

## ***Rectorragia intermitente por Hemangioma Difuso de recto***

Ramiro Díaz Ríos<sup>1</sup>, Julia Pérez Pereyra<sup>1</sup>, Humberto Perea Guerrero<sup>2</sup>, Américo Palomino Portilla<sup>2</sup>, Oscar Frisancho Velarde<sup>1</sup>.

### **RESUMEN**

**El hemangioma difuso de recto es una rara lesión vascular benigna. Presentamos el caso de un varón de 30 años con sangrado rectal intermitente de 2 años de evolución y síntomas relacionados a anemia crónica ferropénica. La endoscopia rectal fue interpretada como una lesión epitelial neoplásica maligna que se extendía a través del recto, la biopsia indicó que se trataba de un hemangioma rectal. Se realizó con éxito la resección quirúrgica. El estudio del espécimen quirúrgico concluyó que se trataba de un hemangioma difuso de recto.**

**PALABRAS CLAVE:** Sangrado rectal, Lesión vascular colorrectal, hemangioma colónico

### **ABSTRACT**

*Rev Gastroenterol Perú; 2008; 28: 158-161*

**Diffuse hemangioma of the rectum is a rare benign vascular lesion. The case of a 30 year-old male with intermittent rectal bleeding with an evolution of 2 years and symptoms related to chronic ferropenic anemia is presented. The rectal endoscopy was interpreted as a malignant neoplastic epithelial lesion spread throughout the rectum. The biopsy indicated that it was a rectal hemangioma. A surgical resection was successfully performed. The study of the surgical specimen concluded that it was a diffuse rectal hemangioma.**

**KEY WORDS:** Rectal bleeding, colorectal vascular lesion, colonic hemangioma.

### **INTRODUCCIÓN**

**E**l hemangioma difuso -descrito por vez primera en 1829- es una malformación vascular congénita benigna<sup>(1)</sup> que raramente afecta al intestino grueso, y cuando lo hace, asienta por lo general en el rectosigmoides y el canal anal; pudiendo causar hemorragia digestiva baja<sup>(2)</sup>, que se suele manifestar como un sangrado rectal indoloro.

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica y la búsqueda de los estudios confirmatorios; sin embargo, es frecuente el retardo diagnóstico.

### **CASO CLINICO**

Se trata de un paciente varón de 30 años, sin antecedentes personales ni familiares de importancia, que manifiesta

que desde hace 2 años presenta sangrado rectal (rojo, vivo y rutilante); concomitantemente sensación progresiva de debilidad, astenia y fatiga a los medianos esfuerzos. El cuadro clínico se ha intensificado en los últimos dos meses, situación que lo obliga a solicitar atención médica.

El paciente lucía en buen estado general, la palidez de piel y mucosas era llamativa; el resto del físico no mostró alteraciones significativas. El tacto rectal detectó una lesión aparentemente proliferativa y estenosante, no dolorosa, que sangró levemente al roce digital.

Los exámenes auxiliares indicaron anemia ferropénica: hemoglobina de 6.7 g/dl y VCM 76.7 fl; el hierro serico, índice de saturación de transferrina y ferritina debajo de sus niveles normales. El Antígeno Carcinoembrionario (CEA) estuvo en el rango de sus valores normales. El aspirado de médula ósea fue interpretado como reactivo.

**1** Departamento del Aparato Digestivo y

**2** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (EsSALUD), Lima, Perú

La tomografía mostró engrosamiento -de aspecto neofor-mativo- de la pared de la ampolla rectal, con captación heterogénea del contraste y alteración de los planos grasos.

En la videocolonoscopia se observó una lesión que se extendía del recto distal (casi adyacente a la línea pectínea) hasta aproximadamente 8 cms proximales; la lesión era irregular y congestiva; además, mostraba áreas pseudopoli-poides, nodulares y de aspecto mamelonado. Éstos hallazgos fueron interpretados como correspondientes a una neoplasia epitelial de recto (adenocarcinoma), por esta razón se tomaron biopsias, que no produjeron sangrado importante.

En la revisión de la filmación endoscópica llamó la aten-ción que a pesar del aspecto “proliferativo epitelial” la lesión no era friable y además el lúmen se ampliaba notablemente con la insuflación de aire (figura 1).

Con todos estos estudios se realizó la intervención qui-rúrgica, que consistió en una resección anterior baja, crea-ción de fistula mucosa y drenaje.

El estudio del espécimen quirúrgico (rectosigmoides) en sus 8 cm. distales mostró las siguientes características (figura 2):



Figura 1.- La lesión rectal muestra áreas congestivas pseudopolipoides y nodulares, que en conjunto dan un aspecto “proliferativo epitelial”; sin embargo, la mucosa no es friable y al insuflar aire el lúmen se amplía con facilidad, modificando notablemente el aspecto de la mucosa.

