

DOS CASOS DE CIRUGIA DEL RECTO POR PROLAPSO

Curación del prolapso del recto con la operación de Lockhart-Mummery.

Profesor Manuel José Luque.

HISTORIA CLINICA (Nº 1)

Hospital de San Juan de Dios.

Sala Santa Helena.

Iniciales del nombre de la enferma S. O.

Edad 54 años.

Lugar de origen: Fusagasugá.

Diagnóstico definitivo: prolapso rectal.

Causa de la salida: curación.

Fecha de la salida: Sept. 21 de 1942.

Nuevo examen de control: julio 18 de 1944.

Resultado del nuevo examen: perfecta curación.

Historia clínica de la enfermedad

ANTECEDENTES FAMILIARES: La madre murió de pulmonía hace muchos años. El padre falleció igualmente, pero no recuerda de qué enfermedad.

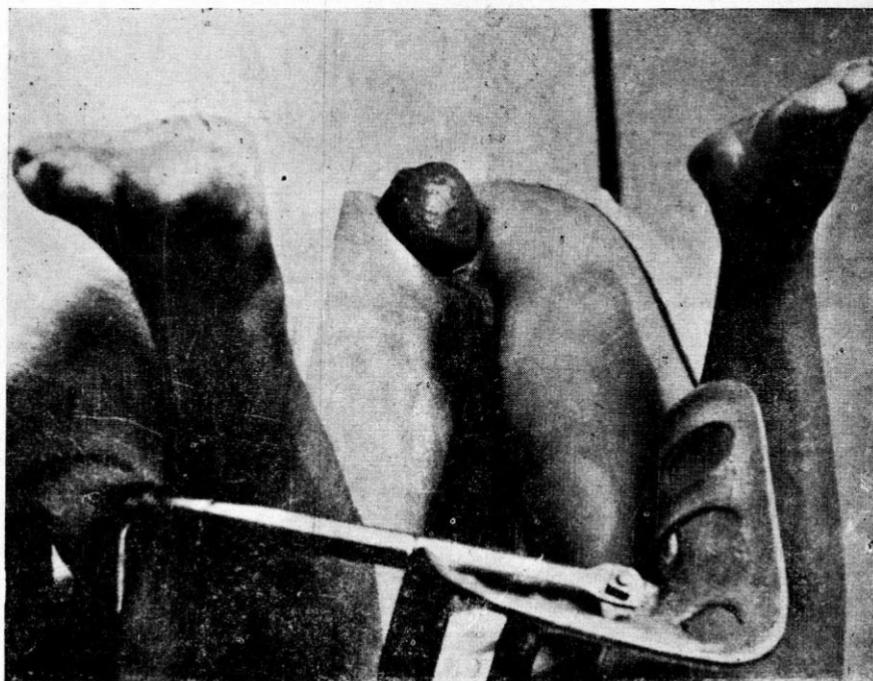
ANTECEDENTES PERSONALES: Cuando tenía 12 años de edad tuvo erisipela en las piernas, que fue tratada y curada en el Hospital de San Juan de Dios. Más tarde presentó "una inflamación" en la rodilla derecha, secundaria a una pequeña herida. Padeció también, hace algún tiempo, de fiebre tifoidea, pulmonía, sarampión y disentería. Ha tenido 6 hijos y todos están en perfecta salud.

En el año de 1940, más o menos, empezó a observar un descenso uterino que corrigió el Prof. Carlos Tirado Macías.

ENFERMEDAD ACTUAL:—Conjuntamente con el prolapso en cuestión y por la misma época, anotaba la enferma que el recto se salía notoriamente por el orificio anal. En un principio únicamente cuando orinaba o hacía deposición, más tarde de modo alter-

nativo al caminar o hacer un esfuerzo, y finalmente en forma permanente.

Hace anotar la paciente que el Prof. Tirado no intervino sobre el recto, en consideración a su estado general extremadamente agotado; y cuenta igualmente su vida intolerable con una masa pendiente por detrás, "como un rabo sanguinolento, ulcerado y fétido", (palabras textuales). En la iniciación de sus dolencias se aliviaba colocándose un paño en forma de hamaca, sobre el cual hacía reposar el recto colgante, pero, más tarde, prescindió de este soporte que mortificaba y escoriaba la mucosa.



Enferma S. O. antes de la intervención. (Historia Clínica N° 1)

Al examen directo y objetivo se aprecia que sale por el ano un colgajo cónico, de base superior, con el aspecto de una gran "morcilla" de 15 centímetros de longitud, cubierto con una mucosa roja, supurante, edematosas, congestionada y cubierta de pliegues transversales.

La base del tumor se continúa directamente con la piel de la margen del ano; en el vértice del cono se anota claramente el orificio redondeado que da paso a las materias fecales. No obstante su tamaño, el prolapso es reductible. Por el tacto rectal se aprecia que el esfínter relajado es ampliamente dilatable.

Con esta exploración clínica se puede anotar que las paredes del recto son bastante gruesas y que es posible hacer deslizar los dos cilindros que componen el tumor, el uno sobre el otro. Ello nos permite concluir de esta suerte, que se trata de un prolapso completo ano-rectal y no de un simple prolapso mucoso.

EXAMEN GENERAL: — A la inspección de la paciente se puede apreciar que se trata de una mujer de regular constitución física, un tanto enflaquecida y pálida. No se encuentran mayores perturbaciones generales. El pulso tiene una frecuencia de 80 pulsaciones al minuto, de regular tensión. Temperatura normal.

Aparato digestivo: — Lengua limpia y húmeda, dentadura en regular estado, buen apetito. A la inspección del abdomen se aprecia que la piel ha perdido su tersura normal; se observa igualmente la cicatriz infra-umbilical de la laparotomía que le hicieron para corregir el prolapso uterino. A la palpación la pared abdominal aparece flácida, hipotónica, hecho en acuerdo con los partos repetidos que ha tenido la enferma. Hallamos a la percusión normal la maciez hepática; el bazo no es perceptible. Hace de una a dos deposiciones diarias. Así que, por parte de este aparato, no encontramos dato importante que tener en cuenta.

Aparato respiratorio: — Ni a la inspección, ni a la palpación torácica, ni por medio de la percusión, ni a la auscultación, hallamos anomalía alguna.

Aparato circulatorio: — Nada digno de mención especial. Pulso regular de 80 pulsaciones al minuto. Tensión 8 Mnm. 14 Mxm (Vaquez).

Sistema nervioso: — No existen alteraciones de la motilidad, ni de la sensibilidad, los reflejos aparecen normales. No se hallan perturbaciones psíquicas o mentales.

Organos de los sentidos y sistema ganglionar: — No se encuentran lesiones de ninguna especie en los órganos de los sentidos; no hay adenopatías en los distintos grupos ganglionares.

Aparato génito-urinario: — Comenzó su menstruación a los 18 años. Regló normalmente durante la mayor parte de su vida; mas, últimamente, con ocasión de su menopausia, tuvo metrorragias. Hace más o menos dos años, no menstruó. Si exceptuamos su prolapso, no ha tenido más afección de su aparato genital. En los órganos urinarios tampoco han existido perturbaciones. Los seis partos de la enferma, se realizaron sin contratiempos ni complicaciones, pero refiere que después de ellos jamás guardó cama por el debido tiempo, teniendo que trabajar mucho y levantar fardos muy pesados. Esto hace pensar que los medios de sostén uterinos y rectales, sufrieron una relajación tal, que se tornaron incapaces de cumplir su papel y de ahí el descenso de los órganos en cuestión.

DIAGNOSTICO POSITIVO: prolapso rectal simple.—Con los

datos anteriores, no juzgamos de interés entrar en disquisiciones de diagnóstico diferencial. Los síntomas, de extraordinaria claridad, hablan por sí solos. No vemos el motivo para hablar del prolapo parietal mucoso, del prolapo de dos cilindros, de la invaginación procedente etc.

