

INTERVENCIONES QUIRURGICAS DEL RECTO Y ANO

ANATOMIA QUIRURGICA:

EL RECTO. Comienza en la entrada de la pelvis y termina en el canal anal, ventral a la segunda o tercera vertebra coccígea (caudal). El musculo esfínter anal externo demarca el límite caudal del recto.

La mayor parte del recto está dentro de la cavidad peritoneal; sin embargo, un corto segmento continua en forma retroperitoneal antes de unirse al canal anal.

La porción craneal del recto está suspendida desde el sacro por medio del mesorrecto. La porción retroperitoneal del recto y el canal anal son soportados por los músculos del diafragma pélvico. La reflexión peritoneal en el perro está por debajo de la segunda vertebra coccígea y algo más hacia caudal en el gato. Las fosas parar rectales están formadas por la reflexión peritoneal a cada lado del recto.

Los estratos de la porción intraperitoneal del recto incluyen mucosa, submucosa, muscular (que consiste en una capa muscular lisa circular interna y otra longitudinal externa) y serosa. La porción caudal del recto carece de cobertura serosa.

En el perro la arteria rectal craneal irriga la mayor parte de la porción terminal del colon y el recto. Las arterias rectales media y caudal irrigan una porción variable y relativamente insignificante del recto.

En el perro, el recto intrapelvico tiene una irrigación menos adecuada que la porción proximal; por lo tanto, la arteria rectal craneal es preservada durante la cirugía rectal, a menos que se reseque la porción pélvica del recto.

En el gato, el recto intrapelvico presenta una irrigación adecuada por parte de las arterias rectales media y caudal u otros vasos.



El musculo esfínter anal interno es el engrosamiento caudal del estrato de musculo liso circular de la capa muscular del recto. El musculo esfínter anal externo es una gran banda circunferencial de musculo esquelético esencial para la continencia fecal. Los sacos anales se encuentran entre dos músculos a cada lado del ano. El canal anal esta irrigado por ramas de la arteria pudenda interna.

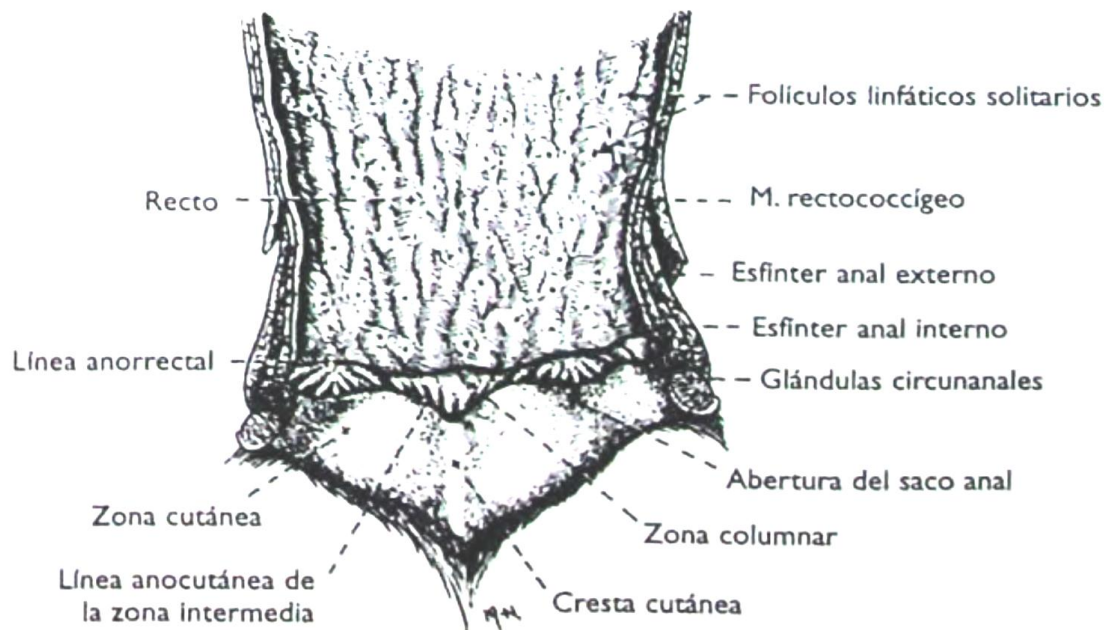


FIG. POSICION DISCAL DEL RECTO Y EL CANAL ANAL.

