

Úlcera rectal solitaria secundaria a prolапso rectal recurrente

Itziar Bueno Vidán^a, Irene Gómez-Pastrana Pau^a, Iván Carabaño Aguado^a, Indalecio Cano Novillo^b, Enrique Salcedo Lobato^a, Enrique Medina Benítez^a

Publicado en Internet:
10-junio-2022

Itziar Bueno Vidán:
itziar.bueno@salud.madrid.org

^aSección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España • ^bServicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario

12 de Octubre. Madrid. España.

Resumen

Palabras clave:

- Prolапso
- Recto
- Rectorragia
- Úlcera

El síndrome de úlcera rectal solitaria (SURS) es una entidad excepcional en Pediatría, en especial si se acompaña de prolапso rectal recurrente. Es habitual que se confunda con otras entidades, como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), lo que puede conllevar retraso en el diagnóstico. Clínicamente, se manifiesta como tenesmo, urgencia defecatoria, rectorragia leve que puede estar acompañada de moco y sensación de evacuación incompleta. Para el diagnóstico es fundamental la realización de una rectoscopia con toma de biopsias. El tratamiento es controvertido, ya que no existen guías consensuadas para el manejo de esta entidad. La presencia de prolапso recurrente suele requerir cirugía.

Solitary rectal ulcer secondary to recurrent rectal prolapse

Abstract

Solitary rectal ulcer syndrome (SURS) is a rare disease in paediatrics, especially when it is associated with recurrent rectal prolapse. It can be easily confused with other conditions, such as inflammatory bowel disease (IBD), which can lead to a delayed diagnosis. It manifests in the form of tenesmus, faecal urgency, mild rectal bleeding possibly accompanied by mucus and incomplete evacuation. Performance of a rectoscopy with collection of biopsy samples is essential for diagnosis. Its treatment is still subject to controversy, as there are no consensus guidelines for the management of this disease. If there is recurrent prolapse, surgery is usually required.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de úlcera rectal solitaria (SURS) es una entidad crónica, benigna y poco frecuente, descrita mayoritariamente en adultos jóvenes y excepcional en la edad pediátrica¹. Desde el punto de vista clínico, se caracteriza por tenesmo, proctalgia, defecación escasa, eliminación de sangre y moco por vía rectal, y sensación de evacuación incompleta. En ocasiones puede asociar prolапso rectal².

CASO CLÍNICO

Niño de 9 años, con antecedente de craneofaringioma intervenido a los 6 años de edad. Portador de una válvula de derivación ventrículo-peritoneal, con panhipopituitarismo y diabetes insípida secundarios, en tratamiento sustitutivo con desmopresina, hidrocortisona y levotiroxina.

El paciente es derivado a consultas de Digestivo infantil desde el servicio de Endocrinología por presentar hábito intestinal irregular de años de

Cómo citar este artículo: Bueno Vidán I, Gómez-Pastrana Pau I, Carabaño Aguado I, Cano Novillo I, Salcedo Lobato E, Medina Benítez E. Úlcera rectal solitaria secundaria a prolапso rectal recurrente. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022; 24:e239-e241.

evolución, con emisión de 5-6 deposiciones diarias, blandas, escasas en cantidad, fétidas, inicialmente sin productos patológicos, con urgencia defecatoria. Presenta leves molestias abdominales, que siempre ceden tras las deposiciones. No refieren otros síntomas digestivos. Afebril.

En un estudio inicial, se realiza una analítica en la que presenta función hepatorrenal, iones y reactivos de fase aguda normales. Se descarta enfermedad celiaca y parasitosis intestinal. Se solicita calprotectina fecal y coprocultivo, resultando ambos negativos. Se cataloga de probable síndrome de intestino irritable (SII).

En revisiones sucesivas, el paciente refiere que persiste la misma sintomatología y que, de manera ocasional, presenta prolapsos rectales recurrentes con la defecación, autorreducibles de manera manual. Además, comienza a emitir pequeñas cantidades de sangre en las heces. Persiste con buen estado general, afebril, sin aparición de aftas o artralgias.

Se repite estudio analítico que muestra anemización hasta 9 g/dl de hemoglobina, con leve elevación de calprotectina fecal (80 µg/g). Se inicia tratamiento laxante y ferroterapia oral y se cita de nuevo al paciente para realización de rectoscopia. En el procedimiento se visualiza, a 5-10 cm del margen anal, una lesión circunferencial de aspecto polipoideo, ulcerada en superficie, y cubierta por fibrina y moco. Dicha lesión ocupa aproximadamente la mitad de la circunferencia. Contiguo a la misma, en un plano ligeramente proximal, se visualiza alguna pequeña formación polipoidea cubierta por fibrina (Figs. 1 y 2).

Se toman muestras para procesamiento histológico, en las que se observa tejido de granulación con superficie fibrinoleucocitaria, sin datos de malignidad.

Tras el procedimiento, que transcurre sin incidencias, el paciente es dado de alta a domicilio. Ingresa de nuevo a las dos semanas por un prolapo rectal no reducible de forma manual (Fig. 3), por lo que finalmente es intervenido mediante laparoscopia para realización de rectopexia.

