



P-427 - TUMORES RETRORECTALES. NUESTRA EXPERIENCIA

Calderón Duque, A. Teresa; Arriero Ollero, Laura; Gómez Ruiz, Lourdes; Broekhuizen Benítez, Javier; Rodríguez Fernández, Roberto; Garrido Escudero, Rafael; Tobalina Bonis, Raúl; Balsa Marín, Tomás; Martínez Cortijo, Sagrario

Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Resumen

Introducción: Las neoformaciones situadas en el espacio presacro o retrorectal constituyen un grupo heterogéneo de difícil diagnóstico. Cursan de forma asintomática o con clínica larvada e inespecífica (abscesos, dolor anal, dolor perineal-pélvico, incontinencia fecal o urinaria). En general son más frecuentes en el sexo femenino, siendo congénitas en 2/3 de los casos. En el 66% de las ocasiones se trata de lesiones benignas pero con poder de malignización que puede ascender hasta el 10%. Son congénitas en 2/3 de los casos, por ello la extirpación quirúrgica será el tratamiento recomendado. En la mayoría de los casos el diagnóstico es casual en el curso de estudios por otros procesos. Otras ocasiones durante el estudio de un dolor pélvico en exploración rectal, ecografía endoanal o en una RNM. Esta última prueba es la que aporta más información tanto en el diagnóstico como en el planteamiento de la estrategia quirúrgica. La indicación de biopsia preoperatoria controvertida solo contemplada en tumores sólidos en los que se plantea un tratamiento quimio o radioterápico. Tienen indicación quirúrgica debido a su riesgo de infección o a su posible degeneración maligna. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico.

Métodos: Exponemos nuestra experiencia en 4 casos de tumores retrorectales, intervenidos en los últimos 5 años con extirpes diferentes y en los se han realizado abordajes quirúrgicos distintos.

Resultados: Hemos intervenido 4 pacientes, 3 mujeres y 1 varón. Edad media 58,5 años (27-73). Salvo una paciente con clínica de dolor pélvico, el resto fueron hallazgos incidentales durante estudios de otros procesos. El diagnóstico inicial se realizó a través del tacto rectal en 2, y con eco en nosotros dos. La confirmación mediante resonancia magnética. En uno se realizó una extirpación a través de laparotomía, dos a través de abordaje laparoscópico y en otro se realizó una resección transanal (TEM), con extirpación asociada de tumor rectal T1N0. 3 cursaron sin incidencias, el último presentó hematoma y fiebre postoperatoria que obligó a tratamiento antibiótico. El resultado AP fueron schwannoma, schwannoma quístico, quiste dermoide y mielolipoma. Ninguno de ellos ha recidivado.

Conclusiones: Debemos conocer la posibilidad de este diagnóstico y descartarlo en casos de dolor pélvico, abscesos de repetición, o incontinencia de causa idiopática. El tratamiento es quirúrgico existiendo múltiples abordajes actualmente, laparotomía, laparoscopia, robótica, TEM, TAMIS, y abordajes perineales. El cirujano debe estar familiarizado con esta región anatómica aunque puede

ser necesario una colaboración de otros especialistas. La presencia de la lesión por debajo de S3 no contraindica el abordaje laparoscópico.