

Caracterización de pacientes con procidencia rectal operados mediante la técnica de Lomas-Cooperman

Characterization of Patients with Rectal Prolapse Operated Using the Lomas-Cooperman Technique

Cintha Martínez Fernández¹ <https://orcid.org/0009-0009-0367-1364>

María Elena González Solares^{2*} <https://orcid.org/0000-0002-4952-4089>

Beatriz Bárbara Brunet Flores¹ <https://orcid.org/0009-0003-4234-176X>

¹Hospital Universitario "General Calixto García Íñiguez". La Habana, Cuba.

²Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: megsol@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La técnica de Lomas-Cooperman es una opción quirúrgica eficaz en pacientes ancianos con procidencia rectal.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes con procidencia rectal operados, mediante la técnica de Lomas-Cooperman.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo que incluyó 25 pacientes. Las variables fundamentales del estudio fueron la edad, el sexo, la historia obstétrica, el hábito intestinal, los antecedentes quirúrgicos y patológicos, y las complicaciones. Se aplicaron métodos de estadística descriptiva (frecuencias absolutas y relativas, media).

Resultados: Los pacientes con una media de edad de 73 años; 96 % el sexo femenino; 100 % multípara; 48 % incontinencia anal; 68 % con antecedentes quirúrgicos; 76 % con antecedentes patológicos; 24 % con infección del sitio operatorio; 16 % con

recurrencia y 12 % con rechazo al material quirúrgico.

Conclusiones: El sexo femenino, la edad por encima de los 60 años, la multiparidad, los trastornos del hábito intestinal y los antecedentes quirúrgicos sobre el suelo pélvico fueron factores asociados a la procidencia rectal. Las principales enfermedades asociadas fueron la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las enfermedades mentales, aunque esta última sin la asociación habitual a la procidencia rectal. La infección del sitio operatorio, la recurrencia y el rechazo al material quirúrgico fueron las principales complicaciones de los pacientes incluidos en el estudio y en concordancia con series similares.

Palabras clave: procidencia rectal; técnica de Lomas-Cooperman; incontinencia anal.

ABSTRACT

Introduction: The Lomas-Cooperman technique is an effective surgical option in elderly patients with rectal prolapse.

Objective: To characterize patients with rectal prolapse, operated on using the Lomas-Cooperman technique.

Methods: A descriptive, longitudinal, and prospective study was conducted, including 25 patients. The main study variables were age, sex, obstetric history, bowel habits, surgical and pathological history, and complications. Descriptive statistical methods were applied (absolute and relative frequencies and mean).

Results: The patients had a mean age of 73 years; 96% were female; 100% were multiparous; 48% had anal incontinence; 68% had a surgical history; 76% had a pathological history; and 24% had a surgical site infection. 16% with recurrence and 12% with rejection of surgical materials.

Conclusions: Female sex, age over 60, multiparity, bowel habit disorders, and a history of pelvic floor surgery were factors associated with rectal prolapse. The main associated diseases were hypertension, diabetes mellitus, and mental illness, although the latter was not typically associated with rectal prolapse. Surgical site infection, recurrence, and rejection of surgical materials were the main

complications in the patients included in the study, consistent with similar series.

Keywords: rectal prolapse; Lomas-Cooperman technique; anal incontinence.

Recibido: 05/08/2025

Aceptado: 24/10/2025

Introducción

El prolapso rectal es una enfermedad poco frecuente que impacta en la calidad de vida del paciente, sobre todo cuando se asocia a la incontinencia o el estreñimiento. Se define como la protrusión indolora del recto a través del ano y la procidencia resulta el prolapso completo de toda la pared del recto. El diagnóstico se realiza mediante la inspección y, por lo general, el tratamiento quirúrgico constituye la elección para lograr la curación.^(1,2,3,4)

Resulta más frecuente la ocurrencia en edades extremas de la vida.^(1,2,5) En pacientes más jóvenes existe una asociación de enfermedades del espectro autista o síndromes con retardo en el desarrollo, o historia de enfermedades psiquiátricas.^(2,6)

Más de la mitad de los pacientes presentan neuropatía del pudendo, que puede ser responsable de la atrofia de la musculatura del esfínter externo, vinculada a la denervación del plexo.^(7,8,9) Esta entidad puede aparecer aislada o manifestarse, además, con otros problemas del suelo pelviano, como el rectocele, enterocele, cistocele y el prolapso uterino o vaginal.⁽¹⁰⁾

La multiplicidad de técnicas y las posibles variantes de enfermedades asociadas llevan a considerar que las vías de abordaje abdominal, con la variante hoy laparoscópica, la cirugía robótica asistida y las vías perineales, deben ser consideradas para cada caso en particular.^(4,10) Sin embargo, esta afección provoca controversias, ya que recientes publicaciones^(4,11) avalan el abordaje perineal como un método de posible elección en todo tipo de pacientes.

