

DIVERTÍCULO RECTAL. REPORTE DE UN CASO

Alberto Ángel P.¹
Danilo Cardona R.²

RESUMEN

Introducción: La enfermedad diverticular del colon es frecuente en la población general, afectando al 50% de las personas mayores de 50 años, sin embargo, los divertículos ubicados en el recto son excepcionalmente raros. El objetivo de este estudio es informar el caso de un hombre de 67 años con enfermedad diverticular de colon sigmoideas y colon transverso, con un divertículo rectal que se diagnosticó durante una colonoscopia ambulatoria. **Caso clínico:** Hombre de 67 años quien consultó al servicio de gastroenterología por cuadro de diarrea crónica. Se le realizó una colonoscopia y se evidenció un agujero diverticular de 3 cm de diámetro, a 6 cm del margen anal. Se concluyó que la enfermedad diverticular no era la causa de su cuadro diarreico. **Discusión:** Hay diversas teorías que tratan de explicar la etiología y el porqué de la baja frecuencia de los divertículos rectales, incluyendo los procedimientos quirúrgicos en esta zona; las presentaciones asintomáticas no ameritan cirugía, aunque debe realizarse evaluación periódica de estos pacientes.

Palabras clave: Divertículo del colon, recto, colonoscopia.

RECTAL DIVERTICULUM. CLINICAL CASE REPORT

ABSTRACT

Introduction: Diverticular colon disease is common in the general population affecting 50% of people over the age of 50. However, diverticula located in the rectum are exceptionally rare. This study aims to report the case of a 67 years old man with diverticular disease of the sigmoid colon and transverse colon with a rectal diverticulum diagnosed during an ambulatory colonoscopy. **Case report:** A 67-year-old man who consulted the gastroenterology service for chronic diarrhea. A colonoscopy was performed, and a 3 cm in diameter diverticular hole was evident, 6 cm from the anal margin. It was concluded that diverticular disease was not the cause of diarrhea. **Discussion:** There are several theories to explain the etiology and the reason for the low frequency of rectal diverticula, including surgical procedures in this area. Asymptomatic presentations do not need surgery, although periodic evaluation of these patients should be performed.

Key words: Colon diverticulum, rectum, colonoscopy.

¹ MD Especialista en gastroenterología clínica y quirúrgica. Docente del Fellow en Gastroenterología, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. E-mail: alberto.angel@ucaldas.edu-co

² Estudiante de medicina, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. E-mail: jhojan.521214567@ucaldas.edu.co

INTRODUCCIÓN

Las primeras descripciones de una herniación a través de la pared del colon fueron hechas por Littre en 1700 y Frien en 1730 (1). Actualmente la enfermedad diverticular del colon es muy frecuente, con una prevalencia de alrededor de 2%-10% para la población menor de 50 años (2) y de hasta 50% para los mayores de 50 años (1). Sin embargo, los divertículos ubicados en el recto son extremadamente raros y los reportes en la literatura suman poco más de 80 casos (1, 3-5). Se estima que los divertículos rectales representan sólo 0,07-0,08% del total de los divertículos (3, 4, 6) y a pesar del bajo número de casos se ha establecido su predominio en hombres, con un pico de presentación entre la sexta y novena décadas de la vida (1). A pesar de que se han hecho reportes de divertículos solitarios (3), es más frecuente encontrar más de 1 por paciente, con un número que varía entre 2 y 3 y un diámetro promedio de 2 cm por divertículo (1, 3). Los divertículos rectales involucran todas las capas de la pared del colon, por lo que se consideran divertículos verdaderos (7).

La disposición de las fibras longitudinales en el recto y la baja presión que este debe soportar con respecto al colon han sido las teorías que tratan de explicar la baja incidencia de los divertículos rectales (3). Estos tienden a ubicarse en la pared lateral del recto debido a su anatomía, estando reforzadas las paredes anterior y posterior, respecto a las laterales, por la disposición particular de las fibras musculares de las tenias del colon a este nivel. Sin embargo, algunos autores sugieren la participación de otros factores en la génesis de los divertículos rectales, tales como debilidad muscular de la pared, la edad, trauma e infecciones que dejan debilitada la pared, entre otros (1). También se han reportado casos luego de la intervención quirúrgica de esta zona (8).

