

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DEL PROLAPSO RECTAL EN ADULTOS

Estudio descriptivo basado en el análisis de historias clínicas de pacientes atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital General San Juan de Dios durante el periodo de enero de 1993 a junio de 1998.

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala*

POR

KARLA JOHANNA SILIEZAR PEZZAROSS I

En el acto de investidura de:

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, septiembre de 1998

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

05
7(8028)
e.4

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (1a) BACHILLER : KARLA JOHANNA SILIEZAR PEZZAROSSI

Carnet Universitario No: 88-16501

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al título de Médico y Cirujano, el trabajo de tesis titulado:


CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DEL PROLAPSO
RECTAL EN ADULTOS

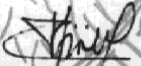
trabajo asesorado por:
Doctor: HECTOR ENRIQUEZ

y revisado por:
Doctor: SERGIO RALON

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente ORDEN DE IMPRESION.

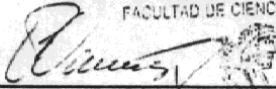
Guatemala, 20 de agosto de 1998.


Dr. Jose Maria Gramajo G.
COORDINADOR UNIDAD DE TESIS


DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD



IMPRESION UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS


DR. ROMEO ARNALDO VASQUEZ VASQUEZ
DECANO
DECANO 1998 - 2002



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Guatemala, 20 de agosto 1998

Autor:
José María Gramajo Garméndez
Coordinador Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas

Yo le informa que el (la) BACHILLER

KARLA JOHANNA SILIEZAR PEZZAROSI

Nombres y apellidos completos

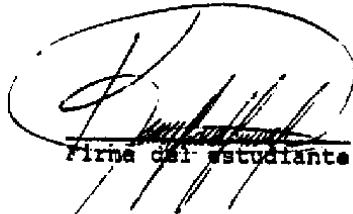
Carnet No. : 88-16501 ha presentado el Informe Final de su trabajo

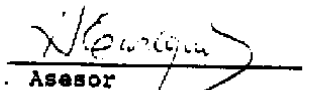
de tesis titulado:


CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DEL PROLAPSO

RECTAL EN ADULTOS

Yo, el cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


Firma del estudiante


Asesor
Nombre completo y sello
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA


F. Revisor
Nombre completo y sello
Reg. Personal

DR. SERGIO L. VELAZQUEZ
MÉDICO Y QUIRURANO
Colegiado No. 5498



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS
de Guatemala, Zona 12
Guatemala, Centroamérica

APROBACION INFORME FINAL

OF. NO: 101-98

Guatemala, 20 de agosto 1998.

BACHILLER:
KARLA JOHANNA SILIEZAR PEZZAROSSO
CARNET No. 88-16501
Facultad de Ciencias Medicas
USAC


Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis,
titulado: **CARACTERISTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLINICAS DEL PROLAPSO
RECTAL EN ADULTOS**

ha sido RECIBIDO, y luego de REVISADO se ha establecido que cumple con
los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por
lo que es autorizado para completar los trámites previos a su
graduación.

sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. José María Gramajo Garméndez
Coordinador Unidad de Tesis



NOTA. La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es
responsabilidad única del autor.

INDICE

INTRODUCCION	1
DEFINICION DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACION	4
OBJETIVOS	5
REVISION BIBLIOGRAFICA	6
METODOLOGIA	14
PRESENTACION DE RESULTADOS Y ANALISIS	21
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	32
RESUMEN	33
BIBLIOGRAFIA	35
ANEXO	37
BOLETA DE DATOS	38

INTRODUCCION

El prolapso rectal en la población de adultos, es una de las entidades clínicas poco comunes, observadas en el departamento de cirugía del Hospital General San Juan de Dios.

El prolapso rectal es el descenso y salida de la pared rectal a través del ano.

Los extremos de la vida especialmente están predispuestos a esta entidad y el sexo femenino predomina ligeramente sobre el sexo masculino.

Cuando el prolapso rectal es pequeño puede ser reversible y reducido manualmente, pudiendo ser manejado posteriormente de una forma conservadora, si este llega a ser lo que se considera un prolapso rectal total el manejo más adecuado es de tipo quirúrgico, independientemente de la técnica que se prefiera utilizar para dicho tratamiento.

Este estudio fue realizado en el departamento de cirugía de adultos del Hospital General San Juan de Dios incluyendo una serie de 30 pacientes que fueron atendidos durante el periodo de enero de 1993 a junio de 1998.

El objetivo principal fue describir las características epidemiológicas y clínicas del prolapso rectal en pacientes adultos, atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital General San Juan de Dios, durante el periodo de enero de 1993 a junio de 1998.