Los datos poblacionales nacionales sobre la procidencia rectal son escasos y no existen estudios de la aplicación de la técnica de Lomas-Cooperman en los pacientes con procidencia rectal.

En el Hospital Universitario “General Calixto García Íñiguez”, había una profesora experta en afecciones del suelo pélvico, la Dra. Inés Sánchez Gay, la cual falleció el 24 de mayo de 2024, quien sugirió y guio la realización de esta investigación, que no pudo verla finalizada. Sin embargo, se trató de seguir su legado y, con la ayuda de otros profesores, se logró el objetivo propuesto de caracterizar a los pacientes con procidencia rectal operados mediante la técnica de Lomas-Cooperman.^(12,13,14)

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo entre enero de 2020 y diciembre de 2023, en el Servicio Coloproctología del Hospital Universitario “General Calixto García Íñiguez”, de La Habana.

La población fue con todos los pacientes con diagnóstico de procidencia rectal que resultaron operados, mediante la técnica de Lomas-Cooperman.

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión en los pacientes con 19 años de edad o más.

En el caso de los criterios de exclusión fueron en pacientes con datos insuficientes para el completamiento del estudio y pacientes con tumores anorrectales concomitante.

Los criterios de salida consistieron en pacientes que después de haber iniciado el estudio no desearon continuar y los pacientes que no acudieron a las consultas programadas, posteriormente de la cirugía.

La muestra quedó conformada por 25 pacientes con procidencia rectal, que fueron operados mediante la técnica de Lomas-Cooperman, en el Hospital Universitario “General Calixto García Íñiguez”, entre enero de 2020 y diciembre de 2023, y que cumplieron con los de criterios de selección.

Se utilizaron los métodos de estadística descriptivas, y las medidas de resumen para datos cualitativos y cuantitativos (cifras absolutas, porcentajes, media con su desviación estándar).

Para la obtención del dato primario, se revisaron las historias clínicas de los 25 pacientes que quedaron incluidos en el estudio. Como fuente secundaria, también se revisaron los informes operatorios y los datos del registro médico de la institución. Las variables se organizaron en una planilla de recolección de datos elaborada al efecto.

Los elementos recogidos en la planilla de recolección de datos se utilizaron para la confección de una base de datos digital, mediante la herramienta Excel del Office 2013 para Windows 10. Dicha base de datos se procesó estadísticamente a través del paquete SPSS versión 22.0 de 2013 para Windows, con la aplicación de medidas de frecuencia para variables cuantitativas como la edad y de estadística descriptiva para las variables cualitativas. Los resultados se representaron en forma de gráficos y tablas para mejor comprensión.

Las variables estudiadas fueron:

- Edad: años que el paciente tenía en el momento de la cirugía. Como indicador de la media.
- Sexo: según sexo biológico del paciente (femenino o masculino). Como indicador de la frecuencia absoluta y relativa.
- Historia obstétrica: partos anteriores o no. Se categorizará en nulípara (sin partos) y multípara (con uno o más partos). Como indicador de la frecuencia absoluta y relativa.
- Hábito intestinal: según función intestinal, incontinencia (cuando existía pérdida del control intestinal), estreñimiento (dificultad para evacuar regularmente) y normal (función intestinal sin problemas). Como indicador de la frecuencia absoluta y relativa.

- Antecedentes quirúrgicos: si el paciente tenía o no antecedentes de procedimientos quirúrgicos, relacionados con la región ano-rectal o ginecológica. Como indicador de la frecuencia absoluta y relativa.
- Antecedentes patológicos: según las condiciones médicas preexistentes (hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, enfermedad mental y otras) y sin antecedentes (si no se presentan). Como indicador de la frecuencia absoluta y relativa.
- Complicaciones posoperatorias: afecciones ocurridas durante el período posoperatorio, relacionadas con el proceder quirúrgico (infección del sitio operatorio, rechazo al material quirúrgico, recurrencia) y sin complicación (si no se presenta). Como indicador de la frecuencia absoluta y relativa.

Consideraciones éticas

El presente estudio fue aprobado por el consejo científico del Hospital Universitario “Calixto García Lñíguez”, de La Habana. La investigación se realizó conforme con los principios de la ética médica, las normas éticas institucionales y nacionales vigentes, y los principios de la Declaración de Helsinki.⁽¹⁵⁾ Se realizó con el consentimiento informado.

Resultados

La muestra quedó constituida por 25 pacientes, con prevalencia del sexo femenino (96 %) y un hombre (4 %). Predominaron los mayores de 60 años. En el grupo etario de 65-79 se encontró la mayoría de los pacientes, con 12 (48 %) y el 100 % de las pacientes femeninas del estudio refirieron más de un parto fisiológico.

La incontinencia anal predominó en 12 pacientes (48 %) y la mayoría de los pacientes tenían antecedentes quirúrgicos (17 pacientes-68 %). La hemorroidectomía fue el proceder que con mayor frecuencia y se realizó en cinco pacientes (20 %). La fisurectomía, la histerectomía y el prolapso uterino resultaron los procedimientos que le

siguieron por orden de frecuencia con dos pacientes en cada caso (8 %). No presentaron antecedentes quirúrgicos (8 pacientes-32 %).

La hipertensión arterial (HTA) constituyó la enfermedad con mayor prevalencia (18 pacientes-72 %). Le siguió por orden de frecuencia la diabetes mellitus (DM) (12 pacientes-48 %), y las enfermedades mentales (6 pacientes-24 %), y la obesidad (4 pacientes-16 %). Se presentaron otras enfermedades (9 pacientes-36 %), y el hipotiroidismo (5 pacientes-20 %). No presentaron antecedentes patológicos (6 pacientes-24 %) (tabla 1).

Tabla 1 - Distribución de los pacientes del estudio según antecedentes patológicos

Antecedentes patológicos		Pacientes n = 25	
		n	%
HTA		18	72
DM		12	48
Obesidad		4	16
Enfermedad mental		6	24
Otras	Arritmia	1	4
	Cardiopatía	1	4
	Hipotiroidismo	5	20
	EPOC	1	4
	LES	1	4
Sin antecedentes patológicos		6	24

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Las complicaciones asociadas al tratamiento quirúrgico fueron la infección del sitio operatorio (ISO) (3 pacientes-12 %), la recurrencia de la prociencia (4 pacientes-16 %) y el rechazo al material quirúrgico utilizado (3 pacientes-12 %). En el caso de 21 pacientes no presentaron complicaciones asociadas (84 %) (tabla 2).

Tabla 2 - Distribución de los pacientes del estudio según complicaciones

Complicaciones	Pacientes n = 25	
	n	%
Rechazo	3	12
Reurrencia	4	16
ISO	3	12
Sin complicaciones	21	84

Fuente: Planilla de recolección de datos.

Discusión

En la procidencia rectal, la edad mayor de 60 años y el sexo femenino son factores de riesgo que impactan sobre la mayor incidencia y prevalencia de la enfermedad.^(1,2,5)

Los resultados del estudio realizado coinciden con los de *Mansilla* y otros,⁽¹⁶⁾ y *Yuda* y otros,⁽¹⁷⁾ que encontraron una media de edad de 80,04 y 74 años, y 90,9 % y 100 % de pacientes del sexo femenino, respectivamente.

La multiparidad resulta otro de los factores que se relacionan con la falla del suelo pélvico y, por ende, con el prolapso y la procidencia rectal.^(7,10,17)

Thompson y otros,⁽¹⁸⁾ publicaron un estudio sobre la incidencia de procidencia rectal en mujeres y el 77,8 % fueron multíparas. Los resultados del presente estudio coinciden con este.

Tanto la incontinencia anal como el estreñimiento forman parte de las manifestaciones clínicas de los pacientes con procidencia rectal y, también, constituyen condiciones que perpetúan y empeoran la afección.^(7,8,9)

Grimes y otros⁽¹⁹⁾ obtuvieron datos similares en una investigación que incluyó a 16 centros especializados de Estados Unidos y Canadá. La incontinencia anal estuvo

presente en el 52,8 % de los pacientes adultos con procidencia rectal.