El objetivo de este estudio es informar sobre un caso de divertículo rectal en un paciente a

quien se le practicó una colonoscopia de forma ambulatoria.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentación del caso

Paciente masculino de 67 años de edad, que consulta al servicio de gastroenterología para la realización de una colonoscopia ambulatoria dentro del estudio de un cuadro diarreico de evolución crónica. Dentro de sus antecedentes resalta un evento coronario agudo hace varios años y la ausencia de antecedentes quirúrgicos en región abdominal. Al examen físico presentaba signos vitales dentro de límites normales, palpación abdominal no dolorosa, sin masas ni megalias y ausencia de signos de irritación peritoneal; en el tacto rectal, la próstata se encontró aumentada de tamaño y uno de los examinadores refirió sensación de atrapamiento de su dedo en algún tipo de saco. Al momento de la consulta, el paciente no llevó ningún estudio paraclínico.

Previa preparación intestinal, se realizó la colonoscopia en la cual, a 6 centímetros del margen anal, se observó orificio diverticular único de 3 cm de diámetro, ubicado en cara lateral izquierda del recto (Figura 1); se encontraron también orificios diverticulares de menor diámetro en colon sigmoides y colon transversal. Durante el estudio no se encontraron signos de inflamación de la mucosa colónica ni otras lesiones que explicaran el cuadro diarreico, por lo que se tomaron varias muestras de tejido para análisis de patología. Con base en estos hallazgos se estableció el diagnóstico de enfermedad diverticular no complicada, divertículo rectal y se estableció que estas entidades no eran la causa del cuadro diarreico.

Al momento de este reporte el paciente continúa en seguimiento ambulatorio por gastroenterología para establecer la causa de su diarrea crónica.

DISCUSIÓN

La enfermedad diverticular se considera una enfermedad de la población occidental, sin embargo el aumento de su prevalencia en los últimos años también ha involucrado a los países asiáticos y africanos, esto quizás por la adopción de dietas occidentales (2). El primer caso de un divertículo rectal se reportó en 1911, en un país occidental (9), al igual que la mayoría de casos reportados desde entonces (1); estos a su vez han mostrado que son un grupo muy pequeño dentro de los divertículos colónicos (3) o al menos en países de América y Europa, pues un estudio publicado en el *World Journal of Gastroenterology* en 2013 (5) aportó 42 pacientes a la casuística mundial y reportó que en su población los divertículos rectales representaron el 1,5% de un total de 2877 casos analizados de enfermedad diverticular.

El diagnóstico de los divertículos rectales generalmente es incidental (10), puesto que la mayoría son asintomáticos; sin embargo pueden manifestarse clínicamente como cuadros de infección, perforación, fístulas,

ulceración, prolapso, sensación de masa perineal o diverticulitis (7). Esta última se produce cuando existe materia fecal impactada, trauma u otro agente irritante (7, 11). La infección puede a su vez conducir a la formación de abscesos (12) con posterior perforación. Ahora bien, en estos casos el riesgo es menor comparado con los divertículos colónicos, debido a que los divertículos rectales se sitúan por debajo de la reflexión peritoneal (7). Otras manifestaciones reportadas involucran diverticulitis recurrentes y síntomas urinarios debido a la compresión vesical (7).

El enema baritado de colon y la colonoscopia constituyen los métodos diagnósticos más utilizados (1, 7). La Sociedad Italiana de Cirugía de Colon y Recto resalta la colonoscopia como un estudio ampliamente disponible y de corta duración, sin embargo debe optarse por otros estudios en caso de existir contraindicaciones para este procedimiento o para la sedación (13). Como cualquier procedimiento, la colonoscopia no está exenta de riesgos, existiendo reportes de perforación de los divertículos rectales durante la realización de este estudio (14).

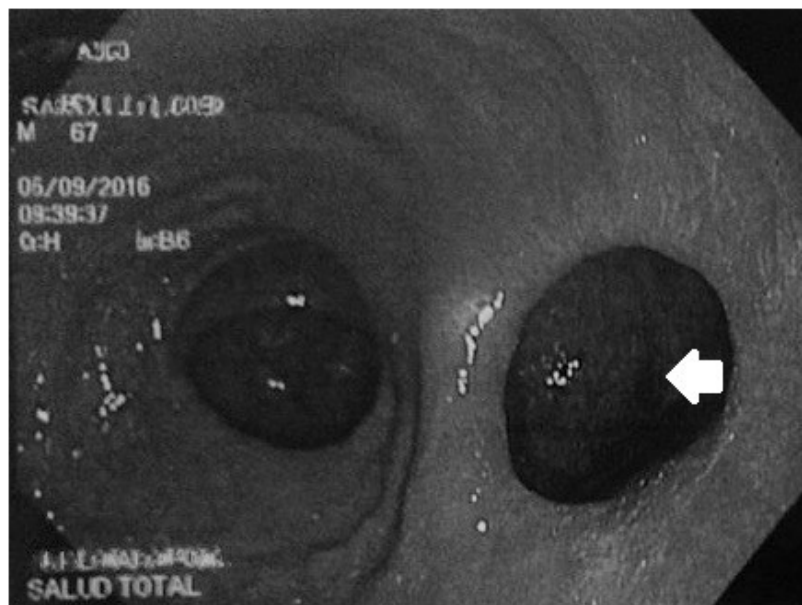


Figura 1. Divertículo rectal (flecha blanca).

