



V-261 - EXÉRESIS LAPAROSCÓPICA DE TUMOR RETRORRECTAL

Guerreiro Caamaño, Aloia; Aguirre-Zabalaga Martínez, Irene; López Domínguez, Carlota; Rodríguez Rojo, Sergio; González Bermúdez, Manuel; Blanco Rodríguez, Angélica; Madarro Pena, Carla; Noguera Aguilar, José Francisco

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña.

Resumen

Introducción: Los tumores retrorrectales o presacros son entidades poco frecuentes que plantean un amplio diagnóstico diferencial. Su incidencia es menor del 0'05% en algunas series publicadas. Suelen ser más frecuentes en el sexo femenino, siendo congénitas en 2/3 de los casos. También en dicho porcentaje suelen ser lesiones benignas, con un riesgo de degeneración a malignidad del 7-10%. El diagnóstico es incidental o tardío, debido a la inespecificidad de sus signos y síntomas, siendo el dolor el síntoma más frecuente. La TC y la RMN son las pruebas más rentables y la indicación de biopsia preoperatoria controvertida. El diagnóstico definitivo es anatopatológico tras la intervención quirúrgica.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 35 años gestante de 35 semanas sin antecedentes de interés. Remitida a consultas tras hallazgo incidental en prueba de imagen: En RMN se aprecia una tumoración sólida retrorrectal de 9,4 × 11,6 × 12,3 cm. El diagnóstico diferencial incluye tumor fibroso solitario presacro y tumor mesenquimal-GIST. A la exploración se palpa mediante tacto rectal una tumoración extrarrectal con ambombamiento en cara posterior y lateral de recto, a 5 cm del margen anal. Se decide solicitar Endoscopia digestiva baja, en la cual se aprecia compresión extrínseca cara posterior rectal, y TAC/TAP. En esa última prueba de imagen el tamaño de la lesión disminuye a 6,6 × 7,7 × 8,6 cm. Sin otras alteraciones.



Discusión: Tras una cesárea programada se realiza en un segundo tiempo la resección laparoscópica de dicha tumoración sin incidencias, al igual que el posoperatorio. Se adjuntan las imágenes del procedimiento en el que se abre la reflexión peritoneal en el lateral derecho. Se comienza la disección retrorrectal identificando una masa redondeada, de consistencia gomosa y encapsulada, que permite su liberación, aunque algo dificultada por el tamaño previamente nombrado. Se diseña en su totalidad tras la ligadura del pedículo vascular del que depende. Se deja un drenaje tipo Blake en pelvis y la pieza se extrae por incisión Pfannestiel de asistencia en bolsa protegida. Los resultados anatomo-patológicos confirmaron un tumor de origen mesenquimal (probable leiomioma) sin criterios de malignidad y con bordes quirúrgicos libres.