

inmersos en un estroma fibroesclerótico, conteniendo macrófagos cargados de hemosiderina, miofibroblastos, linfocitos, y células plasmáticas; el estroma intercelular puede mostrar grandes áreas de hialinización. Algunos nódulos están rodeados de una capa prominente de depósito de fibras de colágeno. Todos los nódulos presentan una hendidura lineal de morfología vascular con células endoteliales, pericitos, y eritrocitos extravasados. Las células endoteliales pueden mostrar una mínima atipia celular pero es rara la actividad mitótica^{1-3,5,6}.

La inmunohistoquímica revela tres patrones fenotípicos distintos como son CD34-/CD31+/CD8+ para los sinusoides esplénicos, CD34+/CD31-/CD8- para los capilares y CD34-/CD31-/CD8- para las vénulas.

El CD68 se ha encontrado positivo para el linaje celular de sinusoides y de los espacios vasculares de las hendiduras de los nódulos en los últimos estudios. Todas las células del linaje vascular son negativas a CD21^{1,3-7,9}.

Aunque se trata de una enfermedad poco conocida en el momento actual, se cuenta con muchas características radiológicas, histológicas e inmunohistoquímicas que la diferencian de enfermedades de comportamiento maligno, la hacen única y nos deberían conducir al diagnóstico certero. Es importante descartar enfermedades malignas en otras localizaciones ya que se asocia a neoplasias concomitantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martel M, Check W, Lombardi L, Lifschitz-Mercer B, Chan JK, Rosai J, et al. Sclerosing angiomatoid nodular transformation (SANT). Report of 25 cases of a distinctive benign splenic lesion. *Am J Surg Pathol*. 2004;28:1268-79.
2. Subhawong TK, Subhawong AP, Kamel I. Sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen: multimodality imaging findings and pathologic correlate. *J Comput Assist Tomogr*. 2010;34:206-9.

3. Thacker C, Korn R, Millstine J, Harvin H, Van Lier Ribbink JA, Gotway MB. Sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen: CT, MR PET, and 99mTc-sulfur colloid SPECT CT findings with gross and histopathological correlation. *Abdom Imaging*. 2009;10:683-9.
4. Sclerosing Angiomatoid Nodular Transformation (SANT) of the Spleen: Addition of a Case With Focal CD68 Staining and Distinctive CT Features. *Am J Surg Pathol*. 2005;29:839-41.
5. Awamleh AA, Perez-Ordoñez B. FRCP. Sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen. *Arch Pathol Lab Med*. 2007;131:1079-82.
6. El Demellawy D, Nasr A, Alowami S. Sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen: case report. *Pathol Res Pract*. 2009;205:289-93.
7. Karaosmanoglu DA, Karcaaltincaba M, Akata D. CT and MRI findings of sclerosing angiomatoid nodular transformation of the spleen: spoke wheel pattern. *Korean J Radiol*. 2008;9:52-5.
8. Zeeb LM, Johnson JM, Madsen MS, Keating DP. Sclerosing angiomatoid nodular transformation. *AJR*. 2009;192:236-8.
9. Cao JY, Zhang H, Wang WP. Ultrasonography of sclerosing angiomatoid nodular transformation in the spleen. *World J Gastroenterol*. 2010;16:3727-30.

Mauricio Burneo Esteves*, Rocio Franco Herrera, Yolanda Castro Álvarez, Dolores Pérez Díaz y Fernando Turégano Fuentes

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mauricioburneo@hotmail.com (M. Burneo Esteves).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.05.012

Lipoma cecal como causa de masa presacra

Caecal lipoma as a cause of a presacral mass

Los tumores retrorrectales son un diverso grupo de masas muy poco comunes, que suelen presentarse de forma asintomática. La mayoría son lesiones benignas, pero existe la posibilidad de malignidad, cuyo tratamiento requiere una cirugía más agresiva¹.

Presentamos el caso de una paciente de 21 años de edad valorada por ginecología dos años antes por molestias abdominales a nivel hipogástrico que se acompañaban de sensación de pesadez a nivel pélvico, rectorragias ocasionales y estreñimiento ocasional. Como único antecedente de interés realizaba la toma de tratamiento hormonal como método de

anticoncepción. Tras realización de ecografía vaginal y abdominal y con el diagnóstico de sospecha de endometriosis ovárica se le realiza laparotomía exploradora por parte de ginecología. Durante el acto quirúrgico no se confirma la presencia de endometriosis ovárica ni se identifica otra dolencia a este nivel.

Posteriormente a la intervención y dada la continuidad de la sintomatología se le practica nuevo estudio de imagen (RNM) donde se aprecia una masa retrorrectal de contenido denso sin poder especificarse naturaleza de la misma y planteándose como diagnóstico diferencial la presencia de

quiste o lipoma presacro sin poder descartarse otras enfermedades, pero descartándose relación ginecológica. Por este motivo es derivada a la unidad de coloproctología de nuestra área donde objetivamos, tras anamnesis completa, síndrome obstructivo defecatorio intermitente junto tenesmo rectal y expulsión de moco con la defecación. En la exploración se evidenció sensación de masa retrorrectal al practicar el tacto rectal, sin obtenerse más información durante la misma.

