

Intususcepción recto rectal. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico

Gómez Claudio, Hurvitz M.

Instituto de Coloproctología. Bahía Blanca. Argentina.

Resumen

La intususcepción recto rectal (IRR) es una invaginación o un telescopaje de la pared rectal dentro del mismo recto durante la defecación, muchas veces ocasionando la obstrucción de la misma y que es fácilmente reconocible durante la defecografía. De cualquier manera, la etiología y los mecanismos fisiopatológicos subyacentes de la IRR son menos conocidos, aunque el esfuerzo defecatorio está dentro de los mecanismos causales.

Pacientes y método

7 pacientes, sexo femenino, promedio de edad 62 años (rango 34-74), a las cuales les diagnosticamos la IRR con el interrogatorio, el examen rectal digital y la defecografía. 3 pacientes tenían previamente una histerectomía.

Resultados

Operamos 7 pacientes con diagnóstico defecográfico de IRR con obstrucción defecatoria del tracto de salida. A todos se les realizó una operación tipo Dixon, resección anterior, con anastomosis ultrabaja o baja. No tuvimos ninguna fuga anastomótica ni ninguna complicación quirúrgica intraabdominal. Las pacientes tuvieron resolución de sus síntomas completamente, con un período de seguimiento promedio de 3,5 años.

Conclusiones

La IRR es una entidad bien definida, de fácil diagnóstico con la defecografía y con un tratamiento quirúrgico con buenos resultados funcionales.

Palabras clave: Intususcepción recto rectal- defecografía-diagnóstico-tratamiento quirúrgico

Abstract

Recto rectal intussusceptions (RRI) is defined as the circumferential, full thickness infolding of the mid-rectum inside the distal rectum during straining, many times producing outlet syndrome and obstructed defecation. This entity is easy to identify in the defecography. However, the etiology and the physiological mechanism underlying this issue are less known, although the straining to evacuate is one of them.

Patients and method

We operated 7 female patients, to whom we diagnosed the RRI with anamnesis, digital exam of the ano/rectum and defecography.

Results

We operated 7 female patients with defecographycal diagnosis of RRI with obstructed evacuation (outlet syndrome). To all of them we did a Dixon procedure, we mean low anterior resection with low or ultra low anastomosis to the rectum, depending on the length of the rectum and the technical possibility to reach easy to the lower rectum. We didn't have nor anastomic leak neither intra abdominal or surgical complication.

Conclusions

RRI is now a well defined entity, with easy diagnosis with defecography and it has a surgical treatment with good results.

Key words: Rectoanal intussusception, defecography, diagnosis, surgical treatment

Introducción

La intususcepción recto rectal (IRR) es una invaginación o un telescopaje de la pared rectal dentro del mismo recto durante la defecación, muchas veces ocasionando la obstrucción de la misma y que es fácilmente reconocible durante la defecografía. De cualquier manera, la etiología y los mecanismos fisiopatológicos subyacentes de la IRR son menos conocidos, aunque el esfuerzo defecatorio está dentro de los mecanismos causales. La IRR es sinónimo de prolapso interno de recto, procidencia rectal, prolapso rectal oculto y prolapso intrarrectal, para nombrar algunos.¹

La severidad de la IRR ha sido clasificado estableciendo grados, desde la no relajación esfinteriana (grado I), a leve (grado II), moderado (grado III) o severo (grado IV) de IRR, hasta el prolapso rectal completo (grado V).² Los pacientes con una gran IRR (> 10 mm de invaginación de la pared rectal) tienen hallazgos manométricos similares a los pacientes con prolapso rectal completo, lo cual incrementa la incidencia de ausencia del reflejo recto anal inhibitorio, presiones más bajas tanto de reposo como en el esfuerzo, y menor capacidad rectal.³ Así y todo, pocos pacientes desarrollan prolapso rectal completo.⁴ Muchos creen que la IRR representa un estado intermedio de un desorden defecatorio anatómico y funcional que puede llegar al prolapso rectal completo.^{5 6} Así y todo muchos otros creen que es solo una exageración de una variación normal funcional del mecanismo rectal de la defecación, ya que los autores han visto que pocos de estos pacientes evolucionan hacia el prolapso rectal completo.^{7 8 9} El prolapso rectal oculto se manifiesta generalmente por constipación, del tipo obstrucción del tracto de salida o síndrome de outlet, evacuación incompleta y tenesmo permanente. La pérdida de moco o sangre por ano no es infrecuente.

