


Prolapso rectal encarcerado secundario a adenoma vellosos gigante

Incarcerated rectal prolapse due to a giant villous adenoma

Laura Fernández Gómez-Cruzado, Teresa Marquina Tobalina, Eva Alonso Calderón, Leire Agirre Etxabe, Jasone Larrea Oleaga, Arkaitz Perfecto Valero 

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Conflicts of interest
None declared.

Correspondencia
Correspondence:
Laura Fernández Gómez-Cruzado
E-mail:

laura.fernandezgc@gmail.com

RESUMEN

Los adenomas vellosos pueden manifestarse con sangrado, diarrea, alteraciones hidroelectrolíticas (síndrome Mackittrick-Weelock), obstrucción intestinal, y, muy infrecuentemente, condicionar un prolapso rectal. El prolapso rectal es la protrusión de la pared completa del recto a través del canal anal, su presentación como prolapso rectal encarcerado es poco habitual. Cuando la reducción manual no es posible, la rectosigmoidectomía vía perineal o procedimiento de Altemeier es una buena opción quirúrgica; como alternativa puede realizarse una resección transanal del pólipo y la posterior reducción manual del prolapso rectal.

Referiremos el caso de una mujer que acude al Servicio de urgencias presentando un prolapso rectal encarcerado con una masa ulcerada, friable, de 10 × 8 × 5 cm compatible con un pólipo vellosos en la cara posterior del recto. Ante la imposibilidad de reducirlo se decide una resección transanal del pólipo con posterior reducción manual del prolapso rectal.

Este caso es de interés por la infrecuente asociación entre un prolapso rectal encarcerado y un pólipo vellosos gigante, con solo 4 casos comunicados en la literatura.

■ **Palabras clave:** prolapso rectal, adenoma vellosos, encarceración.

ABSTRACT

Villous adenomas may present with bleeding, diarrhea, electrolyte imbalance (Mackittrick-Weelock syndrome), obstruction, being a very rare cause of rectal prolapse.

Rectal prolapse is a full thickness protrusion of the rectum through the anal canal and its presentation as an incarcerated rectal prolapse is very infrequent. If manual reduction is deemed impossible, perineal recto-sigmoidectomy, or Altemeier's procedure, is one of the best surgical options, as an alternative transanal excision of the polyp could be performed with subsequent manual reduction of the rectal prolapse. We report the case of a female patient, admitted to the emergency room presenting an incarcerated rectal prolapse with a friable ulcerated mass of 10 × 8 × 5 cm, compatible with a villous polyp in the back side of the rectum. Since manual reduction was considered not feasible, surgery was decided and a transanal excision of the polyp was performed, following a successful manual reduction of the rectal prolapse. This case is of particular interest for its unusual association of incarcerated rectal prolapse due to a giant villous adenoma, having only 4 cases been reported in the literature.

■ **Keywords:** rectal prolapse, villous adenoma, incarceration.

Este caso clínico fue presentado como póster en la XXII Reunión Nacional de la Fundación Asociación Española de Coloproctología 2018.

ID ORCID: Laura Fernández Gómez-Cruzado, 0000-0002-2896-9361; Teresa Marquina Tobalina, 0000-0002-2744-634X; Eva Alonso Calderón, 0000-0002-1546-7311; Leire Agirre Etxabe, 0000-0001-6248-8329; Jasone Larrea Oleaga, 0000-0001-6365-4712; Arkaitz Perfecto Valero, 0000-0002-5304-8142.

Los adenomas vellosos representan aproximadamente un 5% de todos los adenomas del aparato digestivo. Pueden aparecer en cualquier localización (estómago, duodeno), pero son más frecuentes a nivel colorrectal (hasta el 80% a nivel de recto-sigma) ⁽¹⁾.

Los adenomas vellosos son lesiones premalignas de colon, en la mayoría de los casos asintomáticas, que pueden manifestarse como sangrado digestivo, obstrucción o diarrea. Sin embargo, la asociación causal entre un adenoma vellosos y un prolapso rectal encarcerado es muy infrecuente ⁽²⁾.

Presentamos el caso de una paciente con un prolapso rectal encarcerado secundario a un adenoma vellosos gigante.

Se trata de una mujer de 71 años, sin antecedentes personales de interés, que acude al Servicio de urgencias por rectorragia y aparición de una tumoración anal tras esfuerzo defecatorio. Refiere episodios previos de rectorragia autolimitada con las deposiciones desde hace meses. En la exploración física se objetiva un prolapso rectal encarcerado con una gran masa ulcerada, friable, de 10 × 8 × 5 cm compatible con un pólipo vellosos pediculado localizado en la cara posterior del recto (Fig. 1).

Ante estos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente y se realiza una resección transanal del pólipo, con puntos de transfixión en la base, tras lo que se consigue la reducción del prolapso rectal (Fig. 2).

