

Resultados quirúrgicos en el prolapso rectal: Experiencia de 17 años en un centro de salud privado en Chile

Florencia Pinto Gilardoni¹, Alejandro Readí Vallejos¹, Sebastián Andrés López Núñez¹, Marcelo Rodríguez González¹, Gonzalo Campaña Villegas¹

Surgical Outcomes in Rectal Prolapse: 17-year experience in a private health center in Chile

Objective: To describe and evaluate risk factors for recurrence in patients operated on for rectal prolapse. **Materials and Methods:** Retrospective observational study. Clinical-demographic variables, preoperative study, surgical and postoperative clinical results were analyzed. **Results:** Twenty-eight patients were analyzed. Female sex predominated in 89,2% with a median age of 56,5 years (range 15-93). External prolapse was present in 64,2%. The surgical indication in patients with internal prolapse was solitary rectal ulcer and defecatory obstruction syndrome. Twenty-four abdominal (85.7%) and four perineal (14.3%) approaches were performed. Only one Clavien Dindo III complication was reported and there was no mortality. Constipation improved in 78.5%. There were 4 (14.2%) patients with recurrence, but no significant risk factors were found. When comparing the techniques with abdominal and perineal approach, there were significant differences in age (52.8 vs. 89.7 p0.0006) and ASA (p0.0113). The mean follow-up was 22.3 months. **Discussion:** The literature does not show clarity regarding risk factors for recurrence. Our data show a certain tendency to a higher risk in those patients with preoperative incontinence, presence of rectocele or enterocele and parity greater than 2, although without significance. When comparing abdominal and perineal techniques, there was less recurrence in abdominal techniques, without significance (p = 0.481). **Conclusion:** Rectal prolapse surgery is safe, has a low complication rate and high rate of improvement of preoperative constipation. No risk factors for recurrence were found.

Key words: rectal prolapse; surgical procedures; recurrence.

Resumen

Objetivo: Describir y evaluar factores de riesgo de recidiva en pacientes operados de prolapso rectal. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Se analizaron variables clínico-demográficas, estudio preoperatorio, quirúrgicas y resultados clínicos post operatorios. **Resultados:** Se analizaron 28 pacientes. Predominó el sexo femenino en 89,2% con una mediana de edad de 56,5 años (rango 15-93). Un 64,2% presentó prolapso externo. La indicación quirúrgica en los pacientes con prolapso interno fue úlcera rectal solitaria y síndrome de obstrucción defecatoria. Se realizaron 24 abordajes abdominales (85,7%) y 4 perineales (14,3%). Se reportó solo una complicación Clavien Dindo III y no hubo mortalidad. La constipación mejoró en un 78,5%. Se reportaron 4 (14,2%) pacientes con recidiva, sin encontrar factores de riesgo significativos para ello. Al comparar las técnicas con abordaje abdominal y perineal, hubo diferencias significativas en la edad (52,8 vs 89,7 p0,0006) y ASA (0,0113). La media de seguimiento fue de 22,3 meses. **Discusión:** La literatura no muestra claridad respecto de los factores de riesgo de recidiva. Nuestros datos muestran cierta tendencia a mayor riesgo en aquellos pacientes con incontinencia preoperatoria, presencia de rectocele o enterocele y paridad mayor a 2, aunque sin significancia. Al comparar las técnicas abdominales y perineales, hubo menor recidiva en las técnicas abdominales, sin encontrar significancia (p = 0,481). **Conclusión:** La cirugía de prolapso rectal es segura, tiene una baja tasa de complicaciones y alta tasa de mejoría de la constipación preoperatoria. No se encontraron factores de riesgo de recidiva. **Palabras clave:** prolapso rectal; manejo quirúrgico; recidiva.

¹Universidad Andrés Bello-Clínica INDISA. Santiago, Chile.

