



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## V-036 - RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE HAMARTOMA QUÍSTICO RETRORRECTAL EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Vellalta Muxí, Gemma<sup>1</sup>; López Sterup, Rosemarie<sup>1</sup>; Torres Sierra, Sandra<sup>2</sup>; D'Angelo, Eugenio Patricio<sup>1</sup>; Puig Puig, Oriol<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Corachán S.A., Barcelona; <sup>2</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

### Resumen

**Introducción:** El hamartoma quístico retrorrectal (*Tailgut cyst*) es una lesión congénita poco frecuente de localización presacra que se origina a partir de restos embrionarios del intestino caudal. El diagnóstico en edad pediátrica es extremadamente raro, con menos de 30 casos reportados en la literatura. Debido al riesgo de malignización la resección quirúrgica está indicada. Los principales abordajes descritos son transabdominal, transacro, perianal y transanal. En concreto, el abordaje transabdominal laparoscópico, incluso en lesiones localizadas a nivel de recto inferior, ofrece notables ventajas que en pacientes de edad pediátrica son de especial interés.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de una paciente de 14 años a quien, a raíz de estudio de coccialgia, se diagnostica lesión quística retrorrectal única de 28 × 13 × 10 mm sugestiva de hamartoma quístico retrorrectal por pruebas de imagen. La lesión se localiza adyacente a coxis y por tacto rectal se palpa a unos 4 cm de margen anal. Se plantea una resección por vía laparoscópica. Se inicia con una incisión de peritoneo a nivel de promontorio extendiéndose su apertura por debajo de vasos ilíacos derechos, accediendo así al espacio pararrectal. Se sigue con la disección del espacio retrorrectal identificándose los músculos piriforme y coxígeo así como el plexo venoso sacro, hasta alcanzar el suelo pélvico y visualizar el rafe anocoxígeo junto con el complejo elevador del ano. Seguidamente se practica una luxación del músculo iliocoxígeo derecho, localizándose posterior al mismo la lesión quística descrita. Finalmente se procede a la disección de dicha tumoración de las fibras musculares del complejo elevador del ano hasta completar su exéresis. La paciente sigue un curso posoperatorio sin incidencias siendo alta a domicilio a las 24h.

**Discusión:** En el planteamiento del tipo de abordaje de lesiones retrorrectales es de suma importancia tener presente las principales ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos. Estos se ven modificados por factores individuales característicos de cada paciente como son la altura y tamaño de la lesión, la afectación rectal, extensión a planos superficiales, etc. Por esa razón es importante individualizar cada caso en su elección. Si bien el abordaje transabdominal requiere una mayor disección del espacio presacro, una de sus principales ventajas es que evita la realización de vías de acceso más agresivas con mayor riesgo de infección y mayor dolor posquirúrgico que enlentecen la recuperación posoperatoria. En pacientes de edad pediátrica estas ventajas son aún más relevantes que en adultos, con lo que es recomendable plantear este tipo de abordajes siempre que sea posible. Por esa razón, en caso presentado, a pesar de ser una lesión de localización baja y

menor de 3 cm, se optó por el abordaje transabdominal por vía laparoscópica. En relación al acceso al plano retroperitoneal desde la vía transabdominal, es recomendable evitar la disección bilateral del recto ya de que de esta forma se reduce el riesgo de denervación del recto movilizado al preservar parte de fibras del sistema nervioso autónomo.