

Imágenes en cirugía general

Pólipo rectal gigante irreductible y sangrante. Tratamiento quirúrgico de urgencia.

*Giant bleeding and irreducible rectal polyp.
Urgent surgical treatment.*

S. Ercoreca-Tejada, M. Mogollón-González, M. Domínguez-Bastante, J.T. Torres-Alcalá, J.M. Villar-del Moral

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

RESUMEN

Las masas rectales son una patología muy común en la práctica clínica teniendo la mayoría un origen benigno. Dentro de ellas, las más frecuentes son los pólipos que afectan a colon y recto apareciendo con una frecuencia del 15% al 20% de la población adulta. Aunque generalmente no precisan un tratamiento agresivo, en un 5% pueden presentar degeneración maligna por lo que es importante el diagnóstico precoz para un adecuado abordaje terapéutico.

Presentamos el caso de un paciente con una masa endoanal irreductible complicada con una hemorragia anemizante no autolimitada. Dada la importante repercusión clínica, se decidió tratamiento quirúrgico urgente con posterior estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica.

Dada la gran variabilidad en el manejo de las diversas causas de masas endoanales, será necesaria la realización de un preciso diagnóstico diferencial que nos permita realizar un apropiado manejo de las mismas.

Palabras clave: pólipo, masa, prolapso, rectal.

ABSTRACT

Rectal masses are very common in our clinical practice. Most of them have a benign etiology. The most frequent are the colorectal polyps, affecting the 15-20% of the adult population. Although they do not need an aggressive treatment, up to 5% may become malignant. Therefore, early diagnosis is very important to treat them properly.

We had a patient with an irreducible endoanal mass complicated with active anemizing bleeding. Because of that serious clinical condition, the patient went to urgent surgery, posterior pathological study of the specimen and follow-up in our outpatient clinic.

Due to the large variability on management of the diverse etiologies of endoanal masses, it will be necessary to carry out a precise differential diagnosis that allows us an appropriate management of them.

Keywords: polyp, mass, prolapse, rectal.

INTRODUCCIÓN

Un pólipo es cualquier lesión que se eleva en la superficie de la mucosa del tracto gastrointestinal y se proyecta hacia la luz. Los pólipos son uno de los problemas más comunes que afectan a colon y recto, se presentan del 15% al 20% de la población adulta. Las tumoraciones a nivel rectal son una patología frecuente en la práctica clínica y aunque la mayoría de los pólipos son benignos, se ha logrado establecer la relación de ciertos de ellos con el cáncer^{5,11}.

CORRESPONDENCIA

Saioa Ercoreca Tejada
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
18014 Granada
saioa_erkoreka@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Ercoreca Tejada S, Mogollón González M, Domínguez Bastante M, Torres Alcalá JT, Villar del Moral JM. Pólipo rectal gigante irreductible y sangrante. Tratamiento quirúrgico de urgencia. Cir Andal. 2018;29(4):560-562.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 83 años con antecedentes personales de fractura de húmero no intervenida, insuficiencia respiratoria crónica, hemorroidectomía y perforación gástrica intervenida hace años que acude a urgencias por prolapso de masa rectal tras esfuerzo defecatorio asociado a rectorragia sin repercusión hemodinámica ni en pruebas complementarias. A la exploración, lesión excrecente pediculada de unos 10 cm en margen anal derecho con signos congestivos, sangrante e irreductible. Ante la clínica del paciente, se decide exploración bajo anestesia locorregional (epidural) de forma urgente. Se realiza rectoscopia en quirófano observándose pedículo fibrovascular sin otras masas adyacentes. Se lleva a cabo resección del pólipo con GIA y hemostasia cuidadosa.

Tras la intervención no presentó sangrado ni infección local aunque se descompensó desde el punto de vista respiratorio siendo dado de alta a los ocho días con buen estado general.

La anatomía patológica de la pieza mostró adenoma serrado con displasia adenomatosa de bajo grado focal.

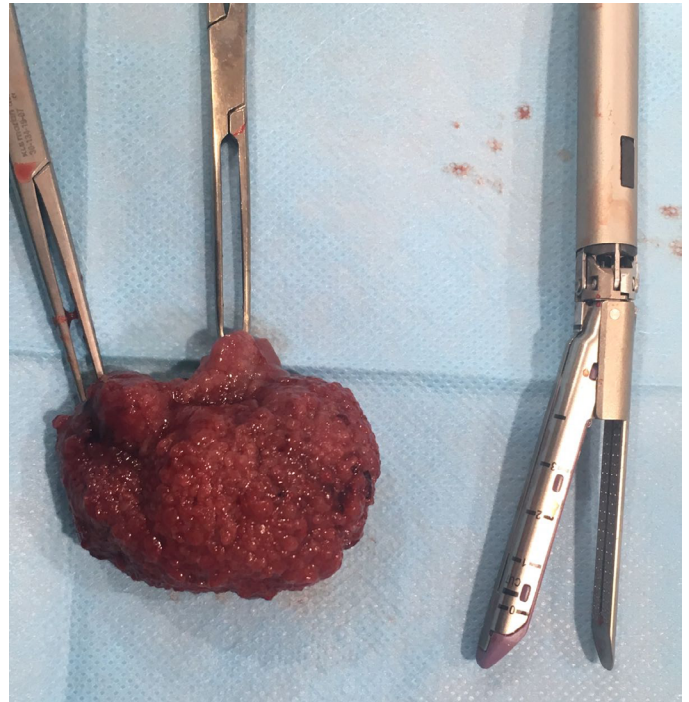


Figura 3



Figura 1



Figura 2

RESULTADOS

Fue revisado en consulta a los seis meses con realización de colonoscopia que no mostró otras lesiones.

