

Divertículos rectales. Informe de un caso

Ernesto Sierra-Montenegro, Eduardo Villanueva-Sáenz, José Manuel Fernández-Rivero, José Luis Rocha-Ramírez, Moisés Rojas-Illanes

Resumen

Introducción: la presencia de divertículos en el recto es extremadamente rara, sin embargo, la enfermedad diverticular se considera un problema mayor. Nuestro objetivo es informar el caso de un hombre con enfermedad diverticular del sigma y divertículos rectales.

Caso clínico: hombre de 88 años quien acudió al área de urgencias por hematoquecia de varios días de evolución. Se le realizó colonoscopia, con la que a 5 cm del margen anal se observaron dos orificios diverticulares.

Discusión: existen dos teorías que tratan de explicar por qué son raros los divertículos en el recto, pero existen otros autores que indican que están relacionados con alteraciones genéticas. Generalmente no producen síntomas y el tratamiento quirúrgico se realiza cuando se ulceran o se forma un absceso.

Palabras clave: divertículo rectal, absceso.

Summary

Background: The presence of rectal diverticula is extremely rare; nevertheless, diverticular disease is considered a greater problem. We report a case of rectal diverticula in a patient with diverticular disease of the sigmoid.

Clinical case: An 88-year-old male presented to the emergency room with hematochezia of several days evolution. During colonoscopy two diverticula were seen at 5 cm from the anal verge.

Discussion: Two theories exist to explain why rectal diverticula are rare, but other authors indicate its relationship to genetic alterations. Rectal diverticula are generally asymptomatic and surgical treatment only becomes necessary when these lesions progress to ulceration and abscess formation.

Key words: Rectal diverticula, abscess.

Introducción

La primera referencia de herniación a través de la pared del colon fue hecha por Littré en 1700 y Frien en 1730.¹ En 1954, Mayo informó que el divertículo por debajo de la reflexión peritoneal no ha sido demostrado por rayos X.² En la actualidad es un problema mayor con una prevalencia aproximadamente de 2 % en pacientes menores de 50 años, hasta 50 % en personas mayores de esa edad.³

La presencia de divertículos en el recto se considera extremadamente rara. Sin embargo, se ha establecido un rango de edad de 54 a 84 años (73 promedio) y predominio del sexo masculino (3:1); el número de divertículos rectales por pacientes es de 1 a 3, con un promedio de 2, y 2 cm de diámetro de cada divertículo.⁴

Servicio de Cirugía de Colon y Recto, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Solicitud de sobretiros:

Ernesto Sierra-Montenegro,
Cañar 607, Guayaquil-Ecuador.
E-mail: gesierra21@yahoo.com

Recibido para publicación: 23-05-2005

Aceptado para publicación: 02-09-2005

El objetivo de este estudio es informar un caso de divertículos rectales en un paciente con sospecha de estenosis en sigma distal por enfermedad diverticular.

Caso clínico

Hombre de 88 años de edad, quien acudió al área de urgencias por hematoquecia de varios días de evolución sin alteraciones hemodinámicas. Se le efectuó preparación intestinal para realizar colonoscopia, con la cual a 5 cm del margen anal, en recto distal, se observaron dos orificios diverticulares (figura 1) y en sigma, enfermedad diverticular no complicada. Por estos hallazgos, junto con los resultados del enema baritado de colon realizado previo a la colonoscopia (figura 2), se diagnosticó estenosis sigmaidea, observándose los divertículos mencionados. Al momento de este informe, el paciente se encuentra en control por consulta externa, por ser su primer evento de sangrado.

Discusión

El primer reporte de divertículo rectal se publicó en 1911.⁵ En 1927, Springgs y Marxer informaron cuatro casos de

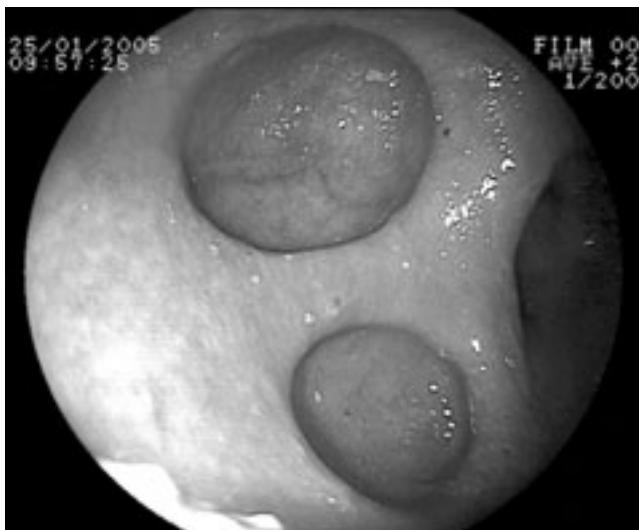


Figura 1. Colonoscopia.

