

Lesiones retrorrectales en adultos. Experiencia en 5 casos

Manuel López Cano, Ramón Vilallonga, Eloi Espin Basany, José Luis Sánchez García, Roberto Lozoya Trujillo y Manel Armengol Carrasco

Servicio de Cirugía General. Unidad de Cirugía Colorrectal. Hospital Vall d'Hebron. Departamento de Cirugía. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

Resumen

Los tumores retrorrectales pueden ser los propios de los tejidos de la zona o fruto de remanentes embriológicos (más frecuente). Su manejo exige un conocimiento de sus características. Se presentan 5 casos de tumores retrorrectales.

Palabras clave: Neoplasia pelviana. Retrorrectal. Tumor.

RETRORECTAL TUMORS IN ADULTS. EXPERIENCE IN FIVE CASES

The most frequent tumors that grow in the retrorectal space are embryological. Their management requires adequate knowledge of the characteristics of these lesions. We present five cases of retrorectal tumors.

Key words: Pelvic neoplasm. Retrorectal. Tumor.

Introducción

El conjunto de tumoraciones quísticas y/o sólidas que se localizan en la región presacra son conocidas como los tumores del espacio retrorrectal. Se presentan 5 casos.

Casos clínicos

Caso 1

Mujer de 60 años con síndrome constitucional y molestias pelvianas. En un tacto rectal se apreciaba una tumoración posterior extramucosa. Una tomografía computarizada (TC) visualizó una masa retrorrectal de 5 cm de diámetro. Se intervino por vía abdominal, practicándose una exéresis de la masa. La anatomía patológica fue de linfoma folicular. Posteriormente fue tratada con quimioterapia y radioterapia de pelvis. En la actualidad sigue tratamiento con quimioterapia por recidiva.

Caso 2

Mujer de 62 años de edad con dolor anal de 4 meses de evolución. En un tacto se palpaba abombamiento de la cara posterior rectal. Una colonoscopia fue normal. Una TC informaba de una masa retrorrectal.

Correspondencia: Dr. R. Vilallonga.
Servei de Cirurgia General. Hospital Vall d'Hebron.
Pg. de la Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona. España.
Correo electrónico: vilallongapuy@hotmail.com

Manuscrito recibido el 4-8-2005 y aceptado el 13-12-2005.

Se intervino con abordaje combinado (abdominal y perianal). Se reseccó la tumoración en su totalidad con una porción de pared rectal que se trató con sutura y colostomía de descarga. Actualmente la paciente se encuentra con el tránsito restituido y sin signos de recidiva. La anatomía patológica fue teratoma quístico benigno.

Caso 3

Mujer de 42 años de edad que consultó por dolor en región inguinal derecha. La exploración física y el tacto rectal fueron anodinos. Una analítica general, una colonoscopia y una ecografía abdominal fueron normales. Una TC y una resonancia magnética (RM) evidenciaron una masa presacra de 5 x 2 cm (fig. 1). Se intervino con un abordaje posterior con incisión transversa entre cóccix y ano, extirpándose la tumoración. La anatomía patológica fue lipoma. Actualmente está sin recidiva.

Caso 4

Mujer de 32 años con dolor pelviano. En el tacto rectal se palpaba una masa extramucosa rectal posterior. Una RM visualizó una imagen bilobulada retrorrectal (fig. 2). Una colonoscopia hasta el ciego fue normal. Una ecografía endorrectal visualizó una masa tabicada. Se intervino mediante un abordaje laparoscópico con extracción del tumor a través de una incisión suprapúbica. La anatomía patológica fue hamartoma quístico. Actualmente está sin recidiva.

Caso 5

Varón de 42 años con dolor inguinal izquierdo con irradiación genital y anal. En un tacto presentaba una masa en la cara posterior del tercio inferior del recto con mucosa íntegra. Una RM informó de una formación quística presacra. Se intervino con un abordaje posterior con inci-



Fig. 1. Corte transversal de resonancia magnética de la zona donde se localiza la tumoración retrorrectal (paciente n.º 3).

sión transversa entre cóccix y ano. La anatomía patológica fue hamartoma quístico. Actualmente está sin recidiva.