¹ Choi JS, Hwang YH, Salum MR, et al. Outcome and management of patients with large rectoanal intussusception. *Am J Gastroenterol* 2001;96:740–744

² Fleshman JW, Kodner IJ, Fry RD. Internal intussusceptions of the rectum: a changing perspective. *Neth J Surg* 1989;41:145–148

³ Metcalf AM, Loening BV. Anorectal function and defecation dynamics in patients with rectal prolapse. *Am J Surg* 1988;155:206–221

⁴ Mellgren A, Schultz I, Johansson C, Dolk A. Internal rectal intussusception seldom develops into total rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1997;40:817–820

⁵ Broden B, Snellman B. Procidentia of the rectum studied with cinematography: a contribution to the discussion of causative mechanism. *Dis Colon Rectum* 1968;11:330–47.

⁶ Sun WM, Read NW, Donnelly TC, et al. A common pathophysiology for full thickness rectal prolapse, anterior rectal mucosal prolapse and solitary rectal ulcer. *Br J Surg* 1989;76:290–5.

⁷ Ihre T, Seligson U. Intussusception of the rectum internal procidentia: treatment and results in 90 patients. *Dis Colon Rectum* 1975;18:391–6.

⁸ Mellgren A, Schultz I, Johansson C, Dolk A. Internal rectal intussusception seldom develops into total rectal prolapse. *Dis Colon Rectum* 1997;40:817–20.

⁹ Choi JS, Hwang YH, Salum MR, et al. Outcome and management of patients with large rectoanal intussusception. *Am J Gastroenterol* 2001;96:740–4.

Tanto la etiología como el tratamiento de la IRR es controversial y objeto de intensos debates. Por supuesto muchos autores recomiendan solo el tratamiento conservador, que incluye dieta rica en fibras, uso de laxantes y entrenamiento defecatorio del tipo biofeedback.^{10 11 12 13}

Ahora bien, dentro del tratamiento quirúrgico algunos investigadores han propuesto la rectopexia como posible solución a la IRR aunque los resultados varían desde pobres a malos, a pesar de la corrección del prolapso.^{14 15 16 17}

En este trabajo planteamos el diagnóstico sencillo y el tratamiento quirúrgico, resectivo, de esta patología, así como los resultados a corto y largo plazo. Se hace hincapié en la resolución de los síntomas preoperatorios.

Pacientes y método

7 pacientes mujeres a los cuales les diagnosticamos la IRR con el interrogatorio, el examen rectal digital y la defecografía, como la hemos descrito anteriormente.

Todas las pacientes solo tenían intususcepción y no patologías combinadas con rectocele o descenso perineal. 3 pacientes tenían previamente una histerectomía.

Aunque usamos la clasificación de Wexner de IRR el cual la divide en dos grados dependiendo de la longitud del segmento intususceptado:

- 1er grado: < 10 mm de pared rectal intususceptada
- 2do grado: > 10 mm de pared rectal intususceptada,¹⁸

todas nuestras pacientes poseían IRR mayor a 20 mm, por lo que realmente este tipo de clasificación solo nos guió para tener un parámetro bibliográfico.

También tomamos la clasificación de Marti, para los pacientes que tenían patología asociada:

¹⁰ Keighley MRB, Shouler P. Clinical and manometric features of the solitary rectal ulcer syndrome. *Dis Colon Rectum* 1984;27:507–12.

¹¹ Fleshman JW, Kodner IJ, Fry RD. Internal intussusceptions of rectum: a changing perspective. *Neth J Surg* 1989;41:145–8.

¹² Kuijpers HC, Schreve RH, Ten Cate Hoedemakers HC. Diagnosis of functional disorders of defecation causing solitary rectal ulcer syndrome. *Dis Colon Rectum* 1986;29:126–9.

¹³ Dahl J, Lindquist BL, Tysk C, Leissner P, Philipson L, Jarnerot G. Behavioral medicine treatment in chronic constipation with paradoxical sphincter contraction. *Dis Colon Rectum* 1991;34:769–76.

¹⁴ Christiansen J, Zhu BW, Rasmussen OO, Sorensen M. Internal intussusception: results of surgical repair. *Dis Colon Rectum* 1992;35:1026–9.

¹⁵ Christiansen J, Hesselfeldt P, Sorensen M. Treatment of internal rectal intussusception in patients with chronic constipation. *Scand J Gastroenterol* 1995;30:470–2.

