

Tumores retrorectales

Dra. Montserrat Ayala,* Dr. Takeshi Takahashi,* Dr. Héctor Díliz,* Dr. José Manuel Correa-Rovelo,* Dr. José María Remes-Troche,** Dra. Paulina Bezaury,*** Dra. Penélope Romero-Lagarza**** Dr. Armando Gamboa-Domínguez****

* Departamento de Cirugía. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. ** Servicio de Coloproctología. Hospital General de México. Secretaría de Salud. *** Departamento de Radiología. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. **** Departamento de Patología. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.

Correspondencia: Dr. Takeshi Takahashi. Departamento de Cirugía, Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Vasco de Quiroga 15, Delegación Tlalpan. México D.F. 14000.

RESUMEN Objetivos: Discutir las características clínicas de presentación y las consideraciones de diagnóstico y tratamiento de los pacientes con tumores retrorectales. **Metodología:** Se informan dos pacientes. Ambos tuvieron estreñimiento y cambios en el hábito intestinal y la exploración física reveló la neoplasia en el tacto rectal. Uno de los pacientes tenía invasión intraluminal en el recto de un schwannoma y se sometió a una resección transanal de la tumoración, con recurrencia subsecuente que obligó a realizar una resección abdominoperineal por invasión del ángulo anorrectal. El segundo paciente cursó con un teratoma y tuvo buena evolución posterior a la resección trans-sacra de la tumoración. **Conclusiones.** La sospecha diagnóstica es imperativa en este tipo de padecimientos. El tratamiento de elección es la resección completa del tumor. La altura de localización de la neoplasia demostrada por los estudios de imagen ayudará a decidir la mejor vía de abordaje.

Palabras clave: Tumor retrorectal, schwannoma, teratoma, recto, neoplasia.

Una gran variedad de neoplasias, benignas y malignas, puede dar origen a los tumores retrorectales.¹ Sin embargo, los síntomas de presentación, así como el abordaje diagnóstico y las consideraciones terapéuticas son en general comunes para todo este tipo de neoplasias, por lo que se conocen «sindromáticamente» como tumores retrorectales.¹ Los tumores retrorectales se presentan con muy poca frecuencia y muy pocos centros hospitalarios en el mundo tienen experiencia con una serie de pacientes.²⁻⁶ El inicio frecuentemente asintomático de estas neoplasias, en combinación con su rareza, hacen que el diagnóstico sea difícil, retardado y muchas veces con tratamiento equivocado. Como en otro tipo de enfermedades poco frecuentes, el sólido conocimiento de su existencia, sus manifestaciones y tratamiento, permitirán ofrecer los mejores resultados a los pacientes con neoplasias retrorectales.

SUMMARY Objectives: To analyze the clinical presentation, and diagnostic and therapeutic implications in patients with retro-rectal tumors. **Methods:** This paper reports two patients. Both patients had constipation and change in bowel habits, and the physical examination revealed the retro-rectal neoplasia. One of the patients had rectal intra-luminal invasion due to a schwannoma and underwent a transanal excision, with subsequent recurrence that required a combined abdomino perineal resection due to invasion of the tumor to the anorectal angle. The second patient had a teratoma and had a good outcome after a trans-sacral resection of the neoplasia. **Conclusions:** Clinical suspicion is imperative to diagnose these rare tumors. Treatment of choice is complete resection of the tumor. Localization of the neoplasia, as evidenced by imagenologic studies will help to decide the best surgical approach.

Key words: Retro-rectal tumors, schwannoma, teratoma, rectum, neoplasia.

En el presente artículo, se informan dos casos de tumores retrorectales que correspondieron a un teratoma y un schwannoma, con los objetivos de discutir las características clínicas de presentación y las peculiaridades en el diagnóstico y tratamiento.

INFORME DE LOS CASOS

Caso 1. Masculino de 63 años que acude a atención médica por la presencia de estreñimiento y disminución en el calibre de las heces. En el tacto rectal se hace evidente una neoplasia de 3 cm del margen del ano, cuya biopsia demuestra un schwannoma. Una tomografía axial computada demuestra una neoformación retrorectal hacia la pared lateral derecha del recto con invasión de la luz, sin evidencia de metástasis. Se realiza resección transanal de la tumoración. El paciente

