



# CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



## Editorial

### El dilema del prolapso rectal: abundancia de adjetivos

#### *The rectal prolapse dilemma: Abundance of adjectives*

La forma adecuada de abordar el tratamiento del prolapso rectal ha sido objeto de discusión durante más de un siglo. Los factores cruciales a tener en cuenta son las consecuencias adversas, la esperanza de vida y las tasas de recidiva. Lamentablemente, es frecuente que los artículos publicados sobre el tratamiento del prolapso rectal no aporten luz sobre estos aspectos. Ello es especialmente cierto cuando averiguamos que las tasas de recidiva publicadas son un 47% inferiores a las tasas estimadas mediante una revisión independiente de los mismos datos<sup>1</sup>. Además, es lamentable que los editores de revistas continúen publicando estudios con un seguimiento inferior a un año<sup>2</sup>, cuando se sabe que una tasa de recidivas a 5 años del 7% puede pasar a ser del 29% en un seguimiento a 10 años<sup>3</sup>.

Hay multitud de operaciones descritas para el prolapso rectal, algunas de ellas asociadas a epónimos bien conocidos. La literatura médica sobre este trastorno relativamente infrecuente ha estimulado la aparición de un número desproporcionado de operaciones distintas, entre las que se encuentran las dirigidas a la reducción del diámetro del orificio anal, la obliteración del fondo del saco de Douglas, el restablecimiento del suelo de la pelvis, la realización de una resección intestinal a través de diversas vías, o la suspensión por distintos medios. Cada una de las técnicas tiene sus defensores, pero este editorial se centrará tan solo en algunos aspectos de la historia remota y reciente de la suspensión del recto a través de una vía de acceso transabdominal.

La suspensión del colon redundante en la pared anterior del abdomen fue recomendada por Quenu<sup>4</sup> ya en el año 1882 y por Ball<sup>5</sup> en 1910; sin embargo, ambas intervenciones fueron de colopexia del colon sigmoide y no de rectopexia. La suspensión del recto en el sacro y la del colon sigmoide en el músculo psoas se han venido utilizando desde hace más de 100 años. Carrasco<sup>6</sup>, en su monografía de 1934, describió la sutura del recto al sacro, concepto este que fue resucitado por Cutait<sup>7</sup> en 1959. La adición del uso de una malla para la suspensión del recto en el sacro fue propuesta por Wells<sup>8</sup> en su trabajo clave sobre la esponja de alcohol polivinilo de 1959, mientras que Ripstein<sup>9</sup> utilizó teflón en 1965. En 1949 Lloyd-Davies describió

una suspensión *anterior* del recto en la pared posterior de la vagina con puntos de sutura<sup>10</sup>. El término *rectopexia ventral* apareció por primera vez en la literatura médica en 1960<sup>11</sup>. Posteriormente hubo otra descripción de una suspensión *anterior* por parte de Nigro<sup>12</sup> en 1970, a la que designó con el nombre de malla en forma de cabestrillo que suspendía el recto del pubis. Se sugirió también una *rectopexia anteroposterior* para los pacientes sin un prolapso manifiesto<sup>13</sup>.

Hasta ese momento, la adición de un adjetivo indicaba el órgano anatómico en el que se suspendía el recto: el sacro en la parte posterior, la vagina o el pubis en la parte anterior. Sin embargo, no se hacía referencia al lugar del recto en el que se suturaba la malla. De hecho, con la excepción de las técnicas de Lloyd-Davies y de Deucher, la malla se suturaba al mesorrecto posterior. En años más recientes, hay publicaciones que utilizan el adjetivo *ventral* para indicar que una malla se sutura a la pared vaginal *posterior* (y a la pared rectal *anterior*), aun cuando se suspenda por la parte *posterior* en el sacro<sup>14</sup>. Aunque esto pueda ser muy bien una nueva operación laparoscópica, ciertamente no es algo nuevo en nuestro conocimiento de la historia de la cirugía del prolapso rectal. A juzgar por la gran cantidad de publicaciones existentes, este concepto ha sido abandonado como operación de cirugía abierta durante décadas. De hecho, un análisis multivariante de los datos de 532 pacientes ha indicado que la movilización circular del recto es superior a la movilización anterior tan solo por lo que respecta a las recidivas (OR = 4,68; p = 0,012)<sup>15</sup>.

