

Divertículo rectal como complicación tardía excepcional de la técnica STARR: Caso clínico

Beatriz Remezal Serrano¹, Pilar Serrano Paz¹, Eduardo Alberto Rodríguez Martínez¹

Rectal diverticulum as an exceptional late complication of the starr technique: A case report

Introduction: The STARR (Stapled Transanal Rectal Resection) technique is used to treat rectal prolapse and obstructed defecation syndrome. Despite its benefits, complications such as rectal diverticulum, a rare condition, may occur. **Methods:** We report the case of a 69-year-old female patient who underwent STARR ten years ago and presented with a sensation of anal fullness and defecatory difficulty. Clinical and imaging studies confirmed the presence of a rectal diverticulum. Surgical exploration was performed, with resection of the diverticulum and primary closure of the mucosal defect. **Results:** A subcentimeter rectal opening with a 3 cm deep diverticular sac containing fecaloid material was identified. Complete resection and closure with barbed sutures were successfully performed. **Discussion:** The post-STARR rectal diverticulum is an exceptional complication with few reported cases. Factors such as mechanical suture defects or alterations in wound healing may contribute to its development. Diagnosis is often delayed due to the nonspecific nature of symptoms. Surgical treatment has proven effective in resolving obstructive symptoms. This case highlights the importance of long-term follow-up and the need for further studies on its management.

Keywords: STARR; rectal diverticulum; surgical complications; rectal prolapse; obstructed defecation syndrome.

Resumen

Introducción: La técnica STARR (Resección Rectal Transanal con Grapadora) es un procedimiento empleado para el tratamiento del prolapso rectal y el síndrome de defecación obstructiva. A pesar de sus beneficios, pueden presentarse complicaciones, entre ellas el divertículo rectal, una entidad extremadamente rara. **Métodos:** Se presenta el caso de una paciente de 69 años, intervenida hace diez años mediante STARR, que consulta por sensación de ocupación anal y dificultad defecatoria. Se realizaron estudios clínicos y radiológicos, confirmando la presencia de un divertículo rectal. Se llevó a cabo una exploración quirúrgica con resección del saco diverticular y cierre primario del defecto mucoso. **Resultados:** Se identificó un orificio subcentimétrico con un saco diverticular de aproximadamente 3 cm de profundidad con material fecaloideo en su interior. La resección completa y el cierre con sutura barbada fueron satisfactorios. **Discusión:** El divertículo rectal post-STARR es una complicación excepcional con pocos casos reportados. Factores como defectos en la sutura mecánica o alteraciones en la cicatrización podrían estar implicados en su desarrollo. Su diagnóstico suele ser tardío debido a la inespecificidad de los síntomas. El tratamiento quirúrgico ha demostrado ser efectivo en la resolución de síntomas obstructivos. Este caso enfatiza la importancia del seguimiento prolongado y la necesidad de más estudios sobre su manejo.

Palabras clave: STARR; divertículo rectal; complicaciones quirúrgicas; prolapso rectal; síndrome de defecación obstructiva.

¹Hospital Universitario del Vinalopó. Elche, España.

Recibido el 2025-02-21 y aceptado para publicación el 2025-03-20

Correspondencia a:
Dra. Beatriz Remezal Serrano
dra.remezal@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Introducción

El divertículo rectal post-STARR es una complicación excepcionalmente rara de la técnica de resección rectal transanal con grapadora (STARR). En nuestro centro, se han realizado veinte procedimientos STARR en los últimos diez años sin haberse documentado previamente esta complicación, lo que refuerza su excepcionalidad. La literatura médica sobre este tema es limitada, y solo existen unos pocos casos reportados, lo que dificulta su caracterización epidemiológica y clínica¹⁻⁷.

El divertículo rectal ocurre cuando una porción de la pared rectal, generalmente en la línea de grapas, forma una protrusión debido a una debilidad del tejido cicatricial. Esta alteración puede generar síntomas obstructivos como atrapamiento de material fecal, sensación de ocupación y dificultad para la defecación^{2,6}. Su diagnóstico suele ser tardío debido a su presentación clínica inespecífica y a la falta de criterios establecidos para su detección⁸.

