

Nota clínica

Quiste duplicación rectal, como causa infrecuente de dolor pélvico.

Rectal duplication cyst as an uncommon cause of pelvic pain.

Pérez-Domene MT, Levano-Linares DC, Castellón-Pavón CJ, Sánchez-Infante S, Laiz-Diez B, Franco-Herrera R, Manso-Abajo B, Alias-Jiménez D, Duran-Poveda M

Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Madrid.

RESUMEN

Los quistes de duplicación rectal son malformaciones congénitas infrecuentes. Según sus características pueden ser quísticas o tubulares y estar comunicadas o no con la luz intestinal. Su diagnóstico representa un reto en la práctica clínica, debido a su presentación variable, la ausencia de pruebas de imagen específicas y el amplio diagnóstico diferencial. El tratamiento quirúrgico está indicado para contrarrestar la sintomatología del paciente, evitar las complicaciones y la degeneración maligna.

Palabras clave: quiste duplicación rectal, transformación maligna, dolor perianal.

ABSTRACT

Rectal duplication cysts with very rare congenital malformations. Depending on their characteristics, they can be cystic or tubular and communicate or not with the intestinal lumen. Its diagnosis represents a challenge in clinical practice, due to its variable presentation, the absence of specific imaging tests and the wide differential diagnosis. Treatment is indicated to reduce the patient's symptoms, avoid complications and malignant degeneration.

Key words: rectal duplication cyst, malignant transformation, perianal pain.

INTRODUCCIÓN

Los quistes de duplicación son malformaciones congénitas infrecuentes que pueden presentarse a lo largo de todo el tracto digestivo. Su localización más habitual es ileal, siendo muy infrecuentes los quistes de duplicación rectal. Se describen como tumores congénitos con morfología quística o tubular, que pueden estar comunicados o no con la luz intestinal¹. La presentación más frecuente es durante la infancia de forma sintomática. El

CORRESPONDENCIA

XREF

María Teresa Pérez Domene
Hospital Universitario Rey Juan Carlos
28933 Móstoles, Madrid.
maria.pdomene@hospitalreyjuancarlos.es

CITA ESTE TRABAJO

Pérez-Domene MT, Levano-Linares DC, Castellón-Pavón CJ, Sánchez-Infante S, Laiz-Diez B, Franco-Herrera R, Manso-Abajo B, Alias-Jiménez D, Duran-Poveda M. Quiste duplicación rectal, como causa infrecuente de dolor pélvico. Cir Andal. 2024;35(1):39-42. DOI: 10.37351/2024351.6

diagnóstico es menos frecuente en adultos, siendo diagnosticado de forma incidental y tardía por la ausencia de sintomatología. Las manifestaciones clínicas dependen del tamaño y el desarrollo de complicaciones², variando desde sensación de ocupación rectal, estreñimiento, tenesmo, prolapso, dolor lumbar hasta síntomas urinarios. Pueden presentar mucosa ectópica con secreción ácida y causar ulceración, sangrado, fistulización perineal o prurito³. Para su diagnóstico, se recomienda una exploración física completa mediante tacto rectal, colonoscopia, resonancia magnética pélvica (RM) y confirmación histológica previa o tras la exéresis. El tratamiento definitivo consiste en la extirpación completa con resección rectal para reducir la sintomatología, prevenir complicaciones y una posible degeneración maligna.

CASO CLÍNICO

Un varón de 54 años, sin antecedentes de interés, acude a urgencias por dolor abdominal en flanco izquierdo asociado a fiebre y malestar general. En la analítica sanguínea, se evidencia una elevación de reactantes de fase aguda. Se le realiza una tomografía computarizada (TC) que describe una lesión tubular de 8 centímetros en la cara lateral derecha del recto superior con cambios inflamatorios y contenido aéreo, que según el contexto, sugiere una perforación contenida (**Figura 1**). Durante su estancia hospitalaria, con manejo conservador, presenta buena evolución clínica y analítica.

Para la caracterización de la lesión, se realiza una resonancia RM pélvica y colonoscopia. La RM describe una duplicación colónica tubular segmentaria de 9 centímetros adyacente a la luz rectal con disminución de los cambios inflamatorios visibles en las imágenes previas (**Figura 2**). En la colonoscopia, se aprecia a 15 centímetros del margen anal la presencia de dos luces colónicas, siendo una de ellas una cavidad ciega (**Figura 3**), compatible con quiste de duplicación rectal con comunicación a luz intestinal.

Tras el resultado de las pruebas, se decide realizar de forma programada una resección anterior de recto laparoscópica (**Figura 4 y 5**). Con una evolución postoperatorias sin complicaciones, siendo dado de alta a los 5 días desde la intervención. El análisis anatomopatológico describe un segmento intestinal recubierto por epitelio entérico sin alteraciones, ni malignidad, por lo que confirma la sospecha diagnóstica.

Durante su etapa postoperatoria, se realiza una nueva RM de control a causa de la continuidad de sintomatología. La prueba de imagen muestra persistencia de un resto del extremo distal en región presacra, es decir, la exéresis incompleta en la cirugía previa. Se decide nueva intervención para resección de resto de quiste de duplicación. La cirugía cursa sin incidencias, con buena evolución postoperatoria.

