

Procedimiento de Delorme para el manejo del prolapso rectal en una paciente con pelvis rígida: reporte de caso y revisión de la literatura

María Sofía Labrador Morales¹, Daniel González², Mauricio González Dorado³

Departamento de Coloproctología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud Hospital de San José de Bogotá, Bogotá, Colombia

¹ Residente de Cirugía

² Fellow de Coloproctología

³ Profesor Asociado

RESUMEN

El prolapso rectal es una patología que impacta significativamente la calidad de vida, principalmente por su asociación con la incontinencia fecal. Existe un claro cambio en el manejo del prolapso hacia la vía abdominal laparoscópica. Sin embargo, los resultados del abordaje abdominal son heterogéneos y un gran porcentaje de pacientes no elegibles para las técnicas laparoscópicas continúa siendo tratado por vía perineal, si bien no hay evidencia suficiente que respalde la elección de un abordaje sobre el otro.

Estudios recientes han mostrado que las técnicas perineales presentan tasas de recidiva menores a las reportadas históricamente. El procedimiento perineal de Delorme es una opción segura con resultados similares a otros abordajes y está especialmente indicado en pacientes añosos, con comorbilidades y/o variantes anatómicas que los hacen no aptos para las técnicas abdominales.

Se presenta una paciente con un prolapso rectal y antecedente de esclerosis múltiple y pelvis rígida, que fue tratada mediante un procedimiento de Delorme con resultados favorables.

Palabras clave: prolapso rectal, incontinencia fecal, pelvis rígida, abordaje perianal, procedimiento de Delorme

ABSTRACT

Rectal prolapse significantly impacts quality of life, primarily due to its association with fecal incontinence. There has been a clear shift in prolapse management toward the laparoscopic abdominal approach. However, the results of this approach are inconsistent, and a significant proportion of patients, ineligible for laparoscopic techniques, continue to undergo perineal treatment. Nevertheless, the available evidence remains insufficient to support the preference for one approach over another.

Recent studies have demonstrated that perineal techniques have lower recurrence rates than previously reported. The Delorme perineal procedure is a safe option with results similar to other approaches. It is particularly suitable for elderly patients with comorbidities and/or anatomical variants that render them ineligible for abdominal techniques.

We present a case of a patient with rectal prolapse, multiple sclerosis, and a rigid pelvis who was treated with a Delorme procedure with favorable results.

Keywords: rectal prolapse; fecal incontinence; rigid pelvis; perianal approach; Delorme procedure

INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal es una patología poco frecuente, que se presenta en menos del 0,5% de la población, pero tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, dado su importante asociación con la incontinencia fecal.^{1,2} Clínicamente, se identifica por la protrusión de la pared rectal durante maniobras de Valsalva o incluso en reposo.

Para su corrección existen técnicas perineales y abdominales. Históricamente, se ha considerado que las técnicas perineales tienen tasas de recidiva más elevadas, cercanas al 40%,

en comparación con las técnicas abdominales, que oscilan entre el 10 y 20%. Ambos abordajes presentan baja tasa de complicaciones.^{3,4} Las técnicas quirúrgicas abdominales se enfocan en reducir el recto prolapsado y fijarlo al sacro, con o sin resección del colon sigmoide redundante. Las técnicas perineales consisten en la rectosigmoidectomía o la resección de la mucosa del recto prolapsado con plicatura de la pared muscular, sin fijación. El objetivo es restaurar la anatomía y funcionalidad del piso pélvico y disminuir los síntomas relacionados con la obstrucción durante la defecación y la incontinencia fecal.⁵

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **María Sofía Labrador Morales:** sofilab21@gmail.com
Recibido: 14-04-2024. Aceptado: 22-05-2025

María Sofía Labrador Morales: <https://orcid.org/0009-0001-4390-5411>; Daniel González: <https://orcid.org/0000-0002-5261-2952>; Mauricio González Dorado: <https://orcid.org/0000-0003-4884-2437>

Cada vez más, la literatura privilegia las técnicas laparoscópicas sobre los abordajes perineales. Sin embargo, es importante resaltar que no hay evidencia definitiva que favorezca un abordaje sobre el otro. Aproximadamente el 60% de los procedimientos de corrección del prolapso rectal aún se realizan por vía perineal en pacientes seleccionados, especialmente en los nonagenarios y/o con múltiples comorbilidades.^{3,5}

Presentamos un caso de prolapso rectal en una paciente con pelvis rígida tratada mediante la técnica de Delorme, seguido de una revisión de la literatura.

