



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/1712 - PROLAPSO RECTAL, A VECES NO ES TAN SIMPLE

C. Cobos Bosquet^a, I. Quirós Casilla^b, G. Luque Pérez^c, M.M. Carricondo Avivar^d, M. Hermoso Morilla^e y A. Rodríguez Serrano^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Sanitario Sevilla Sur. Sevilla. ^bMédico Residente. Centro de Salud Doña Mercedes. Dos Hermanas. Sevilla. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaíra. ^dMédico Residente. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera Norte. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaíra.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años que consulta por protrusión rectal e intenso dolor anal. Antecedentes personales, destaca: Retraso mental ligero de origen connatal y prolapso rectal recidivante, tratado inicialmente con cerclaje y propuesto para cirugía definitiva que el paciente rechazó. Acude a consulta refiriendo que la protrusión se produjo 5 horas antes mientras hacía el esfuerzo de defecar, si bien en esta ocasión la reducción no era posible y el dolor era de mayor intensidad que en ocasiones anteriores. Tras la exploración, sospechamos que se trata de un prolapso rectal total con probable perforación colónica, por lo que se traslada a Urgencias Hospitalarias para valoración por cirugía. Se traslada a quirófano, donde bajo sedación, se redujo el prolapso y mediante laparotomía se objetivan varias perforaciones recto-sigma por lo que precisó resección y colostomía lateral transversa exteriorizada a hipocondrio derecho. Posterior evolución tórpida pero favorable.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, normotenso, eupneico y consciente. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación y sin signos de irritación peritoneal. A la inspección anal visualizamos protrusión rectal de gran tamaño junto con estructuras en zona distal que podrían corresponder con grasa epiploica.

Juicio clínico: Prolapso rectal total con perforación de colon asociada.

Diagnóstico diferencial: Los tipos de prolapso rectal; incompleto (salida de mucosa), total (salida de mucosa, submucosa, muscular y serosa) y oculto (parte superior del recto desciende sin salir).

Comentario final: En un prolapso rectal se visualiza la mucosa (capa más profunda recto/sigma), pero en este caso visualizamos grasa epiploica, es decir, la capa más externa, lo que indica que debe existir algún punto de perforación. Esto supone un cambio en la actitud terapéutica, ya que no es suficiente con reducir el prolapso, hay que reparar el daño en la pared.

Bibliografía

1. Pinheiro LV, Leal RF, Coy CS, Fagundes JJ, Martínez CA, Ayrizono ML. Long-term outcome of

perineal rectosigmoidectomy for rectal prolapse. Int J Surg. 2016; doi: 10.1016/j.ijssu.2016.06.040.

2. Kairaluoma MV, Kellokumpu IH. Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse. Scand J Surg. 2005;94:207.
3. Tou S, Brown SR, Malik AI, Nelson RL. Surgery for complete rectal prolapse in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2008;CD001758.

Palabras clave: *Rectal prolapse. Colon perforation. Omentum.*