

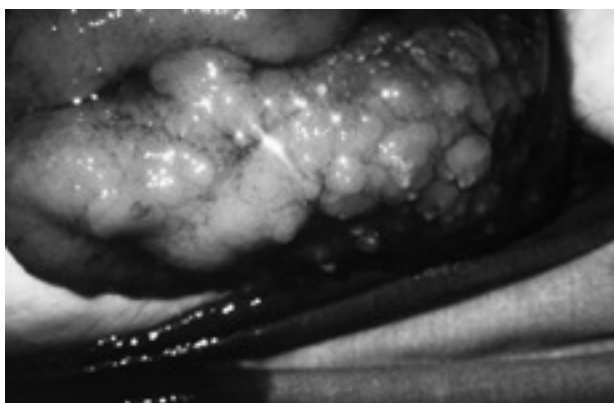


Fig 1. Prolapso rectal masivo por lesión vellosa hipersecretante.

mia debido a la excesiva producción de moco por el adenoma. Este último cuadro fue descrito por primera vez por McKittrick y Wheelock en 1954¹.

El diagnóstico de presunción de adenoma vellosa puede ser realizado mediante un tacto rectal. El estudio radiológico colónico mediante contraste también puede ser de utilidad. No obstante, el estudio endoscópico con biopsia es el método diagnóstico de elección. El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio histológico de la lesión que nos permitirá descartar la presencia de malignidad.

Se ha postulado la utilización de indometacina (inhibidor de la síntesis de prostaglandinas) como tratamiento médico previo a la cirugía en el síndrome de McKittrick y Wheelock para inhibir o disminuir la producción de moco, para evitar parcialmente la pérdida de electrolitos y corregir las alteraciones hidroelectrolíticas preoperatoriamente. También puede utilizarse como tratamiento definitivo en aquellos enfermos en los que se rechaza el tratamiento quirúrgico^{3,4}.

Existen múltiples técnicas para la exéresis de grandes tumores rectales benignos. En todas ellas se pretende combinar una tasa baja de morbilidad y la preservación de esfínteres con una exéresis completa de la tumoración ya que puede presentar focos de malignidad. Parks y Stuart⁵ describen el abordaje transanal para conseguir una resección completa de lesiones vellosas de pequeñas dimensiones. Otros autores recomiendan el abordaje posterior transanal aunque esta técnica suele acompañarse de una tasa elevada de fístula fecaloidea posquirúrgica.

En las lesiones vellosas de gran tamaño se han utilizado técnicas abdominales como la resección anterior e incluso la amputación abdominoperineal. No obstante, existe gran controversia respecto a la utilización de estas intervenciones quirúrgicas en lesiones preoperatoriamente benignas^{5,6}.

Recientemente, se ha iniciado el tratamiento endoscópico de estos tumores, sobre todo para lesiones de tercio superior y medio de recto, constituyendo una alternativa real a la cirugía transabdominal y transanal. En las lesiones más distales existe mayor dificultad para la exéresis del tumor, debido al escape del CO₂ insuflado, lo que dificulta el campo operatorio por el colapso de la luz intestinal⁷.

En nuestra opinión, la mucosectomía rectal según la técnica descrita por Keck et al² es un método quirúrgico fiable y seguro para la exéresis de adenomas vellosos de gran tamaño, debido a que permite una extirpación completa de la lesión y disminuye de forma considerable la mortalidad posquirúrgica con

preservación del aparato esfinteriano. Su aplicación permite extirpar adenomas que presenten un crecimiento circunferencial extenso (superior al 50%) que no podrían ser resecados por las técnicas locales descritas.

D. Padilla, J.M. Ramia, T. Cubo, R. Pardo, G. Ortega, J. Martín, A. López, R. de La Plaza y J. Hernández Calvo

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
Complejo Hospitalario de Ciudad Real.