CASO

Paciente femenina de 66 años de edad con un cuadro clínico de 3 años de evolución, consistente en sensación de masa anal, proctorragia ocasional e incontinencia fecal. Fue derivada a la consulta de coloproctología por empeoramiento de sus síntomas, presentando una escala de Wexner de 20 y un ODS SCORE de 10. En el examen físico se encontró un esfínter anal atónico y un prolapso rectal completo, con la mucosa edematizada sin evidencia de sangrado. La manometría evidenció un esfínter interno hipotónico y una disminución de la contracción voluntaria, con el reflejo rectoanal inhibitorio presente y un patrón de disineria tipo IV. La defecografía mostró un piso pélvico espástico, sin evidencia de organocele. Inicialmente, se planteó realizar una rectopexia ventral con malla por vía laparoscópica, pero el antecedente de esclerosis sistémica y la espasticidad del piso pélvico resultaban

poco favorables para un abordaje laparoscópico, por lo que se optó por un procedimiento de Delorme.

Técnica quirúrgica

El procedimiento se llevó a cabo bajo anestesia general y en posición de navaja sevillana. Se colocó un separador de Lone Star® en el margen anal, se expuso el canal anal y se realizó tracción del prolapso. Se inició la disección submucosa circunferencial a 1 cm de la línea pectínea. Se continuó con la infiltración de solución salina hipertónica con adrenalina para facilitar la disección y la liberación total de la mucosa redundante. Se comprobó adecuada hemostasia y se procedió a la plicatura muscular con 6 puntos de polidioxanona 2-0. Posteriormente, se realizó la resección de la mucosa, logrando la corrección del prolapso. Finalmente, se realizó la sutura de la mucosa con polidioxanona 2-0, comenzando con la colocación de puntos en los cuatro cuadrantes. Se retiró el retractor sin complicaciones (Fig. 1).

Evolución posoperatoria

La paciente no presentó complicaciones posoperatorias inmediatas y fue dada de alta el primer día posoperatorio. Asistió a control a los 15 y 30 días del procedimiento, encontrándose la corrección completa del prolapso rectal, sin nuevos episodios de proctorragia y con mejoría de la incontinencia fecal, expresada por un puntaje de 12 en la escala de Wexner. En el último control posoperatorio, a los 3 meses, presentó una escala de Wexner de 8, atribuida a la persistencia ocasional

