

## Revisiones temáticas seleccionadas por el Grupo Andaluz de Coloproctología

# Recurrencia tras reparación del prolapso rectal. Opciones técnicas.

*Recurrence of rectal prolapse after surgical repair. Technical options.*

A.M. García-Cabrera<sup>1</sup>, C. de la Vega-Olías<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Cirugía General y Digestiva. Unidad de Coloproctología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>2</sup>Cirugía General y Digestiva. Unidad de Coloproctología. Hospital Universitario Puerto Real. Cádiz.

### RESUMEN

El prolapso rectal completo se define como la exteriorización de la pared rectal a través del ano. Aunque se trata de una patología benigna, su presentación se traduce en una gran afectación en calidad de vida de los pacientes que lo presentan. No existe consenso en la técnica quirúrgica ideal para su tratamiento y la decisión sobre el procedimiento a utilizar en caso de recidiva es aún más difícil, debido a la ausencia de protocolos estandarizados que guíen la actuación del cirujano en esta situación. En esta revisión se analizan los principales aspectos relacionados con la recurrencia del prolapso rectal y sus opciones de tratamiento.

**Palabras clave:** prolapso rectal, recidiva, rectosigmoidectomía perineal, rectopexia.

### ABSTRACT

Rectal prolapse is characterized by external protrusion of the rectal wall through the anus. Despite being a benign condition, affects quality of life in patients suffering from it. An ideal surgical technique has not been established and the decision is even more difficult in recurrent cases, lacking standardized treatment protocols. In this review, aspects related to rectal prolapse recurrence and treatment options are reviewed.

**Keywords:** rectal prolapse, recurrence, perineal rectosigmoidectomy, rectopexy.

### INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal externo es una entidad clínica caracterizada por la protrusión de la pared rectal a través del ano; cuando este prolapso queda confinado al canal anal, se le denomina prolapso rectal interno o intususcepción. Esta patología es a menudo debilitante para los pacientes que lo presentan y afecta en mayor proporción a mujeres, con un pico de incidencia a partir de los setenta años en ellas; en cambio, su aparición es infrecuente en varones por encima de la cuarta década de la vida<sup>1</sup>.

#### CORRESPONDENCIA

Ana María García Cabrera  
Hospital Universitario Virgen del Rocío  
41013 Sevilla  
[anam.gcabrera@gmail.com](mailto:anam.gcabrera@gmail.com)

XREF

#### CITA ESTE TRABAJO

García Cabrera AM, de la Vega Olías C. Recurrencia tras reparación del prolapso rectal. Opciones técnicas. Cir Andal. 2018;29(4):503-07.

La sintomatología que acompaña a su presentación puede incluir incontinencia fecal, sangrado, sensación de evacuación incompleta, estreñimiento y tenesmo<sup>2,3</sup>. La cirugía es el único tratamiento curativo y el tipo de intervención a realizar depende de factores relacionados con el paciente y, a menudo, con la preferencia del cirujano. A lo largo de la historia más de cien técnicas han sido descritas para la reparación del prolapso, lo cual nos indica que probablemente ninguna de ellas ha conseguido establecerse como el gold standard para su tratamiento<sup>4,5</sup>.

Otro aspecto a considerar es la necesidad de realizar estudios de fisiología anorrectal previos a la intervención. Diversos autores coinciden en que son escasas las ocasiones en la que la actitud terapéutica se ve modificada, aunque pueden servir como guía para el tratamiento de disfunciones postoperatorias<sup>6</sup>.

El objetivo ideal de la intervención quirúrgica es conseguir la reparación anatómica y funcional, con una baja tasa de complicaciones y el menor índice de recidiva, así como evitar la aparición de una disfunción intestinal *de novo*<sup>7</sup>. Existen dos grandes grupos de técnica quirúrgica para esta patología, diferenciadas claramente según su vía de abordaje: perineal (intervenciones de Delorme y Altemeier, principalmente) y abdominal (rectopexia con o sin colocación de malla y/o resección asociada).

