



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-394 - ABORDAJE TRANSANAL MÍNIMAMENTE INVASIVO PARA TUMORES PRESACROS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Guillén-Paredes, María Pilar¹; Morales-González, Álvaro¹; Martínez-Fernández, Josefa¹; Jiménez-Ballester, Miguel Ángel¹; Barnés-Sosa, Manuel¹; Sánchez-Pérez, Pablo²; Pardo-García, José Luis¹

¹Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, Caravaca de la Cruz; ²Consejería Educación y Universidades, Murcia.

Resumen

Introducción: El manejo de los tumores presacros o tailgut es controvertido, dado que son tumores muy poco frecuentes, y el cirujano coloproctológico se encontrará con pocos casos a lo largo de su vida. Habitualmente, los tumores presacros situados por encima de S3 pueden tratarse mediante abordaje laparoscópico abdominal, mientras que los situados por debajo de dicho nivel son tratados mediante vía perineal de Kraske, aunque con elevada morbilidad (incontinencia, sangrado, fistula, dispareunia, etc.). Dados los recientes avances tecnológicos y presentamos el caso de una paciente con un hamartoma quístico presacro que se intervino mediante cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS).

Caso clínico: Mujer de 34 años que acude a consulta por tenesmo rectal de un año de evolución. A la inspección anal no se objetivan alteraciones externas. Al tacto rectal se palpa una masa de consistencia elástica en cara posterior; su borde más caudal se sitúa por encima del aparato esfinteriano, y su borde craneal a 6 cm del margen anal. Se realiza ecografía endoanal que informa de masa retrorectal de unos 4 cm de diámetro de naturaleza quística, no infiltra esfínteres, ni pared rectal. RMN pélvica: quiste retrorectal izquierdo de 4 × 2 cm con pequeños quistes asociados situado a nivel de S4-S5. Mediante abordaje TAMIS, se realiza incisión horizontal en pared posterior rectal, localizando el tumor. Se realiza disección y extracción del mismo en su totalidad. Cierre pared rectal. La paciente evoluciona de forma favorable en planta, siendo alta al 7º día postoperatorio. Anatomía patológica: hamartoma quístico.

Discusión: Los tumores presacros son tumores poco frecuentes, siendo por ello su diagnóstico y manejo laborioso. Su clínica depende de su tamaño y localización, siendo la mayoría asintomáticos, y presentando en otros casos síntomas inespecíficos como estreñimiento, tenesmo rectal (como en nuestro caso), dolor perianal crónico; a veces pueden fistulizar, por lo que se deben sospechar ante una fistula perianal crónica o abscesos de repetición. Para el diagnóstico y planificación de la intervención se recomienda el uso de TC pélvico, RMN pélvica y ecografía endorrectal. Se debe evitar la biopsia del tumor ya que puede producir su diseminación y/o infección. El tratamiento siempre es quirúrgico debido a que pueden crecer, empeorando los síntomas, y a su potencial de malignización. El abordaje puede ser abdominal, perineal o transanal. Se realizará el abordaje laparoscópico abdominal cuando se encuentren por encima de S3. Para los tumores situados por

debajo de S3, la vía perineal de Kraske o abordaje laterosacro parasacroccígeo ha sido la técnica más empleada, pues permite una buena visualización del ano y del elevador del ano, permitiendo reseca el cóccix si fuera necesario; sin embargo, no está exento de morbilidad por lesión nerviosa y complicaciones de la cirugía (hematomas, dolor posoperatorio, infecciones, etc.). Así, el uso del TAMIS para abordaje de tumores presacros ha ido progresivamente en aumento en los últimos años, pues disminuye la morbilidad clásica existente para la vía perineal de Kraske, considerándose una técnica segura.