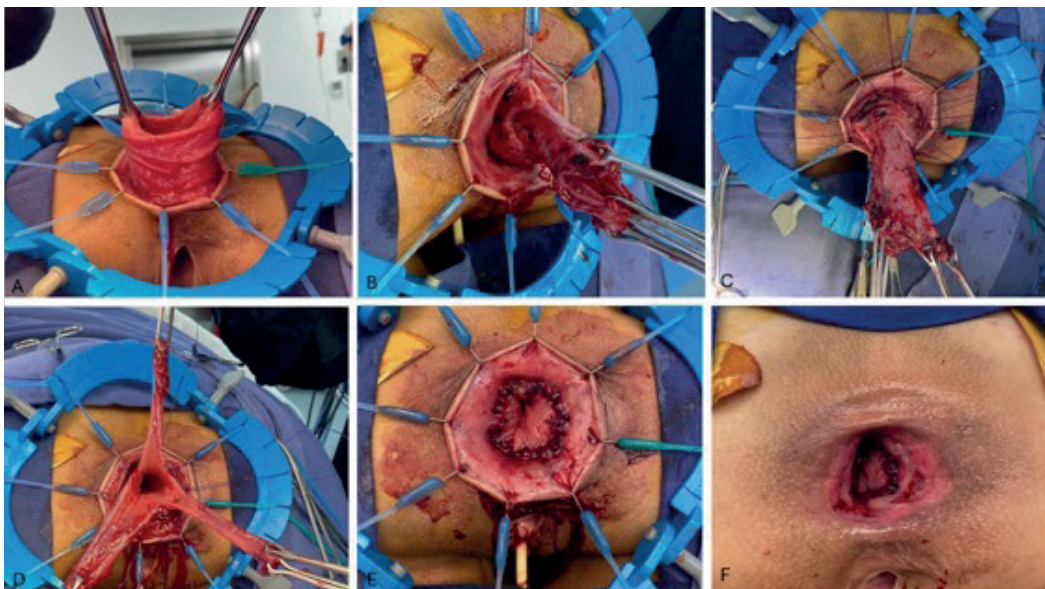


Figura 1. Procedimiento de Delorme en posición de navaja sevillana. **A.** Colocación del separador de Lone Star® y exteriorización del prolapso con pinzas. **B.** Disección submucosa circunferencial. **C.** Colocación y reparo de los puntos para la plicatura muscular. **D.** Puntos musculares anudados y preparación de la mucosa previamente a su resección y sutura. **E.** Sutura mucosa completada. **F.** Resultado final.

de incontinencia para sólidos y líquidos, así como al uso de apósitos, pero con disminución en la alteración del estilo de vida. Se recomendó continuar con rehabilitación y terapias de piso pélvico. No se realizó manometría posoperatoria

DISCUSIÓN

El prolapso rectal es una intususcepción del recto que incluye todas sus capas y sobresale más allá del canal anal, ocasionado principalmente por un debilitamiento progresivo del diafragma muscular que genera un desbalance en el piso pélvico. Se presenta en menos del 0,5% de la población, el 70% de los casos en mujeres y con un pico en mayores de 70 años. Su impacto en la calidad de vida es notable, ya que se asocia estrechamente con la incontinencia fecal. Clínicamente, se identifica por la protrusión de la pared rectal durante maniobras de Valsalva o incluso en reposo durante el examen físico.¹

La mayoría de los pacientes desarrollan un cuadro de obstrucción durante la defecación, lo que conlleva a un esfuerzo defecatorio que daña progresivamente el esfínter anal. En algunos casos, existe una neuropatía pudenda asociada que provoca la distensión del recto y la inhibición refleja del esfínter anal interno, reduciendo la presión anal en reposo favoreciendo la incontinencia fecal.^{1,2}

Los abordajes para su tratamiento incluyen técnicas abdominales y perineales. Históricamente, se ha considerado que las técnicas perineales tienen mayor recidiva que las abdominales, con tasas que pueden alcanzar hasta el 40%. André D'Hoore, ha introducido la técnica de rectopexia ventral laparoscópica, reportando bajas tasas de recidiva a largo plazo y resultados funcionales adecuados, incluso en pacientes nonagenarios y con comorbilidades, no aptos para una cirugía por vía abdominal tradicional.^{5,6} Sin embargo, contrario a lo que se pensaba tradicionalmente, varios estudios recientes han reportado en las vías perineales tasas de recidiva tan bajas como del 10%, asociadas a una baja tasa de complicaciones. Según la Declaración de Consenso de la Sociedad Italiana de Cirugía Colorrectal de 2018, estos procedimientos realizados por abordaje perineal son considerados de primera línea para los pacientes no aptos para abordajes abdominales (abiertos o laparoscópicos), tales como adultos mayores, con muchas comorbilidades y/o con variantes anatómicas. Es importante mencionar que no se especifica cuáles variantes anatómicas se tomaron en cuenta para dicha recomendación.⁵

El procedimiento de Delorme fue descrito originalmente en 1990. La operación consiste en la exéresis de la mucosa del recto prolapsado, seguida de la plicatura del músculo remanente desnudo y la reaproximación de la mucosa con sutura. Su principal ventaja es que evita la resección del colon o

recto, eliminando la necesidad de una anastomosis de alto riesgo.⁷ Aunque tradicionalmente se ha reportado una alta tasa de recurrencia, en manos expertas y con una adecuada selección de pacientes, diversos estudios más recientes han demostrado que esta tasa puede ser tan baja como la de otros procedimientos (10%).⁵ No se encontró información específica sobre el uso de este procedimiento en escenarios de pelvis complicada, pero, basándose en las recomendaciones del consenso para el manejo del prolapso rectal, constituye una excelente alternativa en pacientes con difícil acceso a la pelvis y en aquellos con alto riesgo de fuga anastomótica, como es el caso presentado en este reporte.⁵