Recibido el 2024-04-05 y aceptado para publicación el 2024-05-16

Correspondencia a:
Dra. Florencia Pinto Gilardoni
flopintog@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Introducción

El prolapso rectal es una condición que se caracteriza por la intususcepción de la pared completa rectal que protruye a través del ano, que en algunos casos puede no exteriorizarse (prolapso interno). Es una patología poco frecuente, que se estima que ocurre en un 0,5% de la población¹. Es más frecuente en mujeres en una relación de 9:1 y personas mayores a 50 años². Presenta una gran variación de síntomas asociados los cuales pueden ser constipación, incontinencia, sensación de evacuación incompleta, rectorragia, dolor y tenesmo³.

El diagnóstico de esta patología es fundamentalmente clínico, sin embargo, existen una serie de estudios complementarios que nos brindan más información sobre la anatomía y otras posibles alteraciones asociadas, tales como disfunción del piso pélvico, diástasis del músculo elevador del ano, prolapso genital, enterocele, rectocele, prolapso rectal interno, disfunción esfinteriana o úlcera rectal solitaria. Estos estudios son la colonoscopia, defecoresonancia y manometría anorrectal^{4,5}.

El manejo definitivo de esta patología es quirúrgico, existiendo gran variedad de técnicas y abordajes, las cuales son seleccionadas dependiendo del grado de prolapso, síntomas, edad, comorbilidades, expectativas del paciente y preferencia del cirujano. Dentro de las distintas técnicas hay abordajes perineales y abdominales, siendo el abdominal el más utilizado por su menor tasa de recidiva (0-15%), pudiendo emplearse el abordaje abierto, laparoscópico o robótico siendo los dos últimos los de elección por su menor morbilidad postoperatoria^{6,7}. La rectopexia es un principio fundamental en las técnicas abdominales, utilizando mallas en la gran mayoría de los casos; sin embargo, el uso de material protésico no está exento de otras complicaciones y puede presentar dolor crónico, infección, exposición de la malla y formación de fistulas^{8,9}.

En Chile existe escasa literatura publicada acerca de los resultados del manejo quirúrgico del prolapso rectal. Barrera et al, publicó una serie de casos donde describía su experiencia en el tratamiento el prolapso rectal con la técnica de sigmoidectomía perineal¹⁰. Por otro lado, sobre técnicas mínimamente invasivas no hay reportes específicos acerca de prolapso rectal. Sólo un estudio poblacional hace mención que el 3,9% de las cirugías colorrectales mínimamente invasivas en nuestro país corresponden a prolapso rectal¹¹. Dado este gran déficit en literatura nacional, no existe un consenso ni guías clínicas acerca del manejo de esta patología y las decisiones clínicas se basan principalmente en la

experiencia del cirujano y literatura extranjera.

El objetivo principal de este trabajo es describir los resultados clínicos y quirúrgicos en pacientes mayores de 18 años operados por prolapso rectal en Clínica INDISA entre los años 2006-2023. Asimismo, se evaluarán factores de riesgo asociados a recidiva. Como objetivos secundarios se comparan los resultados de técnicas abdominales y perineales, se identifican las complicaciones asociadas a la cirugía de prolapso, y los síntomas preoperatorios y su variación luego de la cirugía.

Material y Método

Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los pacientes con diagnóstico de prolapso rectal operados en clínica INDISA entre 2006 y 2023. Se excluyeron los pacientes con prolapso mucoso, sin seguimiento en clínica INDISA y pacientes con datos incompletos. Los datos se extrajeron de la ficha clínica electrónica, confeccionando una base de datos anonimizada con las variables clínico-demográficas, estudio preoperatorio, quirúrgicas y resultados clínicos post operatorias. Se definió recidiva como reaparición del prolapso exteriorizado completo, excluyendo el prolapso mucoso, o reaparición de úlcera rectal solitaria diagnosticada con colonoscopia. Este trabajo fue revisado y aceptado por el comité de ética de Clínica INDISA.

