Descargado el: 6-11-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

Prolapso rectal completo. Presentación de un caso

Complete Rectal Prolapse. Case presentation

José Antonio Feliu Rosa[1] Jorge Luis Estepa Pérez[1] Tahiluma Santana Pedraza[1] Lianet González Gutiérrez[1]

[1] Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Feliu-Rosa J, Estepa-Pérez J, Santana-Pedraza T, González-Gutiérrez L. Prolapso rectal completo. Presentación de un caso. **Medisur** [revista en Internet]. 2017 [citado 2026 Nov 6]; 15(5):[aprox. 4 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3729

Resumen

El prolapso rectal es la invaginación de las capas del recto a través del canal anal y su protrusión fuera de este. Su incidencia es de 2,5 por 100 000 habitantes con predominio en mujeres de edad avanzada. Es una afección poco conocida, de curso crónico y benigno, cuya presentación clínica y endoscópica es tan variable que puede confundirse con otras entidades como un cáncer colorrectal o colitis ulcerativa, razones por las cuales se presenta un caso de prolapso rectal completo en un paciente adulto masculino. Se discute el manejo quirúrgico realizado.

Palabras clave: prolapso rectal, intususcepción, cirugía colorrectal

Abstract

Rectal prolapse is the invagination of rectal layers through the anal canal and its protrusion out of it. Its incidence is 2.5 per 100 000 inhabitants with a predominance of elderly women. It is a little known, chronic condition of benign course, whose clinical and endoscopic presentation is so variable that it can be confused with other entities such as a colorectal cancer or ulcerative colitis. For these reasons a case of complete rectal prolapse in an adult male patient is presented. The surgical management performed is discussed.

Key words: rectal prolapse, intussusception, colorectal surgery

Aprobado: 2017-10-03 15:37:26

Correspondencia: José Antonio Feliu Rosa. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. jorge.estepa@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal es la invaginación de las capas del recto a través del canal anal y su protrusión fuera de este. Su incidencia es de 2,5 por 100 000 habitantes con predominio en mujeres de edad avanzada. También puede ser visto en pacientes de cualquier edad, más frecuente en menores con igual distribución en ambos sexos y adultos mayores.[1-3]

El prolapso rectal completo es una afección de causa multifactorial, con una manifestación clínica en común que corresponde a la exteriorización del recto y parte del sigmoides a través del ano. Las causas son poco conocidas; sin embargo, la literatura reconoce algunos factores predisponentes, como son el género femenino, la multiparidad y el trauma obstétrico, así como el pujo excesivo asociado a una historia de constipación crónica.[1-3]

El prolapso puede implicar solo la mucosa (prolapso de la mucosa) o todas las capas del recto (procidencia del recto). En los países desarrollados la etiología usualmente se relaciona con esfuerzo excesivo, estreñimiento y desordenes disfuncionales de la defecación, mientras que en países de desarrollo lento, la diarrea, la disentería y/o desnutrición, se reconocen como sus causas más frecuentes.[4]

El prolapso rectal completo es un trastorno de la estática del recto que da lugar a una invaginación que conduce a su exteriorización a través del ano. El objetivo del tratamiento quirúrgico es corregir el prolapso, pero además restaurar la función anorrectal sin inducir efectos deletéreos. Para ello no existe ninguna técnica universal e infalible, ya que el prolapso rectal es un síndrome que reúne entidades anatomoclínicas de diferentes patogenias.[5]

Es una afección poco conocida, de curso crónico y benigno, cuya presentación clínica y endoscópica es tan variable que puede confundirse con otras entidades como un cáncer colorrectal o colitis ulcerativa, razones por las cuales se presenta un caso de prolapso rectal completo en un paciente adulto masculino. Se discute el manejo quirúrgico realizado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 65 años de edad, con antecedentes de etilismo crónico y de sangrado rectal con frecuencia, que acudió al Departamento de Urgencias del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, por presentar salida de una masa por el ano, acompañada de sangrado de intensidad leve, roja rutilante; dolor, molestias para la defecación, irritabilidad. Fue ingresado para estudio y tratamiento.

Al examen físico se observó:

Piel y mucosa: palidez cutáneo mucosa.

Abdomen: suave, depresible, que sigue los movimientos respiratorios, ligeramente doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal.

Tacto rectal: se observó una gran masa que protruye de forma completa, que se corresponde con un prolapso rectal completo, ano difícil de explorar. A pesar de las maniobras que se realizaron, no se pudo reducir. (Figura 1).



Figura 1. Imagen que muestra el prolapso rectal completo.

Exámenes de laboratorio:

Hb: 87 g/L

Hto: 0,28

Glucemia: 5,2 mmol/L.

Tiempo de sangrado: 2 minutos.

Tiempo de coagulación: 9 minutos.

Proteínas: T=58 A=30 G=28

Conteo de plaquetas: 300 x $10^{-9/L}$

T. protombina= C-13 seg, P-15 seg.

PPT Kaolin= C-30 seg, P- 38 seg.

Electrocardiograma: ritmo sinusal.

Se decidió cirugía, para ello se procedió de la siguiente manera:

- Reducción del prolapso bajo anestesia previa a la cirugía. (Figura 2).



Figura 2. Imagen que muestra la maniobra de reducción del prolapso rectal completo.

- Resección del segmento de sigmoides invaginado en la hernia y anastomosis T-T en dos planos de suturas.

- Rectosigmoidopexia y cierre del saco herniario.

Hallazgos: dolicocolon a predominio de sigmoides, saco herniario en fondo de saco de Douglas.