Bibliografía

1. Goodman AA. Polypoid diseases. En: Corman ML, editor. Colon & rectal surgery (4.ª ed.). Filadelfia: Lippincott-Raven Publishers, 1998; 566-624.
2. Keck JO, Schoetz DJ Jr, Roberts PL, Murray JJ, Collier JA, Veidenheimer MC. Rectal mucosectomy in the treatment of giant rectal villous tumors. Dis Colon Rectum 1995; 38: 233-238.
3. Hernández Cortés J, Arias Díaz J, Cabello J, Hernández Gómez MJ, García Pérez JC, Balibrea JL. Síndrome de McKittrick y Wheelock. Cir Esp 1996; 60: 228-231.
4. Older J, Older P, Colker J, Brown R. Secretory villous adenomas that cause depletion Syndrome. Arch Intern Med 1999; 159: 879-880.
5. Parks AG, Stuart AE. The management of villous tumors of the large bowel. Br J Surg 1973; 60: 688-695.
6. Groff W, Rubin RJ, Salvati EP, Eisenstat TE. A method of management of a circumferential villous tumor of the rectum. Dis Colon Rectum 1981; 24: 151-154.
7. Saclarides TJ, Smith L, Ko S-T, Orkin B, Buess G. Transanal endoscopic microsurgery. Dis Colon Rectum 1992; 35: 1183-1191.

Divertículo gigante de colon: aspectos clínicos y terapéuticos

Sr. Director:

El divertículo gigante de colon (DGC) es una entidad rara que fue descrita por primera vez en 1946 por Bonvin y Bonte¹ en la bibliografía francesa.

Hasta el momento sólo han sido publicados 108 casos de DGC en 99 pacientes. Presentamos un nuevo caso de DGC y discutimos los distintos aspectos clínicos y terapéuticos.

Varón de 74 años que consultó por dolor intermitente en la fosa ilíaca izquierda, sin otros síntomas acompañantes. Entre sus antecedentes personales sólo destacaban cólicos nefríticos de repetición. La exploración física objetivó un efecto de masa algo dolorosa en la fosa ilíaca izquierda e hipogastrio. El hemograma, la bioquímica, la analítica urinaria y la radiografía simple de abdomen fueron normales.

En el enema opaco solicitado se apreció una imagen quística de aproximadamente 10 cm en el colon sigmoide (fig. 1). Se completó el estudio con una TC en la que se apreciaba dicha imagen quística adherida a la vejiga pero sin solución de continuidad con ésta, todo ello compatible con divertículo de colon sigmoide. Con dicha sospecha diagnóstica el paciente fue intervenido. A través de una incisión paramediana infraumbilical iz-

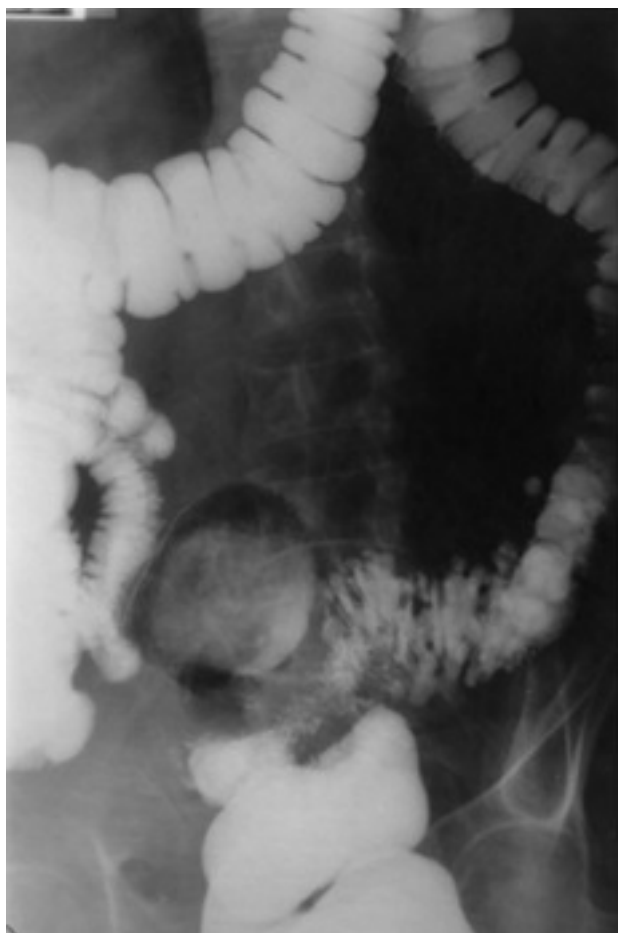


Fig. 1. Imagen del enema opaco en el que se puede apreciar una imagen quística en el sigma.

quierda se apreció una tumoración del sigma, quística y dura, adherida a la pared vesical, que mediante disección roma fue separada de la misma, practicándose a continuación una resección anterior clásica con anastomosis mecánica circular. El postoperatorio transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta a los 7 días de la intervención. La anatomía patológica fue informada como segmento de sigma con formación quística comunicada a la luz intestinal, cuya pared estaba compuesta de un infiltrado inflamatorio y tejido fibroso, sin apreciarse fibras musculares intestinales.

