Descargado el: 31-10-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

Prolapso rectal completo. Presentación de un caso y revisión de la literatura

Complete Rectal Prolapse. Presentation of a Case and Review of the Literature

Víctor Manuel García Pino[1] José Alberto Puerto Lorenzo[1] Abraham Osorio Peláez[1]

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

Cómo citar este artículo:
Pino V, Lorenzo J, Peláez A. Prolapso rectal completo. Presentación de un caso y revisión de la literatura. **Medisur** [revista en Internet]. 2026 [citado 2026 Oct 31]; 24(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/53237

Resumen

El prolapso rectal completo se define como la exteriorización de la pared rectal a través del ano, con predominio en el sexo femenino y es más fre¬cuente en la sexta y séptima décadas de la vida. Es una enfermedad benigna poco común en el entorno médico, cuando aparece traduce una gran afectación en la calidad de vida de los pacientes. La aparición de complicaciones hace que requiera un tratamiento rápido y oportuno. Se presenta el caso de una paciente, de 65 años de edad, de color de piel blanca, de procedencia urbana, diabética con tratamiento; que acudió a la consulta con dolor en la región anal que se acompañaba de sangrado y una protrusión en aumento. El diagnóstico se confirmó con el tacto rectal. Se realizó reducción quirúrgica del prolapso por técnica de Delorme. La paciente ha mantenido una evolución favorable. Por ser esta entidad poco frecuente, se consideró de interés científico la presentación del caso para los profesionales dedicados al estudio y tratamiento de las afecciones anorrectales.

Palabras clave: prolapso rectal, tratamiento quirúrgico, estreñimiento, rectorragia, proctalgia aguda.

Abstract

Complete rectal prolapse is defined as the externalization of the rectal wall through the anus, predominantly affecting women and most frequently occurring in the sixth and seventh decades of life. It is a rare, benign condition, but when it occurs, it significantly impacts patients' quality of life. The development of complications necessitates prompt and timely treatment. We present the case of a 65-year-old white woman from an urban area, with diabetes under treatment, who presented with anal pain accompanied by bleeding and an increasing protrusion. The diagnosis was confirmed by digital rectal examination. Surgical reduction of the prolapse was performed using the Delorme technique. The patient has had a favorable outcome. Due to the rarity of this condition, the case presentation was considered of scientific interest to professionals dedicated to the study and treatment of anorectal disorders.

Key words: rectal prolapse, surgical procedure, constipation, rectal bleeding, acute proctalgia

Aprobado: 2026-04-08 11:51:28

Correspondencia: Víctor Manuel García Pino. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba. jose.puerto@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal completo se define como la protrusión de todas las capas de la pared rectal y su exteriorización a través del ano.[1] Existen varios factores de riesgo para el desarrollo de esta entidad y se estima que la anatomía de la pelvis femenina, la maternidad y el estreñimiento son los más relevantes para su aparición. Otras fuentes mencionan a la obesidad y pacientes con trastornos psiquiátricos.[1,2]

La etiología más aceptada es un defecto en el piso pélvico, donde se han atribuido ligamentos debilitados del recto, la fascia presacra, fosa recto vaginal o recto vesical y colon sigmoide redundante. Las enfermedades neurológicas, trastornos del tejido conectivo y las esquistosomiasis son poco frecuentes, pero deben tener relevancia en la historia clínica de los pacientes que presenten esta enfermedad.[3]

Es una afección poco común, puede presentarse mayormente en niños antes de los 4 años de edad. Se presenta con mayor frecuencia entre la sexta y séptima décadas de la vida con una relación a favor del sexo femenino de 10:1,1 y una incidencia de aproximadamente 2,5 por 100 000 habitantes.[4]

Generalmente, el diagnóstico del prolapso rectal completo es clínico y los pacientes portadores presentan malestar abdominal, trastorno de hábitos intestinales y una protuberancia rectal, que puede reducirse con una presión leve. Otros síntomas incluyen secreción mucosa, sangrado rectal, especialmente después de la defecación, tenesmo, estreñimiento con esfuerzo e incontinencia.[5]

Al realizar una *anamnesis* se recoge el antecedente de esfuerzo para la defecación, evacuación incompleta y maniobras digitales. El dolor no es una característica típica de presentación y sugiere otros diagnósticos.[1,6]

La incontinencia se presenta hasta en el 75 % de los casos, su etiología no es bien comprendida y probablemente sea multifactorial. El estreñimiento afecta aproximadamente a un 88 % de los pacientes con prolapso rectal.[6]

La realización de la maniobra de *Valsalva* puede provocar la protrusión rectal, es fácil su inspección y diagnóstico. Se debe realizar una adecuada historia clínica y examen físico para realizar el descarte de diagnósticos diferenciales.[7]