HISTORIA CLINICA (Nº 2)

Hospital de San José.

Pabellón La Pola.

Iniciales del nombre de la enferma: F. G.

Edad 60 años.

Lugar de origen: San Antonio de Tena.

Diagnóstico definitivo: prolapo rectal.

Causa de la salida: curación.

Fecha de la salida: julio 19 de 1943.

Nuevo examen de control: julio 2 de 1944.

Resultado del nuevo examen: perfecta curación.

Historia clínica de la enfermedad (resumida)

F. G., natural de San Antonio de Tena, vecina de Bogotá, soltera, de 60 años, hospitalizada el 1º de mayo de 1943. Hace varios años tuvo fiebre tifoidea y posteriormente viruelas. Menarquia a los 13 años; período más o menos regular, menopausia a los 46 años.

De algunos años a esta parte, ha venido anotando dificultad cada vez más acentuada para hacer su deposición. No obstante el esfuerzo en veces intenso, hay ocasiones en que no logra evacuar su intestino. Las deyecciones se presentan empapadas en moco, existe tenesmo y sensación de peso perineal.

Al examen objetivo y perineal, resalta la existencia de un prolapo del recto no inferior de unos doce centímetros. El ano, átono y ampliamente dilatado, da salida fácil a aquel órgano cuya mucosa se presenta con ulceraciones pequeñas, edematizada y congestionada.

En esta enferma, como en la citada anteriormente, la indicación operatoria era absoluta y ambas fueron operadas con la misma técnica y bajo anestesia raquideana.

Operación

Hacemos una rectopexia sagrada siguiendo en un todo los tiempos de la técnica de Lockhart-Mummery.

I— Incisión cutánea de unos cinco centímetros, en el espacio comprendido entre el coxis y el ano.

II— Puesta al descubierto del espacio recto-sagrado, seccionando los tejidos profundos, junto con el tractus anocoxigeano.

III— Desprendimiento perirrectal. Tanto las paredes laterales como la posterior del recto fueron desprendidas del tejido celular flojo, más o menos hasta la altura del promontorio, haciendo una hemostasis meticulosa que realizamos con ligaduras al catgut fino.

IV— Taponamiento recto-sacro. Colocamos detrás del recto una mecha ancha y de longitud suficiente, empapada en vaselina esterilizada.

V— Plegadura de la mucosa rectal anterior. Buscamos, en la cara anterior del recto, la parte de la mucosa que nos pareció de mejor aspecto y, en ella, hicimos una sutura en bolsa lo suficientemente amplia para impedir y reducir la tendencia del prolapsus a su reproducción.

VI— Anorrafia. En la técnica que estamos describiendo, original de Lockhart-Mummery se aconseja hacer la anorrafia si el ano tiene un tonus insuficiente. Nosotros la ejecutamos en todas las circunstancias, sin que nos hayamos arrepentido de ello, y este tiempo operatorio lo consideramos tan indispensable como cualquiera de los anteriores. Justamente la circunstancia de que los tejidos perineales han perdido de resistencia, es la causa de los prolapsos y esta, ya disimulada, ya aparente, es la razón para ejecutar una maniobra operatoria sencillísima y rápida.

VII— Cuidados consecutivos. Jamás insistiremos lo suficiente en los cuidados del enfermo a continuación de la intervención y algún tiempo después de ella. La herida debe asearse diariamente, meticulosamente, tantas veces cuantas se juzguen necesarias. Un tubo de caucho de diámetro regular, que sin hacer una presión demasiado fuerte, permita un fácil escape intestinal, debe colocarse en el recto. La gasa del taponamiento recto-sacro la quitamos con anestesia ligera al pentotal intravenoso al octavo, noveno o décimo día pasado la operación, sin que podamos decir exactamente después de cuánto tiempo debe verificarse aquel retiro que dependerá del estado de los tejidos, de las secreciones, de las ligeras hemorragias que se pueden presentar y cuya apreciación reside en el tinoso espíritu clínico del cirujano.

