

Tumor quístico presacro

Presacral cystic tumour

Los tumores del espacio retrorrectal son el conjunto de tumoraciones quísticas y/o sólidas que se localizan en la región presacra¹. Presentan una incidencia de 1/40.000 ingresos². Se clasifican en: inflamatorios, quistes de desa-

rrollo y congénitos, neurogénicos, óseos y miscelánea². Son más frecuentes en mujeres de entre 40 y 60 años. Pueden ser quísticos o sólidos. Los más frecuentes son los benignos (2/3 del total), sobre todo los inflamatorios, los malignos son más frecuentes en varones². El quiste hidatídico está producido por larvas enquistadas de *Echinococcus granulosus*, que habita en el intestino delgado del perro y otros cánidos salvajes³. De los quistes formados, el 75% se localiza en el hígado, el 30% en el pulmón y alrededor del 20% en otras zonas⁴.

Presentamos el caso de un paciente de 26 años de origen marroquí, que acude a urgencias por cuadro de dificultad para la marcha, dolor lumbar irradiado a la pierna derecha con pérdida de fuerza y atrofia muscular, de 6 meses de evolución. A la exploración presenta marcha en estepaje, pie varo, importante atrofia muscular en la región gemelar y peronea derecha, parálisis de la flexión dorsal e hipoalgesia del cuarto y el quinto dedo del pie derecho. El abdomen es blando y depresible, sin masas ni megalias. Al tacto rectal se palpa tumoración en la cara lateral derecha del recto que respeta la mucosa. Se realiza examen neurofisiológico que indica el origen proximal alto intrapelviano del cuadro de axonotmesis ciática que presenta el paciente. En la resonancia magnética (RM) de la columna lumbar se identifica una lesión quística compleja intramuscular (piriforme dere-

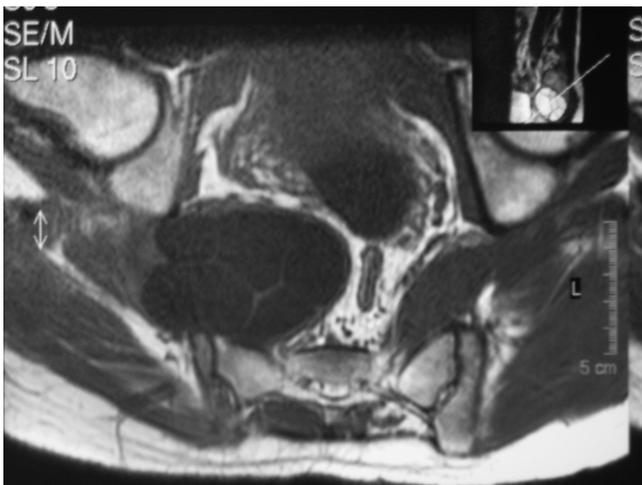


Fig. 1 - Lesión quística compleja intramuscular en imagen de resonancia magnética.

cho) de 11 x 6 cm de diámetro, con compresión extrínseca del plexo sacro derecho (fig. 1). Se realiza tomografía computarizada (TC) abdominopélvica que informa de masa quística bilobulada, multiseptada bien diferenciada a nivel del presacro derecho, que se extiende por escotadura ciática hasta la región glútea (fig. 2). Se consideran entre los diagnósticos diferenciales el origen infeccioso de la lesión (hidatidosis, cisticercosis) o tumoral (mixoma intramuscular, schwannoma). La serología para hidatidosis resulta positiva (1/320), por lo que se inicia tratamiento preoperatorio con albendazol. Se interviene al paciente mediante abordaje anterior, y se aprecia una tumoración quística posterior al plexo sacro, que comprime y desplaza anteriormente el nervio ciático. Se realiza exéresis completa del quiste hidatídico, previa protección del campo quirúrgico con suero salino hipertónico al 20%. No se identifican quistes en otras localizaciones. Durante el postoperatorio el paciente evoluciona favorablemente, y recibe el alta hospitalaria el 16.º día postoperatorio. En la revisión a los 6 meses el paciente se encuentra sin dolor, y va recuperando masa muscular y funcionalidad de la pierna derecha.

La poca frecuencia de la localización extrahepática y extra-pulmonar de la hidatidosis se debe a que hígado y pulmones actúan como filtros biológicos que atrapan la mayoría de los embriones hexacantos que originan los quistes hidatídicos⁵. De las localizaciones poco frecuentes del quiste hidatídico, la más común es la peritoneal (2-25% de los casos), la mayoría, secundaria a quistes hepáticos que se rompen hacia la cavidad peritoneal^{5,6}. En el 2,5-5% tienen ubicaciones más raras, como bazo, riñón, músculo, mama, hueso, cerebro y otros órganos⁵⁻⁷.

