esta serie.
5. La edad del paciente no tiene relación con el tamaño del prolapso.
6. El tiempo transcurrido entre la aparición del prolapso y la intervención quirúrgica es muy variable (de 20 días a 40 años). El promedio de evolución fue de 2 años, 10.5 meses.

El 59.64o/o de los casos acudió a cirugía durante los dos primeros años de evolución del prolapso.

Las mujeres muestran tendencia a acudir más temprano a cirugía que los hombres. (Dentro de los 4 primeros años de evolu-

ción del prolapso, acudieron a cirugía: el 75o/o de las mujeres y el 44o/o de los hombres).

7. No hay relación evidente entre la paridad y el prolapso rectal. La múltipara no está más predispuesta al prolapso que la nulípara o la primípara.
8. El 25.68o/o de las mujeres con prolapso rectal total tuvieron también prolapso genital total. Los datos son insuficientes pero parecen indicar que no hay relación entre el doble prolapso (genital y rectal) y la paridad.
9. No hallamos relación evidente entre el tiempo de evolución y el tamaño de la procidencia. El prolapso menor fue de 4 cms. y se presentó en un caso de 2 años de evolución y en otro de 15 años de evolución. El prolapso mayor de 25 cms. se presentó en un caso de 3 años de evolución y otro de 15 años.
10. Tenemos pocos datos de la reaparición post-operatoria del prolapso (sólo del 7.74o/o de los casos). No podemos definir si hay relación entre el tamaño de la pieza extirpada y la reaparición del prolapso.
11. Sólo tenemos 25 casos documentados con las variables reducción-reaparición. La reducción más usual es la manual y se hace hasta en prolapsos de 10 cms. La espontánea se produce hasta en prolapsos de 8 cms. La reaparición ocurre al hacer actividades normales de la vida diaria como defecar, pujar, toser, orinar, caminar.
12. El procedimiento quirúrgico de preferencia es la vía perineal (80o/o de los casos). Esta vía ha sido la preferida en todos los hospitales de esta casuística y es la que ofrece menor riesgo. Se aplican otras vías en casos especiales.

BIBLIOGRAFIA

1. Altemier, W. A. et al. "Further Experiences with the Treatment of prolapse of the Rectum". in Surgical Clinics of North America: 35 Oct. 1955.
2. Altemier, W. A. "19 Years Experience with One Stage Perineal Repair of Rectal Prolapse" in Annals of Surgery 173 (6) June 1971.
3. Anderson González, Luis E. Procidencia Rectal, un Problema Quirúrgico. Tesis (Médico y Cirujano), Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1960.
4. Ashcraft, K. W. et al. "Levator Repair and Posterior Suspension for Rectal Prolapse" in J. Pediat. Surgery 12 (2): 241-5 Apr. 1977.
5. Azpuru, C. E. Consideraciones sobre 28 casos de prolapso recto-sigmoide y sigmoide en el adulto. Revista del Colegio Médico de Guatemala.
6. Azpuru, C. E. "Estado actual del Tratamiento Quirúrgico del Prolapso Rectal en el Adulto". Trabajo presentado al Quinto Congreso Nacional de Medicina de Guatemala. Revista del Colegio Médico de Guatemala, Junio 1955.
7. Azpuru C. E. "Total Rectal Prolapse and Total Genital Prolapse. A serie of 17 Cases." In Diseases of the Colon and Rectum. Aug. 1974.
8. Bacon, H. E. et al. "Limitations in Office Proctology Prolapse and

- Procidentia" in Surgical Clinics of North America. Oct. 1953.
9. Bacon, H. E. et al. "Prolapse and Procidentia" in Proctology. Lippincott Co. 1956.
 10. Blakiston. New Gould Medical Dictionary. 2nd. Ed. McGraw Hill Co. New York, 1941.
 11. Boutis y Ellis. "The Ivalon Sponge Wrap Operation for Rectal Prolapse (an experience with 26 patients)". Diseases of the Colon and Rectum, 17 (1): 12-37. Jan. 1974.
 12. Buie, L. A. "Recal Prolapse" chap 7 in Practical Proctology 2nd. Edit. Thomas Publishing Co. 1960.
 13. Castro A. F. "Procidentia of the Rectum", in Diseases of the Colon and Rectum. 1:97. Vol. 1 (March-April) 1958.
 14. Chanaka Wijesekera and I. R. Thurairtnam. "Spontaneous rupture of the rectum with prolapse of the small intestine through the anus". Ceylon Medical Journal. March 1976 pp 64-66.
 15. Corman, M. L. et al. "Managing rectal prolapse" in Geriatrics. Oct. 1974 pp. 87-93.
 16. Daseler, E. A. "Rectal Prolapse in the Mentally Retarded" in Diseases of the Colon and Rectum. 110 (9) 141-145 March-April 1967.
 17. Deucher F. et al. "Prolapsus and Sphincter Insuficiency" in Progress in Surgery 13, 1974.
 18. Dorland's Illustrated Medical Dictionary. 25th Edition. Saunders, Philadelphia, 1965.
 19. Dunphy E. and J. U. Pinkula. Rectal Prolapse chapter 49. Disea-