La rectosigmoidectomía perineal comenzó a ganar una creciente popularidad a partir de la publicación en 1971 por Altemeier *et al.*<sup>8</sup> Desde entonces, la cirugía perineal quedó reservada a pacientes frágiles, debido a su menor tolerancia a procedimientos abdominales. No obstante, con la aparición de la cirugía mínimamente invasiva, son muchos los autores que consideran este último abordaje el preferido aún en pacientes mayores<sup>9-11</sup>. Hay que considerar que la existencia de un elevado índice de masa corporal o el riesgo de lesión de la inervación pélvica son factores que pueden aconsejar la realización de una vía perineal.

La cuestión relativa al abordaje ideal continúa siendo objeto de debate en los principales foros científicos. La revisión de la Biblioteca Cochrane publicada en 2015 incluyendo un total de 1.007 pacientes y quince ensayos clínicos aleatorizados, no consiguió demostrar diferencia en cuanto a recidiva al comparar las vías perineal y abdominal<sup>12</sup>. De igual forma, los resultados del PROSPER Trial, el mayor ensayo clínico aleatorizado publicado hasta el momento comparando ambos abordajes, no mostraron diferencias en cuanto resultados (recidiva, calidad de vida y hábito intestinal) entre los dos tratamientos<sup>13</sup>. Este estudio, sin embargo, no consiguió reclutar el número de pacientes inicialmente ideado.

Hoy día, la intervención de Delorme continúa siendo el procedimiento perineal más utilizado para el tratamiento de esta patología<sup>14</sup>. Un ensayo clínico aleatorizado recientemente publicado sobre cincuenta pacientes comparó la técnica de Delorme frente a rectopexia ventral laparoscópica en pacientes con prolapso rectal, sin encontrar diferencias entre grupos en la tasa de recurrencia o en la mejoría funcional (16% vs. 8%,  $P=0,66$ )<sup>15</sup>.

De forma general, las tasas de recidiva tras la reparación de un prolapso oscilan entre el 5% y el 20%, según las series consultadas<sup>16</sup>. Existen escasas publicaciones que analicen en profundidad las distintas opciones de tratamiento tras la aparición de una recidiva.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de las causas más frecuentemente asociadas al prolapso rectal recurrente y de los resultados obtenidos tras el tratamiento quirúrgico del mismo.

## FACTORES ASOCIADOS A LA APARICIÓN DE UNA RECIDIVA TRAS LA REPARACIÓN DEL PROLAPSO RECTAL

En la recidiva de un prolapso rectal hay que considerar factores directamente relacionados con la técnica quirúrgica y otros aspectos dependientes del propio paciente. Clásicamente la recurrencia se ha asociado a la persistencia de estreñimiento y esfuerzo defecatorio tras la intervención, a lo que se puede sumar la hipotonía esfinteriana o la laxitud ligamentosa del suelo pélvico. No obstante, son muy limitados los datos objetivos en relación a esta cuestión<sup>17</sup>.

Glasgow *et al.* realizan un análisis de la recurrencia sobre 106 pacientes sometidos de forma consecutiva y sistemática a una proctectomía perineal, independientemente de la condición física del paciente, obteniendo una tasa de recidiva del 8,5% y un tiempo medio hasta la aparición de la misma de trece meses. Los factores asociados significativamente a la recurrencia fueron la evolución del prolapso mayor a un año, historia de cirugía anal previa y la realización concomitante de una plastia posterior de los elevadores<sup>18</sup>. Otro estudio español sobre 42 pacientes sometidos a la operación de Delorme y seguidos a largo plazo (85 meses) obtuvo una recurrencia del 9,5%, identificando sólo la presencia de estreñimiento como factor asociado a la misma<sup>19</sup>.

