



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

30 Congreso Nacional de Cirugía
Madrid, 15-17 de noviembre de 2014

www.elsevier.es/cirugia

P-394 - Tumor presacro del estroma gastrointestinal

G. Martín Martín¹, T. Carrascosa Mirón², J. Baquedano Rodríguez³ y R. Martín del Toro³

¹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ²Hospital Universitario de Getafe, Getafe. ³Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid.

Resumen

Objetivos: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) representan el 2% de los tumores del aparato digestivo, y dentro de éste, el recto es su origen en un 5% de los casos. Las neoplasias presacras suponen un grupo heterogéneo con una incidencia del 0,02% y en 2/3 de los casos son de origen congénito.

Caso clínico: Varón de 59 años con antecedentes de resección de osteocondroma de tobillo, tabaquismo grave y enolismo moderado que consulta por proctalgia de un año de evolución que empeora con la sedestación. Al tacto rectal se evidencia una tumoración elástica que produce abombamiento del recto medio. La resonancia magnética (RM) objetiva una lesión sólida presacra de 6 cm de diámetro que depende de la pared rectal media y no sobrepasa la tercera vértebra sacra. No se evidencian otros hallazgos mediante tomografía computarizada (TC) y la colonoscopia no muestra lesiones en la mucosa colorrectal. No se realizó biopsia preoperatoria. Con el diagnóstico de tumor presacro de pequeño tamaño y localización baja se indica tratamiento quirúrgico mediante resección transperineal de Kraske. Se objetiva una lesión sólida ovalada con origen a nivel de la pared posterior del recto medio. Se practica resección local extramucosa de la misma. El resultado histológico es de GIST íntegro de 6 × 5 × 4 cm de bajo grado con menos de 5 mitosis por campo y márgenes libres. No se reflejan complicaciones postoperatorias. Tras un año y medio de seguimiento no se han registrado alteraciones funcionales anorrectales ni recidiva tumoral. El espacio virtual presacro está limitado anteroposteriormente por la fascia propia del recto y presacra, craneocaudalmente por la reflexión peritoneal y la fascia de Waldeyer y lateralmente por uréteres, iliacas y raíces nerviosas sacras. Durante las primeras fases del desarrollo embriológico se halla ocupado por células pluripotenciales que se diferencian hacia diversas líneas histológicas que pueden condicionar el desarrollo de una amplia gama de tumores. Menos frecuentemente pueden asentar lesiones adquiridas como la que presentamos. El dolor es el síntoma más común. Su diagnóstico se realiza mediante tacto rectal y pruebas complementarias como la RM y/o el TC. La biopsia preoperatoria no cambia la actitud y puede comprometer la posibilidad de curación. El tratamiento de todos los tumores presacros es la cirugía y la vía de elección (perineal, abdominal o combinada) dependerá del tamaño y la localización tumoral. En el caso de los GIST rectales la resección local puede ser realizada en el 85% según las series más extensas, aunque su rareza hace que no existan recomendaciones basadas en la evidencia. Los factores pronósticos son el tamaño, la localización, el número de mitosis, la integridad tumoral y la ausencia de márgenes afectos. A pesar de una resección correcta la tasa de recidiva oscila entre el 40-60% en los dos primeros años.

Discusión: El GIST presacro es una entidad muy poco conocida cuyas recomendaciones terapéuticas deben conjugar las lesiones del espacio presacro y los GIST. Su tratamiento en equipos con experiencia en cirugía pelviana permite obtener buenos resultados.