La reflexión peritoneal contiene fibras nerviosas autónomas del plexo pélvico que inerva el recto y al esfínter anal interno. El plexo pélvico está compuesta por fibras parasimpáticas provenientes de los nervios pélvicos y fibras simpáticas provenientes de los nervios hipogástricos. Las fibras parasimpáticas del plexo pélvico son excitatorias para el recto e inhibitorias para el esfínter anal interno. Las fibras simpáticas del nervio hipogástrico son inhibitorias para el recto y excitatorias para el esfínter anal interno.

La irrigación del esfínter anal externo proviene de las arterias perineales. La rama rectal caudal del nervio pudendo provee inervación motora al esfínter anal externo, mientras que la rama perineal proporciona inervación sensitiva.

REDUCCION DE PROLAPSO ANAL Y RECTAL EN CANINOS Y FELINOS

1. **DEFINICION:** El prolapso rectal (prolapso anal) es un protrusión o eversión de la mucosa rectal a través del ano.
Un prolapso puede describirse como parcial o completo.
En un *prolapso parcial o anal*, solo protruye la mucosa a través del orificio anal.
En un *prolapso completo o rectal*, todos los estratos del recto están protruyendo a través del orificio anal como una masa cilíndrica elongada.
2. **ETIOLOGIA:** Por lo general, el prolapso ocurre en pacientes secundario a tenesmo causado por enfermedades urogenitales o anorrectales. Aunque no se ha descrito

una predisposición por raza o sexo, puede haber un aumento de la incidencia en los animales más jóvenes.

Los factores predisponentes incluyen la parasitosis gastrointestinal, la colitis, la proctitis, los tumores (de colon, recto y ano), los cuerpos extraños rectales, la hernia perineal, la cistitis, las enfermedades prostáticas, la urolitiasis y la distocia.

Se desconoce si las anomalías anatómicas o funcionales en algunos animales pueden predisponerlos al desarrollo del prolapso.



3. INDICACIONES: Mucosa rectal y anal prolapsada

4. INSTRUMENTAL Y MATERIALES

Instrumentales generales

Solución salina

Lubricantes

Tubo de ensayo o vaina de jeringa.

5. SUJECCIÓN Y ANESTESIA.

Anestesia general o epidural.

Paciente en decúbito lateral o decúbito ventral con una almohadilla para elevar la región anal.

6. TECNICA

Los **prolapsos anales** son reducidos con facilidad en forma manual, usando solución salina y lubricantes.

Se debe limpiar la mucosa con solución isotónica tibia.

Algunos veterinarios han empleado dextrosa al 5% o derivados de levaduras vivas. En forma tópica, o furosemida en forma sistémica, para ayudar a reducir el edema.

Después de la reducción, se realiza una sutura en jareta con material monofilamento no absorbible a nivel mucocutanea, para estrechar el orificio anal.

Esta sutura es ajustada en grado suficiente como para evitar el prolapso de la mucosa pero permitiendo el pasaje de heces blandas a través del orificio ligeramente estrechado. Se puede introducir a través del ano la vaina de una jeringa o un dedo bien lubricado mientras se ajusta la sutura en jareta, para evitar un estrechamiento excesivo del orificio anal.

Esta sutura se deja colocada durante días para evitar la recurrencia o darle tiempo al tratamiento de la enfermedad subyacente.

