

Obstrucción maligna de muñón rectal como agente etiológico de mucocele

Malignant obstruction of the rectal stump as an etiological agent of mucocele

María Alejandra Amaya Trigos[1]
Luis Felipe Uriza Carrasco[2]
Sebastián Sánchez Ussa[3]
Jesús Rosso[4]

https://doi.org/10.53903/01212095.233

Palabras clave (DeCS)

Mucocele
Neoplasias de recto
Tomografía computarizada por rayos X

Key words (MeSH)

Mucocele
Rectal neoplasms
Tomography, X-Ray computed

Resumen

Los mucoceles son hallazgos observados frecuentemente en los senos paranasales; sin embargo, se pueden localizar en el recto, lo cual es una complicación infrecuente, que se presenta después de procedimientos quirúrgicos; su presentación es insidiosa y no específica. Se debe conocer su relación con los antecedentes quirúrgicos para sospechar, diagnosticar y tratar esta patología oportunamente, con el fin de evitar complicaciones que causan mayor morbilidad, como abscesos y fístulas. A continuación, se presenta el caso de un mucocele rectal del muñón residual tras una colostomía derivativa en el contexto de una neoplasia rectal.

Summary

Mucoceles are frequently observed in the paranasal sinuses, however, rectal mucoceles are a rare complication occurring after surgical procedures, having a non-specific presentation. Its relationship with the surgical history should be known in order to suspect, diagnose and treat this pathology in a timely manner, in order to avoid complications that cause greater morbidity, such as abscesses and fistulas. We present a case report of a rectal mucocele on a residual stump after a diverting colostomy in the context of a rectal neoplasm.

Introducción

El mucocele, desde el punto de vista histológico, consiste en una cavidad con contenido mucinoso rodeada por epitelio o tejido de granulación (1). Se ha descrito en varias localizaciones, pero las más frecuentes son los senos paranasales, el apéndice cecal y la vesícula biliar (2). En una búsqueda realizada en PubMed, en los últimos 20 años se encuentran diez reportes de casos y dos series de casos que describen mucoceles rectales, una con ocho casos y otra con siete casos (3-6). Se trata, entonces, de una entidad poco frecuente y en todos los casos documentados fue secundaria a procedimientos quirúrgicos.

Resumen del caso

Paciente masculino de 43 años de edad, quien consultó al servicio de urgencias por dolor abdominal y pélvico de alta intensidad asociado a distensión abdominal y disminución en el hábito de la colostomía. Tenía como antecedente adenocarcinoma de tipo mucinoso de los tercios medio e inferior del recto en estadio localmente avanzado, en tratamiento de neoadyuvancia con intención curativa. Seis meses antes de la consulta, se realizó una colostomía derivativa del colon sigmoide por vía laparoscópica secundaria a proceso obstructivo intestinal.

Durante la valoración, el paciente tenía signos vitales normales: frecuencia cardiaca de 75 latidos por minuto, tensión arterial de 118/78 mm Hg y temperatura de 36,5 ºC. El abdomen se encontraba distendido y manifestaba dolor difuso a la palpación, predominante en el hipogastrio.

Por sospecha clínica de obstrucción intestinal, se realizó una radiografía de abdomen como estudio inicial, la cual no mostró alteraciones (figura 1). Para caracterizar la etiología de los síntomas del paciente se practicó una tomografía (TAC) de abdomen con medio de contraste oral y endovenoso, en la que se observó dilatación de la luz del recto y del colon sigmoide, con contenido homogéneo y de baja densidad endoluminal, con densidad promedio de 2 unidades Hounsfield. Adicionalmente, presentaba engrosamiento concéntrico y simétrico de las paredes, con estratificación de sus capas y una zona de estenosis en el recto inferior, la cual correspondía a la zona del tumor rectal conocido. El informe de la TAC propuso como diagnóstico mucocele del muñón del recto y del sigmoide secundario a estenosis rectal, con cambios en la pared intestinal que podrían indicar isquemia (figuras 2 y 3).

[1]Médico, residente de Radiología. Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.

[2]Médico, MSc. Radiólogo, epidemiólogo clínico. Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.

[3]Médico, residente de Cirugía General. Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.

[4]Médico, cirujano general. Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.

Radiología e Imágenes Diagnósticas del Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.

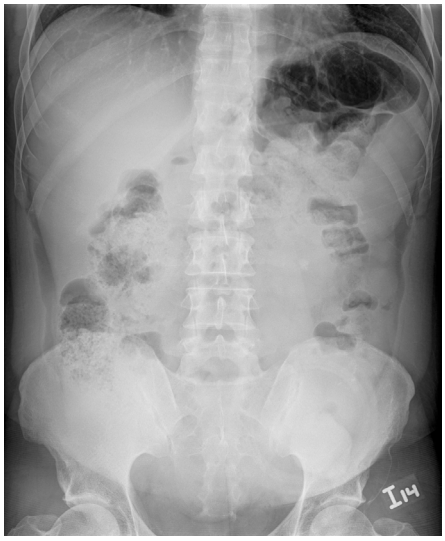


Figura 1. Rx de abdomen simple en proyección anteroposterior en posición supino, sin hallazgos relevantes.



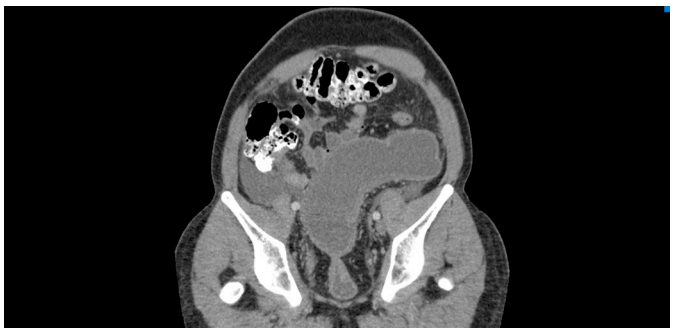


Figura 2. Reconstrucciones multiplanares ortogonales de escanografía de abdomen y pelvis con medio de contraste intravenoso y oral en fase venosa. a) Reconstrucción sagital: Dilatación de asa de colon sigmoide, recto medio y superior, ocupada por material de baja densidad, homogéneo, con engrosamiento concéntrico de las paredes y estenosis en el recto inferior asociado a aumento de la densidad de la grasa perirrectal. b) Reconstrucción ortogonal en plano coronal: Se identifica muñón proximal y zona de estenosis distal en el recto inferior, engrosamiento concéntrico de las paredes intestinales y distensión por la ocupación de la luz intestinal por contenido de baja densidad.



Figura 3. Reconstrucción ortogonal en el eje transverso del asa dilatada de sigmoide y recto, documenta sutura mecánica en su extremo proximal y la estenosis descrita en el recto inferior en el extremo distal.

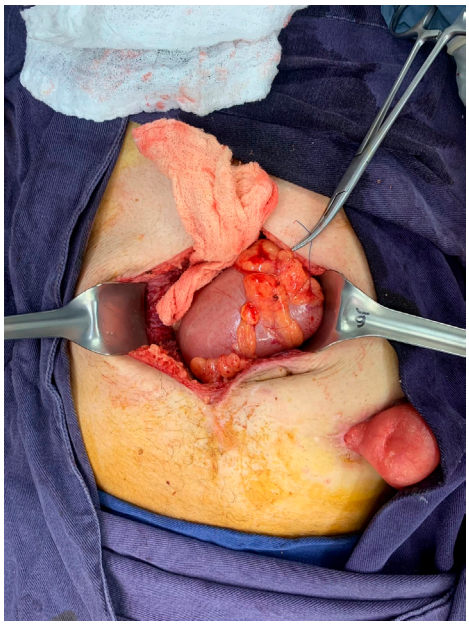


Figura 4. Laparotomía mediana infraumbilical. Colon sigmoide proximal y recto superior dilatado con contenido mucoide en su interior, sin signos de isquemia o perforación.

El paciente fue llevado a laparotomía infraumbilical, en la que se encontraron hallazgos de muñón del sigmoide redundante, distendido, vital, sin despulimiento de la serosa, abombado, con contenido mucoide y sin signos de perforación. No se observó progresión tumoral. Se hizo un drenaje controlado del contenido que arrojó 600 cm^3 de moco. Se logró exteriorizar una fístula mucosa suprapúbica del colon sigmoide distal, para derivar la porción del tracto entérico obstruida por la neoplasia rectal (figura 4). El paciente evolucionó favorablemente en el posoperatorio, se dio de alta al cuarto día y se continuó su terapia neoadyuvante.