Discusión

El espacio retrorrectal se sitúa entre los dos tercios superiores del recto y el sacro y contiene tejido conjuntivo laxo. Los tumores retrorrectales son raros (1/40.000 ingresos)¹. Esta baja incidencia puede determinar que se observen series retrospectivas, en períodos amplios, con pocos casos y con diagnósticos heterogéneos (tabla 1).

Se clasifican en: inflamatorios, quistes de desarrollo y congénitos, neurogénicos, óseos y miscelánea¹ (tabla 2). Pueden ser benignos o malignos, quísticos o sólidos. Los más frecuentes son los benignos (2/3 del total), sobre todo los inflamatorios^{1,2}. La edad de presentación oscila desde el período prenatal hasta los pacientes geriátricos³. En nuestro trabajo, 4 de los casos son lesiones benignas y 1 correspondió a un linfoma, y fueron 4 mujeres y 1 solo hombre.

Son frecuentemente asintomáticos. Cuando aparecen síntomas se relacionan con el sitio, el tamaño y, en el caso de los quistes, con la presencia o ausencia de infección (el 30% de los casos)⁴. El dolor es el síntoma más común. Nuestros 5 casos se iniciaron con dolor. Otros síntomas son el estreñimiento, la incontinencia, las alteraciones de la micción y la distocia⁵. Se han observado senos pilonidales recurrentes por debajo del cóccix

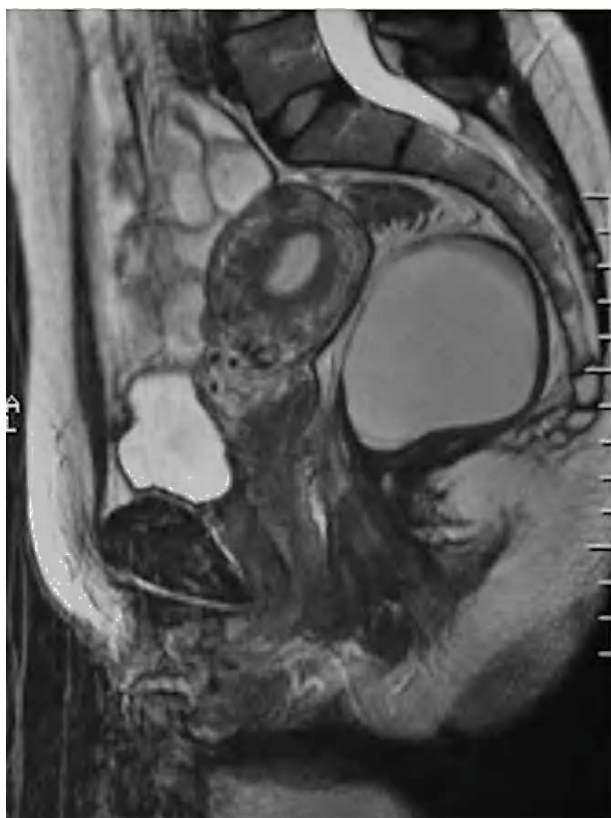


Fig. 2. Corte sagital de resonancia magnética donde se visualiza la masa retrorrectal que desplaza hacia adelante todo el recto (paciente n.º 4).

que han demostrado ser comunicantes con un quiste presacro¹.

El tacto rectal es muy importante^{1,6}. En 4 de nuestros casos se palpaba una masa. En nuestros casos las radiografías simples no aportaron datos al diagnóstico diferencial. El enema opaco puede mostrar una masa que protruye sobre el recto, pero no suele dar más información⁷. La proctoscopia y la colonoscopia, aunque generalmente son normales, son necesarias para descartar otros tumores. La TC y la RM son fundamentales, informan del tamaño y la localización, pueden diferenciar lesiones benignas de las malignas⁸ y ayudan a establecer la estrategia quirúrgica. Un mielograma o una pielografía endovenosa estarán indicadas cuando se sospeche lesiones específicas. La ecografía endorrec-

