

PROLAPSO RECTAL EN UNA YEGUA

REPORTE DE CASO

Frédéric Climent Cot - DMV Phd ¹

Luis Alfonso Gracia - DMV, MSc ¹

RESUMEN

Los prolapsos rectales no son frecuentes en caballos. Se clasifican en cuatro tipos principales, del I al IV, en los que cada designación creciente indica una mayor afectación de tejidos. En los tipos I y II puede aplicarse un tratamiento conservador, que tendrá más éxito cuanto más precozmente se inicie tras la aparición del prolapso. En algunos casos, puede ser necesaria una resección submucosa. En este artículo se describe un caso de prolapso rectal en una yegua de raza árabe y se analizan los diferentes aspectos del tratamiento necesarios para obtener un resultado satisfactorio.

INTRODUCCIÓN

El prolapso rectal es una patología poco frecuente en la clínica equina. Las principales causas del prolapso rectal en el caballo se asocian a patologías que cursan con tenesmo.

Su diagnóstico y tratamiento deben ser precoces y eficaces, ya que en pocas horas pueden aparecer complicaciones severas que pueden incluso provocar la muerte del animal.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso de una yegua pura raza Árabe de 17 años de edad, que fue hallada en el campo con prolapso de recto. Por ello fue referida con urgencia a la Unidad Equina del Hospital Clínico Veterinario de la Universidad Autónoma de Barcelona.

En el examen clínico de ingreso, el animal se mostraba atento, en buen estado de carnes y las constantes vitales del animal estaban dentro de valores normales. En la exploración física del animal, destacaba el prolapso completo de la ampolla rectal, con la mucosa muy edematosa y congestiva.

Por palpación rectal se diagnosticó un prolapso completo de la ampolla rectal de grado 2, sin implicación del colon menor.

Se sedó al animal con una combinación de beta-2 agonistas y agonista/antagonista morfínico, y se realizó una anestesia epidural caudal, con una mezcla de xilacina 0.17 mg/Kg, lidocaína (5 ml) y suero salino fisiológico, hasta completar un volumen de 10 ml en total. Una vez alcanzada la analgesia se procedió a vaciar el recto y a reducir el prolapso, introduciéndolo manualmente en la ampolla rectal. Una vez reducido el prolap-



Figura 1. Aspecto del prolapso en el momento del ingreso del animal.

so, para impedir que se volviera a prolapsar, se realizó una sutura en bolsa de tabaco alrededor del esfínter anal con ácido poliglicólico de 5 USP. La sutura se anudó de manera que fuera fácil deshacerla y reanudarla cuando fuera necesario. Se instauró un tratamiento antibiótico con trimetoprim/sulfadiacina (30 mg/Kg BID per os) y antiinflamatorio con flunixin meglumine (1 mg/Kg BID iv). Durante los primeros días tras su ingreso y cada cuatro horas, se deshacía el nudo de la sutura, se introducía un enema de 200 ml de aceite mineral por sonda en la ampolla rectal y se vaciaba el recto de contenido fecal, de forma manual,

a los 5 minutos de haber introducido el enema. Una vez vaciado se volvía a anudar la sutura de bolsa de tabaco y, para reducir el edema de la mucosa rectal, se introducían 200 ml de una solución sobresaturada de azúcar.

Durante la hospitalización la yegua tomaba dieta laxante para facilitar la evacuación de las heces, consistente en grandes cantidades de salvado remojado, tres veces al día.

Se realizó un examen coprológico por flotación en el que se hallaron huevos de grandes estróngilos, por lo que se desparasitó con ivermectina (200 mg/Kg per os).

¹ Servicio de Cirugía Equina, Hospital Clínico Veterinario, Universidad Autónoma de Barcelona

DEXAPEN

**LA SOLUCIÓN EFECTIVA EN
INFLAMACIONES DE ORIGEN INFECCIOSO**



**Triple acción
antibiótica,
antiinflamatoria y
gluconeogénica
en su sólo
producto**



PRESENTACIONES | Frasco x 10 ml.
| Frasco x 20 ml.



