



Rev Guatem Cir Vol. 24 • 2018

Resección de Tumor Retro Rectal. Reporte de Caso

Carlos María Parellada Cuadrado. MD, MACG, MACCRG.

Cirujano General, Colorrectal y Laparoscópico. Hospital Centro Médico,. 6a. avenida 3-22 zona 10 edificio Centro Medico 2. Guatemala. E. mail carlos.parellada@gmail.com. Tel. 23317673

Resumen

Los tumores del espacio pre sacro son raros. En la población infantil representan el 40 % de los tumores de células germinales y hasta el 78% de todos los tumores de células germinales extragonadales. Su presentación en adultos es muy rara⁸. Se reporta caso de paciente con teratoma pre sacro el cual fue resecado quirúrgicamente por vía perineal con una buena evolución.

Palabras Clave: Tumor presacro, quiste presacro, quiste del desarrollo, quiste dermoide, tumor sacrococcígeo.

Abstract

Resection of Rectal Retro Tumor. Case Report.

Tumors of the pre-sacral space are rare. In the infant population, they represent 40% of germ cell tumors and up to 78% of all extragonadal germ cell tumors. Its presentation in adults is very rare. We report a patient with pre-sacral teratoma who was surgically resected perineally with a good outcome.

Keywords: Pre sacral tumor, pre sacral cyst, development cyst, dermoid cyct, sacrococcygeal tumor.

Introducción

El espacio presacro o retrorrectal es un espacio potencial para tumores embriológicos poco frecuentes. Tienen predominio en el sexo femenino y en su mayoría son congénitos con una incidencia de 1 en 45,000 pacientes¹. Entre los quistes congénitos los más frecuentes son el teratoma y los quistes del desarrollo.

Los quistes del desarrollo presacro (también llamados vestigiales) probablemente provienen de una anomalía en el desarrollo o una alteración de la regresión de estructuras embrionarias propias de la región perineal² que raramente pueden presentarse en adultos³.

Los teratomas maduros son quísticos y con elementos diferenciados maduros y se les conoce como quistes dermoides⁴. Cuando se desarrollan fuera de los ovarios o testículos se les llama extragonadales y

en adultos los sitios más frecuentes son el mediastino anterior, retroperitoneo y regiones supraselar y pineal. En infantes y niños jóvenes son más frecuentes los teratomas sacrococcígeos^{5,6}.

Describimos el caso de una paciente adulta con un tumor presacro el cual fue resecado por vía perineal con buena evolución clínica.

Reporte de Caso

Paciente femenina de 28 años de edad con antecedentes de glomerulo esclerosis en tratamiento con nefrólogo. En diciembre 2017 tuvo molestias pélvicas y un ultrasonido pélvico reveló sospecha de masa en ovario. En febrero 2018 se le realiza Tomografía Axial Computarizada Pélvica donde los ovarios se observan con quistes muy pequeños pero se descubre masa de 6.8 x 4.4 x 6.2 cm en región retrorrectal desplazando el útero hacia adelante y comprimiendo el recto parcialmente cuya impresión

radiológica fue de Hamartoma Quístico retrorrectal o Quiste de Duplicación Intestinal. Paciente es referida a la clínica y se le realiza examen físico y un examen proctológico. Al tacto rectal se palpa inducción de masa extra rectal posterior derecha, tensa, no móvil de consistencia quística, con incomodidad a la palpación. El complejo esfinteriano está libre de masas y con buena funcionalidad. La proctosigmoidoscopia no revela ninguna alteración de la mucosa recto sigmoidea.

Con el fin de determinar con exactitud el límite superior de la masa y tener mejor resolución de imagen, se le realiza una Resonancia Magnética Pélvica con protocolo rectal donde se evidencia la masa quística multiloculada, bordes lobulados bien definidos, con líquido altamente sugestivo de ser mucoide o con alta concentración proteica. Su localización va del espacio intervertebral S3-S4 hasta 1 cm por arriba de la región anal y mide aproximadamente 5.7 x 5.1 x 7.1 cm en sentido transverso, AP y cefalocaudal respectivamente (Ver Figura 1). Con medio de contraste IV se identifica un nódulo de 1.5 x 1.8 cm en el aspecto posterolateral izquierdo del quiste que hace sospechar un componente maligno o fibrótico de la lesión (Ver Figura 2-a y 2-b).