- ses of colon and ano-rectum of Turrell. Saunders Co. Philadelphia 1959.
20. Duthie, H. L. "Rectal Prolapse" in Modern Trends in Surgery. 3 1971.
 21. Efron, G. A. "A Simple Method of Posterior Rectopexy for Rectal Procidentia" in Surgery, Gynecology and Obstetrics. 145 (1): 75-6 Jul. 1977.
 22. Eljaife, John A. and George Elías. "Delorme's Repair for Rectal Prolapse" in Surgery, Gynecology and Obstetrics. Vol. 144 (5) 757-8. May 1977.
 23. Floyd, C. E. et al. "Cancer of the Colon, Rectum and Anus: Review of 1687 Cases" in Annals of Surgery 163: 829. 1966.
 24. Gabriel, "Prolapse of the Rectum" in the Principles and Practices of Rectal Surgery. H. K. Lewis and Co. Ltd. 1949.
 25. Granet, E. Manual of Proctology. The Yearbook Publishers, Chicago, 1954.
 26. Grinwell, R. S., et. al. Benign and Malignant Adenomatous and Hiperplastic polyps of the Colon and Rectum, in Surgical Gynecological Obstetrics. 106: 519, 1958.
 27. Hartman Chirurgie du Rectum. Masson, París, 1931.
 28. Lenormant, J. et al. Prolapsus and Rectum, causes et Traitment Operatoire, G. Strinhiel, Ed. París. 1903.
 29. Martínez Ordóñez, Archelao. Asociación de Prolapso Genital Total con Prolapso Rectal Total. Tesis Médico y Cirujano. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de San Carlos, Guatemala. 1970.

30. Martínez Ortiz, Erwin I. "Prolapso Rectal Total; Estudio de 146 casos, Tesis (Médico y Cirujano). Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1974.
31. Nesselrod, J. P. "Proctology in General Practice". Saunders Co. Philadelphia, 1950.
32. Parks, A. G. et al. "Sphincter Denervation in Anorectal Incontinence and Rectal Prolapse", in Gut 18 (18) 656-665, 1977.
33. Pellecer Meza, José R. Prolapso recto-sigmoide y sigmoide en el adulto. Estudio clínico radiológico y patológico; análisis de 28 casos. Tesis (Médico y Cirujano), Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1963.
34. Quiñónez López, Miriam N. Prolapso Rectal en Niños. Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1973, 56 paginas.
35. Robbins, Stanley. Pathological Bases of Disease. Saunders, Philadelphia. 1974.
36. Rouviere, H. Compendio de Anatomía y Disección. Salvat, España, 1959.
37. Sabiston, David C. Davis-Christopher's Book of Surgery. Saunders, Philadelphia, 1972.
38. Schapiro, S. "Ocurrence of Proctological Disorders in Infancy and Childhood." In Gastroenterology, 15, 653, 1950.
39. Schultz, Sidney and Philip Cheung. "Intussuscepting Lipoma with Prolapse through the Rectum". In The Journal of the Medical Society of New Jersey. Vol. 71 (10): 761-63 Oct. 1974.
40. Shann, H. The Complete Prolapse or Procidentia of the Rectum,

an Unsolved Surgical Problem. International Abstracts of Surgery. Dic. 1959.

41. Testut L. y A. Latarjet. Anatomía Humana. Salvat, España, 1975.
42. Tuttle, James P. Diseases of the Anus, Rectum and Pelvic Colon. D. Appleton y Co. p. 667. New York, 1903.



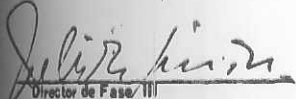
Dr.
Alejandro Miguel Hernández Cano



Asesor
Dr. Carlos Eduardo Azpiroz



Revisor
Dr. Marco Vinicio Donis



Director de Fase III
Dr. Julio de León



Secretaría General
Dr. Paul A. Castillo R.

Vo.Bo.



Decano
Dr. Rolando Castillo Montalvo