En cuanto al abordaje abdominal, existen también algunas series que analizan las posibles causas de recidiva. Fu y Stevenson estudian de forma retrospectiva a 231 pacientes sometidas a rectopexia ventral laparoscópica (RVL) durante un periodo de seis años y con un seguimiento medio de 47 meses. Obtienen una recurrencia media del 11,7% y los factores predictores de la misma en el análisis multivariante fueron un tiempo de latencia pudenda prolongado ( $HR=5,57$  (95% CI, 1,13–27,42);  $p=0,04$ ) y el uso de mallas sintéticas frente a las biológicas ( $HR=4,24$  (95% CI, 1,27–14,20);  $p=0,02$ ). La edad superior a setenta años se mostró como un factor desfavorable en el análisis univariante. Los factores técnicos asociados a los casos de recidiva fueron el desprendimiento de la malla del promontorio sacro y una inadecuada fijación de la misma al recto<sup>20</sup>.

Otro factor interesante a considerar es la presencia de prolapso de órganos pélvicos (POP) en pacientes que presentan también prolapso rectal. Su incidencia en una serie analizada sobre 112 mujeres con prolapso rectal fue del 33%, con diferencia significativa entre aquellas que presentaban un prolapso rectal primario (28,6%) o recidivado (52,4%,  $p=0,04$ ). Al comparar las vías de abordaje abdominal y perineal entre las pacientes con POP concomitante, encontraron un riesgo de recurrencia [HR (95% CI)] de más del doble en aquellas que se habían sometido a una cirugía perineal [31,1 (6,2-154,5) vs. 14,7 (3,0-72,9)]. Por tanto, los autores recomiendan la realización de cirugía abdominal en aquellas pacientes que presenten prolapso rectal asociado a POP<sup>21</sup>.

Los factores asociados con mayor frecuencia tras la realización de un procedimiento perineal se han descrito relacionados con una mucossectomía incompleta en el procedimiento de Delorme y a una

inadecuada movilización y resección del recto-sigma redundante en la intervención de Altemeier<sup>22</sup>. Badrek-A Amoudi *et al.* tuvieron cinco recidivas precoces debidas al desprendimiento de la malla sobre el promontorio y en otros dos casos, las suturas se encontraron situadas en la parte superior del sacro<sup>23</sup>.

## OPCIONES QUIRÚRGICAS PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO RECTAL RECURRENTE

El tratamiento del prolapso rectal recidivado supone un reto para el cirujano. En la literatura existen pocas publicaciones que analicen de forma concreta esta entidad clínica. En primer lugar, el término recidiva no es considerado de forma homogénea por los distintos autores; su definición varía desde la aparición de exudado de moco junto a tumoración mucosa, hasta la presencia de una nueva exteriorización de pared completa.

La elección de la técnica quirúrgica debe, al igual que la cirugía primaria, adaptarse a la comorbilidad del paciente y a la sintomatología predominante<sup>24</sup>. Una revisión sistemática publicada en 2015 analiza los resultados obtenidos tras la intervención del prolapso rectal recidivado, concluyendo que no es posible consolidar un algoritmo de tratamiento debido a la heterogeneidad en la calidad metodológica de los estudios y la gran variabilidad en cuanto a las técnicas quirúrgicas realizadas<sup>25</sup>.

En las ocasiones en las que el abordaje seleccionado ha sido la vía perineal debido a la situación clínica del paciente, con frecuencia se vuelve a utilizar en la reintervención<sup>26</sup>. Diversos autores presentan resultados similares en caso de cirugía primaria o tras recidiva, tanto en procedimientos abdominales como perineales. Pikarskey *et al.* tras un seguimiento medio de 24 meses, obtuvieron tasas de recurrencia similares al comparar la reintervención con la cirugía primaria (14,8% vs. 11,1% respectivamente). Además, tres de las cuatro recidivas que ocurrieron en el grupo de pacientes reoperados tuvieron un abordaje abdominal para el tratamiento de su recurrencia inicial<sup>27</sup>.

Ding *et al.* analizan de forma retrospectiva los resultados tras la realización de una rectosigmoidectomía perineal en 113 pacientes intervenidos de forma primaria, frente a otro subgrupo de 23 pacientes a los que previamente se había realizado la operación de Altemeier. No existieron diferencias entre los grupos de procedimiento inicial y "redo" en cuanto a la aparición de complicaciones; en cambio, la tasa de recurrencia fue significativamente mayor en el subgrupo de pacientes a los que se les realizó de nuevo esta intervención (39% vs. 18%;  $p=0,007$ ). Ninguna de las variables analizadas asociadas a la cirugía (edad mayor de setenta años, prolapso concomitante, levatorplastia asociada, longitud del segmento resecaado e historia de estreñimiento) fueron identificadas como factor asociado a la recidiva<sup>28</sup>.