Los principales resultados son: los grupos etéreos que con mayor frecuencia son afectados son los de 40 a 50 años de edad y entre los 60 a 70 años de edad, el sexo que con mínima diferencia resultó ser el más afectado fue el femenino, los pacientes atendidos en el hospital con prolapso rectal proceden en su mayoría de la capital, el tipo de ocupación de los pacientes afectados fue amas de casa en mujeres y en hombres los agricultores, las manifestaciones clínicas por las cuales consultan la mayoría de los pacientes son salida de sangre y evacuaciones incompletas, el método diagnóstico que se utiliza con mayor frecuencia es la proctosigmoidoscopia debido a su costo, facilidad, certeza y a la aceptación por parte del paciente, la complicación que

se presenta más frecuente en pacientes operado es la infección local, la técnica quirúrgica más utilizada para el tratamiento es la de la vía perineal, el tipo y grado más frecuente es el total grado III.

La principal recomendación es que a los pacientes mayores de 40 años debe interrogárseles sobre la sintomatología relacionada con el prolapso rectal con el propósito de detectar los casos a tiempo y evitar que estos avancen en severidad.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

El prolapso rectal en adultos, la mayoría de veces es un problema quirúrgico que se debe principalmente a anomalías del piso pélvico del ano y del recto, puede interesar entre 5 y más centímetros, pudiendo ser considerado como completo e incompleto, siendo mucosa su superficie expuesta y conteniendo en el segmento prolapsado la capa muscular y serosa invaginada en el mismo. (13,8,4.)

Actualmente el tratamiento quirúrgico del prolapso rectal ofrece buenas perspectivas de curación, a pesar de ello no es poco común encontrar pacientes que presentan prolapso rectal y que han sido sometidos a dos o más operaciones previas.

Muchas técnicas para su corrección han sido desarrolladas tanto por la vía perineal como por la abdominal, las cuales se realizan tomando en cuenta el grado, tipo de prolapso, así como la edad del paciente.

En este estudio se describirán las características epidemiológicas y clínicas del prolapso rectal de los pacientes atendidos en el departamento de cirugía del Hospital General San Juan de Dios en los últimos tres años, incluyendo variables que permitirán conocer mejor el problema y con ello tener mas elementos para el correcto abordaje de esta entidad en el futuro.

JUSTIFICACION

El prolapso rectal es una entidad que se da principalmente por malformaciones anorrectales, neoplasias, colitis, proctitis, hemorroides, pólipos, anemia, parasitismo intestinal, malos hábitos alimenticios y una dieta baja en fibra.

En cuanto a la frecuencia no se conoce con exactitud, debido a que en nuestro medio no hay estudios previos al respecto.

El tratamiento es básicamente sobre la base de procedimientos quirúrgicos existiendo varias complicaciones principalmente: retención urinaria, hemorragias severas, estreñimiento, etc.

Se considera necesario realizar la presente investigación, ya que no existe ningún estudio previo, para así llegar a conocer las características tanto clínicas como epidemiológicas del prolapso rectal en el adulto y así contar con información para ofrecerle al paciente una mejor prevención y tratamiento de dicha entidad.

OBJETIVOS

General

Describir las características epidemiológicas y clínicas del prolapso rectal en pacientes adultos, atendidos en el Departamento de Cirugía del Hospital General San Juan de Dios, durante el periodo de enero de 1993 a junio de 1998.

Específicos

Respecto a los pacientes con prolapso rectal describir:

1. Cual es la edad, sexo, procedencia y ocupación más frecuente.
2. Cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuentes.
3. Cuál es el método diagnóstico más usado.
4. Cuáles son las complicaciones que se presentan.
5. Cuál es el tipo de tratamiento más frecuentemente utilizado.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Definición:

Prolapso rectal es una condición que afecta frecuentemente al adulto. Literalmente la pared rectal se voltea hacia el exterior como dedo de guante en su totalidad y puede incluir la capa muscular. En otros términos se puede decir que es el descenso y salida de este segmento a través del ano.

Hay dos tipos de prolapso rectal, el primero es el prolapso rectal parcial y que es el descenso de la mucosa del recto y el segundo que es el prolapso rectal completo o procedencia que es el descenso de todas las estructuras del recto. El prolapso rectal puede interesar entre 5 y 10 centímetros y la superficie expuesta es evidentemente epitelio reproductor de moco. (8, 13)

CLASIFICACIÓN:

La clasificación de prolapso rectal que más utilizan los autores es la siguiente

1. Grado 1: prolapso que se presenta más en niños, también llamado prolapso mucoso y que es la invaginación de la mucosa ano rectal de 1 a 3 centímetros que se desliza sobre la musculatura.
2. Grado 2: prolapso mucoso de 3 centímetros y/ o prolapso hemorroidal grado III, llamado también como prolapso ano-rectal, que es la intususcepción del recto a través del orificio rectal con invaginación de la pared inferior del recto con laxitud de los esfínteres especialmente de los intestinos.
3. Grado 3: prolapso rectal total o completo del recto, conocido como prolapso rectal propiamente dicho y que es la eversión progresiva de las paredes rectales con invaginación completa del recto sigmoides. (2,5,12,9)