Se describió a la muestra mediante distribución de frecuencia o promedio y desviación estándar de acuerdo con la naturaleza de la variable. Se comparó la técnica abdominal y perineal utilizando la prueba t-Student o prueba exacta de Fisher según corresponda. La asociación de variables se exploró mediante el cálculo de *Odds Ratio* utilizando una regresión logística simple con la recidiva como variable respuesta. Se estableció un nivel de significancia de $p < 0,05$; todos los análisis se realizaron en el programa Stata 18.

Resultados

Se realizaron 31 cirugías por prolapso rectal entre los años 2006 y 2023. Se excluyeron 3 pacientes por no presentar seguimiento en clínica INDISA, quedando incluidos un total de 28 pacientes. El sexo femenino fue predominante en un 89,2% con una mediana de edad de 56,5 años (rango 15-93 años). En cuanto a comorbilidades la más frecuente fue hipertensión arterial (28,6%) y la mayoría de los pacientes presentaron un ASA I o II (92,8%). En

cuanto a los síntomas preoperatorios, el 50% de los pacientes presentaban constipación y 14% incontinencia fecal (Tabla 1).

De las características clínicas preoperatorias, un 64,2% presentó prolapso externo, con una media de 6,53cm (rango 3-12 cm). Doce pacientes (42,7%) presentaron prolapso genital asociado y cinco (17,9%) úlcera rectal solitaria. La indicación quirúrgica en los pacientes con prolapso interno fue úlcera rectal solitaria en 4 casos y síndrome de obstrucción defecatoria en 6 casos. Dieciséis pacientes (57,1%) se realizaron una defecografía por resonancia magnética preoperatoria, encontrando como hallazgos relevantes, en 7 pacientes la presencia de rectocele mayor a 4cm de diámetro con promedio de 5,17 cm, 7 pacientes con enterocele y 4 presentaban ambas condiciones (Tabla 2).

Con relación a las técnicas quirúrgicas empleadas, se operaron por vía abdominal el 85% de los pacientes (24 casos) y el 15% por vía perineal. De las técnicas abdominales se utilizó la rectopexia ventral con malla en el 71% de los casos (abierta en 4 pacientes, 3 laparoscópicas y 13 robóticas), en un caso sigmoidectomía laparoscópica con rectopromontofijación (Goldman-Fryckman) y en 3 casos sacropromontofijación abierta. Todos los casos de cirugía por vía perineal fueron realizados con técnica de Delorme (4 casos). No hubo conversión a cirugía laparoscópica ni a cirugía abierta. Al comparar las técnicas con abordaje abdominal y perineal, hubo diferencias significativas en la edad ($p = 0,0006$), ASA ($p = 0,0113$) y tiempo operatorio ($p = 0,0398$). En el resto de las variables no hubo diferencias significativas (Tabla 3).

Respecto a las complicaciones (Clavien Dindo III-IV), hubo una paciente que presentó un absce-

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de pacientes operados por prolapso rectal

Sexo femenino	n (%)	25 (89,2%)
Edad mediana (rango)		56,5 años (15-93)
ASA		
I	n (%)	15 (53,6%)
II	n (%)	11 (39,3%)
III	n (%)	2 (7,14%)
Comorbilidades		
Hipertensión arterial	n (%)	8 (28,6%)
Hipotiroidismo	n (%)	4 (14,2%)
Diabetes Mellitus	n (%)	2 (0,04%)
Síntomas		
Constipación	n (%)	14 (50%)
Incontinencia fecal	n (%)	9 (32,1%)
Antecedentes obstétricos		
Partos vaginales media	(DE)	1,05 (1,46)
Cesárea media	(DE)	0,33 (0,65)
Histerectomía	n (%)	7 (25%)