Sciaudone et al⁷, reportaron un caso similar, destacando la dificultad diagnóstica debido a la variabilidad de la sintomatología. Pellino et al⁸, describieron la ruptura gradual de la línea de grapas como un posible mecanismo fisiopatológico en la aparición del síndrome de bolsillo multidiverticular. Según revisiones de complicaciones post-STARR, la incidencia de esta alteración no ha sido cuantificada con precisión, pero se considera una complicación excepcional en comparación con otras secuelas como estenosis rectal, urgencia defecatoria y dolor pélvico^{1,3,5}. En un análisis de complicaciones post-STARR, Jongen et al⁵, documentaron la necesidad de reintervención en algunos casos debido a defectos anatómicos persistentes.

La técnica STARR se desarrolló para tratar el prolapso rectal, el rectocele y el síndrome de defecación obstructiva, y consiste en la resección del tejido rectal redundante y su posterior grapado. Entre sus beneficios destacan una recuperación más rápida y menor dolor postoperatorio, lo que la convierte en una opción terapéutica atractiva^{1,2}. Sin embargo, no está exenta de riesgos y complicaciones, entre las que se incluyen rectorragia, estenosis rectal, dolor anorrectal y pélvico, urgencia defecatoria, incontinencia fecal y fistula rectovaginal. En casos excepcionales, como el que presentamos, puede desarrollarse un divertículo rectal post-STARR, cuyo manejo y prevención requieren mayor estudio^{3-6,9,10}.

Dado el escaso número de reportes sobre esta complicación, este caso aporta información relevante sobre su diagnóstico y abordaje terapéuti-

co, enfatizando la necesidad de un seguimiento postoperatorio prolongado en pacientes sometidos a STARR.

Caso Clínico

Nuestro objetivo es presentar un caso clínico en el que una paciente desarrolló un divertículo rectal como complicación tardía de la técnica de STARR, diez años después de la intervención.

Mujer de 69 años sin antecedentes de interés, operada hace diez años de rectocele mediante la técnica de STARR. Acude a consultas de Cirugía General para valoración por sensación de ocupación de canal anal y dificultad para defecación, siendo necesaria la digitación.

En la exploración, se evidenció un rectocele moderado. A unos 6 cm del margen anal, se palpó el anillo de grapas de la técnica previa, y en la cara posterolateral izquierda se identificó una lesión dura y móvil de 4cm, visible como impronta submucosa mediante anoscopia.

Se solicitaron como pruebas complementarias una colonoscopia, sin hallazgos relevantes; un TC abdomino-pélvico (Figura 1), en el que se describía un saco diverticular de 2,8 cm en la pared posterior del recto con contenido fecal; y una RM pélvica, en la que se identifica un divertículo posterior en el tercio distal del recto con material fecal en su interior.

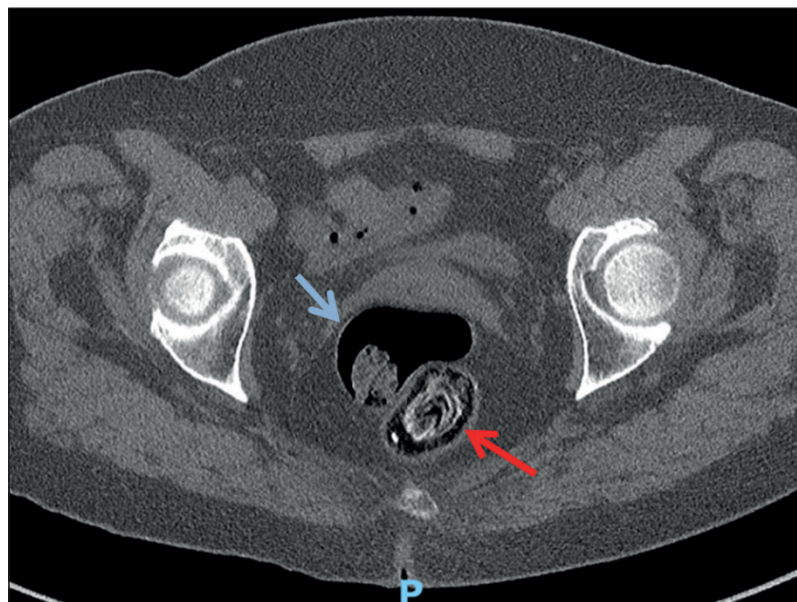


Figura 1. TC abdomino-pélvico en corte axial en el que se aprecia suturas de recto inferior (flecha azul) y presencia de divertículo en pared posterior con contenido fecal (flecha roja).

Dados los hallazgos, se decidió exploración quirúrgica tras preparación dietética y con enemas.