Paciente fue llevada a Sala de operaciones del Hospital Centro Médico, habiendo tenido un enema de fosfo soda por el recto 2 horas antes de la cirugía. Se le administró anestesia general y se colocó en posición de navaja sevillana dibujándole con marcador de piel la ubicación del coxis y la incisión latero sacrococcígea derecha (abordaje de Bevan o Kraske)^{3,7} que se realizaría (Ver Figura 3). Después de la incisión de la piel, se separan las inserciones del músculo glúteo derecho del borde del sacrocóxis para luego entrar a la fascia y al espacio presacro o retro rectal. Por la limitación del espacio se realizó cocci-gectomía y posteriormente se empezó a disecar la masa, la cual tenía muchas adherencias a la fascia presacra y pared posterolateral derecha del recto. Se logra disecar la totalidad de la masa y se reseca sin perforarla (Ver Figura 4-a y 4-b). Posteriormente se procede a colocación de drenaje Jackson Pratt en el espacio presacro y al cierre por planos de los tejidos (Ver Figura 5).

La patología reportó un Teratoma Quístico Maduro (Quiste Dermoide), sin evidencia de elementos inmaduros ni malignos. Hueso cóccix con leve congestión vascular sin evidencia de células malignas.

Paciente evoluciona satisfactoriamente con una dehiscencia muy pequeña de la herida en el borde más inferior cerca con el ano, el cual cicatrizó por segunda intención.

Discusión

Los tumores del espacio pre sacro son raros. En la población infantil representan el 40 % de los tumores de células germinales y hasta el 78% de todos los tumores de células germinales extragonadales. Su presentación en adultos es muy rara⁸. En niños la incidencia es de 1 en 45,000 y son más frecuentes en el sexo femenino con un radio de 3 a 4:1. Usualmente son benignos pero la incidencia de malignidad aumenta con la edad del paciente^{1,5,6}. Los tumores sacrococcígeos son usualmente teratomas y quistes del desarrollo, siendo los más comunes éstos últimos que incluyen el quiste epidermoide, quiste dérmico (también clasificado como teratoma), quiste enteroide (quiste del intestino caudal o tailgut cyst y duplicaciones rectales) y quistes mixtos³.

Los teratomas usualmente están formados por células de las 3 capas de células germinativas. Los teratomas sacrococcígeos usualmente no tienen cápsulas o pseudocápsulas lo que los hace más difícil de resecar completos. Se clasifican en base a los tejidos que pueden tener: maduros, inmaduros, malignos y monodérmicos o altamente especializados⁴.

Usualmente son asintomáticos excepto si están infectados y pueden presentar dolor perineal, fiebre o descarga purulenta. Se presentan mayormente en mujeres pero pudiera ser por la mayor frecuencia de exámenes ginecológicos, especialmente durante el embarazo. El riesgo de malignización de los quistes del desarrollo a un adenocarcinoma muy agresivo es del un 7-10% con una sobrevida menor a 1 año. Este riesgo se aumenta hasta el 60% si hay contenido de predominio sólido, por lo que salvo grave contrain-

dicación médica, todos los tumores sacrococcígeos deben ser extirpados aunque sean asintomáticos³.

El examen clínico es vital para el diagnóstico y se hace un examen proctológico completo (tacto rectal y proctosigmoidoscopia). El diagnóstico puede hacerse por ultrasonido endorectal, tomografía axial computarizada o por resonancia magnética y nuestra recomendación es que se haga tanto ultrasonido más tomografía o resonancia. En este caso la resonancia nos ayudó mucho a ver las dimensiones del tumor y localización en la pelvis para decidir el abordaje. Una radiografía simple de pelvis también puede ayudar en caso de que se observen dientes o tejido óseo asociado ya que orienta a un teratoma. No es recomendable una biopsia pre operatoria ya que el riesgo de infección, diseminación tumoral y fistulas es elevado⁹.

La paciente que se presenta en este reporte no tenía mayores síntomas perineales pero en la resonancia magnética se identifica un componente sólido hiper-captante que daba la sospecha de posible malignización. El abordaje en ella fue posterior, tipo Bevan o Kraske (sin incidir en el complejo esfinteriano), ya que el tumor medía no más de 7 cms y llegaba hasta las vértebras S3-S4. Cuando el tumor mide más de 8 cms o sobrepasa la S2, es preferible un abordaje abdominal o combinado (anterior y posterior)^{2,9}. Con el estudio de la resonancia observamos que tenía buen plano de disección y no estaba involucrando tejido óseo. La evolución de la paciente fue satisfactoria y se mantendrá en seguimiento por el riesgo de recurrencia de un 10% para teratomas maduros¹⁰.

