

Servicio de Cirugía General.  
Hospital de Bellvitge  
Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

## Opciones en el tratamiento quirúrgico del hemangioma cavernoso difuso de recto

Castellví, J.; Pares, D.; Ramos, E.; Serrano, T.\*; Oca, J. de, y Martí-Ragué, J.

### SUMMARY

**Cavernous haemangioma of the rectum is an unusual hamartomatous malformation. Patients usually present with painless massive rectal bleeding that generally begins at an early age and frequently surgery is necessary. To avoid abdominoperineal resection of the rectum in these patients, a procedure of coloanal sleeve anastomosis, that includes a large rectal mucosectomy, has been described. However, in our opinion, if affectation of other pelvic organs can be excluded by MRI, it is easier to do a conservative proctectomy with coloanal anastomosis. We present a case in a seventeen years old patient.**

**KEY WORDS: Rectum, cavernous haemangioma, colo-anal anastomosis.**

Castellví, J.; Pares, D.; Ramos, E.; Serrano, T.; Oca, J. de, y Martí-Ragué, J. Options in the surgical treatment of cavernous haemangioma of the rectum. Rev Esp Enf Digest 1996; 88: 566-568.

### RESUMEN

El hemangioma cavernoso difuso del recto es una malformación congénita poco frecuente, de tipo hamartomatoso. Suele manifestarse en forma de rectorragias abundantes, en pacientes jóvenes y habitualmente requiere cirugía. Para evitar la resección abdominoperineal en estos pacientes, se ha descrito una técnica de tipo «pull-through», que incluye una mucosectomía amplia del recto y una anastomosis colo-anal. Sin embargo, nosotros consideramos que si es posible descartar preoperatoriamente la afectación de otras vísceras pélvicas, es más adecuado realizar de una proctectomía conservadora seguida de anastomosis coloanal. Presentamos un caso en un paciente de 17 años.

**PALABRAS CLAVE:** Recto, hemangioma cavernoso, anastomosis colo-anal.

### INTRODUCCION

El Hemangioma cavernoso colorrectal es un hamartoma que suele localizarse en la región recto sigmoidea, pudiendo alcanzar el conducto anal, extenderse a órganos pélvicos vecinos, e incluso afectar a otras localizaciones del tubo digestivo. La infrecuencia de esta lesión, su localización y la juventud de los pacientes en el momento del diagnóstico, son motivos de incertidumbre a la hora de elegir la técnica quirúrgica más adecuada para el tratamiento definitivo. Por este motivo, consideramos de gran interés comunicar nuestra experiencia en un caso de hemangioma cavernoso de recto.

### CASO CLINICO

Se trata de un paciente de 16 años de edad visitado en nuestro centro a causa de varios episodios de rectorragias que requirieron transfusiones sanguíneas. Mediante una colonoscopia se detectó la presencia de varices pseudo-tumorales, muy friables al paso del endoscopio, que se extendían hasta 50 cm de margen anal. La arteriografía selectiva de la arteria mesentérica inferior mostraba una discreta retención de contraste en fases venosas, localizada en el área pélvica. Tanto la TAC abdominal como la RNM informaron de la presencia de un aumento considerable del grosor de la pared del recto y descartaron la extensión de la lesión a otras vísceras pélvicas (fig. 1). No se practicaron biopsias dado el elevado riesgo de hemorragia que presentan estas malformaciones tras su manipulación. Dado el tiempo de evolución, el elevado número de episodios de rectorragias que motivaron el ingreso, y la progresión de la enfermedad se decidió practicar tratamiento quirúrgico. Se realizó una extirpación del recto y del sigma afectado, con anastomosis coloanal manual por vía perineal. La disección del recto fue prácticamente exangüe y el enfermo no precisó transfusiones intraoperatorias, ni postoperatorias. Finalizada la anastomosis se llevó a cabo una ileostomía de protección y el paciente pudo ser dado de alta sin incidentes a los 7 días de la intervención. En el plazo de unos meses y tras una comprobación previa de la anastomosis coloanal se realizará el cierre del estoma. La funciones urinaria y sexual se han mantenido indemnes tras la cirugía.

### DISCUSION

Los hemangiomas del recto son malformaciones vasculares poco frecuentes que pueden ser de naturaleza capilar

\*Servicio de Anatomía Patológica.



FIG. 1.— La RNM pone de manifiesto el engrosamiento de la pared rectal y permite apreciar la existencia de una infiltración de los órganos pélvicos vecinos.

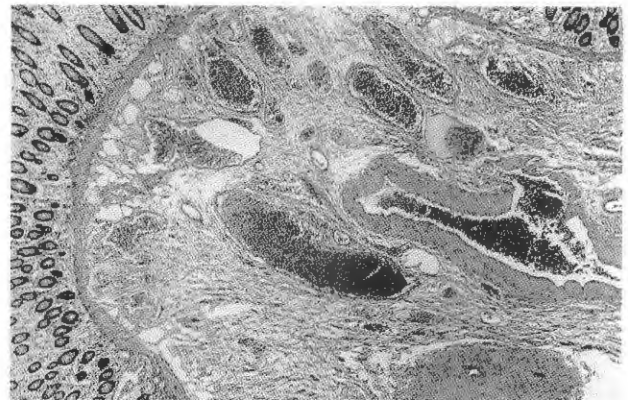


FIG. 2.— En esta preparación histológica puede apreciarse la existencia de vasos sanguíneos de grueso calibre en la submucosa del recto.