Epidemiología:

El prolapso rectal suele presentarse en los extremos de la vida, en los niños menores de 5 años y en los ancianos de 60 años para adelante. Puede presentarse de los 30 años en adelante, y existe una especial predilección por el sexo femenino. En los adultos la principal anomalía que se encuentra es la pérdida de los tonos de los esfínteres anales, además del prolapso rectal.

Se ha reportado que los casos de prolapso rectal en el sexo femenino ocurren especialmente en las nulíparas, por lo que se descarta, que pudiera deberse a traumatismos post partos. (5,10,12.)

Dos tercios de los pacientes, padecen de incontinencia fecal. Se ha observado en enfermos mentales y en desajustes emocionales.

Etiología:

Las causas precipitantes para un prolapso rectal son diversas, entre ellas:

- Anomalías estructurales
- Neoplasias
- Colitis
- Proctitis
- Hemorroides
- Deterioro del esfínter anal
- Enfermedades crónicas
- Pólipos
- Anemia
- Parasitismo intestinal

En pacientes que han presentado fistulas anorectales también se puede presentar este problema. En pacientes ancianos una causa importante, es la atonía y relajación de los esfínteres anales asociada con alguna enfermedad del sistema nervioso como tabes dorsal, tumores o lesiones de cauda equina

El prolapso rectal se considera como una verdadera hernia por deslizamiento, es decir que produce un defecto anatómico del diafragma pélvico, el cual condiciona no-solo a la intususcepción de la porción terminal del intestino a través del conducto anal, sino también del sigmoide e incluso de las asas ileales y parte de los elementos anatómicos del fondo de saco de Douglas.

Los trabajos de Ripstein (17) demuestran que es más importante la falta de fijación del recto a las estructuras óseas vecinas, especialmente al sacro.

Anatomía Patológica:

Los defectos anatómicos que influyen en el prolapso rectal incluyen los siguientes:

1. Defecto en el piso pélvico, con una diastasis del músculo elevador del ano y un debilitamiento de la fascia endopélvica.
2. Una profundidad anormal en el fondo de saco de Douglas.
3. Un colon rectosigmoide redundante.
4. Una debilidad patológica del esfínter anal.
5. Pérdida de la posición normal horizontal del recto, causada por su pérdida de adherimiento al sacro, paredes del sacro y pélvicas.

Aquellos que creen que el prolapso rectal es primariamente una intususcepción, piensan que estos cambios anatómicos son secundarios al prolapso rectal. (15,16,19)

Manifestaciones Clínicas:

Las manifestaciones clínicas iniciales que se presentan son una masa que protruye el orificio anal. Existe un sensación de defecación incompleta en estadios tempranos.

El paciente puede quejarse de tenesmo, incontinencia de retención de gases y heces, que resulta uno de los síntomas más molestos para el paciente, también pueden tener abundante secreción de moco que mancha la ropa interior y produce lesiones en la piel del perineo. (3,4,6.)

Puede existir sangrado especialmente cuando el prolapso esta encarcerado.

Durante el examen fisico es importante determinar el tono y contractilidad de los esfinteres.

Si el tono del esfinter es pobre y se tiene un ano con incapacidad voluntaria de la contracción del músculo rectal, los resultados funcionales después de la reparación del prolapso rectal pueden no ser satisfactorios.

De manera que si el paciente tiene relativamente un buen tono y contractilidad del esfinter, últimamente el buen control intestinal puede ser anticipado.

La enfermedad en estos pacientes pueden diagnosticarse al hacer el examen rectoscópico del ano, el cual, aparece generalmente más amplio que en el sujeto normal, y algunas veces puede apreciarse una pequeña eversion de la mucosa anorectal. Si se ordena pujar al enfermo puede observarse la salida progresiva de las capas rectales, lo que pone de manifiesto el proceso.

Con el recto procedente la mucosa aparece roja e ingurgitada y se presentan los característicos pliegues circulares concéntricos que son los que diferencian la procedencia, del prolapso simple de la mucosa.

Al palpase la procedencia puede encontrarse que la mucosa rectal esta edematosa y engrosada.

Si se introduce el dedo índice en el conducto rectal con los demás dedos palpando las paredes de la procedencia, puede comprobarse que la salida del recto se acompaña de una serie de elementos anatómicos del piso de la pelvis, que da una sensación de gran engrosamiento de las paredes del recto procedente. Este hallazgo y los característicos pliegues circulares de la mucosa, hacen indiscutible el diagnóstico.