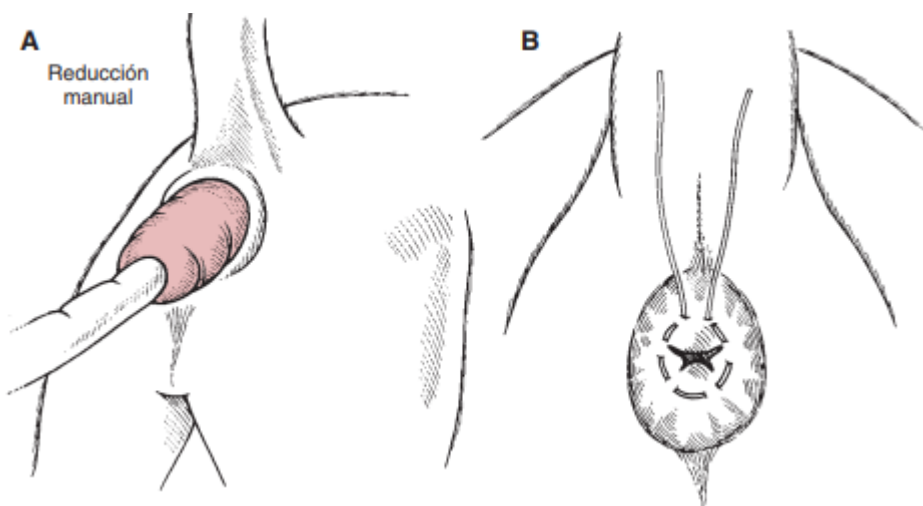


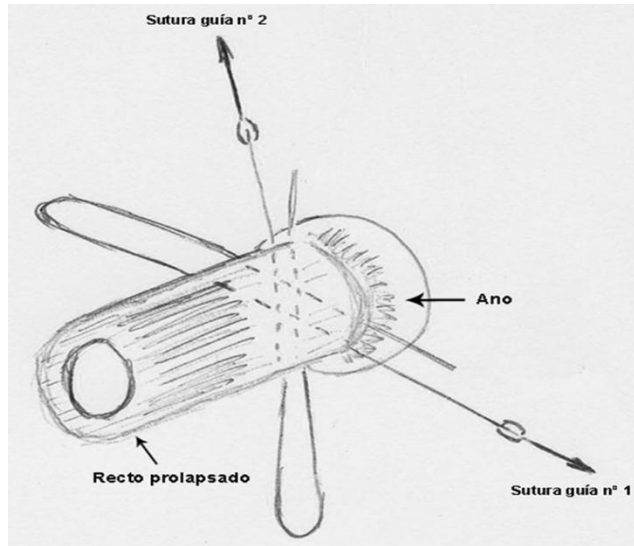
FIG. SE COLOCA UN TUBO DE ENSAYO O DEDO LUBRICADO EN EL RECTO PARA AYUDAR A COLOCAR LOS PUNTOS Y SE REALIZA LA SUTURA EN JARETA.

Los **prolapsos rectales** con buena viabilidad tisular pueden ser tratado en la mayoría de los casos mediante reducción manual y la colocación de una sutura en jareta en el ano. Se procede a la limpieza de la zona y lubricación, y se aplica una suave presión sobre la masa protuyente hasta reducir el prolapso y se realiza una sutura en jareta. Esta es mantenida en posición durante 3 a 5 días.

Si el tejido rectal esta traumatizado, desvitalizado o necrótico, o no puede ser reducido puede necesitarse la resección y anastomosis rectales.

Para ayudar a colocar los puntos y evitar la contaminación fecal del sitio quirúrgico, se introducen en el resto un tubo de laboratorio o una torunda.

Se hacen cuatro perforantes como puntos directores, atravesando todos los estratos de tejido prolapsado, en toda su circunferencia. Se reseca el tejido colapsado 1 a 2 cm del ano.



Los dos extremos son anastomosados con un plano de sutura de puntos interrumpidos simples con material monofilamento absorbible sintético. Estos puntos atraviesan todo el espesor de tejido, incluyendo a la submucosa en cada paso de aguja.

La sutura de toda la circunferencia se puede realizar en cuadrantes de forma tal de seccionar 90° del prolapso y suturarlo antes de pasar a la siguiente sección. Una vez completada la anastomosis, los puntos directores son extraídos y el prolapso es sometido a una reducción manual.