No se presentaron complicaciones anestésicas ni posoperatorias.

Se indicó tratamiento con ceftriaxona (1gr) por vía endovenosa, cada 12 horas por 7 días; metronidazol (0,5 g) 1 frasco por vía endovenosa cada 8 horas por 7 días.

El paciente tuvo una evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN

El prolapso rectal o procidencia, a pesar de ser una enfermedad poco frecuente (2,5 casos por 100.000 habitantes), aparece referenciado ya en el papiro de Ebers, 1.500 años antes de Cristo.[6]

El prolapso rectal completo (PRC) es la protrusión de toda la pared del recto a través del esfínter anal. Es una condición incómoda y angustiosa que afecta la calidad de vida y frecuentemente se acompaña de incontinencia fecal. Tiene una distribución bifásica con un incremento en el adulto joven y posteriormente aparece después de los 60 años con un franco predominio en el sexo femenino (80-90 %).[4]

En la literatura se han descrito innumerables técnicas para el manejo del prolapso rectal, que se basan en la corrección de los desórdenes anatómicos asociados con esta enfermedad. Aunque en términos generales no existe consenso sobre cual procedimiento es mejor, la mayoría de los autores se inclinan por procedimientos abdominales en el paciente de riesgo normal, reservando las técnicas perineales en pacientes seniles de alto riesgo.[4]

Aunque estas últimas tienen pobres resultados en el largo plazo, pueden ser realizadas bajo anestesia local y/o regional, convirtiéndose en los procedimientos más aconsejables en pacientes con enfermedades concomitantes graves y ancianos no aptos para cirugía mayor.[4]

El tratamiento quirúrgico del prolapso rectal completo debe ser individualizado considerando una variedad de factores relacionados con la edad del paciente, enfermedades asociadas y condición general y nutricional.[4]

En los pacientes de riesgo quirúrgico normal la mayoría se inclina por los procedimientos abdominales debido a sus buenos resultados alejados. Sin embargo, en los pacientes seniles y/o con graves enfermedades concomitantes, los procedimientos perineales son menos invasivos, pueden ser realizados con anestesia regional o local, con un menor tiempo operatorio, una estadía hospitalaria abreviada y un período de convalecencia más corto.[4]

La elección del procedimiento depende de la edad y estado del paciente. El abordaje abdominal ofrece mejores resultados funcionales y menor recidiva.[6,7]

El tratamiento clásico se divide entre el abordaje abdominal o perineal. El primero se considera de elección y comprende las pexias o fijaciones rectales, combinadas o no con resecciones colónicas. Mientras que la vía perineal abarca procedimientos como el cerclaje anal, la resección sigmoidea con o sin reparo del piso de la pelvis, y la mucosectomía con plicatura de la pared rectal, reservándola para pacientes con un riesgo quirúrgico más elevado. De las numerosas técnicas descriptas con similares resultados funcionales, la rectopexia con o sin sigmoidectomia es la que mayor difusión tuvo.[6,7]

La laparoscopia, en los últimos años, ha agregado las ventajas de ser una técnica mínimamente invasiva, favoreciendo una rápida recuperación, con acortamiento de la estadía hospitalaria, menos dolor, sin sacrificar las dos premisas del tratamiento clásico, seguridad y efectividad.[8]

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrera A, Pradenas S, Bannura G, Illanes F, Gallardo C, Rinaldi B, et al. Rectosigmoidectomía perineal para el tratamiento del prolapso rectal completo. Rev Chil Cir [revista en Internet]. 2016 [cited 23 Ene 2017] ; 68 (3): [aprox. 9p]. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000300007.

2. Michalopoulus A, Papauloupodus VN, Panidis S, Mekras A, Duros V, Ioannidis A, et al. Surgical management of rectal prolapse. Tech Coloproctol.

2011 ; 15 Suppl 1: Ss25-8.

3. Leal VM, Regadas FS, Regadas SM, Veras LR. Clinical and functional evaluation of patients with rectocele and mucosal prolapse trated with transanal repair of rectocele and rectal mucosectomy with a single circular stappler (TRREMS). Tech Coloproctol. 2010 ; 14 (4): 329-35.

4. Mansilla JA, Bannura G, Contreras J, Barrera A, Melo C, Soto D. Técnica de Lomas-Cooperman en el paciente senil con prolapso rectal completo. Rev Chilena Cir. 2006 ; 58 (3): 213-8.

5. Lechaux D, Lechaux JP. Tratamiento quirúrgico del prolapso rectal completo del adulto. EMC-Técnicas Quirúrgicas-Aparato Digestivo. 2014 ; 30 (3): 1-16.

6. Herrera Ramírez J, Andrade Ibáñez A, González Velásquez F, Morales Guzmán MI, Martínez Mier G. Experiencia en el manejo quirúrgico del prolapso rectal mediante sutura helicoidal y anoplastia: estancia hospitalaria breve. Cir Cir. 2007 ; 75 (6): 453-7.

7. Madiba TE, Baig MK, Wexner SD. Surgical management of rectal prolapse. Arch Surg. 2005 ; 140 (1): 63-73.

8. Cillo M. Prolapso rectal, abordaje laparoscópico. Un tratamiento simple y efectivo. Rev Argent Coloproct. 2013 ; 248 (1): 12-8.

9. Hernández NB, Barrientos Matamoros AR, Ramos Martínez HJ, Ismael Castro G. Prolapso rectal en Honduras: Informe de caso y revisión de literatura. Rev Med Hondur. 2014 ; 82 (3): 115-8.