



V-118 - REPARACIÓN DE FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO TRAS EXÉRESIS DE TUMOR RETRORRECTAL ASISTIDO POR ROBOT

Casado Ferreras, Irene; Espina, Beatriz; Sala Vilaplana, Laia; Guarner Piquet, Pol; Pino Perez, Oriol; Sánchez López, Anna; Moral Duarte, Antonio; Martínez Sánchez, Carmen

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: Los tumores retrorrectales tipo hamartoma son lesiones quísticas congénitas poco frecuentes. La incidencia de un mielomeningocele sacro simultáneo con un hamartoma retrorrectal no está descrita en la literatura. El objetivo de este vídeo es mostrar la reparación de una fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR) tras la exéresis de un tumor retrorrectal y su abordaje quirúrgico y multidisciplinario.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 30 años diagnosticada mediante resonancia magnética nuclear de tumoración retrorrectal de 10 cm compatible con hamartoma. Se realizó exéresis de la misma por vía abdominal asistida por robot. La resección completa de la lesión quística se realizó mediante cirugía asistida por robot, sin incidencias. El posoperatorio inmediato fue adecuado, prolongado por cervicalgia que se controla con analgésicos orales. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de hamartoma retrorrectal. La paciente acudió al servicio de urgencias por persistencia del dolor cervical, asociada a cefalea ortostática y mareos por lo que fue ingresada en neurología para completar el estudio con una resonancia magnética cerebral y de columna. Ante la sospecha de fístula de LCR se revisaron las imágenes de resonancia magnética prequirúrgica donde se objetivó un mielomeningocele sacro y el hamartoma retrorrectal simultáneos. El caso fue discutido en una sesión multidisciplinar, y se decidió realizar una cirugía conjunta para reparación de la fístula. Primeramente se intenta colocar catéter intradural para localizar la fístula LCR intraoperatoriamente mediante fluoresceína, sin éxito. Se evidenció una fístula LCR en espacio retrorrectal sin poder localizar exactamente el orificio, por lo que se colocó en dicho espacio materiales sellantes, epiplón y se cerró el defecto peritoneal con sutura barbada. El posoperatorio y el seguimiento han sido correctos.

Discusión: La incorporación de la tecnología mínimamente invasiva (abordaje asistido por robot) y el manejo multidisciplinario nos han permitido tratar una patología infrecuente de forma poco agresiva y con un resultado óptimo.