Ropsohn

Laboratorios Ltda.

www.ropsohnlab.com.co



Figura 3. Sutura en bolsa de tabaco en el ano, con un nudo fácil de hacer y deshacer.

A los tres días del ingreso se retiró la sutura de bolsa de tabaco para inspeccionar el estado de la mucosa rectal prolapsada, hallándose una parte de ésta necrosada. Se decidió resecionar la parte de mucosa rectal necrosada en estación, y para ello se realizó una sedación y una anestesia epidural caudal.

El tratamiento local posterior consistió en la aplicación de antibiótico en pomada (nitrofurazona) en el defecto de mucosa resecionada, y enemas con agua y jabón neutro cada seis horas. Además se vaciaba el recto de forma manual, cada dos horas, previa aplicación de aceite mineral. También se continuó con la antibioterapia sistémica.

Cinco días tras la resección de la mucosa, la yegua empezó a pasar heces por sí misma, sin que se prolapsara el recto. Cinco días más tarde se le retiró el antibiótico y se le dio el alta médica.

La evolución tras el alta fue favorable, cicatrizó el defecto correctamente y tras la reintroducción a la dieta habitual, continuó pasando heces con la frecuencia y consistencia normal.

DISCUSIÓN

El prolapso rectal es poco frecuente en el caballo, si tenemos en cuenta la incidencia de problemas gastrointestinales o la frecuencia de aparición de esta patología en otras especies (ganado). Cualquier condición que cause tenesmo puede inducir al prolapso rectal, tales como diarrea, parasitismo, obstrucciones urinarias y distocia. Así mismo, ciertas patologías rectales como neoplasias, laceraciones de grado 2,

impactaciones o proctitis eosinofílica, pueden provocar también prolapso rectal. En el caso descrito, la causa inicial más probable para el desarrollo del prolapso es la parasitación intestinal por nematodos del género *Strongylus spp.* Las yeguas adultas parecen estar más predispuestas a padecer esta patología, aunque también se diagnostica en machos y puede ocurrir en animales de todas las edades. También parece haber una predisposición en aquellos animales con una pobre condición física.

El diagnóstico se hace en base a la historia y los hallazgos de la exploración. Para establecer un plan de tratamiento y poder dar un pronóstico, se ha categorizado el prolapso rectal en cuatro tipos. El prolapso rectal de grado 1 afecta a la mucosa y submucosa. Típicamente se presenta como una protuberancia edematosa y redondeada en el ano. Debido a la congestión venosa, con el paso de las horas la mucosa se vuelve friable y necrótica. El prolapso de grado 2 implica el desplazamiento de toda la pared de la ampolla rectal. Su apariencia es cilíndrica y mayor que el tipo 1, frecuentemente con aspecto de coliflor. Este es el aspecto que ofrecía la yegua tratada en este caso. El prolapso de grado 3 involucra, además de todo el recto, a la porción más terminal del colon menor, que sufre una invaginación. A la palpación resulta más firme y engrosado que el prolapso de grado 2. Finalmente, el prolapso de grado 4 es el resultado de una intususcepción masiva del colon menor a través del ano. En este caso puede palparse la unión mucocutánea entre el prolapso y el ano. La interrupción de la irrigación sanguínea colónica y mesocolónica hacen de este prolapso el más grave, pudiendo producirse una rotura visceral irreparable, peritonitis y muerte.

El tratamiento del prolapso rectal implica identificar y tratar la causa primaria específica. En los prolapsos de grado 1 y 2, como el descrito en este caso, el tratamiento de elección es conservador y se resume en 4 puntos:

1. Disminuir el tenesmo. El uso de anestesia epidural no sólo ayuda a relajar las contracciones realizadas por el animal, sino que facilita la manipulación para reducir el prolapso e induce una

anestesia local, que puede ser utilizada en el caso de necesitar una resección de mucosa o para colocar una sutura. La elección de una combinación de lidocaína y xilacina, produce una buena analgesia durante un tiempo más prolongado, que el solo uso de anestésicos locales. Alternativamente, en el caso de no poder realizar una anestesia epidural, se puede recurrir a enemas de lidocaína. Algunos autores proponen la intubación nasotraqueal para controlar la presión abdominal. El uso de bloqueadores ganglionares autonómicos, como el bromuro de propanetelina (0,014 mg/Kg IV), puede inducir cierto grado de relajación de la musculatura lisa colorrectal.