La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta al segundo día posoperatorio. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica objetivó un adenoma vellosito con extensas áreas de ulceración y focos superficiales de displasia de alto grado, con ausencia de infiltración de la submucosa. Durante el seguimiento permaneció asintomática, sin presentar nuevo episodio de prolapso rectal ni rectorragia. Se realizó una colonoscopia al segundo mes posoperatorio que objetivó hasta 8 pólipos de menos de 5 mm en colon derecho que fueron resecados.

Los adenomas vellositos constituyen un 5-15% de los adenomas de colon. Se trata de lesiones premalignas que afectan principalmente a pacientes a partir de los 50 años. Aquellos de > 1 cm, con estructura vellosita o displasia severa o ambas condiciones presentan mayor capacidad de malignización³.

En cuanto a la clínica, suelen ser asintomáticos y pueden presentarse como sangrado, diarrea, alteraciones hidroelectrolíticas (síndrome Mackitrick-Weelock), obstrucción intestinal y, muy infrecuentemente, condicionando un prolapso rectal. Su diagnóstico definitivo se realiza mediante colonoscopia y

estudio histológico de la lesión. En cuanto a su manejo, este consiste en la resección endoscópica de los adenomas, pudiendo ser necesaria la resección quirúrgica en aquellos casos de adenomas malignizados en los que la resección es incompleta, el margen de resección está afectado o las lesiones sean pobremente diferenciadas. En tales situaciones estaría indicada la resección quirúrgica con criterios oncológicos³.

La resección quirúrgica de los adenomas rectales puede realizarse vía endoanal, ya sea de forma convencional o con microcirugía endoscópica transanal⁽¹⁾.

El prolapso rectal, por otro lado, consiste en la protrusión de la pared completa del recto a través del ano⁽²⁾. Es más frecuente en mujeres de edad avanzada con antecedentes de estreñimiento crónico e hipotonía muscular pélvica⁴. Suele presentarse como prolapso asociado a ensuciamiento mucoso, incontinencia y/o estreñimiento. Sin embargo, su aparición como prolapso rectal encarcerado es muy infrecuente².

Algunos autores han observado un aumento en la incidencia de cáncer de recto en pacientes con prolapso rectal crónico, probablemente secundaria a alteraciones en el ritmo intestinal, estreñimiento e irritación crónica⁽⁴⁾. Otros, sin embargo, consideran que el prolapso rectal puede ser atribuido a un estreñimiento crónico exacerbado por un cáncer colorrectal y, por lo tanto, el prolapso rectal se podría considerar como un síntoma de la neoplasia colorrectal⁵.

En cuanto al tratamiento del prolapso rectal encarcerado, este consiste habitualmente en su reducción manual⁽²⁾. Cuando esto no es posible, la rectosigmoidectomía vía perineal o procedimiento de Altemeier es una opción quirúrgica válida⁴, más aún en casos de pacientes mayores con un prolapso rectal asociado a una lesión polipoidea rectal. Como alternativa a este procedimiento y asumiendo que el desencadenante del prolapso es el adenoma vellosito, se puede realizar su resección transanal, que permite la resección completa de grandes lesiones, y la posterior reducción del prolapso rectal¹.

Este caso presenta un interés especial por la infrecuente asociación entre un prolapso rectal encarcerado y un pólipo vellosito gigante, habiendo sido descritos solo 4 casos en la literatura. En dos de ellos, la técnica quirúrgica de elección fue la rectosigmoidectomía vía perineal o procedimiento de Altemeier^{2, 3}; la amputación abdómino-perineal¹ y la resección transanal del pólipo y posterior reducción del prolapso⁶, en los otros dos ejemplos publicados.

En el caso de nuestra paciente, al igual que en el caso descrito por Kissin y col., la resección transanal de la lesión polipoidea permitió la posterior reducción manual del prolapso rectal, no siendo necesario recurrir a la aplicación de otras técnicas como la rectosigmoidectomía vía perineal o procedimiento de Altemeier, o una amputación abdómino-perineal.

1. Galanis IN, Dragoumis DM, Christopoulos PN, Galanis NN, Atmatzidis KS. Giant villous adenoma and McKittrick-Wheelock syndrome in an incarcerated rectal prolapse. Colorectal Dis. 2010;

■ FIGURA 1



Prolapso rectal encarcerado con una gran masa ulcerada, friable, compatible con un pólipo vellosito pediculado en la cara posterior del recto

■ FIGURA 2



Pieza quirúrgica: adenoma vellosito de 10 x 8 x 5 cm

■ ENGLISH VERSION

Villous adenomas represent about 5% of all adenomas in the digestive tract. They can appear in any location (stomach, duodenum), but are more common at colorectal level (up to 80% at rectum-sigma level).⁽¹⁾ Villous adenomas are premalignant lesions of the colon, mostly asymptomatic, that may manifest as digestive bleeding, obstruction, or diarrhea. However, the causal association between villous adenoma and incarcerated rectal prolapse is very rare².

