

ID: 229

FIBRA ORAL EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LA ÚLCERA RECTAL SOLITARIA (SURS): UNA OPCIÓN A CONSIDERAR.

Seoane Rodríguez M (Speaker) (1), Moreno Álvarez A (2), Verde de La Torre M (3), Solar Boga A (2), Budiño San Roman B (4).

(1) Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica., Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña..

(2) Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica., Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña..

(3) Unidad de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica., Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña..

(4) Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña..

Presentación

La úlcera rectal solitaria es una entidad poco frecuente en la infancia. Su incidencia en adultos se estima en 1:100.000. A pesar de su nombre, la lesión puede ser solitaria o múltiple, variar en tamaño y morfología. Es un trastorno crónico benigno, caracterizado por combinación de síntomas, hallazgos clínicos y alteraciones histopatológicas. El síntoma más común es la rectorragia, asociado en la mayoría de los casos a trastornos defecatorios (tenesmo, urgencia defecatoria, esfuerzo reiterado ineficaz, etc)

Caso Clínico

Niño de 6 años y medio, que inicia en los 8 meses previos episodios de rectorragia (deposiciones tipo 4 de Bristol con expulsión de sangre roja fresca al final de la deposición), en frecuencia variable. Se acompaña de alternancia en el hábito intestinal presentando periodos de diarrea de un día de duración en los que asocia importante urgencia defecatoria, sin otra clínica añadida. Exploración física, incluido tacto rectal: dentro de la normalidad. Pruebas complementarias:

-Análisis de sangre: hemograma, bioquímica, reactantes de fase aguda, estudio autoinmune, despistaje celiaquía sin alteraciones.

- Estudios en heces: coprocultivo negativo, SOH positiva y calprotectina 272 mg/kg..

- Ecografía abdominal: sin alteraciones.

Ante la persistencia de los síntomas se realiza gammagrafía con leucocitos marcados en la que se objetiva pequeño acúmulo redondeado de disposición supravesical. Se amplía estudio con realización de colonoscopia, con hallazgo de dos regiones con ulceración y componente mucoso asociado localizadas a unos 20 cms del margen anal. El estudio anatomopatológico demuestra moco en superficie a veces entremezclado con fibrina con ocasionales detritus celulares, leucocitos polimorfonucleares y disminución del número de criptas que aparecen en sombra habiendo perdido su epitelio mostrando una fibrosis de aspecto hialino de la lamina propia.

Con el diagnóstico de SURS se inicia tratamiento con fibra oral 0,5gr/kg durante dos meses. En la revisión evolutiva se aprecia normalización del hábito intestinal y desaparición de la sintomatología de tenesmo y sangrado.

Conclusiones

Los síntomas de SURS hacen que esta entidad se incluya en el diagnóstico diferencial de otras como la Enfermedad Inflamatoria Intestinal o la fisura rectal secundaria a estreñimiento.

A pesar de que la experiencia en el tratamiento es limitada y la respuesta variable, el tratamiento con fibra oral puede ser una opción inicial a considerar.