Tabla 2. Características preoperatorias de pacientes operados de prolapso rectal

Prolapso externo	n (%)	18 (64,2%)
Largo del prolapso	media (rango)	6,53 cm (3-12)
Prolapso Interno	n (%)	10 (35,8%)
Prolapso Genital	n (%)	12 (42,7%)
Úlcera Rectal Solitaria	n (%)	5 (17,9%)
Defecoresonancia preoperatoria		16 (57,1%)
- Rectocele > 4 cm	n (%)	7 (43,8%)
- Enterocele	n (%)	7 (43,8%)

Tabla 3. Comparación abordaje abdominal y perineal en pacientes operados por prolapso rectal

	Abdominal n = 24	Perineal n = 4	p-value
Edad media (DE)	52,8 (18,6)	89,7 (2,5)	0,0006
ASA (%)	I 66,7% II 29,2% III 4,1%	I 0% II 100% III 0%	0,0113
Tiempo quirúrgico minutos media (rango)	175,8 (80-283)	110 (80-144)	0,0398
Días de hospitalización media (DE)	2,29 (1,32)	2 (0,81)	0,6911
Complicaciones mayores (Clavien Dindo III-IV) (%)	4,1%	25%	0,270
Recidiva (%)	12,5%	25%	0,481
Mejoría constipación (%)	72%	100%	1

Los valores están representados en promedio para las variables continuas y en porcentaje para las variables cualitativas. El nivel de significancia usado fue de $\alpha = 0,05$.

so retrorrectal posterior a una rectopexia ventral robótica que se manejó con drenaje percutáneo vía radiología intervencional y antibióticos. Otra complicación más tardía correspondió a una estenosis anal posterior a una cirugía de Delorme de una paciente, que fue manejada con dilataciones digitales en tres oportunidades, siempre manteniendo un tránsito adecuado. No se reportaron complicaciones asociadas a la malla y no hubo mortalidad asociada a la cirugía. En cuanto a la mejoría de los síntomas, la constipación mejoró en un 78,5% de los casos. El seguimiento de los pacientes tuvo una media de 22,3 meses (DE 39,2).

Se reportaron 4 (14,2%) pacientes con recidiva, todas de sexo femenino. Las cirugías iniciales fueron rectopexia ventral laparoscópica, rectopexia ventral robótica en dos casos y Delorme en un caso. Tres pacientes presentaron prolapso rectal completo y una fue recidiva con una úlcera rectal solitaria. Tres pacientes se manejaron médicamente, incluyendo laxantes en caso de constipación, *biofeedback* y cambios en el estilo de vida. Solo una paciente requirió reintervención en quien su cirugía primaria fue rectopexia ventral robótica y la segunda Delorme. No se encontraron factores de riesgo significativos para recidiva (Tabla 4).

Discusión

El prolapso rectal es una patología poco frecuente, sin embargo, puede generar gran impacto en la calidad de vida. El objetivo del tratamiento es mejorar los síntomas, intentando disminuir al mínimo las complicaciones y el riesgo de recidiva. Este artículo es el primero a nivel nacional que evalúa los factores de riesgo asociados a recidiva, incluyendo variables demográficas y quirúrgicas.

No hay mucha claridad al respecto de cuáles son los factores de riesgo para recidiva, sin embargo, algunos estudios han reportado el sexo masculino, edad mayor a 80 años¹², incontinencia preoperatoria, mayor latencia del nervio pudendo, el uso de malla sintética en comparación con biológica en la rectopexia ventral con malla¹³ y el prolapso genital asociado¹⁴. En el presente estudio, no encontramos factores de riesgo significativos asociados a recidiva, sin embargo, algunas variables evaluadas muestran una tendencia mayor a recidiva, tales como incontinencia fecal preoperatoria, rectocele mayor a 4cm, presencia de enterocele, y paridad mayor a 2 (Tabla 4).