Esta entidad tiene un tratamiento médico inicial para todos los pacientes que incluye asegurar una ingesta adecuada de líquidos y fibra, además de enemas y supositorios para el estreñimiento severo y dificultad para evacuar el colon.[1,8]

En los pacientes muy ancianos, encamados o debilitados que no pueden tolerar ningún procedimiento quirúrgico, se reservan técnicas que resultan menos efectivas, las cuales incluyen pegar los glúteos o colocar una almohadilla acolchada contra el perineo para reducir o prevenir la protrusión, esta es una medida paliativa solo para los síntomas y no trata el prolapso.[8]

La cirugía constituye el pilar fundamental para el tratamiento definitivo, los abordajes se dividen en dos grandes grupos: abordaje abdominal y perineal. El abordaje abdominal es el más realizado, puede ser de forma abierta, laparoscópica o por cirugía robótica.[1,9] Tiene como objetivo la rectopexia que consiste en llevar el recto hacia al sacro, mediante la sutura directa o con la ayuda de una malla prostética y se ejecuta con o sin resección del segmento sigmoideo.[9]

El abordaje perineal se utiliza cuando el abdominal no es posible debido a las comorbilidades del paciente, se realizan los procedimientos de *Delorme* y *Altemeier*.[10]

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 65 años de edad, de color de piel blanca, de procedencia urbana, con antecedentes de padecer de diabetes mellitus tipo 2, tratada con insulina, además de ser multípara. Esta paciente acudió a la consulta de coloproctología del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos.

La paciente refirió tener dolor en la región anal que se acompañaba de sangrado, que no era activo y aparecía con la defecación, a pesar de ser una paciente con estreñimiento y la salida de una masa, además, que protruía a través de la región anal, dolorosa y la protrusión era cada vez más grande. Se decidió ingresar en sala para estudio y tratamiento quirúrgico.

Examen físico

Se observó la salida de, aproximadamente, 8 cm de recto con todas sus capas por el orificio anal. (

Fig. 1).



Fig. 1. Prolapso rectal al inicio de la cirugía

En el tacto rectal se encontró el esfínter rectal hipotónico, ampolla rectal ocupada por heces fecales duras o fecaloma, que se extrajo y no se precisó tumor al alcance del tacto con el dedo.

Análisis complementarios realizados:

- Hemoglobina (Hb): 11,5g/L.
- Hematocrito (Hto): 0.35.
- Glicemia: 4,3 mmo/L.
- Creatinina: 79 mmo/L.
- Electrocardiograma (ECG): normal.
- Coagulograma completo: TGP: 23 U/l.
- Tiempo de sangrado: 2 minutos.
- TGO: 41 U/l.
- Tiempo de coagulación: 10 minutos.
- Conteo de plaquetas: 235 x 10-9/L.
- Rx de tórax AP: sin alteraciones pleuropulmonares, ni en partes blandas.

Después de los exámenes complementarios se decidió realizar la intervención quirúrgica y se anunció al salón. El procedimiento se efectuó de la siguiente manera:

Paciente en posición ginecológica, con asepsia y antisepsia, paños hendidos estériles, previa anestesia espinal se realizó la reducción del prolapso por la técnica de *Delorme*. (Fig. 2).



Fig. 2 Durante la técnica quirúrgica

La paciente se mantuvo estable durante el trans y postoperatorio, toleró la vía oral y se observó la región anal sin estigma de sangrado, ni de prolapso. Por su evolución favorable en el postoperatorio, al día siguiente se decidió el alta hospitalaria con tratamiento y seguimiento en consulta, la paciente lleva más de 6 meses operada con una evolución satisfactoria. (Fig. 3).



Fig. 3 Prolapso rectal ya operado

DISCUSIÓN

El prolapso rectal completo es una entidad multifactorial, con manifestaciones clínicas comunes que se corresponden con la exteriorización del recto y parte del sigmoides a través del ano. Esta afección afecta la calidad de vida del paciente y frecuentemente se acompaña de incontinencia fecal.[1] El presente caso trata de un prolapso rectal que causaba dolor y sangrado rectal que aparecía con la defecación.

Esta entidad se presenta con mayor frecuencia entre la sexta y séptima décadas de la vida, con un predominio del sexo femenino[3] como en el caso de la paciente estudiada.

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.[3,4] En este caso se trató de una paciente anciana, con antecedentes de constipación, que refirió como síntomas acompañantes dolor en la región anal con sangrado, que no era activo y aparecía con la defecación.