Se realizó exploración bajo anestesia general objetivándose orificio rectal subcentimétrico a 4cm de línea pectínea. Tras ampliación del mismo, se evidenció un saco diverticular de unos 3cm de profundidad con material fecaloideo en su interior. Tras su extracción, se realizó resección completa de la pared diverticular hasta llegar al cuello de este y se cerró el defecto de mucosa con sutura barbada (Figura 2).

El divertículo rectal como complicación tardía de la técnica STARR es una condición infrecuente cuya aparición podría estar relacionada con defectos en la línea de sutura mecánica, generando un

área de debilidad en la pared rectal susceptible a la distensión bajo la presión fecal¹. Factores individuales como alteraciones en la cicatrización, hipotonía del suelo pélvico y defectos de colagenogénesis podrían predisponer a esta complicación, aunque su fisiopatología no está completamente establecida^{2,3}.

El manejo quirúrgico del divertículo rectal post-STARR debe individualizarse según su tamaño, sintomatología y repercusión clínica. Se han descrito distintas estrategias terapéuticas en la literatura. La resección transanal del divertículo, técnica utilizada en este caso, ha demostrado ser efectiva en la resolución de síntomas obstructivos⁷. Otra alternativa es el curetaje con colgajo de

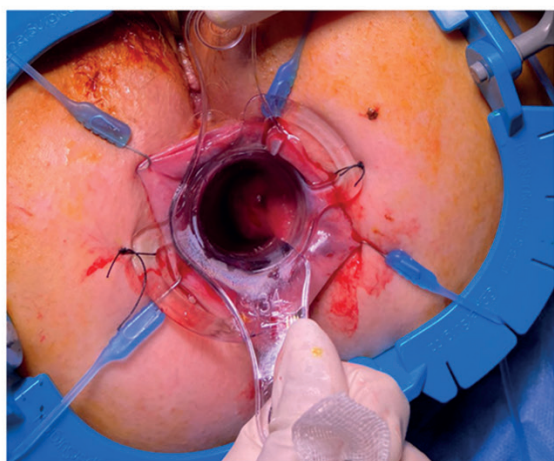
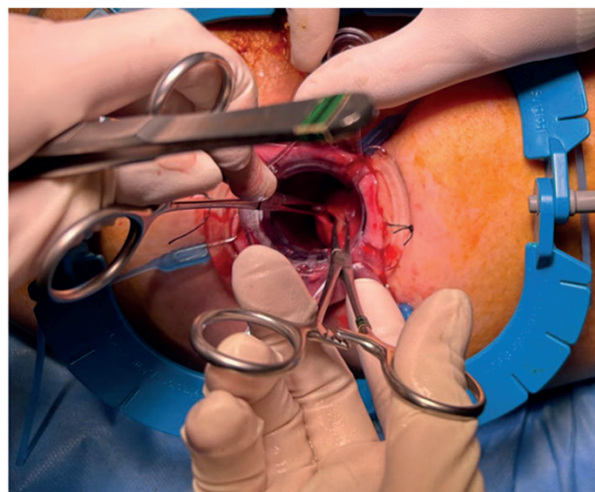
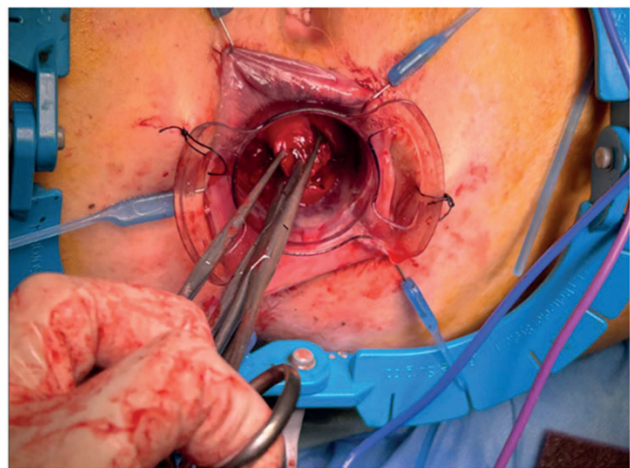
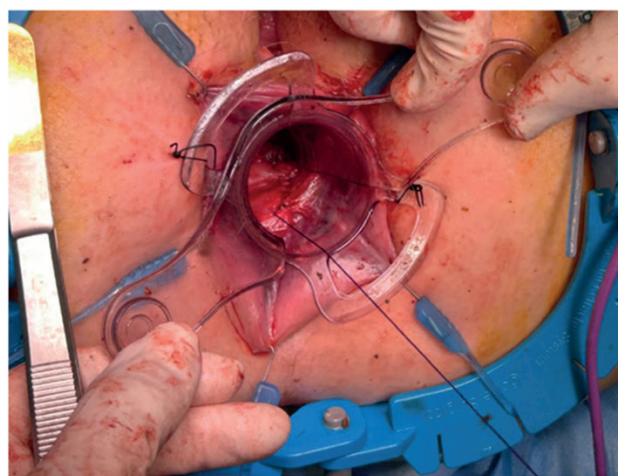
**A****B****C****D**

