

Prolapso Uterino y Rectal, reporte de casos en el manejo quirúrgico en simultaneo en el Hospital Nacional de Itauguá. 2018-2022

Uterine and Rectal Prolapse, case report in simultaneous surgical management at the Hospital Nacional de Itauguá. 2018-2022

Eduardo Roberto Santacruz Bareiro* , Gustavo Adolfo Armoa V.**

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Médico Nacional, Hospital Nacional. Itauguá, Paraguay

RESUMEN

El prolapso uterino es una patología frecuente en la población femenina a medida que aumenta la longevidad, si tomamos en cuenta el prolapso rectal concomitante que pueden tener estas pacientes, vemos una frecuencia no muy alta, si bien ambos forman parte de los trastornos del piso pélvico, el tratamiento quirúrgico combinado puede ser una opción válida para mejorar la calidad de vida de estas pacientes. Presentamos los resultados de 3 pacientes sometidas a histerectomía transvaginal y operación de Delorme en un solo tiempo con resultado satisfactorio.

Palabras claves: Prolapso vaginal, Prolapso rectal, Operación de Delorme

ABSTRACT

Uterine prolapse is a common pathology in the female population as longevity increases. If we take into account the concomitant rectal prolapse that these patients may have, we see a not very high frequency, although both are part of the disorders of the pelvic floor, combined surgical treatment may be a valid option to improve the quality of life of these patients. We present the results of 3 patients who underwent transvaginal hysterectomy and Delorme operation in a single procedure with satisfactory results.

Key words: Vaginal prolapse, Rectal prolapse, Delorme Operation

INTRODUCCIÓN

El prolapso de órganos pélvicos (POP) es un trastorno complejo resultante de descenso anormal de los órganos pélvicos desde su origen inserción en la pelvis. Las estructuras pélvicas que pueden prolapso incluyen la vejiga y la vagina anterior (cistocele), la vagina posterior (rectocele), el útero (prolapso útero-vaginal), la vagina en pacientes sin útero (prolapso de la bóveda vaginal), el perineo (perineocele) y recto (prolapso rectal). Dependiendo de los síntomas que se presenten y del órgano involucrado, el prolapso es tratado por un equipo multidisciplinario que incluyen

urólogo, un uroginecólogo o un cirujano colorrectal. El prolapso rectal puede presentarse en una variedad de formas y se asocia con una variedad de síntomas que incluyen dolor, evacuación incompleta, secreción rectal con sangre y/o mucosa e incontinencia fecal o estreñimiento. El prolapso rectal externo completo se caracteriza por una protrusión circunferencial y de espesor total del recto a través del ano, que puede ser intermitente o encarcelada y plantea un riesgo de estrangulación.^(1,2)

La técnica de Delorme para el tratamiento quirúrgico del prolapso rectal completo fue descrita por primera vez por el cirujano militar francés Edmond Delorme en 1900. Es un procedimiento por vía perineal que consiste en la plicatura de la capa muscular del recto con resección de la capa mucosa. Tiene una tasa de recidiva descrita del 5 al 22%, siendo más elevada que para los procedimientos abdominales (0-10%)⁽²⁾

Prolapso de útero o de las paredes vaginales es una condición común, por la cual hasta un 11% de las mujeres requieren cirugía durante su vida. El prolapso generalmente ocurre debido a un daño de las estructuras de soporte del útero o la vagina. El debilitamiento de estos soportes puede ocurrir durante el trabajo de parto o como resultado de pujo crónico como ser constipación, tos crónica, obesidad o como parte del proceso de envejecimiento, otros factores de riesgo relacionados son los traumatismos del piso pélvico, factores genéticos, raza, espina bífida.^(3,4)

La presentación del prolapso rectal con prolapso uterino se asocia en un 50% de los casos. El tratamiento es quirúrgico en ambos casos, por lo que la resolución en un solo tiempo es una opción válida con buenos resultados.⁽⁵⁾