2. Disminuir la inflamación y el edema de la mucosa. Para este propósito se utilizan soluciones hiperosmóticas como manitol, glicerina o dextrosa al 50% o, en su defecto, una solución sobresaturada de azúcar. Sustancias lubricantes y emolientes también ayudan a proteger los tejidos.
3. Reducir el prolapso. Siempre que sea posible, la reducción manual del prolapso debe realizarse sin demora, para evitar la isquemia tisular y favorecer la reducción de la inflamación y el edema. Una vez reducido el prolapso es difícil que se mantenga reducido por sí solo, por lo que la colocación de una sutura en bolsa de tabaco alrededor del esfínter anal durante las primeras horas, resulta esencial en el tratamiento. En el caso descrito, esta sutura se realizó de manera que pudiera ser liberada y nuevamente anudada en cualquier momento. De esta manera, puede evitarse la constipación rectal, una complicación frecuente asociada a la colocación de una sutura de nudo permanente.
4. Facilitar el paso de heces. El control de la dieta y de la defecación son esenciales para el éxito en estos casos. Una dieta blanda, consistente en alimentos con alto contenido acuoso (hierba fresca), es la primera opción, que puede ser además complementada con la administración de sustancias laxantes (sulfato de sodio). En algunos casos puede ser necesaria la intubación naso-

gástrica para sobrehidratación oral, o el uso de enemas rectales para ablandar las heces. En el caso descrito, la combinación de una dieta adecuada, los enemas rectales y el vaciado manual periódico del recto fueron suficientes para evitar un nuevo prolapso y la obstrucción rectal.

5. Incluso si el tratamiento conservador tiene éxito, en algunos pacientes el daño severo a la mucosa produce una necrosis tisular y deben desbridarse los tejidos desvitalizados. Dependiendo del

tamaño y profundidad de las lesiones, puede dejarse cicatrizar por segunda intención, como en este caso, o realizar dos incisiones circulares y aposicionar los bordes sanos con sutura reabsorbible. Las resecciones de mucosa pueden tener como complicación la constricción y la estenosis de la luz rectal, con el consecuente riesgo de constipación rectal, o la infección local, que puede derivar en una fístula o un absceso submural. Por esta razón, el tratamiento coadyu-

vante con antibióticos sistémicos y locales, así como antiinflamatorios, está siempre indicado.

6. En resumen, el diagnóstico precoz y la valoración de los tejidos afectados es necesaria para instaurar el tratamiento adecuado. El seguimiento intensivo de los casos es imprescindible durante los primeros días, hasta que el paciente es capaz de defecar por sí solo sin prolapsar el recto. El diagnóstico y tratamiento de la causa primaria evitará la recidiva del problema.

BIBLIOGRAFÍA

1. Management of rectal injuries. M. C. Rick. *Advances in Equine Abdominal Surgery. Veterinary Clinics of North America.* Vol 5, 2. August, 1989.
2. Rectal prolapse in a foaling mare. W.G. Blythman. *The Veterinary Record.* May, 1988.
3. Focal eosinophilic proctitis with associated rectal prolapse in a pony. K.T. Gibso, et al. *Australian Veterinary Journal,* vol 79, 10. October, 2001.
4. Clinical use of epidural xylazine in the horse. Ph LeBlanc y J.P. Caron. *Equine Veterinary Journal.* 22 (3) 1990.
5. Standing rectal and tail surgery. R.M. Debowes. *Standing Surgery. Veterinary Clinics of North America.* Vol 7,3. December, 1991.