Otro estudio recientemente publicado analiza los resultados obtenidos sobre 108 pacientes sometidos a rectopexia ventral laparoscópica (72 cirugías primarias y 36 casos de prolapso recidivado). No existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a tiempo operatorio, complicaciones o recurrencia a los uno, tres y cinco años. En cambio, sí se observó una mayor estancia media ( $p=0,01$ ) y un tiempo significativamente más corto en la aparición de recidiva en el grupo de pacientes reintervenidos (8,8 vs. 30,7

meses,  $p=0,03$ ). Entre sus conclusiones también destacan una mayor recurrencia del prolapso tras RVL en pacientes previamente sometidos a una intervención de Delorme<sup>29</sup>.

En esta línea, Steele *et al.* publicaron la aparición de mayor número de recurrencias en procedimientos perineales frente a los abdominales en el tratamiento del prolapso rectal externo recidivado (39% vs. 13%,  $p<0,01$ ). El tiempo medio hasta la recurrencia fue de 36 meses y en un 29% de los casos esta recidiva se produjo en los primeros siete meses tras la intervención<sup>30</sup>. No obstante, los pacientes a los cuales se les realizó un abordaje abdominal de la recidiva fueron significativamente más jóvenes.

Una cuestión fundamental en la planificación quirúrgica del prolapso recidivado es el riesgo asociado a la realización de procedimientos consecutivos. No disponemos de guías clínicas en las que claramente se expongan estos aspectos, aunque existen algunas recomendaciones procedentes de expertos y reuniones de consenso.

Una de las ventajas de la intervención de Delorme es que puede ser repetida con seguridad. No obstante, si la recidiva es precoz, la inflamación de la pared rectal denudada haría difícil y contraproducente la realización de nuevo de esta técnica. En recidivas de mayor tamaño que requieran resección rectal (entre 8-10 cm de longitud), la técnica de elección de la mayoría de los autores es la rectosigmoidectomía perineal. Otra precaución a tener en cuenta es evitar la realización de una operación de Altemeier si previamente se ha realizado una resección rectosigmoidea (o viceversa), por el riesgo elevado de dejar un segmento devascularizado en el recto entre las dos anastomosis<sup>31</sup>.

En este sentido, también se recomienda la preservación de la arteria rectal superior si se decide hacer un procedimiento resectivo asociado a una rectopexia abdominal. De igual forma, la realización de un procedimiento abdominal tras la realización de una rectosigmoidectomía competa es dificultoso, ya que los planos anatómicos están distorsionados y hay poca cantidad de tejido para realizar la rectopexia<sup>28</sup>.

Según recomendación de una guía holandesa recientemente publicada, el abordaje perineal podría constituir una contraindicación relativa para la reparación del prolapso rectal externo tras una rectopexia<sup>32</sup>.

En ocasiones, tras la realización de una rectopexia abdominal en la que el recto queda correctamente fijado al promontorio, puede persistir un prolapso mucoso redundante. En estos casos es interesante considerar la utilización de otros tratamientos accesorios como la ligadura con banda elástica o la mucosectomía transanal<sup>20</sup>.