Discusión

Los mucoceles rectales son raros y se han descrito en la literatura en el contexto clínico posquirúrgico (después del procedimiento de Hartmann, de la colectomía subtotal y de hemorroidectomías) (3,4). La mucosa normal del muñón rectal residual después de una cirugía colorrectal suele producir pequeñas cantidades de mucina, las cuales en

condiciones fisiológicas se excreta a través del ano. Entre los factores que pueden contribuir al acúmulo de moco en la luz del muñón rectal después de una cirugía se han descrito: obstrucción luminal, estenosis, aumento del tono anal, así como inflamación, cicatrización y epitelización de la pared intestinal. Dichas condiciones evitan la adecuada eliminación del moco, lo que genera un asa con ambos extremos ocluidos, fomenta la formación de un mucocele, que va a seguir aumentando de tamaño hasta volverse sintomático (2,5).

Se han documentado mucoceles en segmentos de colon disfuncional luego de cirugía derivativa por estenosis y con retracción del muñón colónico (4), similares al caso del paciente aquí descrito.

La sintomatología de los mucoceles rectales incluye tenesmo rectal, dolor abdominal e íleo obstructivo, síntomas que pueden solaparse con los del tumor primario cuando presenta recidiva o complicación (3). Al examen físico se puede palpar una masa pélvica o pararrectal (6).

Los hallazgos que suelen verse en escanografía son de una lesión de bordes bien delimitados, de baja densidad, homogénea, de paredes delgadas y que puede ser dependiente de la pared del asa. En la resonancia magnética (RM) se observa el comportamiento usual de un quiste relacionado con el recto o la pared rectal, de alta señal en las secuencias potenciadas en T2 y sin componente sólido (3,6) o, como en el caso presentado, puede verse ocupación y distensión de la luz intestinal por material homogéneo de intensidad de señal líquida.

Las imágenes también permiten enfocar y descartar otros diagnósticos diferenciales, como neoplasias benignas (lipoma, leiomioma, tumor estromal gastrointestinal), tumores malignos (mesenquimatosos, neurales, neuroendocrinos, carcinoides, linfomas), depósitos endometriósicos, lesiones quísticas retrorrectales del desarrollo (quistes de duplicación rectal, epidermoides y quistes dermoides) y divertículos (3,6).

Una posible complicación del mucocele rectal es la formación de abscesos y fístulas secundaria a retención de moco, contaminación fecal y sobrecrecimiento bacteriano (6). Existen distintos tratamientos, como la extirpación de la lesión quística, resección de recto residual y el drenaje; esta última es la más utilizada, pero tiene la desventaja de ser potencialmente recurrente (3).

Conclusiones

Los mucoceles rectales son una complicación poco habitual, pero relevante, que debe considerarse en pacientes con historia de procedimientos quirúrgicos en este órgano y dolor recurrente con múltiples visitas a los servicios de atención médica. Las imágenes diagnósticas, y en especial la escanografía, tienen un papel fundamental para el diagnóstico, que permiten detectar posibles complicaciones y planear el tratamiento.

Referencias

1. Linares-Vieyra C, González-Guevara M, Murrieta-Pruneda J, et al. Características clínicas e histopatológicas de 450 mucoceles. Claves Otorrinolaringología. 2013;8(4):2-4.
2. Ishii D, Aoki, T, Inaba S, et al. Rectal mucocele in the anterior wall of the rectum. BMJ Case Rep. 2018;bcr2018225097. https://doi.org/10.1136/bcr-2018-225097
3. Xing-Yang W, Yuan-Ji F, Gui-Ming L, et al. Mucocele: a rare complication following stapled haemorrhoidopexy. BMC Surg. 2022;22(1):298. https://doi.org/10.1186/s12893-022-01744-3
4. Hsu F, Chung-Bao H, Jyh-Cherng Y, et al. Rare rectal mucocele mimic tumor following hemorrhoidectomy in an adult patient. Rev Esp Enferm Dig. 2011;103(5):276-7.
5. Schneider R, Kraljević M, von Flüe M, et al. Giant symptomatic rectal mucocele following subtotal colectomy. Case Rep Gastroenterol. 2018;12(1):143-6. https://doi.org/10.1159/000488523
6. Shivakumar SP, Shanmugam RP. Mucocele of the rectum. J Clin Case Rep. 2012;2:11. https://doi.org/10.4172/2165-7920.1000170

Correspondencia

María Alejandra Amaya Trigos
Carrera 5 # 62-20
Bogotá, D.C.
mariaa.amaya@javeriana.edu.co

Recibido para evaluación: 10 de enero de 2023
Aceptado para publicación: 14 de marzo de 2023