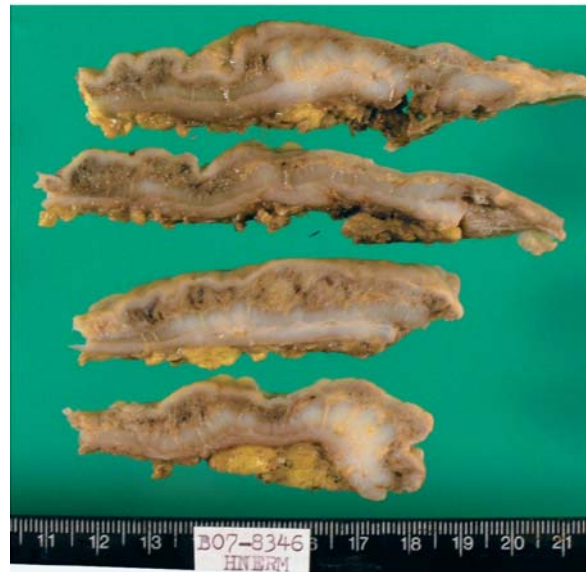
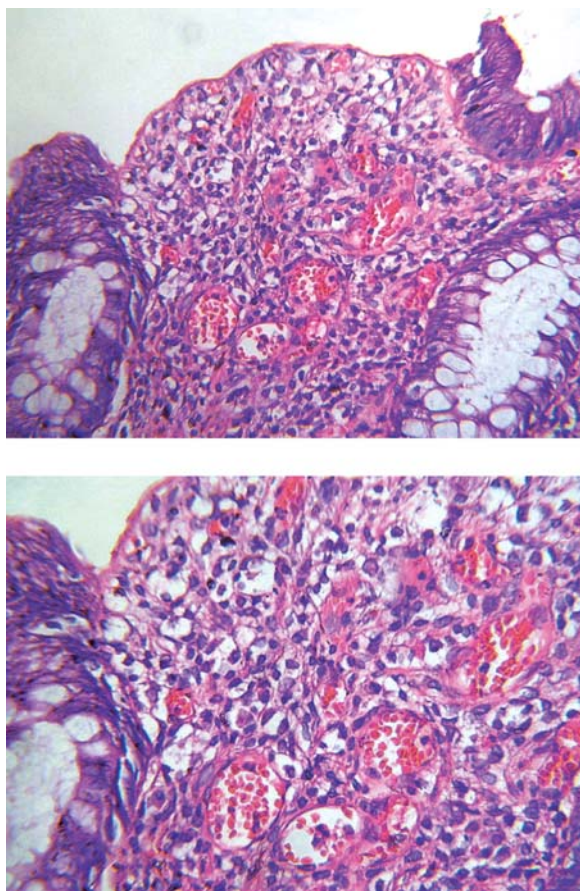


Figura 2.- El espécimen quirúrgico en fresco (rectosigmoides) muestra la mucosa irregular congestiva; en los cortes se demuestra la marcada proliferación vascular que compromete particularmente las capas mucosa y submucosa.

Mucosa con marcada proliferación multifocal de lechos capilares, adoptando en algunas zonas un patrón hemangiomaso.

El informe de Anatomía Patológica de la biopsia endoscópica fue informado como hemangioma capilar con erosi-ón superficial (figura 3).



**Figura 3.-** La evaluación microscópica muestra la mucosa rectal con marcada proliferación multifocal de los lechos capilares, adoptando en algunas zonas un patrón hemangiomaso (histología H-E).

Muscularis mucosae con disgregación, engrosamiento y focos de fibrosis en relación a los vasos perforantes descritos.

Submucosa con marcada proliferación de estructuras vasculares, de diámetro mayor al normal, con variación en el espesor de sus paredes y fibras elásticas con desigual distribución. Se observa zonas de anastomosis arteriovenosa. En algunas zonas, ramas de estos vasos se proyectan a través de la mucosa y desembocan directamente en la superficie colónica.

Muscular propia con engrosamiento focal, proliferación vascular y focos de calcificación distrófica; finalmente la adventicia tenía varios vasos congestivos.

Se realizaron estudios de histoquímica con Tricrómica de Masson (para estructuras conectivas y vasculares) y Verhoeff (para fibras elásticas); asimismo inmunohistoquímica CD31 y CD34, siendo éstos últimos intensamente positivos en el endotelio vascular.

## DISCUSION

Las malformaciones vasculares del tracto gastrointestinal como causa de hemorragia digestiva baja han sido descritas desde 1829<sup>(1)</sup>; de ellas, son llamativos los hemangiomas -de diversas formas y tamaños- que pueden producir diversas manifestaciones clínicas, siendo el más común el sangrado digestivo.