## CONCLUSIONES

La ausencia de protocolos de actuación en el tratamiento quirúrgico del prolapso rectal recidivado hace que la decisión deba ser tomada de forma individualizada, ajustada a la situación global del paciente y a la preferencia del cirujano. Es necesario tener en cuenta consideraciones técnicas para realizar un procedimiento seguro, siendo admitidos tanto el abordaje perineal como el abdominal hasta que estudios de mayor calidad sean realizados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Marceau C, Parc Y, Debroux E, Tiret E, Parc R. Complete rectal prolapse in young patients: psychiatric disease a risk factor of poor outcome. *Colorectal Dis.* 2005; 7:360–5.
2. Felt-Bersma RJ, Tiersma ES, Cuesta MA. Rectal prolapse, rectal intussusception, rectocele, solitary rectal ulcer syndrome, and enterocele. *Gastroenterol Clin North Am.* 2008; 37:645–68.
3. Bordeianou L, Hicks CW, Kaiser AM, Alavi K, Sudan R, Wise PE. Rectal prolapse: an overview of clinical features, diagnosis, and patient-specific management strategies. *J Gastrointest Surg.* 2014; 18:1059–69. PubMed: 24352613
4. Goldberg SM, Gordon PH. Operative treatment of complete prolapse of the rectum. In Najarian JS, Delaney JP, eds. *Surgery of the Gastrointestinal Tract.* New York: Intercontinental Medical Book, 1974, pp 423-429.
5. Madoff RD, Mellgren A. One hundred years of rectal prolapsed surgery. *Dis Colon Rectum.* 1999; 42: 441-50. PMID: 10215042 DOI: 10.1007/BF02234164
6. Bordeianou L, Paquette I, Johnson E, Holubar SD, Gaertner W, Feingold DL, Steele SR. Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Rectal Prolapse. *Dis Colon Rectum* 2017; 60:1121–1131. DOI: 10.1097/DCR.0000000000000889
7. Shin EJ. Surgical treatment of rectal prolapse. *J Korean Soc Coloproctol* 2011; 27:5-12. DOI: 10.3393/jksc2011.27.1.5
8. Altmeier WA, Culbertson WR, Schowengerdt C, Hunt J. Nineteen years' experience with the one-stage perineal repair of rectal prolapsed. *Ann Surg.* 1971; 173:993-1006.
9. Wijffels N, Cunningham C, Dixon A, Greenslade G, Lindsey I. Laparoscopic ventral rectopexy for external rectal prolapse is safe and effective in the elderly. Does this make perineal procedures obsolete? *Colorectal Dis.* 2011; 13:561-6. PMID: 20184638 DOI: 10.1111/j.1463-1318.2010.02242.x
10. Faucheron JL, Trilling B, Girard E, Sage PY, Barbois S, Reche F. Anterior rectopexy for full-thickness rectal prolapse: Technical and functional results. *World J Gastroenterol.* 2015; 21:5049-55. DOI: 10.3748/wjg.v21.i16.5049
11. D'Hoore A, Cadoni R, Penninckx F. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. *Br J Surg.* 2004; 91:1500-05. PMID: 15499644 DOI: 10.1002/bjs.4779.
12. Tou S, Brown SR, Nelson RL (2015) Surgery for complete (fullthickness) rectal prolapse in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 11:CD001758
13. Senapati A, Gray RG, Middleton LJ, Harding J, Hills RK, Armitage NC, Buckley L, Northover JM. PROSPER: a randomized comparison of surgical treatments for rectal prolapse. *Colorectal Dis.* 2013; 15:858-68. PMID: 23461778 DOI: 10.1111/codi.12177
14. Gunner CK, Senapati A, Northover JM, Brown SR. Life after PROSPER. What do people do for external rectal prolapse? *Colorectal Dis.* 2016 Aug; 18:811-4. doi: 10.1111/codi.13255
15. Emile SH, Elbanna H, Youssef M, Thabet W, Omar W, Elshobaky A, Abd El-Hamed TM, Farid M. Laparoscopic ventral mesh rectopexy vs Delorme's operation in management of complete rectal prolapse: a prospective randomized study. *Colorectal Dis.* 2017; 19:50-7. doi: 10.1111/codi.13399