Figura 2. Intervención quirúrgica en la que se objetiva: **A.** Visualización de divertículo rectal. **B.** Individualización de divertículo rectal. **C.** Resección de pared diverticular hasta cuello de este **D.** Cierre de defecto con sutura barbada.

avance rectal, descrito por Boffi⁸, utilizado en casos de estenosis asociada o defectos más amplios. En defectos estructurales extensos, se ha propuesto la revisión con grapadora (re-STARR) como técnica de remodelación del recto, aunque con resultados variables⁹. En situaciones severas con alteraciones funcionales significativas, se ha documentado la resección anterior baja, si bien esta alternativa se reserva para casos excepcionales¹⁰. La elección de la técnica depende de la evaluación clínica y radiológica, priorizando abordajes mínimamente invasivos siempre que sea posible.

Este caso resalta la importancia del seguimiento a largo plazo en pacientes sometidos a la técnica STARR, permitiendo la detección y manejo oportuno de síntomas como estitiquez, disquicia y retención de heces. Asimismo, subraya la necesidad de una evaluación preoperatoria exhaustiva para optimizar la selección de pacientes y mejorar los resultados quirúrgicos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Declaración de Autoría

Beatriz Remezal Serrano: Conceptualización, Curación de datos, Investigación, Metodología, Recursos, Visualización, Redacción-Borrador Original.

Pilar Serrano Paz: Supervisión, Validación, Redacción-Revisión y edición.

Eduardo Alberto Rodríguez Martínez: Supervisión, Redacción-Revisión y edición.

Bibliografía

1. Pescatori M, Gagliardi G. Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures. *Tech Coloproctol.* 2008;12(1):7-19. doi:10.1007/s10151-008-0391-0.
2. Pescatori M, Favetta U, Dedola S, Orsini S. Transanal stapled excision of rectal mucosal prolapse. *Tech Coloproctol.* 1997;1(2):96-8.
3. Dodi G, Pietroletti R, Milito G, Binda GA, Pescatori M. Bleeding, incontinence, pain and constipation after STARR transanal double stapling rectotomy for obstructed defecation. *Tech Coloproctol.* 2003;7(3):148-53.
4. Ripetti V, Caricato M, Arullani A. Rectal perforation, retropneumoperitoneum, and pneumomediastinum after stapling procedure for prolapsed haemorrhoids: report of a case and subsequent consideration. *Dis Colon Rectum* 2002;45(2):268-70.
5. Jongen JL, Bock JU, Peleikis HG, Eberstein A, Pfister K. Complication and reoperation in stapled anorectal learning by doing. *Int J Colorectal Dis.* 2006;21(2):166-71.
6. Boffi F. Rectal stricture, pocket and fistula after STARR procedure: lay-open, curettage and rectal advancement flap. *Tech Coloproctol.* 2007;11(2):195.
7. Sciaudone G, Di Stazio C, Guadagni I, Selvaggi F. Rectal diverticulum: a new complication of STARR procedure for obstructed defecation. *Tech Coloproctol.* 2008;12(1):61-3.
8. Pellino G, Petronella P, Selvaggi F. Gradual staple line disruption presenting with subtle multidiverticular pocket syndrome after STARR. *Updates Surg.* 2014;66(4):291-2. doi:10.1007/s13304-014-0274-z.
9. Zhang B, Ding JH, Zhang M, Yin SH, Feng YY, Zhao Y, et al. [Complications after stapled transanal rectal resection for obstructed defecation]. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi.* 2011;14(12):934-7. Chinese.
10. Alabiso ME, Grassi R, Fioroni C, Marano I. Iatrogenic rectal diverticulum in patients treated with transanal stapled techniques. *Radiol Med.* 2008;113(6):887-94. doi:10.1007/s11547-008-300-7.
11. Sciaudone G, Di Stazio C, Guadagni I, Selvaggi F. Rectal diverticulum: a new complication of STARR procedure for obstructed defecation. *Tech Coloproctol.* 2008;12(1):61-3. doi:10.1007/s10151-008-0389-z.