



P-759 - TUMOR RETRORRECTAL EN GESTANTE. DIAGNÓSTICO Y MANEJO QUIRÚRGICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

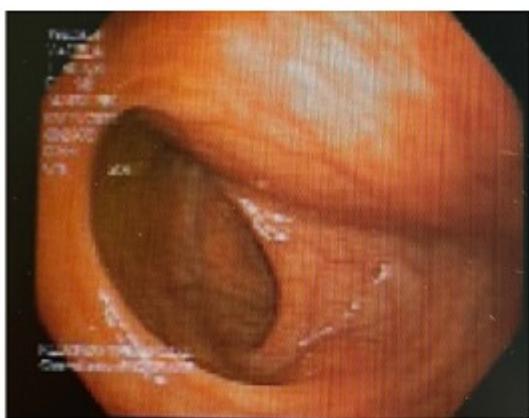
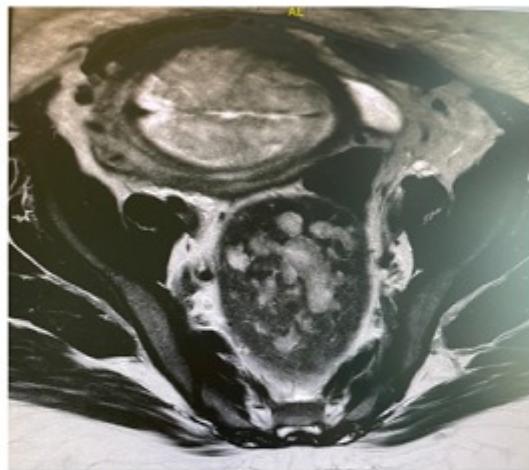
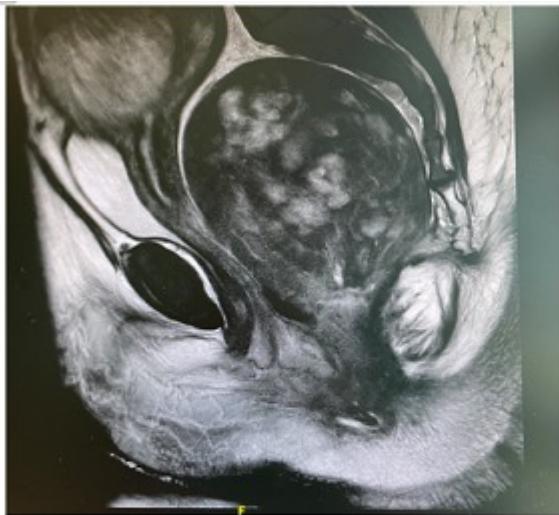
Torres Díaz, Mónica; Blanco Rodríguez, Angélica; Quirós Rodríguez, María; Guerreiro, Aloia; Aguirrebalaga Martínez, Irene; Madarro Nieto, Carla; Romero González, Jose Antonio; Noguera Aguilar, José Francisco

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Resumen

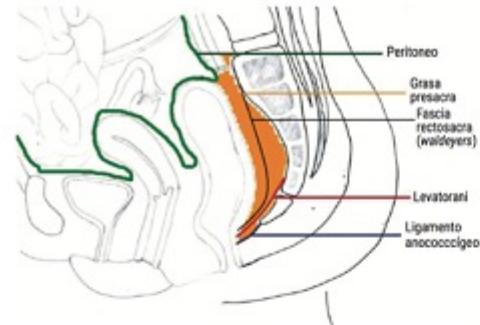
Introducción: Los tumores retrorrectales (TR) son una patología poco frecuente, ya que su incidencia oscila entre 0,0025 y 0,014. La mayoría son congénitos y benignos. El espacio virtual presacro está limitado por la fascia presacra (anterior) y por la fascia propia del recto (posterior). Durante el desarrollo embriológico, contiene células derivadas de las 3 capas germinales, motivo por el cual se pueden desarrollar una variedad de formas tumorales muy amplia. A pesar de su carácter asintomático, comportamiento benigno y baja incidencia, la indicación quirúrgica se da en la práctica totalidad debido a su alta capacidad de malignización o conversión en lesiones sintomáticas o sobreinfección. La elección del abordaje quirúrgico idóneo se basará en la naturaleza tumoral y a la localización respecto a S3 fundamentalmente.

