



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-352 - TUMORES RETRORRECTALES: NUESTRA EXPERIENCIA Y NUEVAS VÍAS DE ABORDAJE

Navarro Duarte, Juan Carlos; Reina Duarte, Ángel; Rubio Gil, Francisco; Ferrer Márquez, Manuel; Rosado Cobián, Rafael

Hospital Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Objetivos: Los tumores del espacio retrorrectal, también llamado presacro, son una entidad poco común, difíciles de hallar y diagnosticar en la edad adulta. Son un grupo heterogéneo de tumores, que pueden clasificarse como; de origen congénito, neurogénico, óseo, o miscelánea. Los denominados tailgut cyst son los tumores más frecuentes de origen congénito del espacio retrorrectal. Son masas multiquísticas, asintomáticas, que suelen aparecer en mujeres de mediana edad. Sus principales complicaciones sino se extirpa completa y precozmente son: la infección, desarrollo de fístulas cutáneas, y su degeneración maligna.

Métodos: Presentamos un total de 8 pacientes con tumores retrorrectales, con abordajes quirúrgicos diferentes. De los cuales, 5 de ellos se realizaron por vía posterior (York-Masson), 2 mediante vía abdominal, cabe destacar la resección mediante TEM en uno de los pacientes. Con una estancia media de 5 días (2-11 días de ingreso postoperatorio). La clínica presentada en la mayoría de los pacientes fue de tumoración indolora, con alteración del tránsito intestinal. O hallazgo incidental, al realizarse prueba de imagen por otra causa. La media de edad de dichos pacientes oscila entre los 20-60 años. Evolucionando todos ellos de forma favorable, en sus diferentes abordajes.

Resultados y conclusiones: El espacio retrorrectal o presacro, está limitado superiormente por la reflexión del peritoneo a nivel pélvico, posteriormente por el sacro, anteriormente por la cara posterior del recto, inferiormente por la fascia de Waldeyer y músculo elevador del ano y lateralmente por los uréteres y vasos ilíacos. La teoría más aceptada para el origen de los hamartomas quísticos, “tailgut cysts”, es una fusión de la parte distal del intestino primitivo con el margen anal, y, su no regresión durante el desarrollo embrionario, da lugar a estos tumores. Las manifestaciones clínicas, incluyen un amplio abanico de posibilidades, desde asintomáticos que son al menos el 50%, hasta síntomas tales como, dolor pélvico difuso, tenesmo rectal, estreñimiento, polaquiuria, disuria, fístula perineal crónica, incluso tumoración a nivel glúteo. El diagnóstico es difícil, y la mayoría de las ocasiones es incidental y tardío, basado en el examen físico completo con tacto rectal, seguido de una rectoscopia, ecografía endorrectal. La RMN es superior a la TC para estas lesiones, ya que tiene una precisión del 100% para valorar la naturaleza quística de la lesión, delimitar su pared, y su relación con estructuras vecinas, lo que la convierte en la prueba fundamental para el diagnóstico. El tratamiento es eminentemente quirúrgico, aunque sean lesiones asintomáticas, debe realizarse la exéresis de las mismas, para evitar sus complicaciones, como son la infección crónica en forma de fístula perineal o absceso, y degeneración maligna. El abordaje de elección es, en decúbito prono, posición de navaja, e incisión parasacroccígea respetando los esfínteres. Con las aportaciones de la cirugía mínimamente invasiva, el TEM y TAMIS, permiten un abordaje para los tumores retrorrectales totalmente novedoso, con claras ventajas respecto a los abordajes clásicos, tales como una visión clara de la lesión, sus límites y la

relación con estructuras vecinas y una menor morbilidad. Por todo ello, es una opción cada vez más en boga, factible, segura y reproducible.