Referencias

1. Jackman RJ, Smith ND. Retrorectal tumors. JAMA 1951;145:956-61.
2. Leborgne J, Guiberteau B, Lehur PA, Le Goff M, Le Néel JC, Nomballais MF. Les tumeurs kystiques vestigiales retro-rectales de l'adulte. Chirurgie. 1989;115:565-71.
3. Martín E, Pérez C, Cotano JR, Atín V, Aguinagalde M, Sabas JA, Mendez JJ. Quistes del desarrollo en el espacio presacro en el adulto. Gastroenterol Hepatol 2002; 25(10):601-4.
4. Ayhan A, Bukulmez O, Genc C, et al. Mature cystic teratomas of the ovarie: case series from one institution over 34 years. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2000;88:153
5. Rescorla FJ, Sawin RS, Coran AG, et al. Long-term outcome for infants and children with sacrococcygeal teratoma: a report from Childrens Cancer Group. J Pediatr Surg 1998;33:171.
6. Schropp KP, Lobe TE, Rao B, et al. Sacrococcygeal teratoma: the experience of four decades. J Pediatr Surg 1992;27:1075
7. Heindenreich A, Rotholtz N. Técnicas de resección en patología rectal. Cirugía Digestiva 2009;III-371:1-26.
8. Audet IM, Godhahn RT Jr, Dent TL. Adult sacrococcygeal teratomas. Am Surg 2000; 66:61.
9. Jao SW, Beart RW Jr, Spencer RJ, Reiman HM, Ilstrup DM. Retrorectal tumors: Mayo Clinic experience, 1960-1979 Dis Colon Rectum 1985;8:644-52.
10. Marina NM, Cushing B, Giller R, et al. Complete surgical excision is effective for children with immature teratomas with or without malignant elements: A Pediatric Oncology Group/Children's Cancer Group Intergroup Study. J Clinical Oncol 1999;17:2137.

Anexos

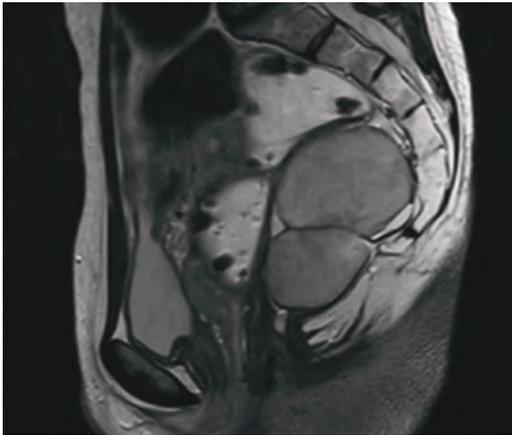


Figura 1. Resonancia Magnética Pélvica con presencia de Tumor Pre sacro

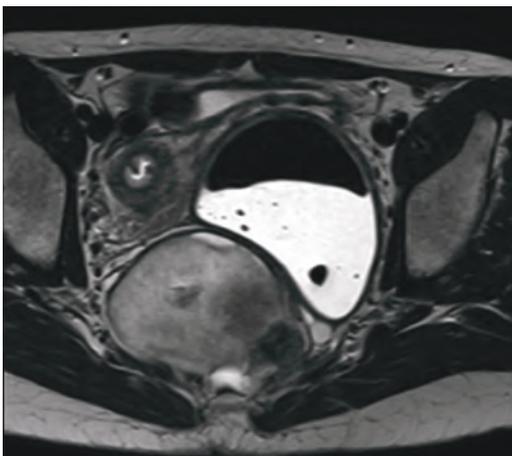


Figura 2-a. Resonancia Magnética enseñando nódulo hipercaptante y desplazamiento visceral



Figura 2-b. Resonancia Magnética con áreas hipercaptantes y otras hipodensas.



Figura 3. Marcaje de estructuras óseas previo a la incisión.



Figura 4-a. Resección de la masa y espacio presacro liberado.



Figura 4-b. Masa resecada



Figura 5. Herida cerrada con drenaje pre sacro.