Caso clínico: Mujer de 34 años, gestante 35 semanas. Antecedentes personales: alergia al látex, obesidad e HTA, tres cesáreas. En ecografía transvaginal primer trimestre, se identifica tumoración en espacio retrorrectal, sin clínica asociada. En cuanto a la exploración física, se palpa abombamiento en carea posterolateral rectal a partir de 5 cm, no dolorosa. Se amplían los estudios; analítica (sin alteraciones) y RNM pélvica en la que se identifica una masa sólida en espacio retrorrectal de $9,4 \times 11,6 \times 12,3$ cm bien delimitada y heterogénea, sin infiltración de estructuras adyacentes, con límite superior por encima de S3. Así mismo se visualiza el cráneo fetal en desarrollo, posición intrauterina. El diagnóstico diferencial incluye: tumor fibroso solitario presacro y tumor mesenquimal GIST. Se decide demorar los estudios complementarios y tratamiento debido a la situación gestante de la paciente, y al finalizar dicho periodo (parto en la semana 39), se completa el estudio con una TAC pélvico donde se confirma la masa, amplio contacto con cara posterior del recto, al que desplaza. En la colonoscopia se confirma la compresión rectal extrínseca descrita. En el comité oncológico se decide intervención quirúrgica, y en comité quirúrgico se toma decisión de qué abordaje quirúrgico sería el idóneo. Las posibilidades serían el abordaje anterior laparoscópico frente al abordaje combinado (laparoscópico anterior y acceso presacro). Finalmente se decide abordaje anterior: resección laparoscópica (se explicarán los pasos quirúrgicos en el póster). La evolución posoperatoria fue satisfactoria, 3 días de ingreso y ausencia de complicaciones. Los resultados de AP definitivos: neoplasia mesenquimal con diferenciación muscular (leiomioma); ausencia de malignidad.



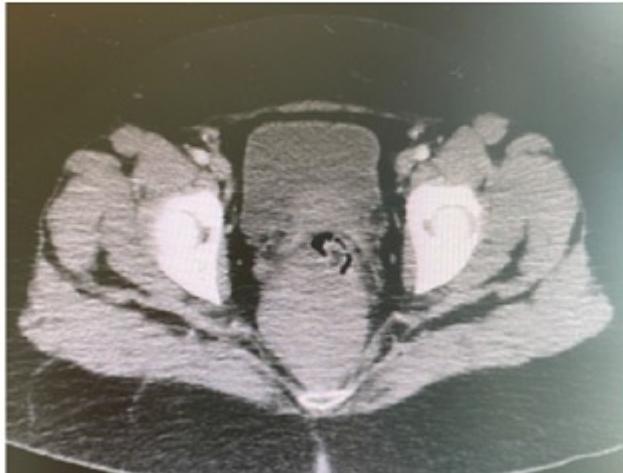
¿Qué es el espacio presacro?

Espacio extraperitoneal



Límites:

- **Anterior:** pared posterior rectal
- **Posterior:** fascia anterior sacra
- **Superior:** reflexión peritoneal
- **Inferior:** fascia Waldeyer
- **Lateral:** uréteres, vasos ilíacos y nervios sacros



Discusión: Los tumores retrorectales suponen una patología infrecuente, y tanto el diagnóstico como tratamiento suponen un reto para el cirujano colorrectal. Un porcentaje de estos casos se diagnostican casualmente mediante ecografías de control en gestantes, y a pesar de que la RNM y TAC en el diagnóstico de los mismos presentan un papel fundamental, hay que individualizar la situación y decidir si se completa el estudio durante la gestación o si se debe esperar al puerperio. El tratamiento de elección es el quirúrgico, recomendándose una exéresis completa en la mayoría de los casos, y en función de la situación del paciente y de la clínica, se podrá demorar la cirugía o realizarla de manera preferente.