



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-033 - RESECCIÓN DE TUMOR RETRORRECTAL SEGÚN TÉCNICA DE KRASKE

Suárez Pazos, Natalia; Gómez Ruiz, Marcos; Cagigas Fernández, Carmen; Cristóbal Poch, Lidia; Serrano Navidad, Mónica; Caiña Ruiz, Rubén; Valbuena Jabares, Víctor; del Castillo Diego, Julio

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Objetivos: Los tumores retrorrectales son poco frecuentes con una incidencia del 0,015%. El 60,4% son congénitos, el 70% benignos y el 68% afecta a mujeres. Dados los antecedentes embriológicos de la región, existe una gran variedad de subtipos histológicos, lo que impide una correcta clasificación. Las características radiológicas pueden orientar hacia el comportamiento de la lesión y se establece que un 60% de las lesiones sólidas son malignas, mientras que solo un 10% de las quísticas se manifiestan con malignidad. La cirugía es la mejor opción terapéutica y existen 3 posibles abordajes quirúrgicos (anterior, posterior y abdominoperineal) que dependen del tamaño y la localización de la lesión. Presentamos un vídeo del abordaje posterior según técnica de Kraske de un tumor retrorrectal que infiltra la cara posterior del canal anal alto.

Caso clínico: Se trata de un varón de 78 años, exfumador, hipertenso, diabético y dislipémico que acude a la consulta de Cirugía General por clínica de 2 meses de evolución de dolor anal diario que aumenta con la sedestación, no relacionado con la deposición, y mínima rectorragia. Ingreso previo en Servicio de Urgencias hasta en 2 ocasiones donde había sido diagnosticado de fisura anal sin mejoría clínica a pesar de tratamiento. En la consulta no se realiza exploración física por dolor anal intenso por lo que se solicita colonoscopia con sedación. En la colonoscopia se observa úlcera friable inmediatamente craneal a la línea pectínea que se biopsia con resultados de adenocarcinoma. Se realiza tomografía axial computarizada y resonancia magnética que informan de tumor retrorrectal bien definido, de 66 × 45 × 58 mm hiperintensa en T2 y trabeculaciones en su seno, con posibilidad de infiltración de cara posterior rectal sin datos de enfermedad a distancia. Se comenta posibilidades terapéuticas al paciente y se decide abordaje posterior de tumor retrorrectal. Se realiza técnica de Kraske: incisión en huso sobre región interglútea, disección de tejido celular subcutáneo, disección y exéresis de cóccix para una mejor exposición (en este caso no estaba infiltrado) y disección de lesión de las fibras del esfínter anal externo y plano de los elevadores. En este caso, existe infiltración a nivel de la cara posterior del tercio inferior de ampolla rectal, por lo que se reseca la lesión en bloque junto a, aproximadamente, 2 cm de pared rectal. Se realiza sutura transversal de la pared rectal y esfinteroplastia de escasas fibras del esfínter anal externo, además de colgajo VY unilateral para cubrir defecto. El paciente presenta un posoperatorio tórpido con necesidad de reintervención por dehiscencia de sutura, pero con evolución posterior favorable.

Discusión: La técnica de Kraske es el abordaje más utilizado para tumores retrorrectales que no se extienden más allá de S3 y con diámetros superiores a 5 cm. Permite una adecuada exposición

facilitando una resección completa sin rotura de la lesión, por lo que disminuye la posibilidad de recidiva. No obstante, no está exento de complicaciones como el dolor, infecciones o alteración en la defecación.