El procedimiento quirúrgico óptimo debe sopesar los factores individuales del paciente y los propios del procedimiento para determinar la vía de abordaje ideal. Aunque cada vez más se favorecen las técnicas laparoscópicas sobre los abordajes perineales, esta evidencia es aún controvertida, dado que resulta difícil realizar ensayos clínicos aleatorizados en una patología con baja incidencia y que presenta una escasa consulta debido a la vergüenza y el estigma social.

En la actualidad, el estudio PROSPER,³ el ensayo clínico aleatorizado más grande que compara tratamientos quirúrgicos para el prolapso rectal, no encontró diferencias estadísticamente significativas entre los abordajes perineales y abdominales con respecto a la recidiva, siendo en ambos casos cercana al 11%. Resulta notable el aumento en la tasa de recidiva encontrado en los abordajes abdominales, posiblemente asociado a la inclusión de cirujanos con menos experiencia en estas técnicas, lo que contrasta con lo comunicado previamente en la literatura.⁵ Sin embargo, este ensayo no estuvo exento de limitaciones, tales como problemas de reclutamiento y seguimiento, lo que disminuyó su poder para detectar diferencias pequeñas en los resultados de calidad de vida. Por último, consideramos que todo lo discutido previamente justifica la recomendación actual de definir de manera individualizada el abordaje del prolapso rectal, según la experiencia del cirujano y las condiciones particulares del paciente.

CONCLUSIÓN

Si bien un número creciente de expertos se inclina por las técnicas laparoscópicas frente a los abordajes perineales, la evidencia disponible aún no permite establecer una superioridad clara entre ambas opciones. Esta decisión debe realizarse considerando cada paciente de manera individual, teniendo en cuenta su sintomatología predominante, características clínicas y antecedentes personales.

En el presente caso, dado los antecedentes clínicos poco frecuentes que complicaban la anatomía y desfavorecían el

abordaje abdominal, se optó por la técnica perineal de Delorme, con resultados favorables. Este procedimiento presenta un bajo riesgo de complicaciones inmediatas y bajas tasas de recidiva, por lo que debería considerarse como una opción de manejo en casos seleccionados.

REFERENCIAS

1. Schiergens TS, Thomas MN, Thasler WE. Rectal Prolapse. *J Gastrointest Surg.* 2012;16(12):2336-7.
2. Cunin D, Siproudhis L, Desfourneaux V, Berkelmans I, Meunier B, Bretagne JF, et al. No Surgery for Full-Thickness Rectal Prolapse: What Happens with Continence? *World J Surg.* 2013;37(6):1297-302.
3. Senapati A, Gray RG, Middleton LJ, Harding J, Hills RK, Armitage NCM, et al. PROSPER: A Randomised Comparison of Surgical Treatments for Rectal Prolapse. *Colorectal Dis.* 2013;15(7):858-68.
4. Smedberg J, Graf W, Pekkari K, Hjern F. Comparison of Four Surgical Approaches for Rectal Prolapse: Multicentre Randomized Clinical Trial. *BJS Open.* 2022;6(1):zrab140.
5. Gallo G, Martellucci J, Pellino G, Ghiselli R, Infantino A, Pucciani F, et al. Consensus Statement of the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR): Management and Treatment of Complete Rectal Prolapse. *Tech Coloproctol.* 2018;22(12):919-31.
6. Consten EC, van Iersel JJ, Verheijen PM, Broeders IA, Wolthuis AM, D'Hoore A. Long-term Outcome After Laparoscopic Ventral Mesh Rectopexy: An Observational Study of 919 Consecutive Patients. *Ann Surg.* 2015;262(5):742-47; discussion 47-8.
7. Watkins BP, Landercasper J, Belzer GE, Rechner P, Knudson R, Bintz M, et al. Long-term Follow-up of the Modified Delorme Procedure for Rectal Prolapse. *Arch Surg.* 2003;138(5):498-502; discussion 502-3.