TABLA 1. Series publicadas sobre tumores retrorrectales

| Autor | Casos, n | Período revisado | Diagnósticos |
|------------------------------|----------|------------------|---|
| Uhlig y Jhonson ⁵ | 63 | 1945-1975 | Teratoma, hamartoma y otros |
| Prasad et al ⁹ | 12 | 1932-2000 | Hamartomas con malignidad |
| McCarty et al ⁴ | 52 | 1949-1961 | Diferentes tipos de lesiones |
| Song et al ¹⁰ | 6 | 1998-2004 | Tumores carcinoides sobre quistes retrorrectales ⁸ |
| Jao et al ¹ | 120 | 1960-1979 | Teratoma, hamartoma y otros |
| Wang et al ⁷ | 45 | 1978-1992 | Diferentes tipos de lesiones |

⁸4 casos de esta serie están incluidos en el trabajo de Prasad et al⁹.

TABLA 2. Clasificación de los tumores retrorrectales

| |
|--|
| Inflamatorios |
| Abscesos |
| Fístulas internas |
| Quistes de desarrollo y tumores congénitos |
| Epidermoide |
| Dermoide |
| Duplicación |
| Cordoma |
| Teratoma |
| Hamartoma quístico (Tailgut) |
| Óseos |
| Condroma |
| Osteocondroma |
| Sarcoma osteogénico |
| Tumor de Ewing |
| Neurogénicos |
| Neurofibroma |
| Neurilemoma |
| Ganglioneuromas |
| Ependimomas |
| Miscelánea |
| Leiomioma |
| Fibroma |
| Lipoma |
| Linfoma |
| Tumores metastásicos |
| Tumor carcinoide |

tal es de utilidad para descartar invasión de la pared rectal.

Se recomienda que todas las lesiones retrorrectales sean extirpadas, aunque sean benignas y asintomáticas^{1,6}.

La biopsia preoperatoria no se recomienda por lo que no se realizó en ninguno de nuestros 5 casos; se reserva para tumores irresecables⁹. El abordaje quirúrgico puede

ser transanal, transacro, abdominal o combinado. El pronóstico tras la extirpación completa de lesiones benignas es muy bueno. Las lesiones malignas tienen un pronóstico más desfavorable^{6,10}. La radioterapia o la quimioterapia no han logrado gran aceptación, excepto en casos de linfoma. Con lesiones malignas inoperables, la radioterapia puede aportar paliación.

Bibliografía

1. Jao S-W, Beart RW Jr, Spencer RJ. Retrorectal tumors. *Dis Colon Rectum*. 1985;28:644-52.
2. Edelstein ES, Wong WD, La Valleur J. Carcinoid tumor: An extremely unusual presacral lesion. Report of a case. *Dis Colon Rectum*. 1996;39:938-42.
3. Oh Jt, Son SW, Kim MJ, Kim L, Kim H, Hwang EH. Tailgut cyst in a neonate. *J Pediatr Surg*. 2000;35:1833-5.
4. MacCarty, Waugh JM, Mayo CW, Coventry MB. The surgical treatment of presacral tumors: a combined problem. *Mayo Clin Proc*. 1952;13:73-84.
5. Uhlig BE, Jhonson RL. Presacral tumors and cysts in adults. *Dis Colon Rectum*. 1975;18:581-95.
6. Localio SA, Eng K. Anorectal, presacral and sacral tumors: anatomy, physiology, pathogenesis and management. Philadelphia: WB Saunders; 1987.
7. Wang JY, Hsu CH, Changchien CR, Chen JS, Hsu KC, You YT, et al. Presacral tumor: a review of forty-five cases. *Am Surg*. 1995;61:310-5.
8. Glasgow SC, Birnbaum EH, Lowney JK, Fleshman JW, Kodner IJ, Mutch DG. et al. Retrorectal tumors: a diagnostic and therapeutic challenge. *Dis Colon Rectum*. 2005;48:1581-7.
9. Prasad AR, Amin MB, Randolph TL, Lee CS, Ma CK. Retrorectal cystic hamartoma: report of 5 cases with malignancy arising in 2. *Arch Pathol Lab Med*. 2000;124:725-9.
10. Song DE, Park JK, Hur B, Ro JY. Carcinoid tumor arising in a tailgut cyst of the anorectal junction with distant metastasis. *Arch Pathol Lab Med*. 2004;128:578-80.