o cavernosa. La variante cavernosa puede extenderse a través de la pared del recto, a la grasa perirrectal y a órganos vecinos. Ocasionalmente forma parte del Sd. de Klippel-Trenaunay, aunque más frecuentemente se presenta como alteración clínica aislada (1-5). Se han descrito unos 200 casos de hemangioma cavernoso difuso de recto en la literatura. La forma de presentación clínica más frecuente consiste en episodios de rectorragias autoflimitadas en edades tempranas de la vida (4). Con los años aumentan en frecuencia y volumen pudiendo llegar, en algunos casos, a ser severas y precisar de transfusiones sanguíneas para mantener la hemodinamia. Otros síntomas menos frecuentes son constipación, dolor lumbar y perianal, y si la tumoración afecta a vagina o vejiga pueden presentar metrorragias o hematuria (2, 3, 6). Un número considerable de estas malformaciones pasan inicialmente inadvertidas, estableciéndose el falso diagnóstico de hemorroides internas, colitis ulcerativa inespecífica, poliposis adenomatosa, etc. Algunos pacientes han sido sometidos a intervenciones quirúrgicas con diagnóstico erróneo, siendo la intervención quirúrgica más frecuentemente efectuada la hemorroidectomía (3, 4). Las lesiones de gran tamaño pueden provocar trastornos de la coagulación como consecuencia del consumo de diversos factores de la coagulación, y de la destrucción de plaquetas a causa de los fenómenos de coagulación intravascular que se producen en el hemangioma. La colonoscopia es la prueba más importante para el diagnóstico, dando también información acerca de la longitud del intestino afectado (1, 3, 5). Al igual que la mayoría de autores consideramos poco conveniente la práctica de una biopsia, dado que las exploraciones citadas son suficientes para establecer el diagnóstico, y el riesgo de hemorragia tras la biopsia no es despreciable. Creemos también que la arteriografía es una exploración poco relevante, dado que en un número considerable de casos resulta normal, probablemente como resultado de trombosis en los espacios vasculares dilatados.

Con las pruebas citadas debe establecerse el diagnóstico. Sin embargo, antes del tratamiento quirúrgico debemos estudiar la extensión transpélvica del hemangioma, con la finalidad de evitar la hemorragia durante el acto operatorio.

En este sentido es de gran ayuda la Resonancia Nuclear Magnética, ya que posee un alto grado de definición, permite valorar la situación de la tumoración en la pelvis, en los tres ejes del espacio, así como su relación con los órganos vecinos (2).

Una vez realizado el diagnóstico, debe recomendarse la extirpación. Aunque se han utilizado terapéuticas alternativas a la cirugía, como la escleroterapia y la crioterapia, no se ha obtenido éxito y han sido abandonadas. Las técnicas quirúrgicas habitualmente empleadas en el tratamiento de los grandes hemangiomas cavernomatosos del recto, que alcanzan las proximidades del margen anal, son la amputación abdominoperineal, y la anastomosis coloanal tipo «sleeve». La primera de estas intervenciones tiene el grave inconveniente de dejar como secuela un estoma permanente en un paciente joven, pudiendo provocar además disfunciones sexuales y/o urinarias. La segunda opción requiere la realización de una amplia mucosectomía del recto, manteniendo un manguito muscular de pared rectal. Esta técnica tendría la ventaja de evitar la disección pélvica y eliminar así el riesgo de lesión del plexo nervioso sacro. Aunque en esta técnica, no se lleva a cabo la extirpación del hemangioma que queda cubierto por el colon, no parece existir riesgo de reaparición de las hemorragias (7). Es evidente que una mucosectomía tan larga es técnicamente difícil y puede provocar una copiosa hemorragia, ya que a nivel de la submucosa se encuentran grandes dilataciones vasculares (fig. 2). Sin embargo, si existe una extensión extrarrectal del hemangioma, el riesgo de hemorragia grave es mayor con la disección pélvica que con la mucosectomía. Por lo tanto, en esta situación estaría claramente indicada la anastomosis coloanal tipo «sleeve».

Actualmente, la disponibilidad de exploraciones morfológicas muy precisas como la RNM nos permite conocer preoperatoriamente si la malformación está limitada a la pared rectal. En este caso, nos parece más adecuado realizar una proctectomía con anastomosis coloanal y evitar la mucosectomía. La disección pélvica deberá mantenerse muy próxima al recto para minimizar las alteraciones urinarias y sexuales postoperatorias.

*Correspondencia:*

Emilio Ramos Rubio.  
Servicio de Cirugía General.  
Hospital de Bellvitge.  
C/ Feixa Llarga, s/n.  
08907 Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

---

**BIBLIOGRAFIA**

1. Bortz JH. Diffuse cavernous hemangioma of the rectum and sigmoid. *Abdom Imaging* 1994; 19: 18-20.
2. Lupetin AR. Diffuse cavernous hemangioma of the rectum. Evaluation and MRI. *Gastrointest Radiol* 1990; 15: 343-345.
3. Londono-Schimmer EE, Ritchie JK y Hawley PR. Coloanal sleeve anastomosis in the treatment of diffuse cavernous haemangioma of the rectum: longterm results. *B J Surg* 1994; 81: 1235-1237.
4. Malone PS, Kiely EM y Spitz L. Diffuse cavernous haemangioma of the rectum in childhood. *B J Surg* 1990; 77: 338-339.
5. Poggioli G, Marchetti F, Selleri S, Fortunato C, Laureti S y Gozzetti. Colo-anal anastomosis with colonic reservoir for cavernous hemangioma of the rectum. *Hepato-Gastroenterol* 1993; 40: 279-281.
6. Chaimoff Ch y Lurie H. Hemangioma of the rectum: clinical appearance and treatment. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 295-296.
7. Keighley MRB y Williams NS. Bleeding from de colon and rectum. En: *Surgery of the anus, rectum and colon*. WB Saunders Company, London, 1993: 1926-1970.

---

Recibido: 13-XI-95.