La preocupación clave es la de si la *rectopexia con malla*, incluida su variante *ventral*, superará la prueba del tiempo, sobre todo cuando en los congresos científicos empiecen a aparecer informaciones detalladas sobre la técnica quirúrgica y datos de tasas de efectos adversos<sup>16</sup>. Un ejemplo de esto último es la colocación de grapas de titanio laparoscópicas para suspender una malla del sacro, una técnica que no sustituye el método estándar de la sutura con puntos. Por lo que respecta a esta última cuestión, la erosión de la malla sintética que causa una perforación de la pared posterior de la vagina constituye una complicación devastadora. Esto resulta inaceptable, ya que la literatura médica aporta datos

que sugieren que la adición de una malla no reduce las tasas de recidiva en comparación con la rectopexia mediante sutura con puntos<sup>3</sup>. Defender o simplemente modificar una operación anticuada que ha sido abandonada solo porque uno pueda llevarla a cabo de forma laparoscópica equivale a negar la perspectiva histórica, que es algo que debe preservarse.

### Conflicto de intereses

El autor no tiene conflictos de intereses.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Di Giuro G, Ignjatovic D, Brogger J, Bergamaschi R, Rectal Prolapse Recurrence Study Group. How accurate are published recurrence rates after rectal prolapse surgery? A meta-analysis of individual patient data. *Am J Surg.* 2006;191:773-8.
2. Senapati A, Gray RG, Middleton LJ, Harding J, Hills RK, Armitage NC, et al., PROSPER Collaborative Group. PROSPER: A randomised comparison of surgical treatments for rectal prolapse. *Colorectal Dis.* 2013;15:858-68.
3. 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;48:1200-6.
4. Quénu PE. [Spontaneous Rupture of the Rectum]. *Rev Chir.* 1882;2:173-88.
5. Ball C. *The rectum.* London: Oxford Medical Publications. 1910.
6. Carrasco AB. *Contribution a l'etude du prolapsus du rectum.* París: Masson. 1934.
7. Cutait D. Sacro-promontory fixation of the rectum for complete rectal prolapse. *Proc R Soc Med.* 1959;52 Suppl:105.
8. Wells C. New operation for rectal prolapse. *Proc R Soc Med.* 1959;52:602.
9. Ripstein CB. The repair of massive rectal prolapse. *Surg Proc.* 1965;2:2.
10. Lloyd-Davies OV. *Proc R Soc Med.* 1949.
11. Deucher F. Ventral rectopexy in the treatment of rectal prolapse. *Helv Chir Acta.* 1960;27:240-6.
12. Nigro ND. A sling operation for rectal prolapse. *Proc R Soc Med.* 1970;63 Suppl 1:106-7.
13. Nicholls RJ, Simson JN. Anteroposterior rectopexy in the treatment of solitary rectal ulcer syndrome without overt rectal prolapse. *Br J Surg.* 1986;73:222-4.
14. D'Hoore A, Cadoni R, Penninckx F. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. *Br J Surg.* 2004;91:1500-5.
15. Foppa C, Bishawi M, Bergamaschi R, for the Rectal Prolapse Recurrence Study Group. Impact of rectal mobilization, fixation to sacrum, and surgical access on recurrence rates following abdominal surgery for full-thickness rectal prolapse. Presentado en la New York Surgical Society, New York, NY. Noviembre 13, 2013.
16. <https://www.nicholsoncenter.com/news-events/events/innovations-colorectal-surgery>.

Roberto Bergamaschi\* y Marvin L. Corman  
Division of Colon and Rectal Surgery, State University of New York,  
Stony Brook, Nueva York, Estados Unidos

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [rcmbergamaschi@gmail.com](mailto:rcmbergamaschi@gmail.com)  
(R. Bergamaschi).

0009-739X/\$ - see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.12.003>