El diagnóstico, generalmente, se realiza mediante la evaluación clínica, por medio de la observación de la protrusión rectal en el examen físico[6] que fue evidente en esta paciente.

Para la resolución del caso existen dos vías de abordaje quirúrgico, la vía abdominal y la vía perineal. El abordaje por la vía abdominal conlleva una menor tasa de recurrencia e implica mayor riesgo para la paciente afectada, mientras que el abordaje perineal evita la anastomosis intrabdominal, se extirpa el recto con lo que se elimina el reservorio rectal y tiene una mayor tasa de recurrencia. Este procedimiento quirúrgico es recomendado en pacientes de alto riesgo, pacientes mayores de 50 años.[7,8]

En el caso presentado se tuvo en cuenta la edad y sus comorbilidades y se decidió abordar por la vía perineal, se siguió la técnica de *Delorme* bajo

anestesia regional, previa asepsia y antisepsia, colocación de campos estériles, en posición ginecológica, donde se constató como hallazgos un prolapso de 8 cm de longitud.

En esta entidad el tratamiento postoperatorio tiene como objetivos: el alivio del dolor, las náuseas y los vómitos. Determinan la dieta y el inicio temprano de la nutrición enteral hasta la movilización del paciente posterior a la cirugía.[9] La paciente del caso presentado tuvo una estadía hospitalaria abreviada y un corto período de convalecencia con una evolución satisfactoria.

Conflictos de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Contribución de los autores:

1. Conceptualización: Víctor Manuel García Pino, José Alberto Puerto Lorenzo, Abraham Osorio Peláez.

2. Curación de datos: Víctor Manuel García Pino.

3. Análisis formal: Víctor Manuel García Pino.

4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con la adquisición de fondos.

5. Investigación: Víctor Manuel García Pino, José Alberto Puerto Lorenzo, Abraham Osorio Peláez.

6. Redacción del borrador original: Víctor Manuel García Pino, José Alberto Puerto Lorenzo, Abraham Osorio Peláez.

7. Redacción revisión y edición: José Alberto Puerto Lorenzo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Pérez E, Puerto JA, Torres L, Cabanes E. Prolapso rectal completo. Rev Cubana Cir[Internet]. 2023[citado 17/9/25];62(3):[aprox. 5p.]. Disponible en: https://revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1248/832.

2- Perrakis A, Meyer F, Scheidbach H. Complete rectal prolapse presenting with colorectal cancer. Innov Surg Sci. 2023;8(2):119-22.

3- Estrada HE, Nin ST, González XN, López CA, Contreras M, Jiménez B, et al. Prolapso rectal simulando tumor de recto, una enfermedad a considerar. Reporte de un caso. Rev Mex Cir Colorrectal[Internet]. 2024[citado 17/9/25];2(3):[aprox. 4p.]. Disponible en: https://www.revistamexicanacirugiacolorrectal.com/files/circol_24_2_3_102-106.pdf.

4- Niasse A, Faye PM, Ndong A, Thiam O, Konate I. Strangulated rectal prolapse in adult: Altemeier cure about two cases and literature review. Int J Surg Case Rep. 2024;2(3):102-6.

5- Jadhav K, Gandhi A, Waghmare R, Sidam D, More S. Unveiling the Hidden: A Case Report on Altemeier's Surgical Triumph in Rectal Prolapse with Involvement of the Small Bowel. Cureus. 2025;17(3):e81206.

6- Espino LA, Arciniega A, Tejeda RM, Pérez J. Rectopexia ventral con malla para el tratamiento del prolapso rectal. Resultados en una serie de casos prospectiva y revisión de la literatura. Rev Cirugía Colorrectal[Internet]. 2023[citado 18/9/25];3(2):[aprox. 10p.]. Disponible en: https://www.revistamexicanacirugiacolorrectal.com/files/circol_23_1_2_044-053.pdf.

7- Wu L, Wu H, Mu S, Li XY, Zhen YH, Li HY. Surgical approaches for complete rectal prolapse. World J Gastrointest Surg. 2025;17(3):102043.

8- Jurić O, Lisica N, Žufić V, Matak L, Karlo R, Mihanović J. Rectal prolapse as the initial presentation of rectal cancer-A case report. Front Surg. 2023;10:(7):6726.

9- Tomochika S, Suzuki N, Yoshida S, Fujii T, Tokumitsu Y, Shindo Y, et al. Laparoscopic Sutureless Rectopexy Using a Fixation Device for Complete Rectal Prolapse. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2021;31(5):608-15.

10- Leventoglu S, Mentes B, Balci B, Yildiz A. Surgical Techniques for Rectal Prolapse. Gastroenterology Insights. 2021;12(3):310-18.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS