



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile
Chile

URREJOLA F., GONZALO; CASELLI M., GINO; BESA C., CECILIA; TORREALBA F., IGNACIO;
ZÚÑIGA D., ÁLVARO M.

Hemangioma cavernoso rectal. Caso clínico

Revista Chilena de Cirugía, vol. 62, núm. 4, agosto-, 2010, pp. 412-414

Sociedad de Cirujanos de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531943017>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Hemangioma cavernoso rectal. Caso clínico*

Drs. GONZALO URREJOLA F.¹, GINO CASELLI M.¹, CECILIA BESA C.²,
IGNACIO TORREALBA F.¹, ÁLVARO M. ZÚÑIGA D.¹

¹ Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía Digestiva.

² Departamento de Radiología.

Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.
Santiago, Chile.

Abstract

Cavernous hemangioma of the rectum. Report of one case

We report a 41 years old male with a history of hematochezia since childhood. A colonoscopy showed a highly vascularized submucosal lesion extending from the pectinate line to the distal sigmoid colon. Magnetic resonance showed a thickening of rectal wall with multiple vascular structures and phleboliths. The lesion was excised surgically. The postoperative period was uneventful. The pathological report disclosed a large rectal hemangioma.

Key words: Hemangioma, hematochezia, rectum.

Resumen

El hemangioma rectal es una entidad infrecuente, con menos de 200 casos publicados en la literatura mundial. Se presenta un caso clínico, que debuta con rectorragia y es documentado con estudios endoscópicos e imagenológicos, siendo resuelto quirúrgicamente.

Palabras clave: Recto, hemangioma cavernoso, rectorragia, resonancia magnética.

Introducción

El hemangioma rectal es una entidad infrecuente que afecta principalmente a adultos jóvenes. Se han publicado menos de 200 casos en la literatura mundial. El hemangioma rectal se puede clasificar en los subtipos capilar, cavernoso, arteriovenoso, venoso y mixto. La característica patológica principal son canales vasculares aumentados de tamaño y displásicos, con un crecimiento anormal de células endoteliales. El síntoma de presentación más frecuente

es el sangrado rectal indoloro. El primer caso en la literatura fue publicado por Phillips en el año 1839¹.

El espectro de presentación clínica del hemangioma cavernoso rectal puede ir desde un sangrado crónico silente hasta una hemorragia masiva exanguinante². Puede haber efecto de masa, dependiente del tamaño alcanzado por el hemangioma, que puede causar diarrea, dolor abdominal y obstrucción intestinal. Con frecuencia se encuentra una historia de rectorragia y anemia de larga data antes de que se establezca el diagnóstico acertado.

*Recibido el 2 de Diciembre de 2009 y aceptado para publicación el 20 de Enero de 2010.

Correspondencia: Dr. Álvaro M. Zúñiga D.
Marcoleta 340, Santiago, Chile.
E-mail: azuniga@med.puc.cl

La imagenología es obligatoria para confirmar el diagnóstico. La biopsia, por otra parte, se debe evitar debido al riesgo de hemorragia severa durante el procedimiento. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa del segmento afectado³.

Caso clínico

Un hombre de 41 años consultó en nuestro servicio con una anamnesis remota de sangrado rectal intermitente desde la infancia. Se había sometido a múltiples recto-sigmoidoscopías rígidas, realizándose siempre el diagnóstico de hemorroides internos. Se le practicaron hemorroidectomías a los 8, 10 y 22 años, sin cese del sangrado.

Su cuadro actual comenzaba con una pielografía por tomografía computarizada (pielotAC), solicitada por sospecha de cálculos renales, donde se encontró como hallazgo un engrosamiento recto-sigmoideo y flebolitos mesorectales. Se completó el estudio con una colonoscopía y una resonancia magnética (RM). La colonoscopía evidenció una ex-

tensa lesión submucosa hipervascular, que se extendía desde la línea pectínea hasta el colon sigmoideo distal. La RM mostró un marcado engrosamiento de la pared rectal, con alta intensidad de señal en T2, y grasa perirectal heterogénea con múltiples estructuras vasculares en su interior (Figura 1).

Se estableció el diagnóstico de hemangioma cavernoso rectal, y se sometió a resección quirúrgica. Se llevó a cabo una resección anterior ultrabaja, con mucosectomía del remanente rectal y anastomosis colo-anal manual, e ileostomía de protección (Figura 2). Durante el postoperatorio no hubo incidentes.

La anatomía patológica de la pieza quirúrgica mostró una mucosa roja violácea, edematosa, con una formación polipoidea rojo violácea. Al corte, múltiples formaciones vasculares congestivas de hasta 8 mm de diámetro que comprometían los 15 centímetros distales de la pieza, abarcando principalmente la túnica muscular propia y el tejido adiposo pericolónico. Estos hallazgos son compatibles con un hemangioma rectal extenso con compromiso de submucosa, muscular propia y tejido adiposo perirectal.