Diagnóstico:

El diagnóstico se hace a través de la proctosigmoidoscopia, que es utilizada en los pacientes con anomalías ano rectales tales como hemorroides, pólipos, invaginaciones del sigmoides etc., y principalmente en los pacientes que presentan prolapso rectal.

Es importante especificar el grado de prolapso rectal y saber distinguir entre el mucoso y el completo. (13,14.)

Ocasionalmente un pólipo ó un carcinoma del recto, puede ser la clave de las invaginaciones. Esta sospecha debe ser en especial para los pacientes masculinos principalmente para aquellos que no evidencian enfermedades neurológicas.

La colonoscopia y la cinefurografía son ayudas diagnósticas sí el tratamiento esta en duda.

Tratamiento:

Se ha propuesto una variedad de procedimientos para el manejo de esta entidad patológica.

El tratamiento de la procedencia o prolapso total del recto es quirúrgico, salvo que las condiciones del paciente lo impidan o contraindiquen. Este tratamiento puede consistir en simples medidas paliativas en pacientes de edad avanzada o de alto riesgo quirúrgico, o en operaciones más completas por vía abdominal.

Desde fines del siglo pasado, hasta hace una década, se han descrito 50 operaciones para el tratamiento de esta enfermedad confirmando así, el hecho de que no había una intervención quirúrgica ideal, capaz de controlar el alto porcentaje de recidivas que entonces presentaban en las diferentes estadísticas publicadas. (19).

Existe una clasificación en la cual se representa los procedimientos eficaces en el tratamiento y son (13,14).

1. Vía Perineal

- 1.1 Resección Perineal
- 1.2 Cerclaje anal

2. Via Abdominal

- 2.1 Fijación posterior
- 2.2 Resección anterior

Complicaciones:

Existen diversos problemas que se pueden presentar en los procedimientos tanto por vía perineal como por la vía abdominal.

Entre los que se mencionan con mas frecuencia están las complicaciones trans operatorias como la hemorragia severa.

Durante el periodo post operatorio inmediato tenemos: retención urinaria, infección local, ileo abdominal, abscesos rectales, estreñimiento e impactación fecal. (11,14.)

Dentro de los procesos infecciosos se encuentran las locales o por diseminación hacia el organismo por el tipo de manipulación realizada.

Dependiendo del tipo de procedimiento se considera el riesgo de obtener resultados poco satisfactorios, así como recurrencia del prolapso. (11,14).

Diagnostico Diferencial:

Cuando la mucosa aparece dudosamente en el orificio anal, no distinguiéndose entre un prolapso mucoso o un prolapso hemorroidal interno, puede ser difícil hacer la distinción entre una y la otra.

Para poder diferenciar a los pacientes debe distinguirse una procedencia completa donde los surcos están en círculos concéntricos, conjuntamente con el prolapso mucoso y el ano se encuentra en una posición anatómica normal. En prolapso mucoso esta revertido y en el prolapso completo hay un surco entre el ano y el intestino saliente. (15,16)

Ocasionalmente un neoplasma polipoide grande del recto o del colon puede salir a través del orificio del ano, provocando la imposición del prolapso. (15)

Métodos Diagnósticos:

1. Enema de Bario:

En el estudio de enema de bario, se obtienen resultados satisfactorios, y debe utilizarse para asegurar la posible asociación a otras patologías, tales como neoplasma, enfermedad inflamatoria del intestino o una enfermedad diverticular.

2. Radiografía de la Espina Lumbar:

Las radiografías de la espina lumbar y de la pelvis pueden proveer una clave diagnóstica, así como una enfermedad francamente neurológica. Los estudios de RX, pueden no ser indicados en todas las situaciones.

4. Cineradiografía:

En un paciente en el cual el diagnóstico de procedencia es sospechado, pero no puede ser demostrado, la cineradiografía, podría demostrar la existencia de prolapso rectal. (15,16)

1. Colonoscopia:

Es un estudio diagnóstico muy importante para pacientes con enfermedad del colon. Se ha utilizado en lesiones sospechosas donde se necesita un diagnóstico definitivo.

2. Proctosigmoidoscopia:

Este método diagnóstico ha mejorado la exactitud y la aceptación por los pacientes. Es útil para el diagnóstico y tratamiento de fisuras.

METODOLOGÍA

1. Tipo de Estudio:

Descriptivo retrospectivo.

2. Unidad de Análisis:

Todas las fichas clínicas que presenten diagnóstico de prolapso rectal en el libro de estadística del departamento de cirugía del Hospital General San Juan de Dios, durante el periodo de enero 1993 a junio de 1998.

3. Tamaño de la Población:

Se tomarán todas las fichas clínicas con diagnóstico de prolapso rectal, que serán revisadas en el libro de estadística del departamento de cirugía del Hospital General San Juan de Dios, y que son aproximadamente 30, en base a lo anotado en los libros de estadística del departamento de cirugía del Hospital General San Juan de Dios, en los últimos seis años.

4. Criterios de Inclusión:

- 4.1 pacientes femeninos o masculinos de 13 a 80 años de edad con diagnóstico de prolapso rectal.
- 4.2 que las historias clínicas estén completas.

5. Criterios de Exclusión

- 5.1 pacientes menores de 13 y mayores 80 años.
- 5.2 Pacientes que ingresen con impresión clínica de prolapso rectal, pero que el diagnóstico definitivo fuera otro por ejemplo: hemorroides, u otros diagnósticos.

6. Variables:

- | | |
|----------------|-----------------------------|
| a. Sexo | e. Manifestaciones Clínicas |
| b. Edad | f. Complicaciones |
| c. Procedencia | g. Tratamiento |
| d. Ocupación | h. Métodos Diagnósticos |

a. Sexo:

Definición conceptual: condición orgánica que distingue al macho de la hembra.

Definición operacional: diferencia que se observó al momento de ingresar la persona, y que aparece anotado en la historia clínica.

Escala de medida: cualitativa.

Unidad de medida: femenino y masculino.

b. Edad:

Definición conceptual: tiempo transcurrido desde que nace, hasta el actual.

Definición operacional: dato que es dado por la persona y calculada, según fecha de nacimiento, y según aparece anotado en la historia clínica.

Escala de medición: cuantitativa.

Unidad de medida: años cumplidos.

- 0 - 10 años
- 11- 21 años
- 22- 31 años
- 32- 41 años
- 42- 52 años
- 53- más años

c. Procedencia:

Definición conceptual: origen, principio de donde nace o se deriva una cosa.

Definición operacional: dato dado por la persona según lugar de origen.

Escala de medición: cualitativa.

Unidad de medida: sitio de procedencia: - capital
- departamento.

d. Ocupación:

Definición conceptual: trabajo o cuidado, que impide emplear el tiempo en otra cosa.

Definición operacional: oficio usado por la persona para subsistir.

Escala de medida: cualitativa.

Unidad de medida: - profesional
- obrero
- campesino.
- otros.

e. Manifestaciones Clínicas:

Definición Conceptual: conjunto de signos y síntomas.

Definición Operacional: molestias referidas por la persona al encontrarse con determinada enfermedad.

Escala de medida: cualitativa.

Unidad de medida:

- tenesmo.
- retención de gases y heces.
- sensación de defecación incompleta.
- hemorragia.

f. Complicaciones:

Definición conceptual: accidente que sobreviene en el curso evolutivo de una enfermedad, que impide y/o dificulta su curación.

Definición operacional: padecimiento que resulta posteriormente a la cirugía.

Escala de medida: cualitativa.

Unidad de medida:

- hemorragia severa.
- retención urinaria.
- infección local.
- ileo abdominal.
- abscesos rectales
- estreñimiento.
- impactación fecal.

g. Tratamiento:

Definición conceptual: conjunto de medidas que se emplean para curar enfermedades o defectos.

Definición operacional: procedimiento utilizado para la eliminación de la enfermedad.

Escala de medida: cualitativa.

Unidad de medida: quirúrgica :

- abdominal
- perineal

h. Métodos Diagnósticos:

Definición conceptual: procedimientos que confirman las enfermedades.

Definición operacional: método usado para dar el diagnóstico definitivo.

Escala de medida: cualitativa.

Unidad de medida:

- enema de bario.
- radiografía de la espina lumbar.
- cineradiografía.
- Colonoscopia
- proctosigmoidoscopia

7. Recursos:

A. Humanos:

- Medico asesor
- Medico revisor
- Investigador

B. Físico:

- Area Física del Hospital General San Juan de Dios de cirugía.
- Archivo del Hospital General San Juan de Dios.
- Bibliotecas de las siguientes instituciones:
 - USAC
 - Hospital General San Juan de Dios
 - Universidad Francisco Marroquín.

8. Actividades:

1. Selección del tema de investigación
2. Elección de Asesor y Revisor
3. Recopilación de bibliografía
4. Reconocimiento inicial del área de trabajo
5. Elaboración del protocolo de tesis
6. Diseño del instrumento para la recopilación de datos
7. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
8. Ejecución del trabajo de campo
9. Procesamiento de resultados
10. Análisis de resultados; conclusiones y recomendación
11. Presentación del informe final
12. Impresión de tesis.

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Características Epidemiológicas y Clínicas del Prolapso Rectal en Adultos.
Enero de 1993 a Junio de 1998.
Distribución de pacientes con prolapso rectal de acuerdo al sexo.