La mayor parte de los hemangiomas del tracto gastrointestinal se localizan en la región rectosigmoidea y el canal anal, pudiendo infiltrar estructuras vecinas [2]. Cuando la lesión es grande puede comprimir o invadir estructuras vecinas, e incluso producir oclusión intestinal.

El compromiso rectal genera tenesmo, urgencia rectal, dolor y rectorragia intermitente como en el presente caso [3], esporádicamente pueden sangrar de una manera masiva incontrolable.

La patogenia de estos tumores no esta del todo definida; sin embargo, usualmente son congénitos, originados de secuestros embriológicos de tejido mesodérmico; el crecimiento ocurre por proyección en "capullo" de las células endoteliales; sin embargo la transformación maligna es rara [4].

El diagnóstico es usualmente sugerido por la endoscopia, radiografía de colon a doble contraste o la angiografía; mientras que la ecografía, tomografía axial computarizada y la resonancia magnética ayudan en excluir otras causas de sangrado rectal [4-5].

La colonoscopia es la técnica diagnóstica de elección, permitiendo determinar la localización, morfología y extensión total de la lesión siendo la imagen característica la de una lesión mamelonada o nodular, de coloración rojo-violácea, con gran congestión vascular; ocasionalmente puede observarse ulceraciones o una imagen indistinguible de cualquier proctitis [2-7].

El diagnóstico diferencial incluye las neoplasias, enfermedad inflamatoria intestinal y las vasculitis. No es aconsejable la toma de biopsias por el alto riesgo de sangrado severo [2, 3, 6].

Una vez establecido el diagnóstico, se recomienda la extirpación de la lesión [7]. Los resultados de ligadura y embolización de los vasos mesentéricos no suelen tener buen éxito.

La Resección abdominoperineal fue inicialmente el procedimiento quirúrgico más recomendado; hoy se considera el tratamiento de elección a la excisión completa del tumor con preservación del esfínter anal; sin embargo el principal inconveniente de la anastomosis coloanal radica en la dificultad técnica de realizar una mucosectomía amplia, la cual puede originar una hemorragia copiosa por la existencia de abundantes dilataciones vasculares submucosas [7-8].

Llamamos la atención del presente caso para tener presente a las tumoraciones vasculares en el diagnóstico diferencial de las lesiones neoplásicas del tracto gastrointestinal,

especialmente en los cuadros con sangrado intermitente o asociados a anemia ferropénica.

La evaluación cuidadosa del examen endoscópico, particularmente cuando se insufla aire y la lesión permite "distender" con facilidad el intestino, ampliando el lumen y cambiando de aspecto, puede llevar a sospechar de una lesión vascular digestiva.

Ramiro Díaz Ríos  
radir\_2003@hotmail.com

### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- HARRY L. SCHENK. Diffuse Cavernous Haemangioma of the Rectum and Rectosigmoid. *Calif Med* 1957; 87(2): 111-113.
- 2.- MARTIN F, MAMEL J, BRADY P. A case of a giant colonic hemangioma presenting as iron deficiency anemia. *Gastrointest Endosc* 2007; 65:1079-1080
- 3.- VARELA G., CERVERA SERVÍN, J, FERNÁNDEZ-SOBRINO G, RODRÍGUEZ-DELGADO N, FLORES-ARMENTA J, ROBLES C. Hemangioma cavernoso del colon, reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Gastroenterol Mex* 2004; 69(2): 94-99.
- 4.- MATHAI V, VYAS FL, JESUDASON SR. CAVERNOUS Haemangioma of the rectum: an uncommon cause of rectal bleeding. *Trop Gastroenterol* 2003; 24:42-43
- 5.- LUPETIN AR. Difuse cavernous hemangioma of the rectum: evaluation and MRI. *Gastrointestinal Radiol* 1990; 15: 343-345.
- 6.- HERVÍAS D, TURRIÓN JP, HERRERA M, Navajas León J, Pajares Villarroya R, Manceñido N, Castillo P y Segura JM. Hemangioma cavernoso difuso del recto: una causa atípica de hemorragia digestiva baja. *Rev Esp Enferm Digest* 2004; 96( 5): 356-70.
- 7.- CASTELLVÍ J, PARES D, RAMOS E, SERRANO T, DE OCA J, MARTÍ-RAGUÉ J. Opciones en el tratamiento quirúrgico del hemangioma cavernoso difuso de recto. *Rev Esp Enferm Digest* 1996; 88: 566-568.
- 8.- WANG HT, TU Y, FU CG, MENG RG, CUI L, XU HL, YU DH. Diffuse cavernous haemangioma of the rectosigmoid colon. *Tech Coloproctol* 2005 ; 9: 145-148.