We report a case of an incarcerated rectal prolapse due to a giant villous adenoma.

A 71-year-old female patient, with no relevant medical history, came to the emergency room with bleeding per rectum and an anal tumor following a difficult bowel movement. She referred previous episodes of self-limiting rectal bleeding with bowel movements for months. Physical examination revealed incarcerated rectal prolapse with a 10 × 8 × 5 cm friable, ulcerated mass consistent with a pedunculated villous polyp in the posterior rectal wall (Fig. 1).

In view of these findings, urgent surgery was decided; a transanal resection of the polyp was performed, with transfixion suture in the base so that reduction of the rectal prolapse was achieved. 2). The patient made good progress and was discharged on the second postoperative day. Pathological examination of the surgical specimen targeted villous adenoma with extensive ulceration and superficial sites of high-degree dysplasia, and no submucosal infiltration. The patient remained asymptomatic during follow-up, with no further episodes of rectal prolapse or bleeding per rectum. A colonoscopy was carried out in the second postoperative month, showing up to 8 polyps < 5 mm in the right colon, which were resected.

Villous adenomas constitute 5-15% of colon adenomas. They are considered premalignant lesions and usually affect patients over the 5th decade of life. Polyps over 1 cm with villous structure or severe dysplasia (or both) present a higher risk of malignant degeneration³.

The clinical picture is usually asymptomatic or related with bleeding, diarrhea, hydroelectrolyte imbalance (McKittrick-Wheelock syndrome), intestinal obstruction and, rarely, conditioning a rectal prolapse. Definitive diagnosis is made with colonoscopy and histological analysis of the lesion. Management includes endoscopic resection of the adenomas; surgical resection may be necessary in case of malignant adenomas in which resection is incomplete, resection margin is involved or lesions are poorly differentiated. In those cases, surgical resection based on oncological criteria is recommended³.

Endoanal resection of rectal adenomas, either conventional or with transanal endoscopic microsurgery, is the surgical approach to follow.

On the other hand, rectal prolapse represents

full-thickness protrusion of the rectum through the anal sphincter mechanism². Elderly women with a history of chronic constipation and loss of pelvic muscle tone are more commonly affected⁴. It usually occurs as a prolapse associated with mucous discharge, incontinence and/or constipation. However, its occurrence as incarcerated rectal prolapse is very rare².

Some authors have observed increased incidence of rectal cancer in patients with chronic rectal prolapse, probably secondary to bowel rhythm disturbances, constipation, and chronic irritation⁴. Other authors, however, argue that rectal prolapse can be due to chronic constipation exacerbated by colorectal cancer; therefore, rectal prolapse may be considered as a symptom of colorectal neoplasm⁵.

Treatment of incarcerated rectal prolapse usually consists of manual reduction². When this is not possible, perineal rectosigmoidectomy or Altemeier procedure is a feasible surgical option⁴, particularly in

■ FIGURE 1



Incarcerated rectal prolapse with a friable, ulcerated mass consistent with a pedunculated villous polyp in the posterior rectal wall.

■ FIGURE 2



Surgical specimen: 10 × 8 × 5 cm villous adenoma.

older patients with rectal prolapse associated with rectal polypoid lesion. Assuming that a villous adenoma can cause prolapse, an alternative approach is transanal excision, which allows removal of large lesions and subsequent reduction of rectal prolapse¹.

This case presents a special interest due to the uncommon association between incarcerated rectal prolapse and giant villous polyp; only 4 cases have been reported in the literature. In two of them, the surgical technique of choice was perineal rectosigmoidectomy

or Altemeier procedure^{2,3}; abdominal perineal resection,⁽⁴⁾ and transanal excision of the polyp and subsequent reduction of prolapse⁶ were the approaches followed in the other two cases.

In our patient, as in the case described by Kissin et al, transanal resection of polyp allowed the subsequent manual reduction of rectal prolapse, and no other techniques – such as perineal rectosigmoidectomy or Altemeier procedure, or abdominal perineal resection – were needed.

Referencias bibliográficas | References

- 12(4):382-4.
2. Shah PR, Joseph A, Haray PN, Kiberu S. Giant villous adenoma in an incarcerated rectal prolapse: a clinical conundrum! *Indian J Surg.* 2005;67:100-1.
3. Falidas E, Pavlakis E, Mathioulakis S, Vlachos K, Villias C. Carpet villous adenoma of the rectum in an incarcerated rectal prolapse. *Trop Gastroenterol.* 2012; 33(4):299-300.
4. Lisa KJ, Lin YJ, Orkun BA. The best operation for rectal prolapse. *Surg Clin North America.* 1997; 77:49-70.
5. Rashid Z, Basson MD. Association of rectal prolapse with colorectal cancer. *Surgery.* 1996; 119:51-5.
6. Kissin MW, Wilkins RA. Complete prolapse of a massive rectal villous adenoma. *Br J Radiol.* 1985; 58:87-8.