Cuadro No. 1

SEXO	INDIVIDUOS	PORCENTAJE
Femenino	16	53.32 %
Masculino	14	46.6 %
Total	30	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos.

En la serie estudiada no se encontró diferencia importante entre los sexos, sin embargo si se evidencia mayor número de casos del sexo femenino lo cual concuerda con lo reportado en la literatura.

Características Epidemiológicas y Clínicas del Prolapso Rectal en Adultos.
 Enero de 1993 a Junio de 1998.
 Distribución de pacientes con prolapso rectal de acuerdo a la edad.

Cuadro No. 2

<u>Edad</u>	<u>No. de pacientes</u>	<u>Porcentaje</u>
13 a - 19 a	0	0
20 a - 29 a	3	10.0 %
30 a - 39 a	3	10.0 %
40 a - 49 a	7	23.3 %
50 a - 59 a	5	16.6 %
60 a - 69 a	7	23.3 %
70 a - 80 a	5	16.6 %
Total	30	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos.

El prolapso rectal suele presentarse en los extremos de la vida, en este estudio no sé incluyeron niños pequeños pero si se confirma que los casos son más frecuentes en mayores de 40 años, lo cual muchas veces se asocia a la pérdida del tono del esfínter anal.

Características Epidemiológicas y Clínicas del Prolapso Rectal en Adultos.
 Enero de 1993 a Junio de 1998.
 Distribución del lugar de procedencia en pacientes con prolapso rectal.

Cuadro No. 3

Procedencia	No. de Pacientes	Porcentaje
Capital	12	40 %
Chimaltenango	3	10 %
Jutiapa	4	13.3 %
Santa Rosa	5	16.6 %
San Juan Sacatepequez	1	3.3 %
Baja Verapaz	2	6.6 %
Totonicapan	1	3.3 %
Chiquimulilla	2	6.6 %
Total	30	100 %

Fuente : Boleta de recolección de datos.

El Hospital General San Juan de Dios, es un hospital de referencia, sin embargo dado que la patología estudiada no es de gravedad extrema muchas veces es atendida en los hospitales departamentales.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Características Epidemiológicas y Clínicas del Prolapso Rectal en Adultos.
Enero de 1993 a Junio de 1998.
Distribución del tipo de ocupación en pacientes con prolapso rectal.

Cuadro No. 4

<u>Ocupación</u>	<u>No. de Pacientes</u>	<u>Porcentaje</u>
Ama de casa	16	53.0 %
Agricultor	9	30.0 %
Obrero	1	3.3 %
Albañil	1	3.3 %
Maestro de Obra	2	6.6 %
Cobrador	1	3.3 %
Total	30	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Entre las mujeres con prolapso rectal, el oficio ama de casa es el más frecuente y entre los hombres el de agricultor. El hecho de que los casos sean pocos no permite ninguna conclusión al respecto.

También hay que tomar en cuenta que personas con otras ocupaciones del sector formal de la economía asisten al IGSS para su tratamiento.

Características Epidemiológicas y Clínicas del Propalo Rectal en Adultos.
Enero de 1993 a Junio de 1998.
Signo y síntomas de pacientes ingresados con diagnóstico de prolapso rectal.

Cuadro No. 5

<u>Manifestaciones clínicas</u>	<u>No. de Pacientes</u>	<u>Porcentaje</u>
Salida de sangre	31	52.0 %
Evacuación Incompleta	19	32.0
Incontinencia de expulsión de gases	9	15.0 %
Total	59	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos.

* algunos pacientes presentaron más de un síntoma o signo.

Las manifestaciones clínicas más reportadas son el sangrado y la evacuación incompleta, la primera se asocia muchas veces a incarceration que es frecuentemente la causa que precipitó a la intervención quirúrgica.

Es de hacer notar que la mayoría de pacientes presentó más de un síntoma lo cuál hace de esta entidad una situación muy molesta para el paciente.

Características Epidemiológicas y Clínicas del Prolapso Rectal en Adultos.
Enero de 1993 a Junio de 1998.
Método diagnóstico utilizado para hacer el diagnóstico de prolapso rectal.

Cuadro No. 6

<u>Método diagnóstico</u>	<u>No. de pacientes</u>	<u>Porcentaje</u>
Enema de Bario	6	16.0 %
Colonoscopia	8	22.0 %
Proctosigmoidoscopia	22	61.0 %
Total	36	100 %

Fuente : Boleta de recolección de datos.

* a algunos pacientes se les realizó más de un procedimiento quirúrgico.

La proctosigmoidoscopia es un método diagnóstico bastante aceptado por los pacientes y muy certero. Unido a lo anterior está que es un procedimiento que no requiere gran preparación del paciente y que su costo para el hospital no es muy elevado.

