

## Técnica de Lomas-Cooperman en la resolución quirúrgica por abordaje transperineal del prolapso rectal completo

### *Lomas-Cooperman technique in the surgical treatment by transperineal approach of complete rectal prolapse*

César Avalos V., René Gordillo V., Wilson Vásquez I., Rodrigo Gómez L., Carlos Córdova C.

Servicio de Cirugía Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Ibarra, Ecuador

Correspondencia:  
info@drrenegordillo.com

Se define como prolapso rectal a la protrusión por intususcepción de toda estructura anatómica del recto a través del ano.<sup>1</sup> Se trata de una patología poco común en la población general, pero descrita desde tiempos remotos, pues existen alusiones a ella en los papiros de Ebers del antiguo Egipto.<sup>2</sup> Afecta los extremos de la vida: durante la infancia, en los dos primeros años de vida,<sup>3, 4</sup> y luego en la población adulta; llega al máximo en la séptima década de la vida. Es más común en mujeres, con una relación de 6:1 hasta 10:1.<sup>1,5,6</sup> En el hombre, la prevalencia no se encuentra en relación directa con la edad.<sup>1</sup>

Se asocia a un periné descendido y, en el caso de la mujer, en forma frecuente a otras enfermedades del piso de la pelvis, tales como prolapso uterino, enterocele, rectocele y cistocele.<sup>7</sup>

Varios son los factores a los que se atribuyen el origen y el desarrollo del prolapso. Estos pueden ser congénitos y/o adquiridos,<sup>9</sup> etiológicos o asociados. Diversos estudios avalan la teoría de que el prolapso es resultado de una intususcepción del recto o del rectosigma que avanza distalmente, remolcando el recto superior y arrastrando sus sostenes sacros y laterales.<sup>10</sup> Paulatinamente, el intestino sigue descendiendo, mientras avanza definitivamente hasta una completa eversión.

El prolapso inicial no siempre progresa a un prolapso rectal completo, que solo sobreviene en demostrado completo de los casos.<sup>11</sup>

La sintomatología incluye defecación acompañada de mucorrea con sensación de evacuación incompleta; tenesmo; sensación de tejido que sobresale del ano con posibilidad de reducción espontánea o no; incontinencia y diarrea; obstrucción del orificio anal y estreñimiento, este último, informado hasta en la mitad de los pacientes.<sup>1,6</sup>

Un 75% de los pacientes muestran cierto grado de incontinencia anal asociada. En algunos casos aparece maceración de la piel perianal, prurito, edema y úlceras con sangrado.<sup>6</sup>

Se llega al diagnóstico a partir de la historia clínica solicitando hacer un esfuerzo de evacuación para visualizar el prolapso y constatar si se trata solamente de un prolapso mucoso o completo. Dada la edad de los pacientes es fundamental descartar otras patologías del colon mediante una colonoscopia, o un enema opaco, o ambos, para excluir neoplasias o enfermedad diverticular.

Ocasionalmente es útil realizar un estudio fisiológico anorrectal mediante manometría, cinedefecografía, pruebas de latencia motora terminal del nervio pudendo, electromiografía u otras exploraciones.<sup>1</sup> Además de la evaluación preoperatoria amplia se considera necesario valorar el estado cardiopulmonar, ya que las morbilidades concurrentes definitivamente deben influir en la elección del procedimiento quirúrgico.<sup>1</sup>

La valoración prequirúrgica del estado general del paciente y el tipo de prolapso darán la pauta para el método que va a elegirse. Han sido descriptos más de 100 procedimientos diferentes, que se clasifican en abdominales y perineales; de ellos los más representativos son:<sup>1,12</sup>

- Procedimientos abdominales:
  - Reducción de la hernia perineal y cierre del fondo de saco (reparación de Moschowitz).
  - Fijación del recto con una prótesis de cabestrillo (rectopexia de Ripsten y Wells) o mediante rectopexia con sutura.
  - Resección del colon sigmoide redundante.
  - Resección combinada con fijación rectal (rectopexia con resección).

Recibido el  
14 de octubre de 2014  
Aceptado el  
10 de marzo de 2015

- Procedimientos perineales:

- Estrechamiento del ano con diversos materiales protésicos.
- Rizado de la mucosa rectal (procedimiento de De-lorme).
- Resección del intestino prolapsado desde el perineo (rectosigmoidectomía perineal o procedimiento de Altemeier).

#### Presentación del caso

Paciente femenino de 94 años, multigesta, viuda desde hace 26 años; evaluación de Karnofsky: 50%, de Barthel: dependiente grave desde hace 3 meses; antes de eso, dependencia moderada.

#### Antecedentes patológicos:

- Clínicos: hipertensión arterial, degeneración macular, sordera bilateral.
- Quirúrgicos: histerectomía, herniorrafia umbilical, cistopexia, pterigium unilateral.

Desde hace 4 meses observa un descenso circunferencial de todo el grosor de la pared rectal, el cual se extiende a través del margen anal. Por las características de la paciente se programa cerclaje anal mediante técnica de Lomas-Cooperman.

#### Técnica quirúrgica de Lomas-Cooperman

Se describe originalmente con el paciente en posición prona en navaja sevillana y, bajo anestesia regional o local, se realizan dos incisiones perineales de 2 cm de largo y 2,5 cm de profundidad en los cuadrantes posteriores izquierdos y anteriores derechos, aproximadamente a 1 cm de margen anal. Se inserta una pinza curva de hemostasia a través de la incisión posterior izquierda, circundando el esfínter anal externo<sup>13</sup> (Fig. 1). Una malla preparada previamente, y que se compone de un rectángulo de polipropileno doblado en cuatro partes de 1,5 cm de ancho y 20 cm de longitud, con suturas colocadas a intervalos de 1 cm (Fig. 2), es llevada hasta la mitad de la circunferencia del orificio anal. Se vuelven a introducir las pinzas de hemostasia y la malla se pasa alrededor de la otra mitad de la circunferencia extrayendo el extremo distal por la región posterior izquierda, teniendo cuidado de no perforar la pared de la vagina ni la mucosa del recto<sup>13</sup> (Fig. 3).