Es repetida la ecografía abdominal donde se visualiza un útero y anejos sin alteraciones significativas pero hallándose en región pararectal lesión sólida de $15 \times 27 \times 19$ mm. Dados los hallazgos se le practica ecografía endorrectal que no consigue ver ni filiar la lesión por lo que se decide realización de nueva RNM en nuestro centro, siendo informada como lesión presacra de bordes bien definidos, que sugieren la presencia de quiste o lipoma presacro dada la localización y relación con estructuras anatómicas adyacentes, sin objetivarse infiltración de tejidos circundantes al mismo (fig. 1).

Con estos hallazgos se decide intervención quirúrgica realizándose abordaje posterior de Kraske sin encontrarse lesión alguna en espacio presacro pero con sensación de masa intraabdominal durante la disección de dicho espacio. Se decide nueva laparotomía exploradora donde se evidencia la presencia de gran lipoma del meso-apéndice cecal, dentro de un profundo y laxo fondo de saco retrorrectal (fig. 2). Se procede a exéresis de la pieza siendo informada como proliferación lipomatosa de mesoapéndice de ciego.

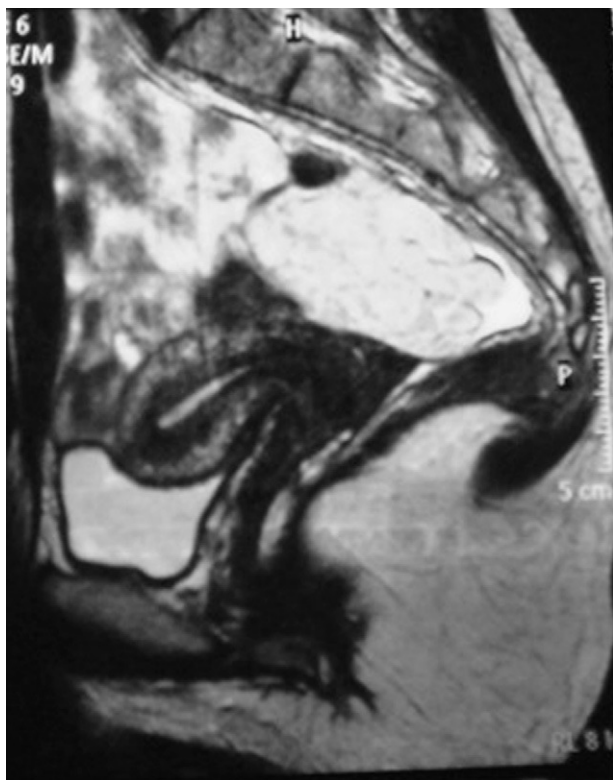


Figura 1 – RNM donde se aprecia una lesión presacra de bordes bien definidos, hiperintensa en T1 y T2 e hipointensa en STIR, hallazgos que sugieren la posibilidad de lipomatosis.

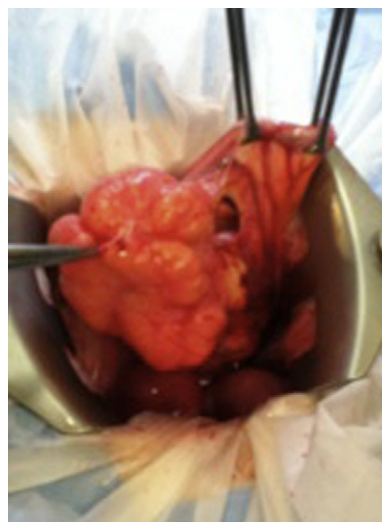


Figura 2 – Imagen intraoperatoria del lipoma del mesoapendicular.

La paciente fue dada de alta al tercer día postoperatorio tras retirada de drenaje perineal, sin ninguna complicación y se encuentra actualmente asintomática.

Los tumores retrorrectales son una dolencia con una frecuencia muy escasa, siendo la mayoría de los casos de carácter benigno. Excluyendo las lesiones inflamatorias, las lesiones congénitas suponen un 66% de estos tumores, los neurogénicos un 11%, tumores osteocondrales el 11% y otras lesiones misceláneas un 12%¹.

Su descubrimiento suele ser incidental, como masa blanda, posterior al recto, mal definida y generalmente en línea media^{2,3}. Algunos pueden incluso infectarse y a menudo son confundidos con absceso de supraelevador o fístula perianal complicada.

En cuanto a la sintomatología pueden producir la presencia de síndrome obstructivo defecatorio, plenitud rectal, dolor abdominal bajo o defecación dolorosa, aunque la mayoría de los pacientes presentan síntomas no específicos resultantes de compresión, desplazamiento o invasión de las estructuras pélvicas, víscera y nervios adyacentes⁴⁻⁶.