En el presente estudio, el 68 % de los pacientes refirió antecedentes quirúrgicos, como la hemorroidectomía, la fisurectomía, la histerectomía y el prolapso uterino, lo que coincide con el estudio de *Cohee* y otros.⁽²⁰⁾ La mayoría de las series de casos con procidencia rectal operados con la técnica de Lomas-Cooperman presentan enfermedades asociadas y la selección del proceder está destinada para los pacientes de más edad y en que el riesgo anestésico es alto, lo que justifica que los porcentajes de enfermedades crónicas no transmisibles en estos grupos de pacientes sean superiores.^(2,6)

En Cuba, la HTA tiene una prevalencia para sujetos con 60 años o más, de 63 %; mientras que en el presente estudio los pacientes con HTA tuvieron una prevalencia de 72 % y en el caso de la DM de 21,05 %, en el presente estudio fue de 48 %.⁽²¹⁾ Esto coincide con *Yuda* y otros.⁽¹⁷⁾

En cuanto a la alta frecuencia de enfermedades mentales en el presente estudio (24 %) y a pesar de que se ha documentado una asociación, sobre todo, en pacientes jóvenes con procidencia rectal y en dichas entidades,^(2,7) se puede guardar relación con la edad de los pacientes de 75 años o más, y donde el diagnóstico referido fue la demencia.

Las complicaciones más frecuentes en el presente estudio fueron la ISO, la recurrencia y el rechazo al material utilizado en el proceder. Se coincide con los resultados de *Mansilla* y otros,⁽¹⁶⁾ y de otros autores.^(19,20)

En recientes publicaciones,^(4,11) plantean que el abordaje perineal puede ser un método factible y eficaz en diferentes pacientes.

La procidencia rectal constituye un desafío para el cirujano colorrectal porque tiene que resolver en el mismo acto quirúrgico el problema anatómico y los trastornos funcionales. La elección del tratamiento quirúrgico debe ser personalizado y tener en cuenta varios factores como el estado físico del paciente, las enfermedades asociadas, la edad, la función intestinal basal y los posibles beneficios en la calidad de vida. Las metas en el tratamiento posoperatorio en esta entidad incluyen desde la prevención hasta el alivio del dolor.⁽¹⁰⁾

Esta técnica puede ser aplicada en los pacientes con procidencia rectal atendidos en los servicios de coloproctología.

Los resultados de este trabajo tienen como limitante el tamaño de la muestra.

En conclusión, los principales factores y enfermedades asociadas a la procidencia rectal fueron el sexo femenino, la edad por encima de los 60 años, la multiparidad, los trastornos del hábito intestinal, los antecedentes quirúrgicos sobre el suelo pélvico, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

La infección del sitio operatorio, la recurrencia y el rechazo del material quirúrgico utilizado fueron las principales complicaciones de los pacientes del estudio y en concordancia con series similares.

Referencias bibliográficas

1. Parswa A. Prolapso y procidencia rectal. Manual MSD Versión para profesionales; 2023 [acceso 25/03/2024]:1-5. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/trastornos-anorrectales/prolapso-y-procidencia-rectal>
2. Bordeianou L, Paquette I, Johnson E, Holubar S, Gaertner W, Feingold D, *et al.* Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Rectal Prolapse. Dis Colon Rectum. 2021;60:1121-31. DOI: <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000889>
3. Bordeianou L, Hicks C, Kaiser A, Alavi K, Sudan R, Wise P. Rectal Prolapse: an Overview of Clinical Features, Diagnosis, and Patient-Specific Management Strategies. J Gastrointest Surg. 2020 [acceso 25/03/2024];18:1059-69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24352613/>
4. Zanoni L, Bugallo F, González T, Balmaceda S, Colicigno M. Prolapso rectal. Relato oficial del 41 Congreso Argentino de Coloproctología. Rev Argent Coloproct. 2021 [acceso 25/03/2024];22:151-224. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-694386>
5. Kim D, Tsang C, Wong W, Lowry A, Goldberg S, Madoff R. Complete Rectal Prolapse: Evolution of Management and Results. Dis Colon Rectum. 2019;42:460-6.