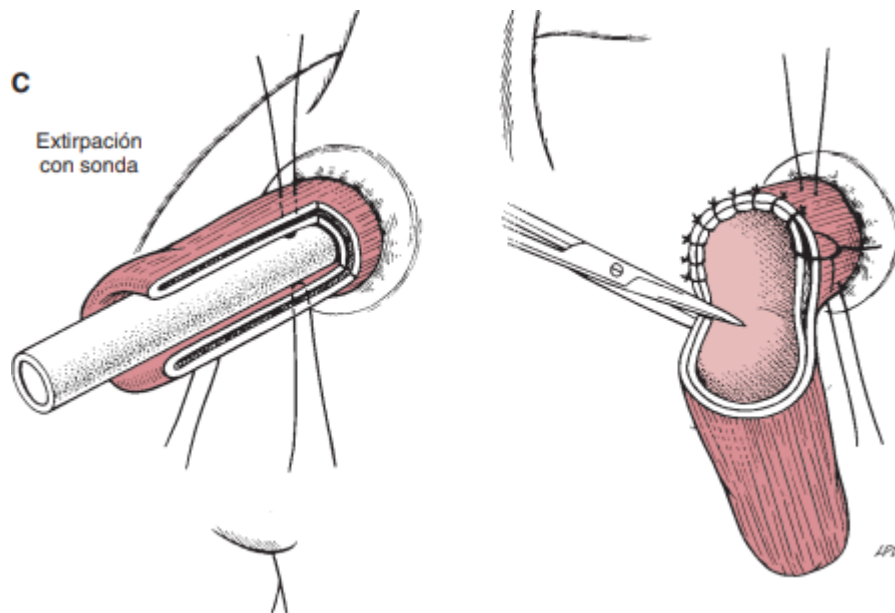


FIG. Ponga una sonda en la luz del recto y tres o cuatro puntos de sujeción en la pared. Haga una incisión que afecte a todas las capas a través del tejido prolapsado y que

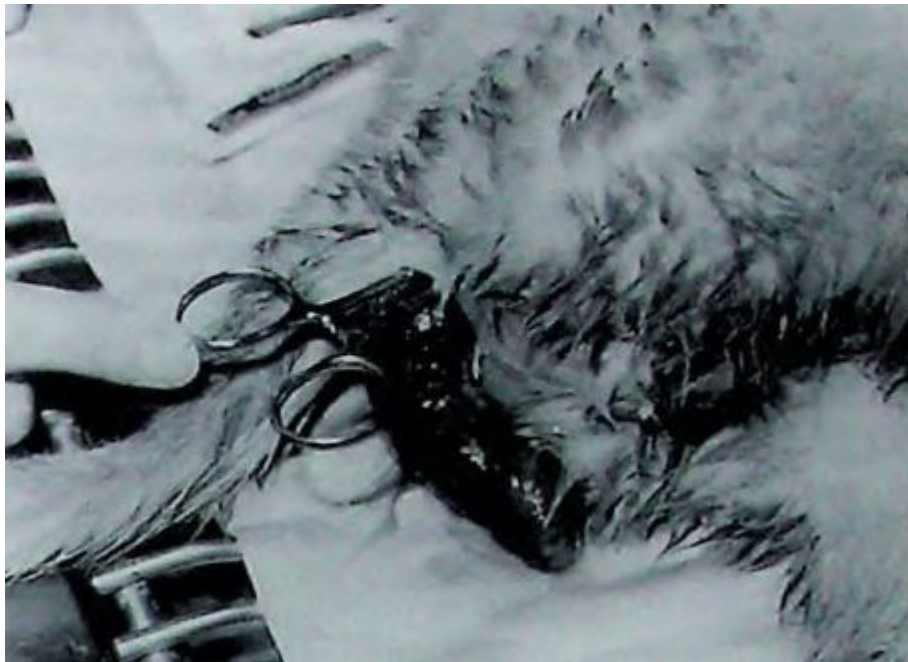
abarque de un tercio a la mitad de la circunferencia rectal. Una los extremos con puntos simples sueltos. Posteriormente termine la extirpación.

En los pacientes con prolapso rectal y tejido rectal viable que han sido tratados sin éxito con una sutura en jareta en múltiples intentos o que no se pudo realizar la reducción manual, se puede requerir colocar una colopexia o rectopexia.

7. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Para diferenciar un prolapso rectal de una intususcepción prolapsada del intestino o del colon se pasa un instrumento o un dedo bien lubricado entre el prolapso y el ano.

Si es una intususcepción la sonda pasara con facilidad (5 a 7cm) entre la pared del recto y el tejido prolapsado. En un prolapso rectal, la sonda puede no pasar debido a que el tejido prolapsado converge con la unión mucocutanea del ano.



