

El tamaño y estadio tumoral, el índice de proliferación celular y el estado de los bordes de resección y cápsula tumoral son los factores pronósticos más importantes en este tipo de tumores⁹, siendo necesario un seguimiento postoperatorio estricto, ya que pueden presentar recidivas o metástasis hasta en un 30% de los casos⁹. La supervivencia global a los 5 años se estima próxima al 50% en los considerados de alto riesgo¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

- Miettinen M, Shekitka KM, Sobin LH. Schwannomas in the colon and rectum. A clinicopathologic and immunohistochemical study of 20 cases. *Am J Surg Pathol*. 2001;25:846-55.
- Álamo JM, López F, Galindo A, Guerra JA, Sousa JM, Cruz C. Pequeño GIST duodenal como causa de hemorragia digestiva masiva en un paciente joven. *Cir Esp*. 2003;73:262.
- Melvin WS, Wilkinson MG. Gastric schwannoma. Clinical and pathologic considerations. *Am Surg*. 1993;59:293-6.
- Wiener Y, Gold R. Primary gastrointestinal stromal tumors. *Harefuah*. 2001;140:377-80.
- Rosch T, Kapfer B, Will U, Baronius W, Strobel M, Lorenz R, et al. Accuracy of endoscopic ultrasonography in upper gastrointestinal submucosal lesions: a prospective multicenter study. *Scand J Gastroenterol*. 2002;37:856-62.
- Miettinen M, Kopczynski J, Makhlof HR, Sarlomo-Rikala M, Gyorffy H, Burke A, et al. Gastrointestinal stromal tumors, intramural leiomyomas, and leiomyosarcomas in the duodenum: a clinicopathologic, immunohistochemical, and

molecular genetic study of 167 cases. *Am J Surg Pathol*. 2003;27:625-41.

- Nakao A, Fernández-Cruz L. Pancreatic head resection with segmental duodenectomy: safety and long-term results. *Ann Surg*. 2007;246:923-8.
- Cirocchi R, Farinella E, La Mura F, Cavaliere D, Avenia N, Verdecchia GM, et al. Efficacy of surgery and imatinib mesylate in the treatment of advanced gastrointestinal stromal tumor: a systematic review. *Tumori*. 2010;96:392-9.
- Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. *Hum Pathol*. 2002;33:459-65.
- Tran T, Davila JA, El-Serag HB. The epidemiology of malignant gastrointestinal stromal tumors: an analysis of 1,458 cases from 1992 to 2000. *Am J Gastroenterol*. 2005;100:162-8.

Marcos Bruna*, Enrique Artigues, Miguel Ángel Lorenzo, Antonio Melero y José Puche

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drbruna@comv.es (M. Bruna).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.12.002

Divertículo rectal solitario. Presentación de un caso

Solitary rectal diverticulum. A case presentation

La diverticulosis colónica es muy común. Sin embargo, los divertículos situados en recto se consideran extremadamente raros, con escasas descripciones en la literatura. La causa de los divertículos rectales es desconocida y su incidencia actual es menos del 0,07-0,08% del total de divertículos colorrectales. Presentamos el caso de un paciente de 50 años diagnosticado de divertículo rectal solitario de forma incidental.

Varón de 50 años, entre sus antecedentes destaca: trasplante renal en 2007 por insuficiencia renal crónica y diabetes mellitus en tratamiento con antidiabéticos orales.

El paciente en septiembre de 2009 consulta por cuadro de astenia de 2 meses de evolución. Se realizó analítica en la que presentaba Hb de 10 mg/dl con un Hto. del 31%, por lo que se solicitó colonoscopia en la que se observó en recto a 8 cm de margen anal, orificio en la mucosa que podría corresponder a divertículo rectal. Se realizó TC abdominopélvica donde se observaba cavidad de 3 cm de diámetro que comunicaba con la luz rectal a través de cuello estrecho a unos 8 cm de margen anal compatible con divertículo rectal (fig. 1a y b). El paciente sigue revisiones en consulta y permanece asintomático en la actualidad.

La enfermedad diverticular del colon es una dolencia muy frecuente en la actualidad, con una prevalencia aproximadamente del 2% en menores de 30 años, llegando a un 50% en mayores de 50 años¹. Sin embargo los divertículos de recto son extremadamente raros, y su incidencia se estima alrededor del 0,07 y 0,08%^{2,3}. Actualmente su prevalencia ha aumentado, debido a la iatrogenia quirúrgica que se produce en técnicas como la anomucopexia circular de Longo o la resección transanal rectal, en casos de prolapso mucoso⁴. El primer caso en la literatura de divertículo rectal se publicó en 1911⁵, y desde entonces apenas 40 casos han sido publicados³.