Las tasas de mortalidad y morbilidad son cero si se utiliza esta operación y la tasa de recaída es del 8 al 11% para el prolapso rectal.⁽⁶⁾

Se tiende a favorecer un abordaje perineal para el prolapso rectal, sobre todo en pacientes con comorbilidades, dado que estos procedimientos son menos invasivos, típicamente causan menos dolor postoperatorio y están asociados con una estancia hospitalaria reducida.⁽⁷⁾

* Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Médico Nacional, Hospital Nacional, Departamento de Cirugía General, Jefe de Servicio de Coloproctología. Itauguá, Paraguay.

** Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Centro Médico Nacional, Hospital Nacional, Departamento de Gineco-Obstetricia, Jefe de Sala Servicio de Ginecología. Itauguá, Paraguay.

Autor Correspondiente: Dr. Eduardo Roberto Santacruz Bareiro

Email: santa198@hotmail.es - Dirección: Julio Núñez casi Plaza, Villa Marangatú. Coronel Oviedo, Paraguay.

Fecha de recepción: 15/11/2023 - Fecha de aprobación: 16/05/2024

Editor responsable: Helmut A. Segovia Lohse - Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. San Lorenzo, Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital General de Lambaré. Paraguay

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

PRESENTACIÓN DE CASO

Presentamos 3 pacientes de sexo femenino de 60,58 y 74 años de edad, que acuden al servicio de urgencias gineco-obstetricia por tumoración en región vaginal y rectal, 1 de ellas de 1 día de evolución, otra de 3 días de evolución y otra de 5 días de evolución, todas ellas con prolapso vaginal y rectal irreductible sin signos de necrosis. Una de las pacientes con colpocistocele. En cuanto a la patología de base, todas eran hipertensas con tratamiento regular, una de ellas con insuficiencia renal crónica, dializada 3 veces por semana, una de ellas además con infección urinaria. Como antecedente obstétrico tuvieron 7, 5 y 8 partos vaginales respectivamente. Entre los métodos auxiliares solo una paciente contaba con ecografía transvaginal y abdominal que informaba prolapso vesical y uterino. Solo una de las pacientes se realizó colonoscopia, en donde se constató diverticulosis colónica no complicada.



Figura 1. Paciente con prolapso uterino y rectal



Figura 2. Resolución del prolapso uterino con la técnica de Heaney modificada. Luego de la histerectomía vaginal se procederá a la reparación del prolapso rectal.

En todas las pacientes se realizó tratamiento quirúrgico en un solo tiempo, para el abordaje del prolapso uterino se realizó la técnica de Noble Sproat Haeney modificada, que consistió en la histerectomía vaginal con solidarización de la cúpula vaginal a cada lado del pedículo de los parametrios (uterosacro, cardinal y pubovesicocervical) y del pedículo profundo (ligamento redondo y pedículo anexial), seguidamente completamos con la rafia anterior y posterior con la plicatura de la fascia vesicovaginal (Halban) y rectovaginal respectivamente; para el abordaje del prolapso rectal se realizó una mucosectomía más plicatura de la capa muscular del recto (Operación De Delorme).

Como complicación postoperatoria, una paciente presentó insuficiencia renal aguda e infección urinaria, la paciente con insuficiencia renal crónica tuvo una agudización de su insuficiencia renal que requirió manejo en unidad de cuidados intensivos, una paciente no presentó ninguna complicación y fue dada de alta a los 7 días, las pacientes que ingresaron a unidad de cuidados intensivos, salieron a sala común y fueron dadas de alta a los 24 y 25 días respectivamente. No hubo mortalidad en los casos reportados.

