



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“ENTEROTOMIA Y PROLAPSO RECTAL”

DOCENTE: ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ.

**MATERIA: CLÍNICAS QUIRÚRGICAS
COMPLEMENTARIAS.**

ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.

TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.

PROLAPSO RECTAL.

Se refiere a una saliente circunferencial de espesor total del recto a través del ano.

En adultos es mucho más común este trastorno en mujeres, con una proporción mujeres:varones de 6:1.

El prolapso se torna más frecuente con la edad en mujeres y llega al máximo en la séptima década de la vida.

En varones, la prevalencia no se relaciona con la edad.

Síntomas:

- Tenesmo.
- Sensación de expulsión de tejido por el ano que puede reducirse o no de forma espontánea.
- Sensación de evacuación incompleta.

Los individuos también refieren múltiples molestias funcionales, desde incontinencia y diarrea hasta estreñimiento, y obstrucción de la desembocadura.

El tratamiento principal del prolapso rectal es el quirúrgico.

Se han descrito más de 100 procedimientos diferentes para tratar esta afección.

Las operaciones pueden clasificarse en abdominales o perineales.

Abdominal.

Se incluyen tres métodos principales:

- reducción de la hernia perineal y cierre del fondo del saco (reparación de Moschcowitz).
- fijación del recto con un cabestrillo de prótesis (rectopexia de Ripstein y Wells) o mediante rectopexia con sutura.
- resección del colon sigmoide redundante.

En algunos casos se combina la resección con fijación rectal (rectopexia con resección).

La rectopexia abdominal, con o sin resección, también se practica cada vez más por vía laparoscópica.

Perineal.

Se dirigen a apretar el ano con una diversidad de materiales prostéticos, rizar la mucosa rectal (procedimiento de Delorme) o resecar el intestino prolapsado del perineo (rectosigmoidectomía perineal o procedimiento de Altemeier).

ENTEROTOMÍA.

Consiste en la realización de una incisión en la pared del intestino que penetre hasta su luz.

Generalmente está indicada para la eliminación de cuerpos extraños cuando la viabilidad de los intestinos no esté cuestionada.

También puede emplearse para acceder a la luz con otras finalidades (por ejemplo, para acceder a la papila duodenal para cateterizar el conducto biliar común).

Técnica.

Realizar una laparotomía media.

Examinar todo el intestino (craneal y caudalmente al cuerpo extraño).


Una vez localizado el cuerpo extraño aislar con paños o gasas estériles la zona.

Realizar con una hoja de bisturí una incisión lo suficientemente grande para que salga el cuerpo extraño sin desgarrar la pared.


Extraer el cuerpo extraño.

Si la mucosa protruye excesivamente puede ser recortada para favorecer la sutura.


Realizar la sutura: realizar puntos sueltos de aposición con un material sintético reabsorbible monofilamento (menos capilaridad) Monosyn del 3/0 o 4/0 con punta redonda o atraumática HR26 o bien HR28.



Como el prolapso rectal ocurre más a menudo en mujeres de edad avanzada, la elección de la operación depende en parte del estado médico total de la paciente.



La rectopexia abdominal (con resección del sigmoide o sin ella) es la reparación más durable y las recurrencias aparecen en menos de 10% de los enfermos.



En la rectosigmoidectomía perineal se evita una operación abdominal y puede ser preferible en personas de alto riesgo, pero se acompaña de una tasa de recurrencia más alta.

Bibliografía.

Leon, G., Tapia, J., Hurtado, M., Torres, R., & Magaña, J.. (2017). Tratado de cirugía general. México : El manual moderno.

Principios de Cirugía, Schwartz Ed., 9ª Ed. Ed.Interamericana/McGraw-Hill. Madrid, 2010.