Los factores que contribuyen a la formación del divertículo rectal no están claros. La formación del mismo se debe a áreas de debilidad focal de la pared del recto, tanto por causas congénitas como adquiridas. Dentro de las causas congénitas están: la debilidad de la musculatura circular del recto, la atrofia grasa de la capa muscular del recto, así como la ausencia de estructuras de soporte y fijación como el cóccix. Con respecto a los factores adquiridos, se pueden observar aquellos que producen un aumento de presión intraluminal a nivel de recto como el

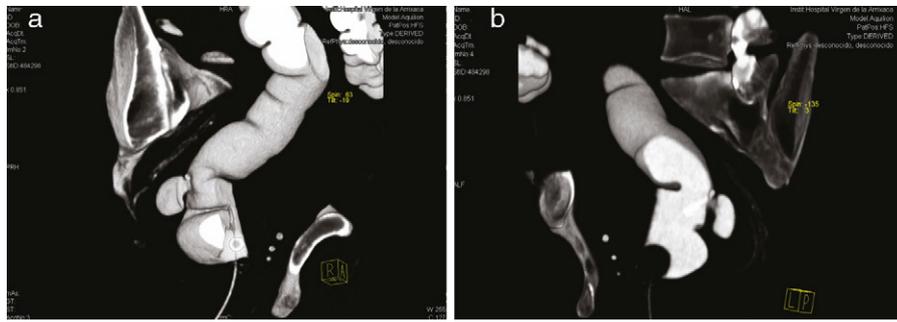


Figura 1 – a) y b) imágenes de TC en las que se observa divertículo solitario de 3 cm en cara posterior de recto.

estreñimiento, la impactación fecal, así como el trauma o infecciones pélvicas que debilitan la pared del recto. Desde las primeras publicaciones, dos teorías han sido descritas para explicar la baja incidencia del divertículo de recto. La primera, la disposición de las fibras longitudinales en un estrato uniforme y no en tres cintas como ocurre en el colon. La segunda, la menor presión intraluminal a la que está sometido el recto por la acumulación de heces y el bajo peristaltismo que existe en comparación con el colon.

La edad de aparición del divertículo rectal es similar a la edad de presentación de la diverticulosis colónica⁶, con predominancia en el sexo masculino⁷ (3:1). Normalmente el número de divertículos rectales oscila entre 2 y 3. Suelen estar localizados en la pared lateral del recto, debido posiblemente a la disposición anatómica de este. En el extremo superior del recto la *tenia libera* y la *tenia omentalis* se unen para formar una capa que se extiende por la pared anterior del recto, del mismo modo que ocurre con la pared posterior con la *tenia mesocólica*. Por lo tanto el recto está más reforzado por sus caras anterior y posterior que por la lateral. La mayoría de los divertículos tienen un diámetro menor o igual de 2 cm. En este caso el divertículo es único, presentando un tamaño grande (3 cm), que no produce sintomatología alguna. Aunque no hay relación entre el tamaño y la clínica que presente el paciente.

La mayoría de los pacientes con divertículos rectales son diagnosticados de forma incidental ya que suelen ser asintomáticos, aunque se pueden complicar con la impactación de las heces y formar un absceso o incluso perforarse. Otras complicaciones asociadas al divertículo de recto son la estenosis de recto, la fístula recto-vesical, el prolapso de recto o el absceso isquiorrectal⁸.

Dentro de todo el arsenal diagnóstico del que disponemos, el enema de bario y la colonoscopia son dos métodos diagnósticos muy valiosos. Cuando se trata de divertículos en el espacio retrorrectal, la TC y la RM juegan un papel muy importante debido a la inusual localización, que obliga a hacer el diagnóstico diferencial con el carcinoma de recto.

Con respecto al tratamiento de los divertículos de recto, siendo la mayoría de los mismos asintomáticos, no se realiza ningún gesto quirúrgico, deben ser controlados periódicamente. Únicamente se reserva el acto quirúrgico en los casos en los que el divertículo rectal se complica, se ulcera, se abscesifica, o genera duda diagnóstica con respecto a un proceso neoplásico⁹.

El divertículo rectal solitario es un hallazgo incidental infrecuente, asintomático en la mayoría de los casos, que no precisa tratamiento, si no hay complicaciones. Es preciso conocerlo y tener un correcto diagnóstico, para evitar un tratamiento quirúrgico innecesario.

BIBLIOGRAFÍA

- Piercy KT, Timaran C, Akin H. Rectal diverticula: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2002;45:1116-7.
- Walstad PM, Sahibzada AR. Diverticula of the rectum. *Am J Surg*. 1968;116:937-9.
- Plavsic BM, Raider L, Drnovsek VH, Kogutt MS. Association of rectal diverticula and scleroderma. *Acta Radiol*. 1995;36:96-9.
- Alabiso ME, Grassi R, Fioroni C, Marano I. Iatrogenic rectal diverticulum in patients treated with transanal stapled techniques. *Radiol Med*. 2008;113:887-94.
- Giffin VII HZ. Diverticulitis of the rectum: a report of two cases operated upon, one of them with carcinomatous degeneration. *Ann Surg*. 1911;53:533-7.
- Halpert RD, Crnkovich FM, Schreiber MH. Rectal diverticulosis: a case report and review of the literature. *Gastrointest Radiol*. 1989;14:274-6.
- Damron JR, Lieber A, Simmons T. Rectal diverticula. *Radiology*. 1975;115:599-601.
- Damin DC, Rosito MA, Tarta C, Contu PC. Giant rectal diverticulum presenting as an ischioanal abscess. *Tech Coloproctol*. 2005;9:249-50.
- Jung SH, Kim JH. A case of solitary rectal diverticulum presenting with a retrorectal mass. *Gut Liver*. 2010;4:394-7.

Jesús Abrisqueta*, María Dolores Frutos, Juan Luján, Israel Abellán y Pascual Parrilla

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: j_abris@hotmail.com (J. Abrisqueta).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.09.006