Tras dos años de seguimiento, el paciente se encuentra asintomático, sin signos de recidiva, por lo que se procede al alta del servicio de Cirugía General.

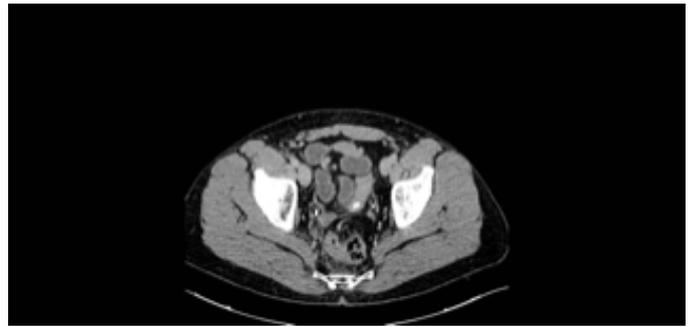


Figura 1
TC realizado en urgencias donde visualiza el quiste de duplicación.

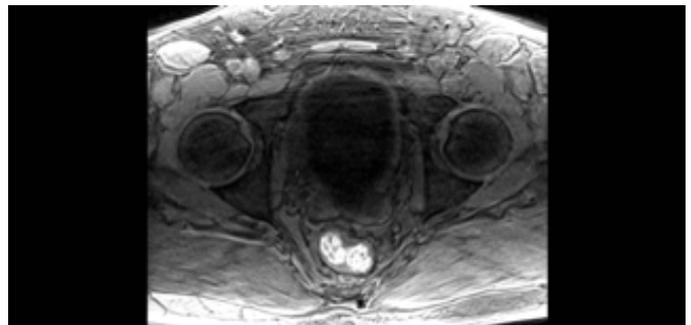
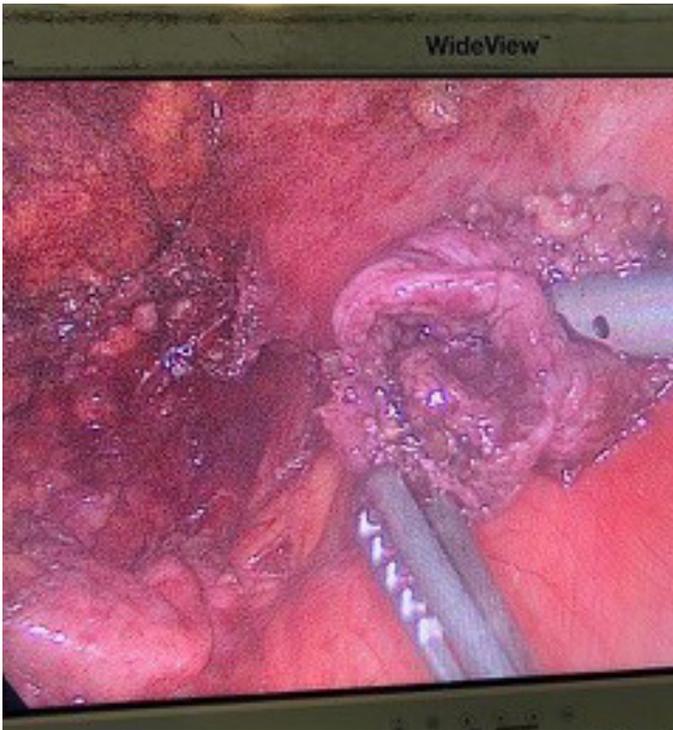


Figura 2
RM realizado en consultas visualiza el quiste y la consistencia parecida al recto normal.



Figura 3
Colonoscopia realizada por la cavidad ciega del quiste.



DISCUSIÓN

Los quistes de duplicación intestinal son raras anomalías del desarrollo. Se definen como la presencia de tumoraciones adheridas a cualquier tramo del tracto gastrointestinal formadas por una pared de músculo liso y un revestimiento mucoso con uno o más tipos de células intestinales⁴. Su incidencia es de 1 en cada 10.000 nacimientos. La localización más frecuente es en íleon (53%), mediastino (18%), colon (13%), gástrico (7%) y duodeno (6%). Mientras que en el recto, se presenta en menos de un 5% de los casos⁵. Puede encontrarse de forma quística o tubular con comunicación o no con la luz intestinal, siendo los más frecuentes los quísticos no comunicantes¹. En nuestro caso, el quiste de duplicación rectal es de forma tubular comunicante. Al ser una patología congénita, se suele diagnosticar en los primeros años de vida, por lo que es muy infrecuente su diagnóstico en la edad adulta.

En la infancia se suele presentar de forma sintomática, sin embargo, a la edad adulta suele ser asintomático. En los adultos se diagnostica incidentalmente o tras el inicio de clínica tardía, según su tamaño, consecuencias del efecto masa o desarrollo de complicaciones² (sepsis perianal, sangrado y transformación maligna). La sintomatología es desde sensación de ocupación, estreñimiento, tenesmo, o incluso, retención urinaria. También, pueden mostrar dolor crónico abdominal o perianal, abscesos perianales de repetición, prolapso rectal y rectorragia por la presencia de mucosa gástrica ectópica⁶. Se considera de baja probabilidad, pero se han descrito casos de transformación maligna por lo que se recomienda su exéresis.