El recto y su meso forman una unidad linfovascular de origen embriológico distinto de las estructuras somáticas que lo rodean, y hay un espacio que lo separa del sacro, el espacio retrorrectal, que contiene tejido conjuntivo laxo⁶. Los tumores que ocupan este espacio son frecuentemente asintomáticos¹. Cuando aparecen síntomas se relacionan con la localización y el tamaño y, en el caso de los quistes, con la presencia o la ausencia de infección (el 30% de los casos⁸). Las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas: dolor abdominal (el síntoma más común¹ y que suele implicar malignidad²), distensión abdominal, masa palpable o síntomas secundarios a la compresión de estructuras vecinas: estreñimiento, incontinencia o compresión nerviosa, como en nuestro caso. El tacto rectal es muy importante⁴. Es necesario realizar una endoscopia por la alta incidencia en el diagnóstico de adenocarcinoma colorrectal², aunque la sensibilidad de esta prueba para diagnosticar tumores retrorrectales es baja. La ecografía transrectal ha demostrado presentar alta sensibilidad, además aporta información sobre el tamaño y consistencia de la masa, invasión local a estructuras vecinas y posible infiltración linfática; sin embargo, a pesar de esta evidencia, en nuestro caso no fue realizada esta prueba. La TC y la RM son también pruebas de imagen imprescindibles. La biopsia se realiza sólo en lesiones aparentemente irresecables, por el riesgo potencial de implante y recurrencia en las que no se extirpan completamente. El tratamiento es quirúrgico, aunque sean benignas y asintomáticas⁴, pues permite estable-



Fig. 2 – Masa bilobulada, multiseptada a nivel del presacro derecho en la tomografía computarizada abdominopélvica.

cer un diagnóstico definitivo, previene degeneración maligna e impide posible sobreinfección². Hay numerosas técnicas de abordaje quirúrgico para reseccionar estos tumores, así aquellos de pequeño tamaño que no aparentan malignidad pueden extirparse por vía posterior transcoxígea, así disminuyen el riesgo de sangrado, la necesidad de transfusión y, por tanto, la morbilidad². Otras vías a tener en cuenta son: transanal, transacra, abdominal o combinada¹. Para abordar el espacio retrorrectal es fundamental conocer la anatomía de esta región, y en especial la forma de evitar las lesiones de elementos como las venas presacras, que sangran profusamente, y el nervio presacro⁹. Para disminuir el riesgo de siembra peritoneal, en caso de rotura accidental del quiste durante la intervención quirúrgica, se aconseja el empleo de albendazol antes de la cirugía durante 4 días¹⁰, y entre 1 y 3 meses en el postoperatorio, en especial cuando se ha derramado líquido hidatídico durante el acto quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

- López M, Vilallonga R, Espin E, Sánchez J, Lozoya R, Armengol M. Lesiones retrorrectales en adultos. *Cir Esp.* 2006;80:334-6.
- Glasgow S, Birnbaum E, Lowney J, Fleshman J, Kodner I, Match D, et al. Retrorectal tumors: a diagnostic and therapeutic challenge. *Dis Colon Rectum.* 2005;48:1581-7.
- Durán R. Quiste hidatídico hepático: Tratamiento quirúrgico resectivo. *Rev Chil Cir.* 1994;46:34-42.
- Jao S-W, Berart RW Jr, Spencer RJ. Retrorectal tumors. *Dis Colon Rectum.* 1985;28:644-52.
- Pérez JA, Pérez A, Valenzuela M. Quistes hidatídicos primitivos de localización extraabdominal y extrapulmonar. *Rev Chil Cir.* 1999;51:341-6.
- Barja E, Valenzuela R, Vergara F, Arellano G, Galleguillos I, Maldonado S. Tratamiento de la hidatidosis abdominal extrahepática. *Rev Chil Cir.* 1991;43:12-4.
- Santamaría P. Quiste hidatídico en región cervical. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza y Cuello.* 1986;46:127.

-
8. MacCarty, Waugh JM, Mayo CW, Coventry MB. The surgical treatment of presacral tumors: a combined problem. *Mayo Clin Proc.* 1952;13:73-84.
 9. Binetti J, Fontana A, Desimone R. Abordaje del espacio retrorectal. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas.* 2006;1:44-6.
 10. González I, Díaz M, Núñez F, González O. Infección por *Echinococcus granulosus* (quiste hidatídico). Reporte de un caso. *Rev Cubana Med Trop.* 2001;53: 217-21.

Vanesa Maturana Ibáñez*, Manuel Ferrer Márquez,
María del Mar Rico Morales, Francisco Rubio Gil
y Ricardo Belda Lozano

Hospital Torrecárdenas, Almería, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: vanematu69@hotmail.com (V. Maturana Ibáñez).

Recibido el 19 de febrero de 2008 y aceptado el 1 de julio de 2008.