Al comparar la recidiva en técnicas abdominales y perineales, hubo menor recurrencia en las técni-

Tabla 4. Factores de riesgo para recidiva en pacientes operados de prolapso rectal

	<i>Odds Ratio</i>	Intervalo de Confianza	p-value
Edad > 50 años	1,79	0,16-20,02	0,633
Histerectomía	0,83	0,07-9,68	0,884
Incontinencia	2,42	0,28-20,82	0,418
Abordaje perineal	2,33	0,18-30,37	0,518
Rectocele > 4 cm	3,20	0,23-45,19	0,389
Enterocele	3,20	0,23-45,19	0,389
Úlcera rectal solitaria	1,67	0,14-20,40	0,689
Prolapso genital	1,40	0,16-11,68	0,756
Partos vaginales > 2	4,33	0,33-57,64	0,267

El nivel de significancia usado fue de $\alpha = 0,05$.

cas abdominales (12,5% vs 25%), no obstante, esta diferencia no fue significativa (*p value* 0,481). Esta tendencia podría tomar significancia con un tamaño muestral algo mayor, evitando la influencia del azar, sin embargo, se condice con algunos trabajos que han mostrado los mismos resultados¹⁵⁻¹⁷. Un artículo nacional publicado recientemente en pacientes operados de prolapso rectal vía abdominal reporta una recidiva de 13%¹⁸, sin comparar entre distintas técnicas.

En cuanto a mejoría de síntomas, un metaanálisis realizado en rectopexia ventral laparoscópica reportó una mejoría de la constipación en 71% de los pacientes¹⁹, lo cual es comparable con nuestro resultado de 72% en técnicas abdominales, las cuales la mayoría (71,4%) son rectopexias ventrales con malla.

Las limitaciones de este estudio son ser un trabajo de índole retrospectivo, realizado en un solo centro y múltiples técnicas empleadas, lo cual hace que haya una gran variación de los resultados, haciendo difícil encontrar diferencias significativas entre los grupos. Otra debilidad es el limitado tiempo de seguimiento, motivado principalmente por pacientes operados recientemente, después de un receso pandémico en que se sumaron escasos pacientes en la casuística, lo que impide una evaluación a largo plazo de ellos y una cifra de recidiva que podría modificarse con el tiempo. Además, entendiendo que los *score* de incontinencia fecal y constipación son relevantes para obtener resultados comparativos con otros estudios, fue imposible utilizar un determinado *score* debido a lo retrospectivo del estudio, algunos casos antiguos e incluso fallecidos.

Conclusiones

La cirugía de prolapso rectal es segura, tiene una baja tasa de complicaciones y gran porcentaje de los pacientes mejora sus síntomas. Aunque no se identificaron factores de riesgo significativos para la recidiva, se observó una tendencia hacia una menor recidiva en las técnicas abdominales. A pesar de sus limitaciones, este estudio contribuye al entendimiento del manejo del prolapso rectal y resalta la necesidad de futuras investigaciones para validar estos resultados.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Este trabajo fue revisado y aceptado por el comité de ética de Clínica INDISA

Orcid y Rol

Florencia Pinto: Conceptualización, curación de datos, metodología, administración del proyecto, software, análisis formal, investigación, visualización, redacción, revisión y edición.

Alejandro Readí: Conceptualización, verificación, supervisión, investigación, recursos.

Sebastián López: Conceptualización, verificación, supervisión, investigación, recursos.

Marcelo Rodríguez: Conceptualización, verificación, supervisión, investigación, recursos.

Gonzalo Campaña: Conceptualización, verificación, supervisión, investigación, recursos, revisión y edición.

