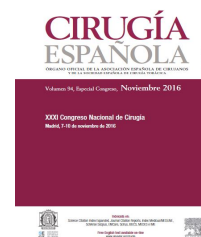




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-022 - TUMORACIÓN QUÍSTICA ISQUIORRECTAL: TERATOMA QUÍSTICO MADURO

Vázquez Melero, Alba; Gómez Zabala, Jesús María; Galán Rivera, María Dolores; Partearroyo Sainz Maza, Natividad; Pérez de Villarreal Amilburu, Patricia; González de Miguel, Melania; Bengoetxea Peña, Iker

Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao.

Resumen

Introducción: Las lesiones del espacio peri y retrorrectal requieren de un amplio diagnóstico diferencial. La patología más frecuente en esta localización son las lesiones inflamatorias, sin embargo también pueden encontrarse masas quísticas en relación a alteraciones del desarrollo embrionario.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 57 años, hipertensa e hipercolesterolémica, remitida al Servicio de Cirugía desde Ginecología por aparición de tumoración perianal de 5 meses de evolución que le producía dificultad para la defecación y molestias al sentarse. A la exploración física se palpaba una tumoración blanda de más de 10 cm de diámetro en el glúteo izquierdo. En el tacto rectal se percibía el recto desplazado y colapsado por dicha masa. Se solicitó una tomografía computarizada (TC) apreciándose una masa quística extra anexial, retrouterina y retrovesical con extensión inferior hacia la región glútea con importante desplazamiento de la ampolla rectal. Así mismo se realizó una resonancia magnética (RM) informada como quiste de la fosa isquiorrectal izquierda de 12 cm (probable quiste epidermoide). Se decidió intervenir a la paciente de manera programada realizándose exéresis de la tumoración por vía laparoscópica. Durante la intervención se produjo una pequeña apertura del recto bajo, que se reparó mediante rafia, y por este motivo se decidió dejar una ileostomía de protección en asa. El análisis anatomopatológico reveló un diagnóstico de teratoma quístico maduro. La paciente evolucionó de manera favorable clínica y analíticamente, siendo dada de alta a los 8 días. Se realizó reconstrucción del tránsito intestinal 2 meses después de la intervención.

Discusión: El diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas del espacio peri y retrorrectal es complejo ya que incluye numerosas entidades de origen inflamatorio, alteraciones del desarrollo embrionario y tumorales. Las masas quísticas que suponen el 40% de los tumores retrorrectales, pueden corresponder a teratomas quísticos maduros, quistes epidérmicos y hamartomas quísticos, siendo las más frecuentes estas dos últimas. Son más prevalentes en mujeres (3:1) y en edades medias de la vida. La mitad de los pacientes se encuentran asintomáticos en el momento del diagnóstico y son descubiertos de manera casual. La presentación clínica está relacionada con el tamaño del quiste, el efecto masa y el riesgo de sobreinfección que puede desencadenar una fístula perineal. El síntoma más habitual es el estreñimiento de nueva aparición, aunque también pueden producir dolor hipogástrico, tenesmo rectal, disminución del calibre de las heces y poliaquiuria. El

diagnóstico inicial se realiza mediante pruebas de imagen como la TC o la RM que es la prueba de elección. Sin embargo, es necesario realizar una extirpación quirúrgica para descartar malignidad. No se recomienda realiza biopsias mediante punción ya que no siempre confirman el diagnóstico y pueden favorecer la diseminación tumoral o provocar la rotura de la cápsula tumoral. La mayoría tienen un carácter benigno, aunque hasta un 10% de los casos pueden presentar degeneración maligna, especialmente si tienen contenido sólido o son de origen entérico. La exéresis precoz y completa es el tratamiento de elección ya que previene las complicaciones infecciosas, la malignización y emite un diagnóstico definitivo.