La persistencia de la constipación intestinal post-operatoria tiene suma importancia. Después de ocho o diez días hacemos que el enfermo haga una deposición por medio de un lavado intestinal, después del cual debe renovarse la curación. Cuando ya se juzgue que puede prescindirse de éstas, definitivamente, el enfermo vaciará su intestino acostado, en un "pato" y no en el vaso de noche, sin pujar.

Es muy recomendable que el paciente permanezca en la cama durante un mes y debe aconsejarse igualmente que por un mes más haga sus deyecciones en la posición ya mencionada.



Enferma F. G. antes de la intervención. (Historia N° II).



Enferma F. G. después de la intervención. (Historia N° II).

Por desdicha, en los hospitales suele resultar un tanto difícil esta última prescripción. Mas, no obstante haber infringido este precepto, los resultados nuestros han sido ampliamente satisfactorios. "Personalmente —dice Lockhart-Mummery— esta operación no nos ha dado sino éxitos".

Breves consideraciones

Pocas veces se presentan en la terapéutica quirúrgica indicaciones operatorias de mayor semejanza que las existentes entre los prolapsos uterino y rectal. Y pocas veces igualmente existe el factor patogénico, obrando de manera casi igual.

Relajación de los medios de suspensión en el uno y en el otro turbaciones en la vitalidad de los tejidos que aminoran su resistencia: elementos que contienen de valor inferior al normal, todo ello hace que la causa vaya a obrar de manera semejante imponiendo una terapéutica que, como hemos dicho, es la misma en su esencia.

"En caso de prolusio uterino, fijar el órgano en su lugar, y restaurar el suelo pélvico; en caso de prolusio rectal, fijar el recto y restaurar el ano de tal manera que el esfínter pueda cerrar el orificio". Dejar al ano su relajamiento, no obrar sobre un esfínter que ha perdido, o disminuido en su tonicidad, no podrá ser obra quirúrgica benéfica por más que se haya fijado el recto por cualquier técnica.

Tal es en nuestro parecer el valor de la operación de Lockhart-Mummery. Ella mira y busca la manera de realizar las dos indicaciones: coloca el recto en su sitio natural, dándole solidez, creando adherencias que lo mantienen en su lugar normal; y, por otra parte, formando un suelo de resistencia suficiente que impide su descenso.

En nuestro parecer, la operación de que hablamos, a más de reunir las cualidades de un tratamiento efectivo, es aplicable al adulto en todas circunstancias. Es benigna siempre, no obliga un entrenamiento especial, no ha menester de instrumental determinado, "es inofensiva" y da resultados lejanos perfectos y persistentes.

SUMARIO:

- I El autor presenta las historias clínicas detalladas de dos casos de prolusio rectal y describe la técnica quirúrgica seguida (Lockhart Mummary).
- II Describe la técnica mencionada en siete tiempos incluyendo los cuidados post-operatorios.
- III Finaliza su trabajo con unas "**Breves Consideraciones**" haciendo hinca-

pié en las conductas a seguir según se trate de prolапso uterino o rectal a la vez que define las ventajas de la operación de Lockhart Mummery por cuanto "coloca al recto en su sitio natural dándole solidez, creando adherencias que lo mantienen en su lugar normal; y, por otra parte formando un suelo de resistencia suficiente que impide su descenso".

SUMMARY

- I The author presents with details the medical history sheets of two cases of rectal prolapsus and describes the surgical technique applied in both cases. (Lockhart Mummery).
- II He describes such a technique in seven times, including the attention to be given after the operation.
- III He concludes his work with some "Brief Considerations" wherein he emphasizes the steps to be taken whether it deals with rectal or uterine prolapsus and at the same time he defines the advantages of the Lockhart Mummery's operation, inasmuch as "it places the rectum in its natural place, giving it firmness and forming adherences which keep it in its normal position. Besides, it forms a ground of resistance strong enough as to prevent its fall".