Características Epidemiológicas y Clínicas del Prolapso Rectal en Adultos.
Enero de 1993 a Junio de 1998.
Complicaciones de pacientes con prolapso rectal que fueron operados

Cuadro No. 7

<u>Complicaciones</u>	<u>No de Pacientes</u>	<u>Porcentaje</u>
Hemorroides	6	20.0 %
Retención Urinaria	0	0
Infección local	24	80.0 %
Total	30	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos.

De acuerdo a lo reportado por la literatura, las complicaciones post-operatorias son frecuentes. En este estudio un 80 % de los pacientes presentó infección local lo cual se debe a las condiciones propias del área y probablemente a la escasez de condiciones y personal para los cuidados requeridos.

Características Epidemiológicas y Clínicas del Prolapso Rectal en Adultos.
Enero de 1993 a Junio de 1998.
Técnica utilizada, según vía de abordaje en la corrección del prolapso rectal.

Cuadro No. 8

<u>Tipo de Cirugía</u>	<u>No. de Pacientes</u>	<u>Porcentaje</u>
Perineal	22	73.3 %
Abdominal	8	26.6 %
Total	30	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos.

La técnica quirúrgica por vía perineal comprende la resección perineal y el cerciaje anal. Se sabe que esta es preferida cuando el tipo y grado del prolapso lo permite pues las complicaciones y dificultades son menores con relación a la vía abdominal. Los datos encontrados se explican debido a que los pacientes en nuestro medio no consultan en las etapas iniciales de la enfermedad sino cuando éste es muy severo y no les permite continuar con sus actividades cotidianas.

Características Epidemiológicas y Clínicas del Prolapso Rectal en Adultos.
 Enero de 1993 a Junio de 1998.
 Tipo y grado de prolapso rectal.

Cuadro No. 9

<u>Tipo y grado de prolapso rectal</u>	<u>No. de Pacientes</u>	<u>Porcentaje</u>
Mucoso II	8	26.0 %
Mucoso III	5	16.6 %
Total II	4	13.3 %
Total III	13	43.3 %
Total	30	100 %

Fuente: Boleta de recolección de datos.

El tipo y grado de prolapso rectal de los pacientes estudiados fue variados. Se puede observar que el 43 % presentó el total grado III, que es la eversión completa de las paredes rectales con invaginación completa del recto sigmoides cuya severidad hace que se requiera de una intervención quirúrgica inmediata.



CONCLUSIONES

- El prolapso rectal es una entidad quirúrgica poco común en el Hospital General San Juan de Dios.
- Los grupos etáreos que con mayor frecuencia son afectados, son los de 40 a 50 años de edad y entre los 60 a 70 años de edad.
- El sexo que con una mínima diferencia resultó ser el más afectado fue el femenino.
- Los pacientes atendidos en el hospital con prolapso rectal, proceden en su mayoría de la capital.
- El tipo de ocupación de los pacientes afectados fue amas de casa en mujeres y en hombres los agricultores.
- Las manifestaciones clínicas por las cuales consultan la mayoría de los pacientes que presenta prolapso rectal son las salidas de sangre y las evacuaciones incompletas.
- El método diagnóstico que se utiliza con mayor frecuencia es la proctosigmoidoscopia debido a costo, facilidad, certeza y aceptación por parte del paciente.
- La complicación que se presenta más frecuentemente en pacientes operados por prolapso rectal, es la infección local.
- La técnica quirúrgica más utilizada para el tratamiento de pacientes que presentan prolapso rectal es la de la vía perineal.
- El tipo y grado de prolapso rectal por el que la mayoría de los pacientes consulta es el total grado III.

RECOMENDACIONES

- A los pacientes mayores de 40 años debe interrogárseles sobre la sintomatología relacionada con el prolapso rectal con el propósito de detectar los casos a tiempo y evitar que estos avancen en severidad.
- A todo paciente a quien se le realice cirugía correctiva de prolapso rectal, debe proporcionársele plan educacional acerca de la importancia del seguimiento periódico, con el fin de poder detectar complicaciones que pudieran ser resueltas tempranamente.
- Realizar estudios similares a éste en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y en el sector privado para conocer las características y la verdadera magnitud del problema.