DISCUSIÓN

Varios estudios han sugerido que un enfoque multidisciplinario del Prolapso de órganos pélvicos puede mejorar los resultados de la cirugía y los síntomas del paciente. ⁽³⁾

La elección del abordaje y la técnica quirúrgica para el prolapso completo se basa, fundamentalmente en las características del paciente, el tamaño del prolapso, los trastornos pélvicos concomitantes y los síntomas funcionales acompañantes y el hábito intestinal. La finalidad de la cirugía es corregir el defecto anatómico, aliviar en lo posible la disfunción intestinal acompañante y evitar las secuelas funcionales posteriores. ⁽⁸⁾

Las tasas de mortalidad y morbilidad son cero si se utiliza esta operación y la tasa de recaída es sólo del 8 al 11% para el prolapso rectal. Consideramos que está indicado un tratamiento mixto de los dos prolapsos siempre que sea posible. Si bien el abordaje abdominal, parece ser mejor que el abordaje perineal en lo que se refiere al control anatómico del prolapso y quizá también en lo funcional, el abordaje perineal tiene sus ventajas, sobre todo en pacientes de edad avanzada y con múltiples comorbilidades, con muy buenos resultados anatómicos y funcionales. ^(8,9)

REFERENCIAS

1. Jallad K, Gurland B. Multidisciplinary Approach to the Treatment of Concomitant Rectal and Vaginal Prolapse. *Clin Colon Rectal Surg.* 2016 Jun;29(2):101-5. doi: 10.1055/s-0036-1580721. PMID: 27247534; PMCID: PMC4882172.
2. Bordeianou L, Hicks CW, Kaiser AM, Alavi K, Sudan R, Wise PE. Rectal prolapse: an overview of clinical features, diagnosis, and patient-specific management strategies. *J Gastrointest Surg.* 2014 May;18(5):1059-69. doi: 10.1007/s11605-013-2427-7. Epub 2013 Dec 19. PMID: 24352613.
3. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J.* 2010 Jan;21(1):5-26. doi: 10.1007/s00192-009-0976-9. Epub 2009 Nov 25. PMID: 19937315.
4. Holly E, Richter, R, Edward Varner. *Prolapso Genital En: Jonathan S. Berek, MD, MMS. Ginecología de Novak. 14ª Edición. Barcelona-Esp. Wolters Kluwer Health España S.A., Lippincott Williams and Wilkins.2008 pág. 927-961.*
5. J. A. Pascual Montero, M. C. Martínez Puente, I. Pascual, T. Butrón Vila, F. J. García Borda, M. Lomas Espadas y M. Hidalgo Pascual. Prolapso rectal completo. Resultados clínicos y funcionales con la operación de Delorme. Vol. 98. N.º 11, 2006.
6. Watts AM, Thompson MR. Evaluation of Delorme's procedure as a treatment for full-thickness rectal prolapse. *Br J Surg.* 2000 Feb;87(2):218-22. doi: 10.1046/j.1365-2168.2000.01342.x. PMID: 10671931.
7. Johnson E, Nygaard K, Bakka A. Rectumprolaps. Erfaringer med rektopexi og Delormes operasjon [Rectal prolapse. Experiences with rectopexy and Delorme's operation]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 1993 Sep 10;113(21):2693-5. Norwegian. PMID: 8266291.
8. Enríquez-Navascués JM, Elósegui JL, Apeztegui FJ, Placer C, Borda N, Irazusta M, Múgica JA, Murgoitio J. Recto (colpo, perineo) sacropexia ventral en el tratamiento del prolapso rectal y rectogenital [Ventral rectal sacropexy (colpo-perineal) in the treatment of rectal and rectogenital prolapse]. *Cir Esp.* 2009 Nov;86(5):283-9. Spanish. doi: 10.1016/j.ciresp.2009.02.014. Epub 2009 Jul 23. PMID: 19631315.
9. Bouret JM, De Meeus JB, Kalfon A, Cancel J. Prolapsus rectal et génital associés: intérêt de l'intervention de Delorme. A propos d'une observation [Associated rectal and genital prolapse: value of Delorme's operation. A case report]. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1992 Apr;87(4):231-7. French. PMID: 1615279.