



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-401 - TUMORES DEL ESPACIO RETRORRECTAL: HAMARTOMA QUÍSTICO RETRORRECTAL O TAILGUT CYST

Bascuas Rodrigo, Beatriz; Gómez-Rosado, Juan Carlos; Valdés Hernández, Javier; del Río Lafuente, Francisco; Cintas Catena, Juan; Pérez Sánchez, Asunción; Capitán Morales, Luis; Oliva Mompeán, Fernando

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: El espacio retrorrectal es un área anatómica en la que se origina una gran variedad de tumoraciones. Esta área se limita superiormente por la reflexión del peritoneo, inferiormente por la fascia retrosacra y en sus laterales encontramos la fascia endopélvica, uréteres y vasos ilíacos. Los tumores retrorrectales son extremadamente raros en la población adulta con una incidencia de 0,0025-0,014, siendo más frecuentes en mujeres (3:1) entre los 30-60 años. El hamartoma quístico retrorrectal o tailgut cyst es un tumor congénito que se desarrolla en dicho espacio a partir de remanentes del intestino distal no involucionados. Habitualmente son lesiones asintomáticas (50%), pero pueden manifestarse como consecuencia del efecto masa y la compresión de estructuras vecinas con clínica de disuria, estreñimiento, dispareunia o dolor pélvico.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente intervenida en nuestro servicio por la presencia de hamartoma quístico retrorrectal mediante abordaje posterior por vía parasacroccóigea. Paciente mujer de 57 años con antecedentes de HTA, artritis asociada a virus de la hepatitis C, discopatía lumbar, fibromialgia e intervenida de colecistectomía, sinus pilonidal y mamoplastia. La paciente consulta por presencia de masa interglútea con aumento de tamaño en los últimos meses sin otra sintomatología asociada. A la exploración física se evidencia una tumoración interglútea de consistencia elástica, no dolorosa, móvil y no adherida a estructuras adyacentes. Se realiza TC abdomen y RM de pelvis en las que se objetiva una tumoración homogénea de aspecto quístico en espacio retrorrectal que se extiende hasta retroccóigeo sin infiltrar estructuras vecinas. Se decide intervención quirúrgica optándose por un abordaje posterior por vía paracoccóigea lográndose una exéresis total de la tumoración. La paciente fue dada de alta en 48 horas sin incidencias postoperatorias. El estudio anatomopatológico confirma la presencia de una formación de 9,6 × 5,8 × 2,4 cm de consistencia elástica con contenido denso de aspecto purulento histológicamente compatible con hamartoma quístico retrorrectal sin signos de malignidad. Actualmente la paciente se mantiene asintomática y con evolución favorable.

Discusión: La baja incidencia de los tumores retrorrectales, su localización y la ausencia de sintomatología dificulta su diagnóstico y hace que estos tumores sean habitualmente infradiagnosticados. Las principales complicaciones incluyen infección, recurrencia, compresión de estructuras vecinas y degeneración maligna. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica con márgenes libres, decidiendo el abordaje en función de las características de la lesión (tamaño,

localización y relación con estructuras vecinas) y las preferencias del cirujano, optando por un abordaje por vía anterior en aquellas lesiones que superen S3, y posterior en aquellas que se encuentren por debajo o al mismo nivel. El éxito en el tratamiento de estas lesiones requiere un extenso conocimiento de la anatomía pélvica.