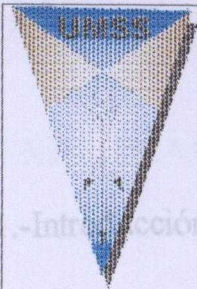


233



MEY
Tesis
R696P
2004
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
INVESTIGACION EN CIENCIAS DE LA SALUD
RESERVA
POD/ES



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCION DE POST GRADO



- 1.- Introducción
- 2.- Marco Teórico
- 3.- Objetivos
- 4.- Materiales
- 5.- Resultados
- 6.- Discusión
- 7.- Conclusiones
- 8.- Referencias

HOSPITAL OBRERO No 2 C.N.S.
Enero 1990-Diciembre 2003

Autor : Dr. Edson Neri Rodríguez Mancilla
Residente primer año – Cirugía general
Tutor : Dr. Alberto Requena Urioste
Cirujano General C.N.S.

Cochabamba – Bolivia
2004

Alberto Requena Urioste
Cirugía

PROLAPSO RECTAL

EXPERIENCIA DESDE ENERO DE 1990 HASTA DICIEMBRE DE 2003

1.- Introducción EN EL HOSPITAL OBRERO N° 2 DE LA CNS

2.- Marco Teórico

3.- Objetivos

4.- Material y métodos

5.- Resultados

6.- Discusión

7.- Conclusiones

8.- Referencia bibliografica

Se presenta la experiencia de 13 años (desde enero de 1990 a diciembre de 2003) de una serie de casos de pacientes con prolapso rectal diagnosticados clinica, radiológica y endoscópicamente, los cuales fueron sometidos a cirugía con las diferentes técnicas de fijación de recto . En el Hospital obrero N°2 de la Caja Nacional de Seguro ubicado en el Km 5 Av. Blanco Galindo . Los datos fueron directamente obtenidos de su expediente clínico y del paciente . El

PROLAPSO RECTAL

EXPERIENCIA DESDE ENERO DE 1990 HASTA DICIEMBRE DE 2003 EN EL HOSPITAL OBRERO N° 2 DE LA CNS

Resumen

El prolapso rectal es una de las patologías más antiguas y poco frecuente que la mayoría de las veces aparece en pacientes de los extremos de edad y rara vez en jóvenes, se caracteriza por presentar debilidad en el piso pélvico, meso recto largo y un dolicosigma .

Se presenta la experiencia de 13 años (desde enero de 1990 a diciembre de 2003) de una serie de casos de pacientes con prolapso rectal diagnosticados clínica, radiológica y endoscópicamente; los cuales fueron sometidos a cirugía con las diferentes técnicas de fijación de recto . En el Hospital obrero N°2 de la Caja Nacional de Seguro ubicado en el Km 5 Av. Blanco Galindo . Los datos fueron directamente obtenidos de su expediente clínico y del paciente . El

análisis de los resultados se realizó con metodología de estudio retrospectivo longitudinal y descriptivo. Se observa entonces en la membrana anal posterior y la membrana urogenital anterior.

EMBRIOLOGÍA

La membrana anal es rodeado por abultamiento de mesenquima y en la octava semana se advierte en el fondo de una depresión ectodérmica. Una parte del intestino posterior da origen al tercio distal del colon transversal, el colon descendente, el sigmoidees, el recto y la porción superior del conducto anal. El endodermo del intestino posterior forma así mismo el revestimiento interno de la vejiga y la uretra. La porción terminal del intestino posterior entra en la cloaca, cavidad revestida de endodermo que esta en contacto directo con el ectodermo superficial, en la zona de contacto de endodermo y ectodermo, se forma la membrana cloacal (7) esta representada por las líneas pectina que se encuentra inmediatamente en las columnas anales.

En etapas posteriores del desarrollo aparece un relieve transversal, el tabique uorrectal, en el ángulo que forman la alantoides y el intestino posterior, este tabique desciende gradualmente en dirección caudal y divide a la cloaca en una porción anterior el seno urogenital primitivo y una porción posterior; el conducto anorrectal, en el embrión de 7 semanas, el tabique

urorectal llega al a membrana cloacal sitio en el cual se forma el perineo . La membrana cloacal se divide entonces en la en membrana anal posterior y la membrana urogenital anterior(7) .

Mientras tanto la membrana anal es rodeado por la abultamiento de mesenquima y en la octava semana se advierte en el fondo de una depresión ectodérmica, llamada fosa anal o proctodeo, en la novena semana se rompe la membrana anal y el recto se comunica libremente con el exterior , en consecuencia la porción superior del conducto anal es de origen ENDODERMICO y la vascularisacion es por la arteria mesentérica superior e inferior, el tercio inferior del conducto anal tienen su origen ectodérmico y esta irrigado por las arterias hemorroidales o ramas de la arteria pudenda interna , la unión entre las pociones ectodérmica y endodérmica esta representada por las líneas pectina que se encuentra inmediatamente en las columnas anales , aproximadamente a nivel de esta línea el epitelio cilíndrico se transforma en plano estratificado .

El prolapso rectal se define como la prociencia hacia el exterior de

INTRODUCCION capas del recto a través del canal anal . Y se clasifica en

Parcial o mucoso y completo o total . Este ultimo se consideran tres grados

El prolapso rectal es una de las patologías que data de los años 3500 AC y se encuentra mencionada en los papiros antiguos . Sin embargo es hasta los siglos XVI y XVII cuando se conoce anatómicamente el defecto .(11)

El prolapso rectal es una patología poco frecuente que la mayoría de las veces aparece en pacientes de edad avanzada , se asocia con patología propia del suelo pélvico por pérdida de los elementos de sujeción perineal , se caracteriza anatómicamente por la presencia de un mesorrecto excesivamente largo y un dolico sigma . Clínicamente se caracteriza por la salida del recto generalmente con el esfuerzo defecatorio el cual se invagina a partir de la línea ilipectinea originando una herniación rectal , dolor , disquesia , rectorragia y necrosis en ciertas ocasiones lo que origina las intervenciones quirúrgicas con carácter urgente .(11).

DEFINICION

Grado I .- Cuando se desliza hacia el exterior la pared del conducto anal , formando un ángulo recto entre la pared prolapada y la piel perianal .
El prolapso rectal se define como la procidencia hacia el exterior de alguna o todas las capas del recto a través del canal anal . Y se clasifica en Parcial o mucoso y completo o total . Este ultimo se consideran tres grados prolapada por la mucosa y la parte mas profunda del peritoneo parietal .

diferentes :

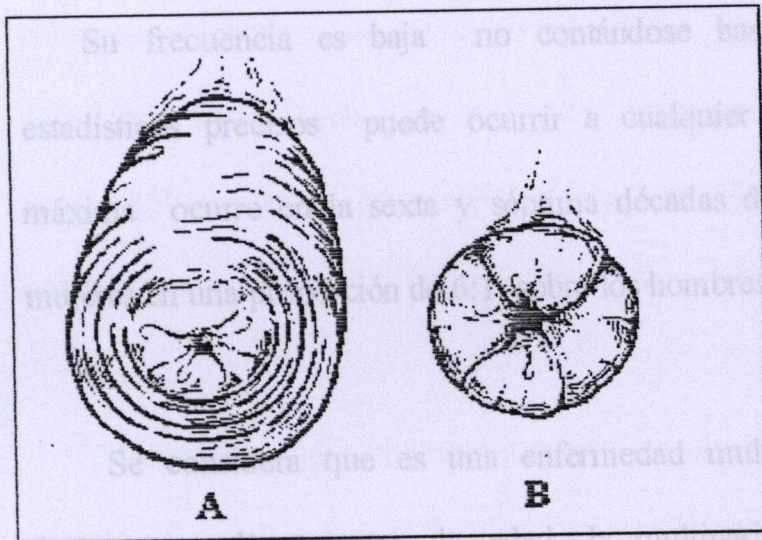


FIG. N° 1 .-Diagnóstico diferencial entre: A.- Prolapso rectal verdadero, con pliegues circunferenciales y B.- Prolapso de la mucosa, con pliegues radiales.

Existen diversas teorías que tratan de explicar su fisiopatología, la primera de ellas de Moskowitz que en 1912, consideró que la procedencia se debía a un defecto en el piso pélvico como alteración primaria, y que las alteraciones

Grado I .- Cuando se desliza hacia el exterior la pared del conducto anal, formándose un ángulo recto entre la pared prolapsada y la piel perianal,

Grado II.- Cuando el conducto anal conserva su posición y la porción prolapsada por la mucosa y la parte mas profunda del peritoneo parietal .