Por último, se tensa firmemente con el dedo índice introducido en el canal anal y se usan cuatro o cinco suturas de polipropileno para fijar la malla superpuesta, se corta el exceso de malla y se cierran las heridas en la piel (Fig. 4). Como recomendación, se deben administrar ablandadores del contenido intestinal en el posoperatorio.

Lomas y Cooperman realizaron 50 reparaciones de esta naturaleza con resultados excelentes en 47 pacientes. Hubo muy pocos casos de impactación fecal después de la operación y las heridas infectadas se drenaron sin que fuera necesario retirar la malla.<sup>13,14</sup>

#### FIGURA 1



Inserción de pinza, circundando el esfínter anal externo

#### FIGURA 2



Preparación de malla de polipropileno

#### FIGURA 3



Colocación de la malla, circundando al esfínter anal

FIGURA 4



Cierre de las heridas

En este caso se empleó anestesia local más sedación; el tiempo quirúrgico fue de 18 minutos.

#### Comentario

Se trata de una técnica en un área reducida que mejora la continencia fecal, y que resulta útil en pacientes con múltiples comorbilidades como en el caso presentado.

A pesar de que tras la revisión bibliográfica se constató que las técnicas perineales tienen mayor tasa de recidiva que la vía abdominal, se prefieren estas como opción en casos en los que se encuentra contraindicada la cirugía abdominal. A pesar de su mayor índice de recidiva es menos agresiva, demora entre la tercera y la cuarta y los resultados son aceptables.

#### Referencias bibliográficas

- Brunicardi F, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, Pollock R. Colon, recto y ano. En: Bullard KM, Rothenberger DA (editores). Schwartz Manual de Cirugía. México: McGraw-Hill Interamericana; 2007. p. 776-7.
- Xivir B. Caracterización Epidemiológica del Prolapso Rectal [Tesis de doctorado]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2013.
- Dejuk M. Prolapso Rectal. Revista Médica de Costa Rica. 1973; 40(442):203-12.
- Garces H, Gantz A. Consideraciones sobre el Prolapso Rectal en el Niño. Revista Chilena de Pediatría. 1950; 645-60.
- Montenegro E, Villanueva E, Martínez P, Peña J, Soto R, Fernández J. Sigmoidectomía y rectopexia (operación de Frykman-Goldberg). Experiencia en un Servicio de Cirugía de Colon y Recto. Cirugía y Cirujanos. [Revista en línea] 2008 [Citado 4 de julio de 2014]; 76:395-398. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66276507>
- González Q, Bahena J. Prolapso Rectal. Cirujano General [Revista en línea] 2011 [Citado 4 de julio de 2014]; 33(Supl.1):54-6. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs111t.pdf>
- Becker JM, LaMorte W, St Marie G, Ferzoco S. Extent of smooth muscle resection during mucosectomy and ileal pouch-anal anastomosis affects anorectal physiology and functional outcome. Dis Colon Rectum. 1997; 40: 653-60.
- Mansilla J, Bannura G, Contreras J, Barrera A, Melo C, Soto D. Técnica de Lomas-Cooperman en el paciente senil con prolapso rectal completo. Rev Chilena de Cirugía. [Revista en línea] 2006 [Citado 4 de julio de 2014]; 58(3): 213-8. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262006000300010&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262006000300010&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262006000300010>.
- Salomon M, Bugallo F, Patron J. Prolapso rectal. Cirugía Digestiva [Revista en línea] 2009 [Citado 7 de julio de 2014]; III-383:1-17. Disponible en: [www.sacd.org.ar/tochentaytres.pdf](http://www.sacd.org.ar/tochentaytres.pdf)
- Dozois RR, Nivattvongs S. Prolapse of the rectum. In: Block GE, Moossa AR (edit). Operative Colorectal Surgery. Philadelphia: W. B. Saunders; 1994.
- Mellgren A, Schultz I, Johanssen C, Dolk A. Internal intussusceptions seldom develops into total rectal prolapse. Dis Colon Rectum. 1997; 40(7):817-20.
- Franco B, Rangel PJH, Almeraya OJ, Pichardo FMA, García TBN, Solís CF y cols. Manejo quirúrgico del prolapso rectal completo: Complicaciones en cirugía de mínima invasión versus cirugía abierta. Cirugía Endoscópica [Revista en línea] 2008 [Citado 6 de julio de 2014]; 9(3):97-104. Disponible en: [www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2008/ce083c.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2008/ce083c.pdf)
- Lomas MI, Cooperman H. Correction of rectal procidentia by use of polypropylene mesh (Marlex). Dis Colon Rectum. 1972; 15: 416.
- Ripstein CB, Lanter B. Etiology and surgical therapy of massive prolapse of the rectum. Ann Surg. 1963; 157:259.

#### Lecturas adicionales

- Jacobs LK, Lin YJ, Orkin BA. The best operation for rectal prolapse. Surg Clin North Am. 1997;77:9-70.
- Finlay IG, Aitchison M. Perineal excision of the rectum for prolapse in the elderly. Br J Surg. 1991;78:687-9.