8. ATENCIÓN Y COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.

Mientras la sutura de jareta está colocada, el animal debe ser alimentado con una dieta en bajos residuos. Se administran laxantes como lactulosa.

La aplicación periódica de un anestésico local al tejido rectal ha sido aconsejada por algunos cirujanos después de la extracción de la sutura en jareta para evitar los pujos rectales.

Antibioticoterapia como la Cefazolina 22mg/kpv.

Analgesicos, antiinflamatorios

Collar isabelino.

Tratar la causa primaria.

Los prolapsos incompletos que ocurren durante la defecación pueden reducirse espontáneamente. El pronóstico de los procesos crónicos sin reducción manual o cirugía es malo. La mucosa rectal expuesta crónicamente sufre traumatismos por el lamido, cuando se sienta el animal y debido a las condiciones ambientales, produciéndose finalmente su necrosis con septicemia secundaria.

El pronóstico para la mayoría de los pacientes tratados quirúrgicamente es bueno siempre que la causa principal del tenesmo o de la irritación se trata correctamente.

La complicación de la amputación y la anastomosis rectal incluyen estrechamiento anorrectales, incontinencia, deshiscencia, filtración y recurrencia del prolapso.

RECTOPEXIA EN CANINOS Y FELINOS

1. **INDICACION:** Debido a la alta incidencia de formación de estrechamientos posquirúrgicos después de la amputación rectal, la colopexia es el tratamiento preferido en gatos con prolapso rectal.

Prolapso rectal recidivante, a pesar de la reducción y sutura anal.

2. **INSTRUMENTAL Y MATERIAL**

Instrumentales generales.

Anestesia general.

Sonda de goma.

3. **TECNICA:**

La operación se practica en el ijar izquierdo o línea blanca.

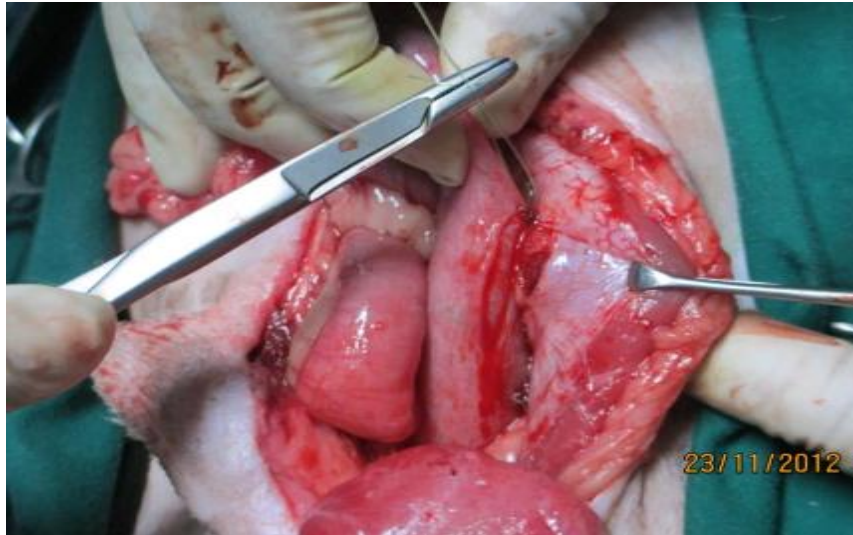
Tricotomía amplia, asepsia quirúrgica.

Ijar izquierdo; Se efectúa una incisión vertical de 2-5cm de longitud, 1cm por delante de la cresta iliaca y un dedo por debajo de la tuberosidad coxal, que comprende la piel, los músculos oblicuos abdominales externo e interno, musculo transverso abdominal y peritoneo.

Compresión de vasos sangrantes con pinza hemostática. A continuación se agarra con el dedo índice o con ayuda de una pinza el recto, para facilitar su identificación se introduce una sonda o tubo de goma a través del ano y se atrae a cercanías de la herida.

Luego se sutura el intestino al peritoneo parietal por detrás de la herida, mediante dos o tres puntos seroso musculares.

El recto no debe quedar tirante. Sutura en ocho para la pared intestinal.



Cuidados posoperatorios similar al prolapso rectal.