¹⁶ Graf W, Karlbom U, Pahlman L, *et al.* Functional results after abdominal suture rectopexy for rectal prolapse or intussusception. *Eur J Surg* 1996;162:905–11.

¹⁷ Lazorthes E, Gamagami R, Cabarro R, Muhammad S. Is rectal intussusception a cause of idiopathic fecal incontinence? *Dis Colon Rectum* 1998;41:602–5.

¹⁸ Lau CW, Heymen S, Alabaz O, Iroatulam AJ, Wexner SD. Prognostic significance of rectocele, intussusception, and abnormal perineal descent in biofeedback treatment for constipated patients with paradoxical puborectalis contraction. *Dis Colon Rectum* 2000;43:478–82

- Tipo I: rectocele digitiforme
- Tipo 2: gran saculación con prolapso rectal mucoso anterior
- Tipo 3: rectocele asociado con intususcepción y/o prolapso rectal.¹⁹

La defecografía no difiere mucho de la descrita por Andromanakos.²⁰ La hemos modificado con la introducción de contraste solo en el recto hasta el sigmoides y tomando las radiografías clásicas de reposo, esfuerzo, defecación y post evacuación. Todas las radiografías son tomadas en posición sentada y de perfil. También grabamos en tape el estudio.

Resultados

Operamos 7 pacientes mujeres con diagnóstico defecográfico de IRR con obstrucción defecatoria del tracto de salida objetivada en el mismo estudio como la imposibilidad de la evacuación del contraste por el mecanismo valvular obstructivo de la misma intususcepción. A todas se les realizó una operación tipo Dixon, resección anterior, con anastomosis ultrabaja o baja. No tuvimos ninguna fuga anastomótica ni ninguna complicación quirúrgica intraabdominal. Tuvimos dos íleos postoperatorios que requirieron dos días más de internación. En el control al mes, a los seis meses y al año las pacientes manifestaban una clara resolución de sus síntomas así como una calidad de vida totalmente normal, tanto en lo social y en lo sexual.

Discusión

El desarrollo de la IRR durante el esfuerzo defecatorio en aproximadamente la mitad de la población normal²¹ y los pobres resultados funcionales después de la rectopexia para el tratamiento de esta condición, han puesto de manifiesto que el manejo de esta patología es muy controversial.^{22 23 24 25} Aunque algunos no pocos autores han manifestado su

¹⁹ Marti MC, Deleaval J, Roche B. Rectoceles: value of videodefecography in selection of treatment policy. *Colorect Dis* 1999;40:188–91.

²⁰ Andromanakos N, Skandalakis P, Troupis T, Filippou D. Constipation of anorectal outlet obstruction: pathophysiology, evaluation and management. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:638–46.

²¹ Shorvon PJ, McHugh S, Diamant NE, *et al.* Defecography in normal volunteers: results and implications. *Gut* 1989;30:1737–49.

²² Choi JS, Hwang YH, Salum MR, *et al.* Outcome and management of patients with large rectoanal intussusception. *Am J Gastroenterol* 2001;96:740–4.

²³ Orrom WJ, Bartolo DC, Miller R, *et al.* Rectopexy is an ineffective treatment for obstructed defecation. *Dis Colon Rectum* 1991;34:41–6.

²⁴ Christiansen J, Hesselfeldt P, Sorensen M. Treatment of internal rectal intussusception in patients with chronic constipation. *Scand J Gastroenterol* 1995;30:470–2.

²⁵ Graf W, Karlbom U, Pahlman L, *et al.* Functional results after abdominal suture rectopexy for rectal prolapse or intussusception. *Eur J Surg* 1996;162:905–11.

preferencia por la rectopexia para el tratamiento quirúrgico de la intususcepción, aquella no ha dado los resultados esperados, sobre todo a largo plazo.²⁶

Algunos autores consideran a la IRR como una variante normal del proceso defecatoria o una consecuencia de la obstrucción defecatoria por otros motivos, más que una causa de ella. Otros soportan la posición que la IRR es una entidad separada que puede causar síntomas de obstrucción defecatoria, se presente o no con otros desórdenes defecatorios. Por este motivo muchos recomiendan la rectopexia como posible solución para este defecto anátomo funcional.^{27 28 29}