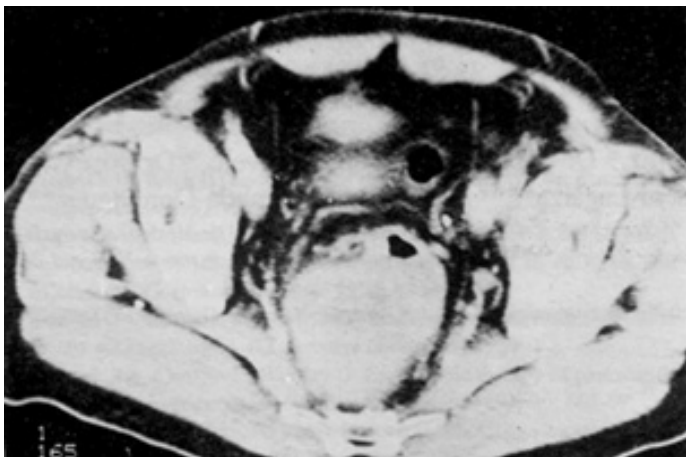


Figura 1. Extensa neoformación retrorrectal de 8.5 x 7.5 x 6.2 cm, con importante reforzamiento posterior a la administración de material de contraste IV. No se observaron adenomegalias en región pélvica o enfermedad metastásica a distancia.

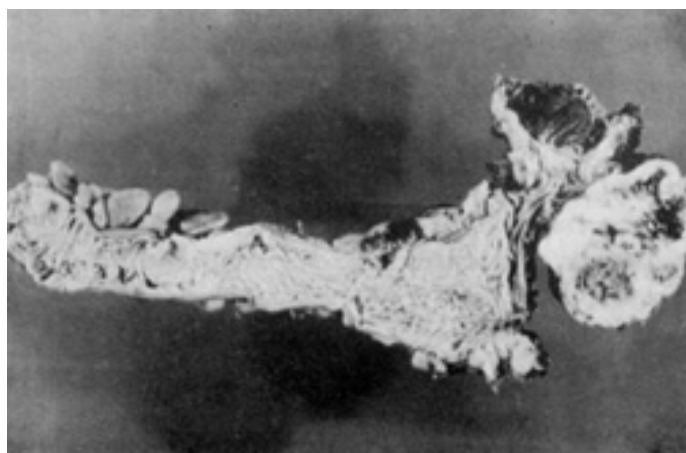


Figura 2. En la pared de la unión anorrectal se identifica una lesión nodular sólida con necrosis y hemorragia centrales y contornos regulares que comprime la luz del recto.

se pierde a seguimiento y reingresa al hospital siete años después con recidiva en su sintomatología, presentando además rectorragia. Al tacto rectal se palpa una neoplasia de 8 x 6 cm hacia la región posterior del tercio inferior del recto. Se le realiza una rectosigmoidoscopia rígida, encontrando en el tercio inferior del recto crecimiento intraluminal de una neoplasia vegetante hacia la pared posterior que impide el paso proximal del endoscopio. Se realiza una biopsia que demuestra la presencia de un schwannoma recurrente. Se realiza una tomografía axial computada (*Figura 1*) que demuestra una gran neoplasia hacia el espacio retrorrectal, invadiendo la pared posterior del tercio inferior del recto. De manera electiva, y previa preparación colónica con polietilenglicol, se realiza exploración quirúrgica. Por invasión del tercio inferior del recto que involucra el músculo puborrectal es ne-

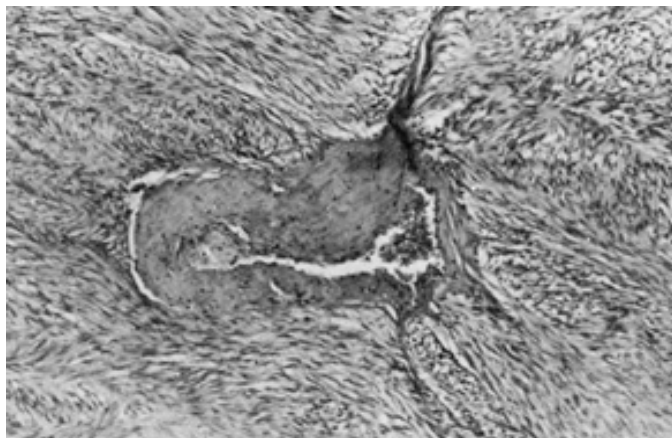


Figura 3. Vaso de paredes engrosadas y hialinizadas rodeado por células fusiformes dispuestas en haces que se dirigen en diversas direcciones. Se identificaron otras zonas con necrosis y mitosis.



Figura 4. Colon por enema, observando aumento del espacio presacro así como de la densidad a ese nivel y presencia de calcificaciones.

cesaria la realización de una resección abdominoperineal (con colostomía definitiva). