

## PROLAPSO GENITAL, ASOCIADO A PROCIDENCIA RECTOSIGMOIDEA — PRESENTACION DE UN CASO

Por el Dr. JORGE A. LARREA CROVETTO

Departamento de cirugía del Hospital de Tórax

La asociación, de prolapso genital completo, a una procidencia recto sigmoidea, o prolapso rectal igualmente completo, no podemos considerarla como frecuente, así, en el servicio de ginecología del Hospital Loayza, Pab.-5, sala 2, en un período de 10 años, de 1951 a 1961; y sobre un total de 870 prolapsos genitales, encontramos un caso asociado a prolapso rectal. En el departamento de proctología del mismo hospital Pab.-6, Víctor Zumarán, en su tesis de bachiller, igualmente en 10 años, reporta 20 casos de prolapso rectal, de los cuales, 5 presentaban diversos grados de prolapso, en los 6 casos de ambas series sólo se da a conocer la corrección de afección rectal.

El prolapso genital y rectal, constituyen en conjunto una procidencia de los órganos pelvianos, siendo una de las causas etiopatogénicas principales la falla de los planos de contención, en efecto, el paralelismo que existe entre el prolapso genital y rectal, y los resultados terapéuticos obtenidos con las operaciones que van a corregir los planos de contención son realmente notables.

Los elementos de contención se encuentran representados en forma principal por el piso muscular de la pelvis; y en especial por el músculo elevador del ano, el cual en su función se encuentra complicado por el paso de tres estructuras: uretra, vagina y recto.

En condiciones normales por acción del músculo elevador, existe una angulación, en la porción terminal del recto que termina en ángulo, con el canal anal; igualmente en la mujer la normalidad del aparato genital es la antiverso flexión del cuerpo sobre el cuello del útero y la angulación con el eje vaginal, el prolapso de los órganos pelvianos se presenta cuando la angulación desaparece, y permite que las fuerzas expulsivas, representadas principalmente por el aumento de la presión intra-abdominal, actúen directamente sobre el fondo uterino, el cual se encuentra en línea recta sobre el hiatus pélvico; en el caso del recto, estudios miográficos han podido demostrar, que en pacientes con prolapso rectal, el recto permanecía constantemente en posición vertical, la angulación resulta ser un importante mecanismo en el éxito de la contención de los órganos pelvianos.

La tendencia en los últimos años es de tratar los prolapso por vía perineal, considerándose que el tratamiento por vía vaginal del prolapso uterino, representa un verdadero adelanto en la corrección de esta afección. Cohn en 1942, señaló que la sutura de los elevadores por delante del recto, convertía a la rectosigmoidectomía de Miles por vía perineal, en una operación correcta y completa, en los casos de prolapso rectal.

En la cura del prolapso del recto existen un gran número de procedimientos quirúrgicos propuestas para su corrección, que no vienen a ser sino una prueba de las dificultades para una operación satisfactoria. El desplazamiento de los órganos pelvianos, se debe en esencia a una situación de incompetencia del músculo elevador del ano, en especial de sus fibras pubo-coccigeas, que al desgarrarse o separarse, agrandan el orificio vaginal, favoreciendo la caída de sus paredes y posteriormente del útero; y cuya reparación es fundamental en la cura quirúrgica del prolapso rectal y genital.

En la enferma que vamos a presentar, se realizó una intervención por vía perineal: Rectosigmoidectomía y operación de Manchester.

Se trata de una paciente de 27 años de edad, internada en el Hospital de Tórax por una afección específica pulmonar, y que manifiesta una protrusión anal, que había ido aumentando desde hace unos 12 meses, reducible al comienzo, y que se acompaña a los 4 meses de la salida de otra tumoración por los genitales externos, ambas tumoraciones fueron aumentando de tamaño, hasta presentar las dimensiones que tenían antes de la operación. Fig. 1 y 2; la procedencia rectal era incontinente, irreductible, y con marcados trastornos vasculares. Con los exámenes de laboratorio y radiológicos dentro de límites normales, abordamos la operación por vía perineal en una sola sesión tratando en primer lugar la prociencia rectosigmoidea.

Fig. 3.—Incisión a 3 cm. del esfínter del ano, para conservar la zona reflexogena tan importante para la defecación, y que marca el comienzo de la operación.

Fig. 4.—La rectosigmoidectomía terminada, habiendo provocado la plicatura de la muscular, siguiendo la técnica de Rehn De Lorme.

Fig. 5.—Comienzo de la cura del prolapso genital, siguiendo la técnica habitual de Manchester.

Fig. 6.—Término de colpoperineorrafia posterior, tiempo importante en esta intervención, ya que nos permitió la sutura amplia de los músculos elevadores del ano, y de la fascia perirrectal, fundamental en la reparación de ambos prolapso.

Fig. 7.—La operación terminada.

Fig. 8.—La paciente a los 20 días de operada.

La evolución postoperatorio, fue tranquilo, sin accidentes, presentando una ligera incontinencia anal, que desapareció al 4º día.

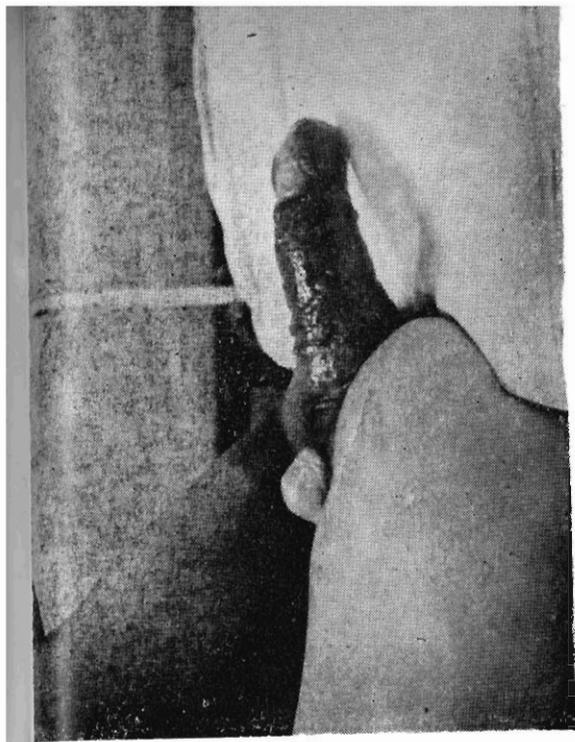


FIG. 2

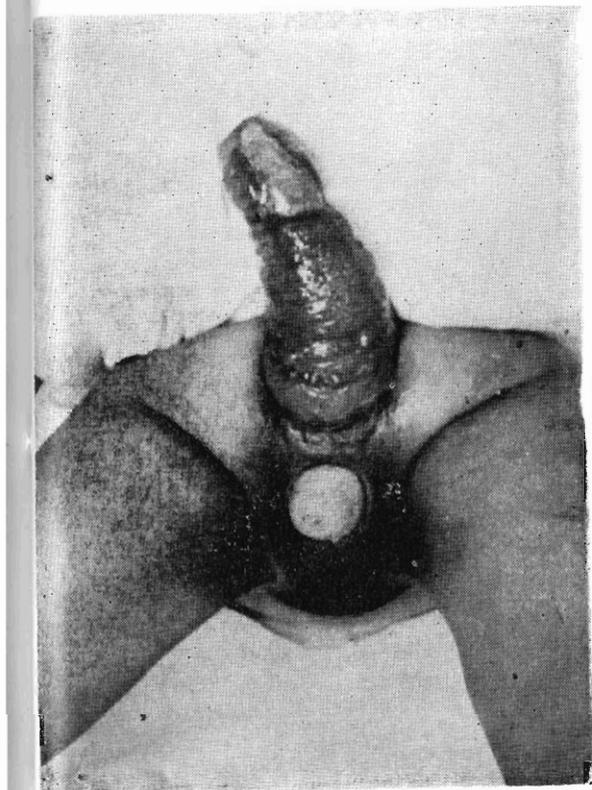
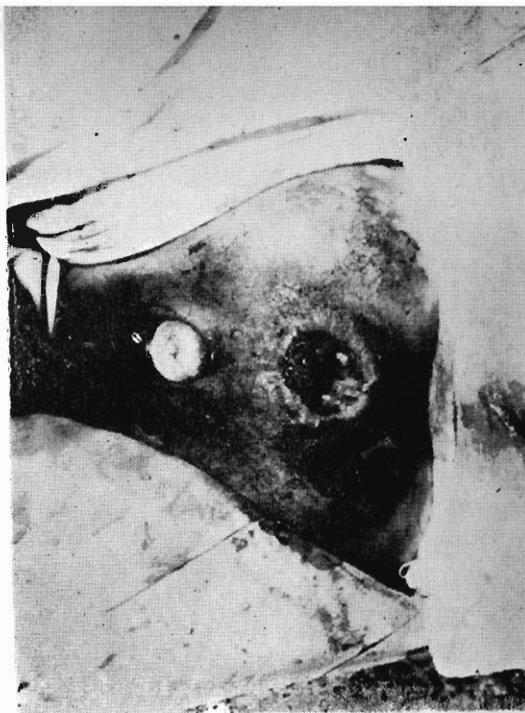
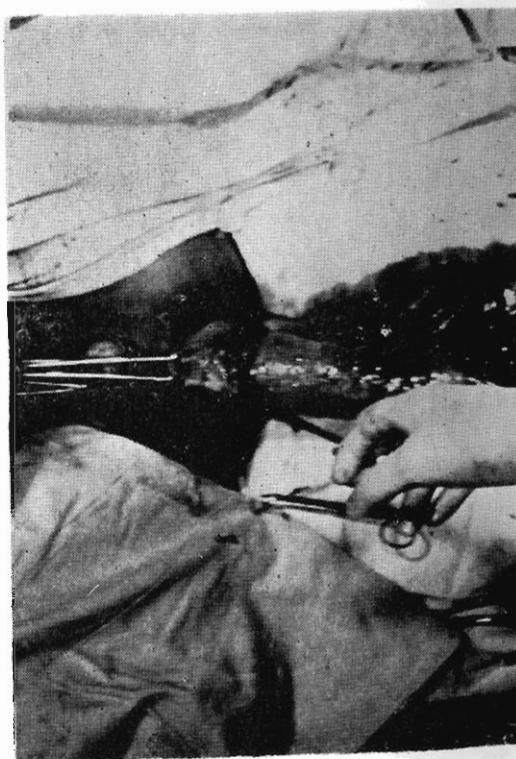


FIG. 1



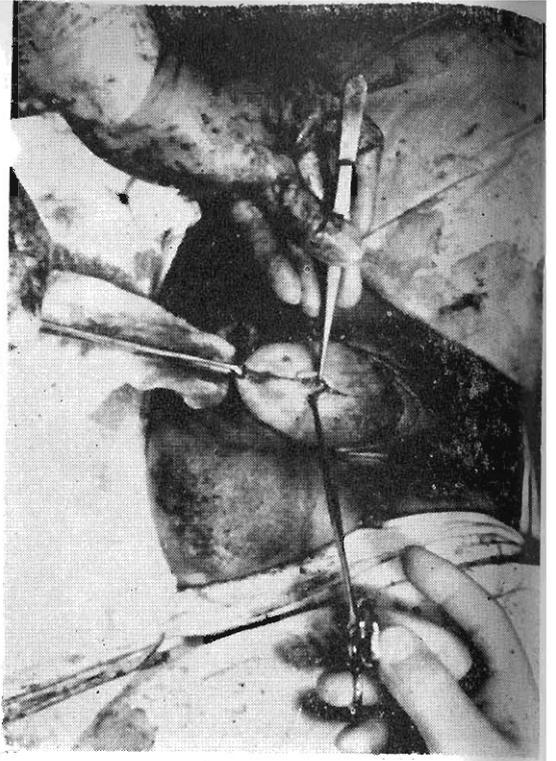


FIG. 5

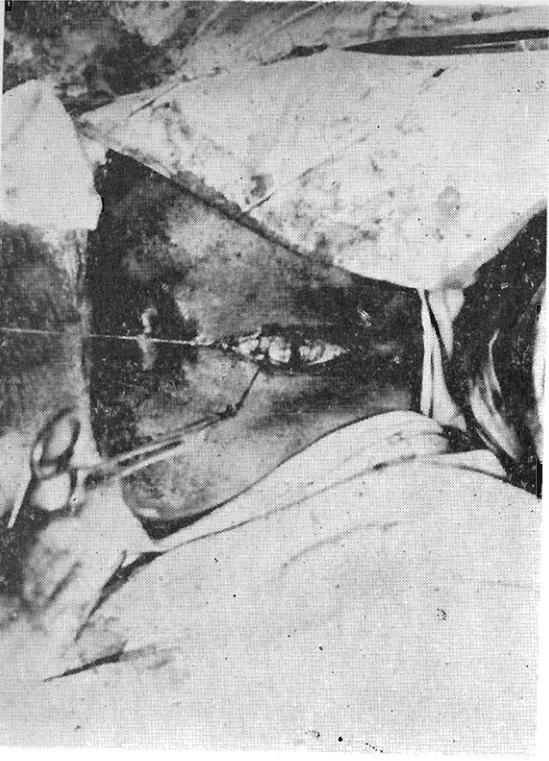


FIG. 7



**Resumen.**—Se presenta un caso poco corriente de prolapso genital, asociado a una enorme procidencia rectosigmoidea, tratados por vía perineal, mediante una rectosigmoidectomía a lo Miles, y una operación de Manchester, en la cual la amplia sutura de los elevadores del ano por vía vaginal, nos han dado excelentes resultados en una enferma que tiene 6 meses de observación.

#### B I B L I O G R A F I A

- 1.—COHN I.— Prolapse of the rectum. 57, 444. 1942.
  - 2.— R. W. TE LINDE.— Operative Gynecology. 1946.
  - 3.— J. C. AHUMADA.— Tratado de Ginecología.
  - 4.—CUNNINGHAM J.H.— Ann. Surg. 49, 681. 1909.
  - 5.—MILES W. E.— Post. Graduate Surgery New York, 1936.
  - 6.— HAYES H. T.— Ann. J. Surg. 75. 358. 1948.
  - 7.—ORR T.— Ann. Surg. 136, 833. 1947.
  - 8.—DUMPHY J. E.— Surg. Gynec. and Obst. 86, 493. 1948.
-