Debemos hacer una serie de consideraciones conceptuales en el DGC. Se considera como tal aquel que tiene un diámetro mayor de 4 cm², existiendo desde el punto de vista histológico dos tipos de divertículo de colon: el tipo I, o pseudodivertículo, en el que la pared del mismo está formada por tejido inflamatorio y fibroso, sin demostrarse pared muscular alguna (éste sería nuestro caso), y el tipo II, o verdadero divertículo, cuya pared posee todas las capas del intestino normal³, no siendo éste el objeto de nuestra comunicación por tratarse de un divertículo congénito.

El DGC es más frecuente en el sigmoide y el *ostium* suele estar en el borde antimesentérico.

La patogenia del DGC es incierta, barajándose varias teorías, como el crecimiento de un divertículo inicialmente de pequeño

tamaño por cierre valvular de su *ostium*; también se sugiere su formación a partir de microorganismos productores de gas; por último, se postula como posible origen a partir de la perforación de un divertículo y la formación ulterior de un absceso que drenaría intraluminalmente, quedando una especie de "cáscara" fibrosa comunicada al intestino⁴.

Desde el punto de vista clínico, el dolor abdominal es el síntoma predominante, acompañado o no de fiebre. En la exploración física habitualmente se puede palpar una masa en el abdomen.

En la radiografía simple de abdomen a veces se puede apreciar una imagen calcificada y redondeada con gas en su interior. Sólo en el 70% de los DGC se puede apreciar en el enema opaco comunicación con el intestino⁵. La TC tiene gran valor en el diagnóstico y evaluando las adherencias con estructuras vecinas. No suele ser útil ni recomendable la utilización de sigmoidoscopia, ya que rara vez pone de manifiesto el *ostium* de comunicación^{6,7}.

El tratamiento se recomienda que se aplique precozmente tras su diagnóstico, ya que está asociado a una tasa alta de complicaciones sin tratamiento². Tanto la diverticulectomía como la resección segmentaria pueden ser utilizadas con éxito. Quizá la primera deba ser reservada para aquellos casos en los que exista escaso componente inflamatorio del mismo.

**F. de la Portilla de Juan, E.M. León Jiménez,
A. Utrera González y G. Carranza Albarrán**

Servicio de Cirugía General. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Bibliografía

1. Bonvin P, Bonte G. Diverticules geants du sigmoide. Arch Mal Dig Mal Nutr 1946; 35: 353.
2. Choong CK, Frizelle FA. Giant colonic diverticulum: report of four cases and review of the literature. Dis Colon Rectum 1998; 41: 1178-1186.
3. Naber A, Sliutz AM, Freitas H. Giant diverticulum of sigmoid colon. Br J Surg 1995; 82: 985.
4. Moesgaard L, Felding C. Giant diverticulum of the sigmoid colon. Acta Chir Scand 1983; 149: 445-447.
5. Levi DM, Levi JV, Rogers AI, Bergan DK, Wenger J. Giant colonic diverticulum: an unusual manifestation of a common disease. Am J Gastroenterol 1993; 88: 139-142.
6. Fields SI, Maskell L, Libson E. CT appearance of giant colonic diverticulum. Gastrointest Radiol 1987; 12: 71-72.
7. García Molina FJ, Reyes Latategui S, López-Cantarero, Ballesteros M. Divertículo gigante de colon. A propósito de un caso. Cir Esp 1996; 59: 460-461.

Gastrectomía total laparoscópica por tumores carcinoides múltiples gástricos

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 58 años, sin otros antecedentes de interés, que fue diagnosticado en 1994 de anemia perniciosa y gastritis crónica atrófica con metaplasia entérica, por lo que era controlado por el servicio de digestivo mediante gastroscopias anuales. En la última gastroscopia realizada, se observaron tres pequeñas formaciones polipoides sésiles, de