



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-057 - Hamartoma quístico retrorrectal. Extirpación laparoscópica

P. Pérez de Villarreal Amilburu, C. Pérez San Jose, M.Á. Aguinagalde Pinedo, B. Uriarte Vergara, P. Azpiazu Arnaiz, E. Etxebarria Beitia, M. García Carrillo e I. del Hoyo Aretxabala

Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

Resumen

Introducción: Los hamartomas quísticos retrorrectales son tumores congénitos poco frecuentes. No obstante, se consideran una de las causas más frecuentes de tumores en el espacio retrorrectal (excluyendo las lesiones inflamatorias). La mayoría son masas asintomáticas que aparecen en mujeres de edad media. Presentamos el caso de una paciente con un hamartoma quístico presacro intervenida mediante abordaje abdominal laparoscópico.

Caso clínico: Mujer de 54 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés consulta por coccigodinia de varios meses de evolución, sin episodio de traumatismos pélvicos ni infecciones perineales previas. En el tacto rectal se palpa una tumoración extrínseca de 3 cm de consistencia elástica en borde posterior derecho del canal anal. Se solicita RMN pélvica en el que se objetiva una tumoración quística de $4,5 \times 3$ cm entre la pared del recto y la musculatura elevadora, dentro del músculo iliococcígeo derecho, además de un útero miomatoso. Es intervenida por vía abdominal mediante laparoscopia sin incidencias. Empezamos suspendiendo el voluminoso útero mediante puntos. Después realizamos una apertura del espacio presacro. Posteriormente seccionamos las inserciones laterales del recto hasta alcanzar la musculatura elevadora del ano e intuir la lesión tumoral. Es útil la realización de un tacto rectal durante la intervención para evitar la apertura innecesaria de la pared muscular del recto. Resecamos la lesión y lo extraemos con bolsa. Es dada de alta a las 72 horas. Informe anatomopatológico: hamartoma quístico.

Discusión: El tratamiento de los hamartomas quísticos presacros es quirúrgico, con el fin de conseguir un diagnóstico definitivo de la lesión (la biopsia no es suficiente) y para evitar las complicaciones asociadas como son la infección y desarrollo de fístulas cutáneas (30-50%) y la degeneración maligna (7%). Los hamartomas se caracterizan por su situación distal en el espacio retrorrectal y normalmente en su margen inferior están en contacto con el elevador y la parte superior de los esfínteres del ano. A pesar de no tener carácter invasivo, el tumor suele estar cubierto por una delgada capa de músculo liso con márgenes mal definidos y en íntimo contacto con la pared posterior del recto, por lo que su disección resulta dificultosa. Existen diferentes tipos de abordaje quirúrgico para los tumores retrorrectales. Creemos que la vía de abordaje que mostramos es eficaz este tipo de lesiones porque presenta ciertos beneficios. Por un lado, es una técnica segura, ya que nos permite tener un buen control de las estructuras vasculares y los uréteres. Por otro lado, pensamos que es menos agresiva que las vías alternativas descritas (laterosacras y perineales), porque mediante este abordaje existe menos riesgo de lesionar o seccionar el aparato esfinteriano, el ligamento anococcígeo e incluso, en ciertas ocasiones, las estructuras óseas vecinas con el fin de mejorar la exposición del segmento anorrectal. Por último, la posibilidad de la utilización de la laparoscopia en la vía abdominal permite a los pacientes una más pronta recuperación para ejercer las actividades de la vida diaria y un mejor

resultado estético.