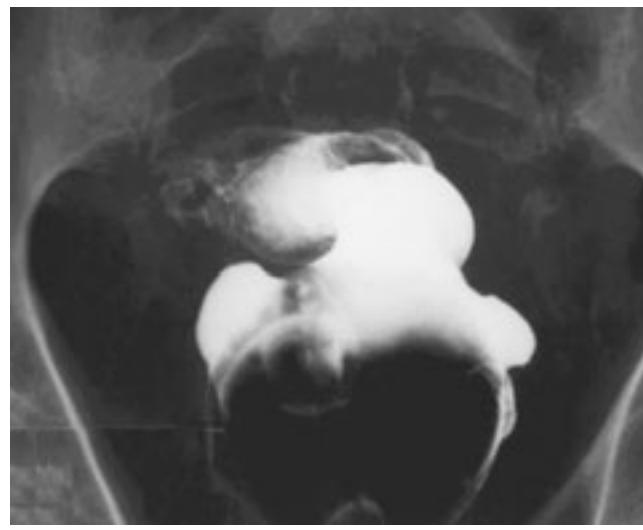


Figura 2. Enema baritado de colon.

divertículos rectales en 166 pacientes con diverticulosis, con una incidencia de 2.4 %.⁶ En 1968, Walstad y Sahibzada reportaron 192 casos de diverticulosis y cuatro casos de divertículos rectales, con una incidencia de 2 %.⁷ Recientes publicaciones estiman una incidencia de 0.08 y 0.07 %.^{7,8}

Se han descrito dos teorías para explicar la baja incidencia de divertículos rectales. En la primera, las fibras musculares de la tenia del colon se esparcen rodeando el recto, lo que sirve de protección para evitar el incremento de las presiones intraluminales.⁹ En la segunda, por la acumulación de heces existe una menor presión interna constante sobre el recto, y baja actividad peristáltica en comparación con el colon sigmoideo.^{4,5} Sin embargo, algunos investigadores sugieren que los factores predisponentes para el desarrollo de divertículos en el recto incluyen anomalías genéticas como debilidad de la capa circular y degeneración de las paredes musculares por atrofia grasa, así como la edad, atrofia muscular primaria, ausencia de estructuras de soporte como el cóccix y el tabique rectovaginal, y trauma o infecciones que dejan debilitada la pared del recto.^{7,9-13}

Los divertículos rectales son considerados verdaderos divertículos, distinto a lo que sucede en otras áreas del colon.¹⁴ Durante una colonoscopia pueden ser perforados por pasar inadvertidos, afortunadamente esto ocurre por debajo de la reflexión peritoneal y no hay riesgo de peritonitis.

En nuestro paciente, los divertículos fueron un hallazgo incidental puesto que la hematoquecia que llevó al estudio del paciente no fue demostrada como originada en dichos divertículos rectales, sino seguramente en los sigmoideos.

Los pacientes con divertículos rectales asintomáticos deben ser examinados en forma periódica. Ocasionalmente un divertículo rectal infectado puede ser difícil de diferenciar de

una neoplasia.^{15,16} Las fistulas también se pueden desarrollar entre el recto y órganos adyacentes.⁵ El tratamiento quirúrgico es necesario cuando el divertículo se ulcerá o absceda.

Referencias

1. Littré A (1700) and Friend (1730): quote by Localino SA, Stahl WM. Diverticular disease of the alimentary tract. I. The colon. *Curr Probl Surg* 1967;1:1-78.
2. Mayo CW. Diverticulosis and diverticulitis of the colon. *Coll Papers Mayo Clin* 1953;45:155-157.
3. Piercy KT, Timaran C, Akin H. Rectal diverticula. Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1116-1117.
4. Damron JR, Lieber A, Simmons T. Rectal diverticula. *Radiology* 1975;115:599-601.
5. Giffin HZ. Diverticulosis of the rectum. *Ann Surg* 1911;53:533-537.
6. Spriggs EI, Marxer OA. Multiple diverticula of the colon. *Lancet* 1927;1067-1074.
7. Walstad PM, Sahibzada AR. Diverticula of the rectum. *Am J Surg* 1968;116:937-939.
8. Lavisc BM, Raider L, Drnovsek VH, et al. Association of rectal diverticula and scleroderma. *Acta Radiol* 1995;36:96-99.
9. Weston SD, Schlachter IS. Diverticulum of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1959;2:458-464.
10. Berman PM, Kirsner JB. Current knowledge of diverticular disease of the colon. *Am J Dig Dis* 1972;17:741-759.
11. Kyaw MM, Haines JO. Rectal diverticula. *Radiology* 1971;100:283-284.
12. Telling WHM. Acquired diverticula of the sigmoid flexures. *Lancet* 1908;1:843-850.
13. Wilson LB. Diverticula of the lower bowel. Their development and relationship to carcinoma. *Ann Surg* 1911;53:223-231.
14. Halpert RD, Crnkovich FM, Schreiber MH. Rectal diverticulosis: a case report and review of the literature. *Gastrointest Radiol* 1989;14:274-276.
15. Tweddell TN. Diverticulitis of the rectum. *Can MAJ* 1954;70:569.
16. Gant SJ. Disease of the Rectum, Anus, and Colon, Vol. 2. Philadelphia: W.B. Saunders;1923.