DOI: <https://doi.org/10.1016/pdf.2019.00005891>

6. Madoff R, Mellgren A. One Hundred Years of Rectal Prolapse Surgery. *Dis Colon Rectum*. 2019 [acceso 25/03/2024];42:441-50. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10215042/>

7. Schultz I, Mellgren A, Dolk A, Johansson C, Holmström B. Long-term results and functional outcome after Ripstein rectopexy. *Dis Colon Rectum*. 2022;43:35-43. DOI:

<https://doi.org/10.1026/pdf.2022.00001793>

8. Schultz I, Mellgren A, Oberg M, Dolk A, Holmström B. Whole Gut Transit Is Prolonged after Ripstein Rectopexy. *Eur J Surg*. 2019 [acceso 26/03/2024];165:242-

7. Disponible en: <https://academic.oup.com/ejs/article/165/3/242/6041916>

9. Senagore A. Management of Rectal Prolapse: The Role of Laparoscopic Approaches. *Semin Laparosc Surg*. 2023;10:197-202. DOI:

https://doi.org/10.1086/index_pdf_studyrev/000-0012S2023

10. Pérez Q, Puerto L, Torres A, Cabanes R. Prolapso rectal completo. *Revista Cubana de Cirugía*. 2023 [acceso 26/03/2024];62(3):e1248. Disponible en:

https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

11. Gallo A, Gallo C, López N. Rectopexia anterior laparoscópica con malla. Una segura alternativa para manejo del prolapso rectal. *Acta Med*. 2020 [acceso 26/03/2024];18(2):5. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2020/am202n.pdf>

12. Rockbrant C, Rojas C, Caro P, Arias V, Arguedas O. Manejo quirúrgico del prolapso rectal: una revisión de la literatura. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*. 2019;9(6):11-20. Disponible en:

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/38494>

13. Cannon J. Evaluation, Diagnosis, and Medical Management of Rectal Prolapse. *Clin Colon Rectal Surg*. 2019 [acceso 27/03/2024];30(1):6. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articlesC5179269/pdf/10-1055-s-0036-1593431.pdf>

14. Emile S, Elbanna H, Youssef M, Thabet W, Omar W, Elshobaky A, et al. Laparoscopic Ventral Mesh Rectopexy vs. Delorme's Operation in Management of

- Complete Rectal Prolapse: A Prospective Randomized Study. Colorectal Disease. 2019;19 (1):50-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27225971/>
15. Médica Mundial A. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. An Sist Sanit Navar. 2009;24(2):209-12. DOI: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0522>
16. Mansilla E, Bannura G, Contreras J, Melo C, Soto D. Loma-Cooperman Technique for Rectal Prolapse in the Elderly Patient. Tech Coloproctol. 2006;10:106-10. DOI: <https://doi.org/10.1017/s10151-006-0261-6>
17. Yuda H, Fauzi A, Werdana V, Andrew J. Anal Encirclement Using Polypropylene Mesh for High Grade Complete Full-Thickness Rectal Prolapse: A Case Report. Int J Surg Case Rep. 2020;66:80-4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2019.11.042>
18. Thompson R, Chen H, Pettit P, Bridges M. Incidence of Complete Rectal Prolapse in Patients with Clinical Rectoceles and Defecatory Dysfunction. Am J Obstet Gynecol. 2022:1494-500. DOI: <https://doi.org/10.106/mob.2022.129162>
19. Grimes W, Stratton M. Pelvic Floor Dysfunction. Stat Pearls Publishing. 2023 [acceso 11/07/2024]:326-40. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559246/>
20. Cohee M, Hurff A, Gazewood J. Benign Anorectal Conditions: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2020 [acceso 12/07/2024];101(1): 24-33. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/0101/p24.html>
21. Ministerio Nacional de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2022. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos de Salud; 2023 [acceso 12/12/2023]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2022/04/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2022-ed-2023-compressed.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Conceptualización: Cinthya Martínez Fernández y María Elena González Solares.

Curación de datos: Cinthya Martínez Fernández y María Elena González Solares.

Investigación: Cinthya Martínez Fernández.

Metodología: María Elena González Solares.

Administración del proyecto: María Elena González Solares.

Recursos: Cinthya Martínez Fernández, María Elena González Solares y Beatriz Bárbara Brunet Flores.

Supervisión: María Elena González Solares y Beatriz Bárbara Brunet Flores.

Validación: María Elena González Solares y Beatriz Bárbara Brunet Flores.

Visualización: Cinthya Martínez Fernández, Beatriz Bárbara Brunet Flores y María Elena González Solares.

Redacción-revisión y edición: Cinthya Martínez Fernández y María Elena González Solares.