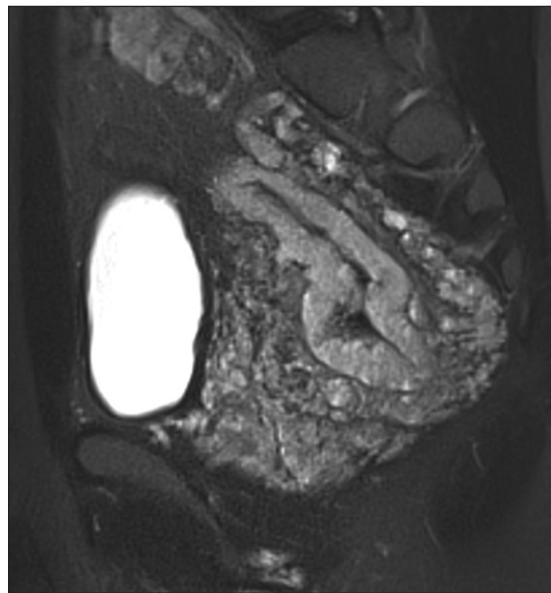


Figura 1. Imagen sagital T2 de resonancia magnética que muestra un marcado engrosamiento de la pared recto-sigmoidea, hiperintenso a la grasa subcutánea y rodeado por una trama vascular peri-rectal hiperintensa. La delimitación entre la pared rectal y la grasa peri-rectal está bien definida.

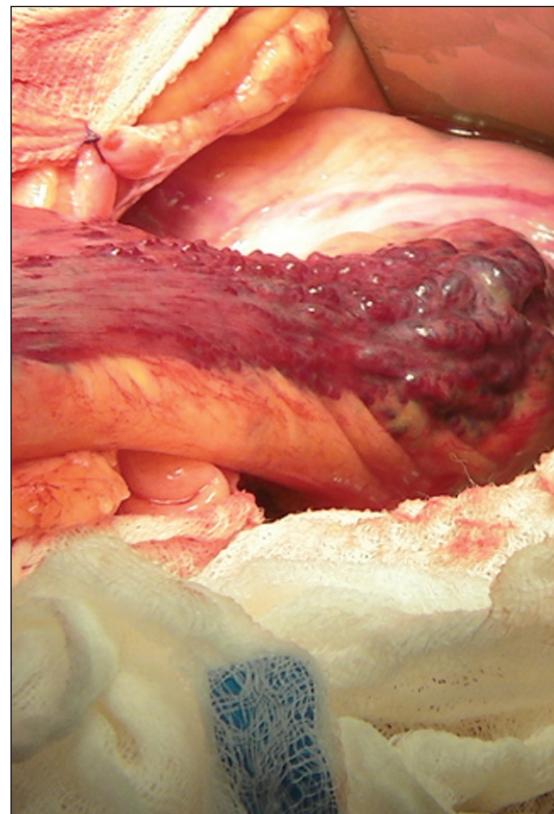


Figura 2. Especimen quirúrgico que muestra el hemangioma rectal.

Discusión

Los hemangiomas rectales a menudo son diagnosticados de manera errónea. El sangrado rectal recurrente y hemorroidectomías en la infancia debieran crear la sospecha diagnóstica. El procedimiento diagnóstico de elección es la colonoscopía, ya que puede establecer la localización del hemangioma de manera certera y mapear la extensión del mismo. La exploración radiológica otorga el hallazgo típico de un engrosamiento de la pared rectal, con anormalidades del tejido peri-rectal como flebolitos, y múltiples estructuras sinuosas que representan la trama vascular peri-rectal que nutre al hemangioma cavernoso difusa^{4,5}. La tomografía computarizada y las imágenes por resonancia magnética pueden diagnosticar y determinar la extensión de la lesión, además de poner en manifiesto las relaciones con las estructuras adyacentes; por lo tanto, son consideradas de importancia antes de la resolución quirúrgica.

La resección quirúrgica completa del segmento afectado es estimada como el único tratamiento definitivo para el hemangioma rectal cavernoso. Si es técnicamente posible, una resección anterior ultra-baja con anastomosis colo-anal es la opción más apropiada. Nosotros creemos que aunque el complejo esfinteriano anal esté comprometido, es factible evitar la amputación abdomino-perineal del recto y realizar una resección anterior. En estos casos, el descenso de recto sano hasta la línea pectínea

va a proteger las estructuras vasculares en el espesor del complejo esfinteriano, evitando así la erosión y hemorragia.

A modo de conclusión, el hemangioma cavernoso rectal es una entidad poco frecuente que debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial del sangrado por el ano. La colonoscopía e imagiología radiológica aclaran el diagnóstico y ofrecen ayuda en la planificación de la cirugía. La resección del segmento rectal afectado es el tratamiento de elección.

Referencias

1. Phillips B. Surgical cases. *Lond Med Gaz* 1839; 23: 514-517.
2. Lyon DT, Mantia AG. Large-bowel hemangiomas. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 404-414.
3. Jeffery PJ, Hawley PR, Parks AG. Colo-anal sleeve anastomosis in the treatment of diffuse cavernous haemangioma involving the rectum. *Br J Surg.* 1976; 63: 678-682.
4. Dachman AH, Ros PR, Shekikta KM, Buck JL, Olmsted WW, Hinton CB. Colorectal Hemangioma: radiologic findings. *Radiology* 1988; 167: 31-34.
5. Djouhri H, Arrive L, Bouras T, Martin B, Monnier-Cholley L, Tubiana JM. MR Imaging of Diffuse Cavernous Hemangioma of the Rectosigmoid Colon. *AJR* 1998; 171: 413-417.