Como pruebas de imagen, se pueden realizar rectoscopia o colonoscopia, ecografía transanal, TC y RM con el fin de caracterizar, localizar y valorar la extensión de la lesión. Por no presentar una imagen típica en las pruebas, tiene como diagnóstico diferencial: el teratoma, meningocele, leiomiosarcoma, absceso piogénico retrorrectal y linfangioma quístico pélvico subperitoneal.

Debido a la variabilidad de presentación, a la ausencia de una imagen específica y la gran variedad de diagnósticos diferenciales se considera muy difícil su diagnóstico². Para ello, se debe realizar una exploración física completa, unas pruebas de imagen y una confirmación histológica con biopsias previas a la cirugía o tras la exéresis quirúrgica mediante el análisis anatomopatológico de la pieza.

El tratamiento curativo es la extirpación quirúrgica, ya que, aunque se considera de baja probabilidad, se han descrito casos de adenocarcinomas en quistes de duplicación⁷. Puede ser en bloque con resección de la porción rectal normal, y en el caso de no presentar malignidad, se podría valorar una cirugía conservadora con preservación rectal². La exéresis produce en la mayoría de los casos una reducción de los síntomas y previene complicaciones. La forma de abordaje puede ser transanal, transcoccígeo o sagital posterior, si su localización es retrorrectal. Se puede valorar abordaje transabdominal, en caso de ser quistes anteriores con componente intraabdominal o estar asociados a malformaciones genitourinarias. Se puede realizar cirugía abierta o por laparoscopia según su posición y relación con estructuras adyacentes^{6,8}. En nuestro caso, utilizamos el abordaje laparoscópico, logrando un bajo dolor postoperatorio y rápida recuperación. Dada la persistencia de un remanente tras la cirugía y necesidad de reintervención del paciente, podría ser de

Figura 4

Resección laparoscópica de la lesión.



Figura 5

Visualización laparoscópica de lesión en contacto con el recto.

utilidad la realización de colonoscopia intraoperatoria, para visualizar en el momento el interior del tubo digestivo y asegurar la extirpación completa.

Si se realiza la exéresis con márgenes libres y se confirma la ausencia de degeneración maligna se considera tratamiento curativo, no precisando seguimiento posterior.

En conclusión, los quistes de duplicación son raras lesiones congénitas que se pueden presentar a lo largo de todo el tracto intestinal, siendo muy infrecuentes a nivel del recto. El diagnóstico se considera muy difícil debido a su variabilidad de presentación, ausencia de imagen típica y múltiples diagnósticos diferenciales. El tratamiento es curativo mediante la extirpación quirúrgica para evitar los síntomas, complicaciones, y aunque infrecuente, la degeneración a adenocarcinoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. El Fahssi M, Baba H, Bounaim A, Ait Ali A, Sair K. La duplication rectale de l'adulte: une cause exceptionnelle de masse pelvienne. *Pan Afr Med J* 2015; 22 (346). DOI: 10.11604/pamj.2015.22.346.8461
2. Castro-Poças F M, Araújo T P, Silva J D, Gonçalves V S. Endoscopic ultrasonography and rectal duplication cyst in an adult. *Endosc Ultrasound* 2017; 6 (5): 336-339. DOI: 10.4103/2303-9027.190918
3. Flint R, Strang J, Bisset I, Clark M, Neill M, Parry B. Rectal duplication cyst presenting as perianal sepsis: report of two cases and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2004; 47 (12): 2208-2210. DOI: 10.1007/s10350-004-0699-4
4. Gross R E, Holcomb G W, Farber S. Duplications of the Alimentary Tract. *Pediatrics* 1952; 9 (4): 448-468.
5. Ben-Ishay, Person B, Eran B, Hershkovitz D, Duek S. Rectal duplication cyst in adults treated with transanal endoscopic microsurgery. *Tech Coloproctol* 2011; 15 (4): 469-471. DOI: 10.1007/s10151-011-0681-9
6. Anastasiadou S, Tekkis P, Kontovounisios C. An unusual rectal duplication cyst. *Surg Case Rep* 2019; 5 (1): 75. DOI: 10.1186/s40792-019-0631-8
7. Parvaiz A, Stevens R J G, Lamparelli M J, Jeffery P J. A rare case of adenocarcinoma arising within a duplication cyst of the rectum: curative excision with 9-year follow-up. *Ann R Coll Surg Engl* 2005; 87 (5): 8-10. DOI: 10.1308/147870805x50717
8. Sharma A, Agarwal S, Kumar M, Sankhwar S. Rectal duplication cyst causing acute urinary retention with bladder outlet obstruction: an unusual presentation. *BMJ Case Rep* 2019; 12 (3): 226338. DOI: 10.1136/bcr-2018-226338