Bibliografía

- Kairaluoma MV, Kellokumpu IH. Epidemiologic Aspects of Complete Rectal Prolapse. *Scand J Surg*. 2005;94(3):207-10.
- Madiba TE, Baig MK, Wexner SD. Surgical Management of Rectal Prolapse. *Arch surg*. 2005;140.
- Oruc M, Erol T. Current diagnostic tools and treatment modalities for rectal prolapse. *World J Clin Cases* 2023;11(16):3680-93.
- Collinson R, Cunningham C, D'Costa H, Lindsey I. Rectal intussusception and unexplained faecal incontinence: findings of a proctographic study. *Colorectal Disease*. 2009;11(1):77-83.
- Cannon J. Evaluation, Diagnosis, and Medical Management of Rectal Prolapse. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 22 2016;30(01):16-21.
- Gouvas N, Georgiou PA, Agalianos C, Tan E, Tekkis P, Dervenis C, et al. Ventral colporrectopexy for overt rectal prolapse and obstructed defaecation syndrome: a systematic review. *Colorectal Dis*. 2015;17(2):34-46.
- Bordeianou L, Paquette I, Johnson E, Holubar SD, Gaertner W, Feingold DL, et al. Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Rectal Prolapse. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2017;60(11):1121-31.
- van der Schans EM, Boom MA, El Moumni M, Verheijen PM, Broeders IAMJ, Consten ECJ. Mesh-related complications and recurrence after ventral mesh rectopexy with synthetic versus biologic mesh: a systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol*. 2022;26(2):85-98.
- Schans EM, Verheijen PM, Broeders IAMJ, Consten ECJ. Ninety-day morbidity of robot-assisted redo surgery for recurrent rectal prolapse, mesh erosion and pelvic pain: lessons learned from 9 years' experience in a tertiary referral centre. *Colorectal Disease* 2021;23(12):3205-12.
- 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*. 2016;68(3):233-6.
- López KF, Suazo LC, Heine TC, Abedrapo MM, Avendaño H R, Germain PF, et al. Cirugía laparoscópica colorrectal en Chile. *Rev Chil Cir*. 2011;63(5):479-84.
- Tsunoda A, Takahashi T, Matsuda S, Kusanagi H. Predictive Factors for Recurrence of External Rectal Prolapse after Laparoscopic Ventral Rectopexy. *J Anus Rectum Colon* 2021;5(4):376-85.
- Fu CWP, Stevenson ARL. Risk Factors for Recurrence After Laparoscopic Ventral Rectopexy. *Diseases of the Colon & Rectum* 2017;60(2):178-86.
- Catanzarite T, Klaristenfeld DD, Tomassi MJ, Zazueta-Damian G, Alperin M. Recurrence of Rectal Prolapse After Surgical Repair in Women With Pelvic Organ Prolapse. *Diseases of the Colon & Rectum* 2018;61(7):861-7.
- Tsunoda A, Matsuda S, Kusanagi H. Comparison of Safety and Efficacy between Laparoscopic Ventral Rectopexy and Delorme's Procedure for External Rectal Prolapse in Nonagenarians. *J Anus Rectum Colon* 2024;8(1):24-9.
- Senapati A, Gray RG, Middleton LJ, Harding J, Hills RK, Armitage NCM, et al. PROSPER: a randomised comparison of surgical treatments for rectal prolapse. *Colorectal Dis*. 2013;15(7):858-68.
- Chung JS, Ju JK, Kwak HD. Comparison of abdominal and perineal approach for

- recurrent rectal prolapse. *Ann Surg Treat Res.* 2023;104(3):150.
18. Cortes Fuentes V, Azolas Marcos R, Abedrapo Moreira M, Sanguinetti Montalva A, Diaz Beneventi M, Llanos Bravo J. Resultados funcionales en el tratamiento del prolapso rectal. *Rev Cir.* 2024;76(2). Disponible en: doi:10.35687/s2452-454920240021974 [Accessed 3 may. 2024].
19. Emile SH, Elfeki H, Shalaby M, Sakr A, Sileri P, Wexner SD. Outcome of laparoscopic ventral mesh rectopexy for full-thickness external rectal prolapse: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of the predictors for recurrence. *Surg Endosc.* 2019;33(8):2444-55.