16. Raftopoulos Y, Senagore AJ, Di Giuro G, Bergamaschi R. Rectal prolapse recurrence study group. Recurrence rates after abdominal surgery for complete rectal prolapse: a multicenter pooled analysis of 643 individual patient data. *Dis Colon Rectum.* 2005; 48:1200–06.
17. Kościński T, Hermann J, Banasiewicz T. Management of recurrent rectal prolapse. *Prz Gastroenterol* 2013; 8:243–6. DOI: 10.5114/pg.2013.37486
18. Glasgow SC, Birnbaum EH, Kodner IJ, Fleshman JW Jr, Dietz DW. Recurrence and quality of life following perineal proctectomy for rectal prolapse. *J Gastrointest Surg.* 2008; 12:1446-51. doi: 10.1007/s11605-008-0531-x
19. Placer C, Enriquez-Navascués JM, Timoteo A, Elorza G, Borda N, Gallego L, Saralegui Y. Delorme's Procedure for Complete Rectal Prolapse: A Study of Recurrence Patterns in the Long Term. *Surgery Research and Practice.* Volume 2015, Article ID 920154, 6 pages. Doi:10.1155/2015/920154
20. Fu CWP, Stevenson ARL. Risk Factors for Recurrence After Laparoscopic Ventral Rectopexy. *Dis Colon Rectum.* 2017; 60:178–86.
21. Catanzarite T, Klaristenfeld DD, Tomassi MJ, Zazueta-Damian G, Alperin M. Recurrence of Rectal Prolapse After Surgical Repair in Women With Pelvic Organ Prolapse. *Dis Colon Rectum.* 2018; 61:861–7. Doi: 10.1097/DCR.0000000000001023
22. Pikarsky AJ, Joo JS, Wexner SD, Weiss EG, Nogueras JJ, Agachan F, Iroatulam A. Recurrent rectal prolapse: what is the next good option? *Dis Colon Rectum.* 2000; 43:1273-6. PMID: 11005496 DOI: 10.1007/BF02237435
23. Badrek-Al Amoudi AH, Greenslade GL, Dixon AR. How to deal with complications after laparoscopic ventral mesh rectopexy: lessons learnt from a tertiary referral centre. *Color Dis.* 2013; 15:707–12.
24. Joubert K, Laryea JA. Abdominal Approaches to Rectal Prolapse. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017; 30:57–62.
25. Hotouras A, Ribas Y, Zakeri S, Bhan C, Wexner SD, Chan CL, Murphy J. A systematic review of the literature on the surgical management of recurrent rectal prolapse. *Colorectal Dis.* 2015; 17:657-4. PMID: 25772797 DOI: 10.1111/codi.12946
26. Javed M, Afridi F, Artioukh D. What operation for recurrent rectal prolapse after previous Delorme's procedure? A practical reality. *World J Gastrointest Surg.* 2016; 8:508-12. DOI: 10.4240/wjgs.v8.i7.508
27. Pikarsky AJ, Joo JS, Wexner SD, Weiss EG, Nogueras JJ, Agachan F, Iroatulam A. Recurrent rectal prolapse: what is the next good option? *Dis Colon Rectum.* 2000; 43:1273-6. PMID: 11005496 DOI: 10.1007/BF02237435
28. Ding JH, Canedo J, Lee SH, Kalaskar SN, Rosen L, Wexner SD. Perineal Rectosigmoidectomy for Primary and Recurrent Rectal Prolapse: Are the Results Comparable the Second Time? *Dis Colon Rectum.* 2012; 55:666–70. DOI: 10.1097/DCR.0b013e31825042c5

29. Gurland B, Carvalho ME, Ridgeway, B, Marie Fidela R, Paraiso MFR, Hull T, Zutshi M. Should we offer ventral rectopexy to patients with recurrent external rectal prolapse? *Int J Colorectal Dis.* 32:1561-7. DOI 10.1007/s00384-017-2858-9
30. Steele SR, Goetz LH, Minami S, Madoff RD, Mellgren AF, Parker SC. Management of recurrent rectal prolapse: surgical approach influences outcome. *Dis Colon Rectum.* 2006; 49:440-5. PMID: 16465585 DOI: 10.1007/s10350-005-0315-2
31. Fengler SA, Pearl RK, Prasad ML, et al. Management of recurrent rectal prolapse. *Dis Colon Rectum.* 1997; 40:832-4.
32. Van der Schans EM, Paulides TJC, Wijffels NA, Consten ECJ. Management of patients with rectal prolapse: the 2017 Dutch guidelines. *Techniques in Coloproctology.* 2018; 22:589-96. doi.10.1007/s10151-018-1830-1