DISCUSIÓN

Los pólipos serrados constituyen un grupo heterogéneo de lesiones que presentan un alto potencial de degeneración maligna, siendo responsables de hasta un 20-30% de todos los casos de cáncer colorrectal¹⁰.

Desde la aparición de la endoscopia como técnica terapéutica, ésta supone la opción más utilizada para la resección completa de dichas lesiones. No obstante, existen algunos casos en los que la polipectomía endoscópica puede resultar especialmente complicada, debido a diversos factores como son el tamaño (ocupando más de un tercio de la circunferencia), tipo de pólipo, localización o sospecha de malignidad que impida realizar una resección completa. En estas situaciones, será necesario plantear un abordaje quirúrgico que dependerá de la disponibilidad de recursos del centro y la experiencia del equipo médico-quirúrgico^{2,4,8,11}.

En las lesiones situadas por debajo de la reflexión peritoneal, la exéresis mediante abordaje transanal permite la completa extirpación de la lesión garantizando un margen de resección oncológico.

Si la lesión se encuentra próxima al margen anal la excisión podrá realizarse resección simple con sutura o mediante endograpadora, como en el caso que actualmente nos ocupa. En lesiones localizadas más distales al margen anal, la exéresis podrá realizarse mediante el clásico abordaje por TEM (Transanal Endoscopic Microsurgery), su

variante TEO (Transanal Endoscopic Operation) o mediante la técnica TAMIS (Transanal Minimally Invasive Surgery) que permite realizar la intervención utilizando material de laparoscopia convencional sin necesidad de inversión adicional en instrumental^{6,7,9}.

Dado que este tipo de pólipos siguen una vía distinta a la tradicional secuencia adenoma-carcinoma, el seguimiento deberá ser estrecho. En adenomas de gran tamaño, serán necesarias colonoscopias cada 3-6 meses el primer año, cada 6-12 meses durante el segundo y anuales hasta los cinco años ya que estas lesiones presentan un riesgo de malignización cuatro veces superior¹¹.

El diagnóstico de las lesiones endoanales, puede resultar en un reto para el cirujano siendo necesario establecer un diagnóstico diferencial entre la patología hemorroidal, el prolapso rectal, absceso perianal, pólipos rectales o carcinoma de ano/recto. Un adecuado diagnóstico y manejo multidisciplinar de las lesiones, será fundamental a la hora de individualizar las diversas opciones terapéuticas que ofrecer a cada paciente^{1-3,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Libanio D, Meireles C, Afonso LP, Henrique R, Pimentel-Nunes P, Dinis-Ribeiro M. Mucosal prolapse polyp mimicking rectal malignancy: a case report. *GE Port J Gastroenterol* 2016;23:214–7.
2. Kose E, Cipe G, Demirgan S, Oguz S. Giant colonic lipoma with prolapse through the rectum treated by external local excision: A case report. *Oncol Lett.* 2014;8:1377–1379.
3. Melton GB, Kwaan MR. Rectal prolapse. *Surg Clin North Am.* 2013;93:187–198.
4. E. Enrique Germiniano Martínez, A. Jarquín Arremilla, S. Vázquez Ciriaco, R. Sánchez Guerrero *et al.* Pólipo gigante de colon. Presentación de un caso. *Evidencia médica e investigación en salud* 2012; 19-24.
5. Heintze C, Summerton N, Matysiak-Klose D, Kröhn T, Wolf U, Brand A, *et al.* Diagnostic work-up of rectal bleeding in general practice. *Br J Gen Pract.* 2005;55(510):14–19.
6. Caycedo-Marulanda A, Jiang H, Kohtakangas E. Transanal minimally invasive surgery for benign large rectal polyps and early malignant rectal cancers: experience and outcomes from the first Canadian centre to adopt the technique. *Can. J. Surg.* 2017;60(6):416–423.
7. Larach S. Transanal endoscopic (TEM) and transanal minimally invasive surgery (TAMIS). *Cir Esp.* 2012;90:418–20.
8. Arora R, Kumar A, Bansal V. Giant rectal lipoma. *Abdom Imaging* 2011;36:545–7.
9. Dufresne AM, Withers R, Ramkumar J, Mackenzie S, Melich G, Vikis E. Transanal minimally invasive surgery: A new technique to avoid peritoneal entry. *Int J Surg Case Rep.* 2018 29;52:11-15.
10. Carballal S, Moreira L, Balaguer F. Pólipos serrados y síndrome de poliposis serrada. *Cir Esp.* 2013;91:141-148.
11. Sanz G, Cerdán J. Tumores benignos. *Guía clínica de la AEC. Cirugía colorrectal.* 2012; 236-245.