El tratamiento de estos pacientes debe orientarse según cada caso en particular. Los pacientes asintomáticos generalmente no requieren tratamiento farmacológico ni quirúrgico, beneficiándose de una dieta rica en fibra (13), por otro lado, debe hacerse seguimiento periódico de estos pacientes, pues existe el riesgo de que se produzcan cambios metaplásicos en la mucosa. En los pacientes sintomáticos, sin embargo, podrían utilizarse diferentes combinaciones de fibra, probióticos y rifaximina, reservando la cirugía para aquellos casos de diverticulitis recurrente y las complicaciones como perforación y fístulas (7, 13). Las opciones de cirugía abarcan drenaje, invaginación diverticular o diverticulectomía en las complicaciones locales y procedimientos más agresivos como la rectosigmoidectomía o la amputación abdominoperineal, reservadas para los casos de complicaciones extensas o lesiones malignas (7).

Este caso representa el cuadro típico de divertículo rectal, pues concuerda con el perfil sociodemográfico y clínico descrito por la mayoría de autores. El manejo conservador de este paciente se ciñe a las recomendaciones actuales, pues al presentar una enfermedad diverticular asintomática no se justifica el manejo farmacológico ni quirúrgico.

CONCLUSIÓN

Los divertículos rectales son un diagnóstico incidental infrecuente, asintomático en la mayoría de los casos, por lo cual no requieren tratamiento, a menos que existan síntomas o complicaciones. Este reporte representa un aporte a la casuística global, permitiendo entender un poco mejor esta entidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sierra-Montenegro E, Villanueva-Sáenz E, Fernández-Rivero JM, Rocha-Ramírez JL, Rojas-Illanes M. Divertículos rectales. Informe de un caso. *Cir Cir.* 2006; 74(3):209-10.
2. Heise CP. Epidemiology and Pathogenesis of Diverticular Disease. *J Gastrointest Surg.* 2008; 12(8):1309-11.
3. Abrisqueta J, Frutos MD, Luján J, Abellán I, Parrilla P. Divertículo rectal solitario. Presentación de un caso. *Cirugía Española.* 2013; 91(2):128-9.
4. Plavsic BM, Raider L, Drnovsek VH, Kogutt MS. Association of rectal diverticula and scleroderma. *Acta Radiol (Stockholm, Sweden)* 1987). 1995; 36(1):96-9.
5. Lohsiriwat V, Suthikeeree W. Pattern and distribution of colonic diverticulosis: Analysis of 2877 barium enemas in Thailand. *World J Gastroenterol.* 2013; 19(46):8709.
6. Walstad PM, Sahibzada AR. Diverticula of the rectum. *Am J Surg.* 1968; 116(6):937-9.
7. Fagundes RB, Motta GL, Fontana K, Fonseca CB, Binato M. Divertículo retal. *ABCD Arq Bras Cir Dig (São Paulo).* 2011; 24(4):339-41.
8. Pellino G. Rectal diverticulum after stapled transanal procedures: surgery encouraged. *Am Surg.* 2013; 79(12):1320.
9. Giffin HZ. VII. Diverticulitis of the Rectum: A Report of Two Cases Operated Upon, One of them with Carcinomatous Degeneration. *Ann Surg.* 1911; 53(4):533-7.
10. Jung SH, Kim JH. A case of solitary rectal diverticulum presenting with a retrorectal mass. *Gut Liver.* 2010 Sep; 4(3):394-7.
11. Peker K. Solitary rectal diverticulum: A case report. *J Clin Exp Investig.* 2013; 4(4):506-8.
12. Damin DC, Rosito MA, Tarta C, Contu PC. Giant rectal diverticulum presenting as an ischioanal abscess. *Tech Coloproctol.* 2005; 9(3):249-50.
13. Binda GA, Cuomo R, Laghi A, Nascimbeni R, Serventi A, Bellini D, et al. Practice parameters for the treatment of colonic diverticular disease: Italian Society of Colon and Rectal Surgery (SICCR) guidelines. *Tech Coloproctol.* 2015; 19(10):615-26.
14. Hong KD, Lee S II, Moon HY. Rectal diverticular perforation complicating diagnostic colonoscopy: a case report and review of the literature. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2011; 21(8):745-8.