De acuerdo a los hallazgos de estas investigaciones, habría mucha variedad en asociación con otras patologías y la IRR, las cuales todas se presentarían con obstrucción defecatoria como síntoma. Y aunque muchos pacientes no lleguen nunca al prolapso rectal completo, desarrollan una severa obstrucción defecatoria que afecta mucho su calidad de vida. Muchos de ellos tendrán en la defecografía hallazgos simultáneos como rectoceles, enteroceles u otros desordenes del piso pelviano.^{30 31 32}

Aunque el tratamiento conservador, como la dieta y el biofeedback, pueden corregir ciertas patologías funcionales como la contracción del puborrectal, la úlcera rectal solitaria y ciertos grados de incontinencia, usualmente para la IRR este tipo de tratamiento ha fallado posiblemente porque subyacente existen defectos anatómicos que no pueden resolverse solo con tratamiento médico. En estos casos, la cirugía sería la única alternativa. En nuestros pacientes el tratamiento había fracasado rotundamente no llegando siquiera a modificar en algo la calidad de vida de las pacientes. Todas tenían una intususcepción mayor a 20 mm en las defecografías.

Volvemos a mencionar los pobres resultados de la rectopexia en este tipo de entidad, ya que muchas veces no solo corrige el defecto subyacente sino que agrava los síntomas de constipación, hasta agregando algunos otros como como incontinencia o urgencia defecatoria.^{33 34 35}

²⁶ Graf W, Karlbom U, Pahlman L, *et al.* Functional results after abdominal suture rectopexy for rectal prolapse or intussusception. *Eur J Surg* 1996;162:905–11.

²⁷ Choi JS, Hwang YH, Salum MR, *et al.* Outcome and management of patients with large rectoanal intussusception. *Am J Gastroenterol* 2001;96:740–4.

²⁸ Orrom WJ, Bartolo DC, Miller R, *et al.* Rectopexy is an ineffective treatment for obstructed defecation. *Dis Colon Rectum* 1991;34:41–6.

²⁹ Tets Van WF, Kuijpers JH. Internal rectal intussusception—fact or fancy? *Dis Colon Rectum* 1995;38:1080–3.

³⁰ McCue JL, Thompson JP. Rectopexy for internal rectal intussusception. *Br J Surg* 1990;77:632–4.

³¹ 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.

³² Womack NR, Williams NS, Holmfield Mist JH, Morrison JF. Anorectal function in the solitary rectal ulcer syndrome. *Dis Colon Rectum* 1987;30:319–23.

³³ Xynos E, Chrysos E, Tsiaoussis J, Epanomeritakis E, Vassilakis JS. Resection rectopexy for rectal prolapse. The laparoscopic approach. *Surg Endosc* 1999;13:862–4.

Entonces, sobre la base del concepto que la resección con o sin rectopexia, como la usamos nosotros en nuestras pacientes, ofrece los mejores resultados, por lo menos desde el punto de vista funcional y clínico, es que hemos seguido a otros autores en esta línea de pensamiento. Para el sexto mes y al año todas las pacientes tuvieron una excelente respuesta clínica y funcional sin ningún trastorno defecatorio y con una calidad de vida plena. Los trastornos funcionales como urgencia y tenesmo postoperatorios se deben principalmente a la inflación del recto por la cirugía, los que resuelven en unas semanas, ya que como mencionamos, en los primeros seis meses las pacientes estaban completamente asintomáticas. Hacemos relevancia que todas las pacientes solo tenían intususcepción y no patologías combinadas con rectocele o descenso perineal. Tal vez por este motivo nuestros resultados son alentadores.

No sabemos si la intususcepción es un prólogo al prolapso rectal completo porque no hemos tenido seguimiento de pacientes no operados con esta patología. Lo que si podríamos aseverar que los síntomas obstructivos se resuelven cuando los pacientes tienen diagnóstico de certeza de intususcepción mediante la defecografía y se los somete a una resección anterior sin rectopexia.

Conclusiones

La IRR es una entidad bien definida, de fácil diagnóstico con la defecografía y con un tratamiento quirúrgico con buenos resultados funcionales.

³⁴ Luukkonen P, Mikkonen P, Jarvinen H. Abdominal rectopexy with sigmoidectomy versus alone for rectal prolapse: a prospective, randomized study. *Intern J Colorectal Dis* 1992;7:219–22.

³⁵ McKee RF, Lauder JC, Poon FW, Aitchison MA, Finlay IG. A prospective randomized study of abdominal rectopexy with and without sigmoidectomy in rectal prolapse. *Surg Gynecol Obstet* 1992;174:145–8.