Figura 1. Lesión polipoidea cubierta por fibrina y mucosidad

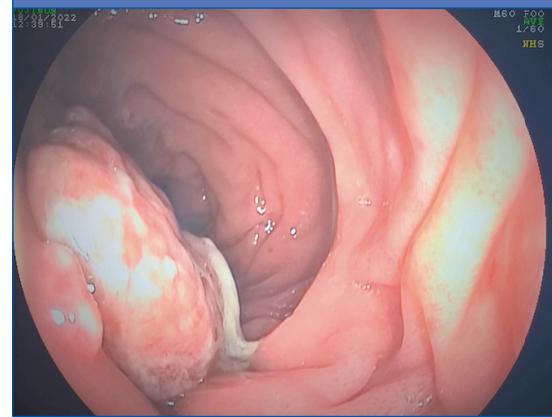
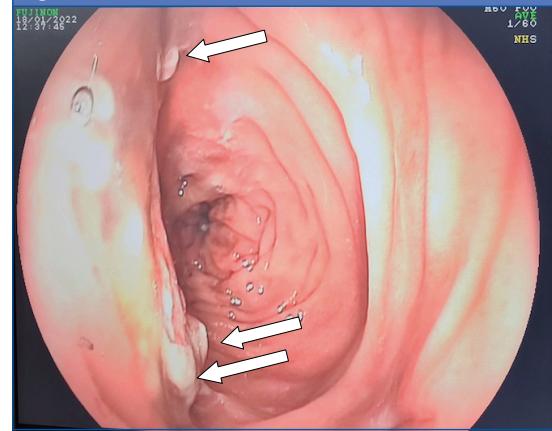


Figura 2. Lesiones satélites



DISCUSIÓN

La etiología del SIRS no está claramente definida. Se ha sugerido que la ulceración puede ser secundaria a una lesión isquémica de la mucosa rectal anterior causada por un prolapo recurrente de esta a través del músculo puborrectal en pacientes con una alteración de la dinámica defecatoria³. Dados los antecedentes médicos de nuestro paciente, la obesidad presentada y su escasa masa muscular, consideramos la disinergia defecatoria como una causa probable. Otra etiología sugerida es el traumatismo local causado por una extracción digital de heces de manera repetida.

La expresión clínica del SIRS puede incluir los siguientes síntomas: tenesmo, proctalgia, defeca-

Figura 3. Prolapo rectal. En la parte izquierda de la imagen se observa una lesión papilomatosa, correspondiente a la imagen polipoidea previamente visualizada en la rectoscopia. Se observan lesiones satélites



ción escasa, eliminación de sangre y moco por vía rectal, sensación de evacuación incompleta y prolapo rectal².

El diagnóstico de esta entidad obliga a descartar enfermedades más frecuentes como la EII, por lo que son precisos estudios analíticos con marcadores inflamatorios. Del mismo modo, en pacientes diagnosticados de SII o EII, especialmente aquellos con escasa o nula mejoría con tratamiento, se debe tener en consideración el SURS y plantearse la reactualización de rectoscopia con toma de biopsias. La

expresión endoscópica es variable. Algunos autores indican que el nombre de esta entidad es engañoso, ya que no siempre se trata de una lesión solitaria, sino que puede ser múltiple o circunferencial; y no siempre consiste en una ulceración, sino que se puede presentar como lesiones polipoideas o hiperémicas⁴.

El hallazgo histopatológico más característico es la hiperplasia fibromuscular de la lámina propia. El engrosamiento y la extensión vertical de la muscular de la mucosa es típico, pero no patognomónico⁵. El tratamiento del SURS no está consensuado actualmente. Siempre que no exista un prolapo rectal recurrente o irreductible, como en el caso de nuestro paciente, el primer escalón terapéutico consiste en un manejo conservador de la úlcera. Se debe educar al paciente en reducir los tiempos de defecación y en minimizar en la medida de lo posible el esfuerzo defecatorio. Se debe insistir en una dieta rica en fibra y hacer uso de laxantes si fuera preciso. Algunos estudios recomiendan el uso de enemas de hidrocortisona, con adecuada respuesta². La presencia de prolapo rectal recurrente suele condicionar una evolución tórpida y requerir tratamiento quirúrgico.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

SURS: síndrome de úlcera rectal solitaria • **EII:** enfermedad inflamatoria intestinal • **SII:** síndrome intestino irritable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martin CJ, Parks TG, Biggart JD. Solitary rectal ulcer syndrome in Northern Ireland. 1971-1980. Br J Surg. 1981;68:744-7.
2. Poddar U, Yachha SK, Krishnani N, Kumari N, Srivastava A, Sen S. Moinak Solitary Rectal Ulcer Syndrome in Children: A Report of 140 Cases. J Pediatr Gastroenterol Nutrition. 2020;71:29-33.
3. Hernández Martínez A, Lázaro Sáez M, San Juan López C, Suárez Crespo JF. Solitary rectal ulcer in a teenage patient. Gastroenterol Hepatol. 2016;39:665-7.
4. Kumagai H, Yokoyama K, Sunada K, Yamagata T. Solitary rectal ulcer syndrome: A Misleading term. Pediatr Int. 2021;63:739-40.
5. Abusharifah O, Bokhary RY, Mosli MH, Saadah OI. Solitary rectal ulcer syndrome in children and adolescents: a descriptive clinicopathologic study. Int J Clin Exp Pathol. 2021;14:399-407.