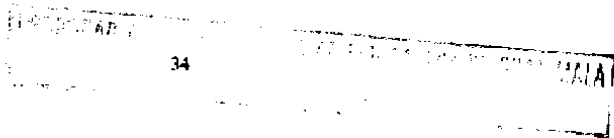
RESUMEN

El presente trabajo trata sobre las características epidemiológicas y clínicas del prolapso rectal en adultos, fue realizado en el Departamento de Cirugía de adultos del Hospital General San Juan de Dios, con pacientes que se presentaron durante el periodo de enero 1993 a junio de 1998. Se encontró que los grupos etéreos que con mayor frecuencia son afectados son los de 40 a 50 años de edad y los de 60 a 70 años de edad, el sexo predominante fue el femenino, los pacientes proceden en su mayoría de la capital, el tipo de ocupación fue las amas de casa en mujeres y en hombres los agricultores, las manifestaciones clínicas más frecuentes son la salida de sangre y la evacuación incompleta, el método diagnóstico que se utiliza con mayor frecuencia es la proctosigmoidoscopia debido a su costo, facilidad, certeza y aceptación por parte del paciente, la complicación más frecuentemente en pacientes operados es la infección local, la técnica quirúrgica más utilizada es la de la vía perineal, y el tipo y grado por el que la mayoría de los pacientes consultan es el total grado III.

Se recomienda que a los pacientes mayores de 40 años de edad debe interrogárseles sobre la sintomatología relacionada con el prolapso rectal con el propósito de detectar los casos a tiempo y evitar que estos avancen en severidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atri S.P. The treatment of complete rectal prolapse by graciloplasty. Br. J. Surg. 1980 Jun. Vol. 67; 431-432.
2. Azpuru Carlos. Estado actual del tratamiento quirúrgico del prolapso rectal en el adulto. Revista del Colegio de Médicos de Guatemala 1977 marzo-abril; 139-142.
3. Azpuru Carlos. Total rectal prolapse and total genital prolapse. Dis Colon Recto 1980 octubre 23; 453-457.
4. Coller, John. Modification of the Thierch procedure for rectal prolapse. using polyester tape. Dis colon and rectum. February 1982; 57-58.
5. Castillo Olano. Técnica mas utilizada en Prolapso Rectal Tesis Médico y Cirujano Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. 1988; 209-241.
6. Corman. M. Prolapso rectal, en su: colon and rectum. Surgery U.S.A. Capitulo 6 1988; 209-241.
7. Groff. Driller B. Rectal prolapse in infants and children. The American Jornal of Surgery. November 1991, vol. 160; 531-532.
8. Keigley. M.R. Result of mavlex mesh abdominal retropey using and inverted or syntetic material. Surgery, june 1981, vol. 116; 41-43.
9. Metcalf. Amanda M. Ano rectal funtion and defecation dinámic in pacientes with rectal prolapse. Surgery june 1988, vol. 114; 59-60.
10. Cáster A.E. Recto sacral suture fixation for complete rectal prolapse in the elderly, the fail and demented. Surgery, february 1983, vol. 70; 522-623.
11. Nard. Gerge. Rectal prolapse. Surgery Esentials of clinical practice, 4ta edición 1984; 584-589.



12. Sabistón Jr. Prolapso rectal. Patología quirúrgica. 13ava edición 1988: 1988-1055.
13. Tierney Jr. Diagnostico clínico y tratamiento. Editorial manual moderno 1997; 584-585.
14. Tintinally Judith. Medicina de urgencias. Editorial interamericana, cuarta edición, 1997; 592-593.
15. Philip H. Principles and Practice of Surgery for The Colon, Rectum and Anus. Surgery 1992. pp 449-478.
16. Nicholls John. Surgery of The Colon and Rectum. Surgery 1997. pp 865- 870.
17. Lescher T.J. et. al Management of late Complication of Teflon Sling Rectal Prolapse. Dis Colon Rectum. 1979 octubre 22. pp 445-447.
18. Quiñones Noemí. Prolapso Rectal en Niños. Tesis Medico y Cirujano Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Medicas. Guatemala 1992. pp 55.
19. Romero Torres R. Prolapso Rectal en su Tratado de Cirugia. México, Editorial Interamericana 1985. pp 1624-1634.

ANEXOS

Universidad De San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Medicas
Area de Tesis

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS Y CLÍNICAS DEL
PROLAPSO RECTAL EN ADULTOS

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad _____ Sexo _____ Procedencia _____

Ocupación _____

Manifestaciones clínicas

Salida de pequeñas cantidad de sangre roja

Sensación de evacuación incompleta

Presencia de incontinencia para la expulsión de gases

Otras Especifique _____

Método diagnóstico utilizado

Enema de bario

Colonoscopia

Proctosigmoidoscopia

Otros Especifique _____

Complicaciones encontradas

Hemorroides

Retención Urinaria

Infección local

Otros Especifique _____

Tipo de cirugía para el tratamiento utilizado

Perineal
Abdominal
Otras

Especifique _____

Antecedentes:

Procedimientos quirúrgicos previos _____

Fecha _____

Prolapso previo a la cirugía:

Tipo _____ Grado _____

Tiempo de evolución _____

Fecha de última cirugía _____