En el diagnóstico, la anamnesis y la exploración, y dentro de esta, el tacto rectal, son muy importantes para la palpación de posible masa (en el 97% de los casos, las lesiones son detectables al tacto rectal) y para poder tener un diagnóstico de sospecha ante la sintomatología previamente descrita. La proctoscopia y la colonoscopia, aunque generalmente son normales, son necesarias para descartar otro tipo de tumores. En cuanto a las pruebas diagnósticas la TAC y la RMN son de gran ayuda ya que informan del tamaño y localización, pudiendo diferenciar lesiones benignas de las malignas y ayudando a establecer la estrategia quirúrgica, siendo la RMN la prueba de elección dada la mayor información sobre la relación de la tumoración con estructuras vecinas^{7,8}. Ocasionalmente la ecografía endorrectal es de utilidad para descartar invasión de la pared rectal. El papel de la biopsia preoperatoria en el diagnóstico de tumores presacros ha quedado totalmente denostado ya que podría provocarse la siembra de células tumorales durante la misma.

En cuanto al tratamiento, la resección en bloque de las tumoraciones presacras es la actitud a seguir ante dicho diagnóstico para valoración histológica posterior y evitar diseminación celular en caso de malignidad. La elección del abordaje para su exéresis depende de su localización, pudiendo optarse por la vía trans-sacra, abdominal, combinada abdomino-sacra, transrectal o transvaginal⁸⁻¹⁰.

La peculiaridad de nuestro caso se centra en el diagnóstico radiológico de tumor presacro obtenido con la realización de resonancia magnética y el posterior hallazgo de lipoma de mesoapéndice objetivado en la nueva laparotomía dada la ausencia de tumoración al realizar el abordaje posterior en un primer tiempo. Además, la presencia de esta enfermedad solo es posible por la existencia de un ciego móvil junto con un fondo de saco retrorrectal profundo (variación anatómica excepcional).

La sintomatología referida por la paciente queda plenamente justificada ya que el lipoma mesoapendicular provocaba una defecación obstructiva con la realización de la prensa abdominal durante la defecación por el desplazamiento de la masa cecal, provocando la compresión del recto impidiendo su vaciamiento correcto.

La existencia de una laparotomía previa en la paciente, en la que pasó inadvertida dicha masa, sin duda ha condicionado tanto el diagnóstico, como el tratamiento y su abordaje.

Quizás la práctica preoperatoria de una ecografía abdominal en decúbito lateral izquierdo o en Trendelenburg forzado nos hubiera aclarado algo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jao SW, Beart Jr RW, Spencer RJ, Reiman HM, Ilstrup DM. Retrorectal tumors. Mayo Clinic experience, 1960-1979. *Dis Colon Rectum*. 1985;28:644-52.
2. Dahan H, Arrive L, Wendum D, Docou P, Djouhri H, Tubiana JM. Retrorectal developmental cysts in adults:

- Clinical and radiologic-histopathologic review, differential diagnosis, and treatment. *Radiographics*. 2001;21:575-84.
3. Hjermsstad BM, Helwig EB. Tailgut cysts. Report of 53 cases. *Am J Clin Pathol*. 1988;89:139-47.
 4. Andonian S, Karakiewicz PI, Herr HW. Presacral cystic schwannoma in a man. *Urology*. 2003;62:551.
 5. Wanebo HJ, Antoniuk P, Kones RJ, Levy A, Vezeridis M, Cohen SI, et al. Pelvic resection of recurrent rectal cancer: Technical considerations and outcomes. *Dis Colon Rectum*. 1999;42:1438-48.
 6. Wakhlu A, Misra S, Tandon RK, Wakhlu AK. Sacrococcygeal teratoma. *Pediatr Surg Int*. 2002;18:384-7.
 7. Cretella JP, Rafal RB, McCarron Jr JP, Markisz JA. MR imaging in the diagnosis of a retroperitoneal schwannoma. *Comput Med Imaging Graph*. 1994;18:209-12.
 8. Melvin WS. Laparoscopic resection of a pelvic schwannoma. *Surg Laparosc Endosc*. 1996;6:489-91.
 9. Kohler C, Kuhne-Heid R, Klemm P, Tozzi R, Schneider A. Resection of presacral ganglioneurofibroma by laparoscopy. *Surg Endosc*. 2003;17:1499.
 10. Bax NM, van der Zee DC. The laparoscopic approach to sacrococcygeal teratomas. *Surg Endosc*. 2004;18:128-30.

Carlos Alberto Jordán-Cháves, Jesús Cañete-Gómez, Fernando de la Portilla*, José Manuel Sánchez-Gil y Francisco Javier Padillo

Unidad de Coloproctología, Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

fernando.portilla.sspa@juntadeandalucia.es (F. de la Portilla).

0009-739X/\$ - see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.06.012