



## P-392 - ABORDAJE POSTERIOR EN QUISTE DEL ESPACIO PRESACRO

Sánchez Barrón, María Teresa<sup>1</sup>; Corrales Valero, Elena<sup>1</sup>; Hinojosa Arco, Luis Carlos<sup>1</sup>; del Fresno Asensio, Antonio<sup>1</sup>; Marqués Merelo, Eduardo<sup>1</sup>; Santoyo Santoyo, Julio<sup>2</sup>; Suárez Muñoz, Miguel Ángel<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga. <sup>2</sup>Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

### Resumen

**Introducción:** El espacio retrorrectal o presacro es un lugar de asiento de patología que muchas veces pasa desapercibida. Las lesiones quísticas presacras se dividen en teratomas y quistes del desarrollo, estos últimos lesiones congénitas raras con manifestaciones excepcionales en el adulto. La sintomatología es muy variable y está relacionada con el tamaño del quiste y el consiguiente efecto masa local y sobreinfección, si bien la mayoría suelen cursar silentes y se descubren de manera incidental. El diagnóstico se establece mediante pruebas de imagen, estando contraindicada la biopsia preoperatoria. El tratamiento debe ser quirúrgico para evitar las posibles complicaciones como son la infección, el desarrollo de fístulas cutáneas y la degeneración maligna.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente de 27 años que consulta por supuración anal. En la exploración rectal se aprecia tumoración ligeramente dolorosa en cara posterior, justo por encima del complejo esfinteriano, sin alteraciones en la mucosa rectal. El estudio se completa con RM periné que muestra lesión quística bilobulada y encapsulada retrorrectal que contacta con el elevador del ano, de 4 × 3 cm, compatible con quiste congénito retrorrectal fistulizado al complejo esfinteriano. La intervención se realizó en decúbito prono, posición Jack-knife o en navaja, realizando un abordaje posterior mediante incisión parasacroccígea lateral derecha. Esta vía posterior, basada en la vía transesfintérica de York Mason, se lleva a cabo con una incisión que desde 3 cm por encima del margen anal se prolonga por el margen derecho del sacro hasta las fibras inferiores del músculo glúteo mayor. Tras sacrotomía se procede a apertura del músculo elevador del ano para acceder al espacio presacro, visualizándose tumoración quística bilobulada y trayecto fistuloso transesfinteriano con orificio externo a las 6 horas. Tras disección y exéresis del quiste y trayecto fistuloso se procede a legrado y cierre por planos, comprobando la integridad de la pared del recto. La paciente es dada de alta al cuarto día postoperatorio sin incidencias y con buen control del dolor. La herida evoluciona favorablemente, sin hallazgos de supuración o recidiva fistulosa al tercer mes postoperatorio.

**Discusión:** Los quistes presacros son una patología infrecuente que suele pasar desapercibida. Su diagnóstico precoz es fundamental para evitar las potenciales complicaciones. El tratamiento debe ser quirúrgico proporcionando una resección total, evitando así el riesgo de recidiva relacionado con la extirpación parcial. El abordaje posterior parasacroccígeo, a diferencia de la vía de York Mason, respeta íntegramente el aparato esfintérico permitiendo al mismo tiempo una excelente exposición del segmento anorrectal.

See front matter © 2015. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados