CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):549

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-381 - TUMORES RETRORRECTALES. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

González Alcolea, Natalia; Jiménez Cubedo, Elena; Calvo Espino, Pablo; Serrano González, Javier; Bennazar Nin, Rosaura; Muñoz Rodríguez, Joaquín Manual; Sánchez Turrión, Víctor

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Objetivos: Presentar tres casos de tumor retrorrectal tratados en el último año en nuestro centro.

Casos clínicos: Caso 1. Mujer de 43 años con lesión rectal que prolapsa por el ano, con lento crecimiento en los últimos años. Se realiza ecoendoscopia y RMN pélvica que revelan la naturaleza quística de la lesión pararrectal derecha, de unos 9 × 5 × 3,6, bien delimitada, sin tabiques y con extensión a canal anal. Caso 2. Mujer de 39 años con dolor anal e hipogástrico de dos años de evolución. La RMN pélvica objetiva una lesión quística con intensidad de señal sugestiva de sangre (posible endometrioma) en el espacio presacrococcígeo, de 6,3 × 3 × 6,2 cm, tabicada, con un polo sólido de 2,5 × 1,5 × 3 cm, que desplaza el recto. Caso 3. Mujer de 64 años que presenta clínica miccional y tenesmo de meses de evolución. En la ecografía ginecológica impresiona de quiste paraovárico derecho. En TC abdominopélvico y RMN se observa una lesión quística sin tabiques en región presacra, de 8,5 × 5,5 × 6,5 cm, con límite superior en S1. Resultados: Caso 1. Abordaje posterior por vía de Kraske. Tumoración que se extiende por espacio interesfinteriano hasta protruir a través de canal anal. Extirpación de la lesión sin incidencias. La anatomía patológica de la pieza es de hamartoma quístico retrorrectal sin signos de malignidad. Caso 2. Abordaje vía laparoscópica. Apertura peritoneo fondo de saco de Douglas, liberación de recto y mesorrecto en bloque, identificando la lesión, íntimamente adherida al cóccix. La anatomía patológica muestra un hamartoma quístico retrorrectal con tumor neuroendocrino asociado, G2, Ki67 del 4% con invasión linfovascular y perineural que infiltra el margen de resección quirúrgica. Se realiza octreoscan, sin evidencia de afectación a otros niveles, y TC toracoabdominopélvico sin hallazgos. Comentado en Comité de Tumores y de acuerdo con la paciente, se decide radioterapia. Caso 3. Abordaje vía laparoscópica. Apertura del peritoneo del fondo de saco de Douglas y extirpación de la lesión pararrectal izquierda. El informe de Anatomía Patológica es de quiste mesotelial simple sin signos de malignidad.

Discusión: Los tumores retrorrectales son infrecuentes (en la mayoría de las publicaciones se describen casos individuales) y de etiología variada, más frecuentes en el sexo femenino. Independientemente de su origen, a menudo son insidiosos por su lento crecimiento, causando síntomas por efecto masa o como infecciones de repetición. El estudio debe incluir el tacto rectal, la colonoscopia, RMN (más precisa) y TC, en especial si precisa punción (la biopsia está indicada únicamente en caso de componente sólido). De forma general, entre el 30 y el 45% pueden ser malignos (un 60% para los sólidos y un 10% para los quísticos). Todos los tumores presacros deben

ser considerados para la resección quirúrgica (resección en bloque), pudiendo ser necesario un equipo multidisciplinar (cirujano colorrectal, urólogo, plástico, neurocirujano...). El abordaje posterior (Kraske) es apropiado para tumores bajos, asociando coccigectomía en lesiones quísticas y teratomas. El abordaje anterior transabdominal alcanza el espacio presacro tras movilizar el recto, siendo útil para tumores confinados a la región presacra. Los tumores de gran tamaño pueden requerir ambos abordajes.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados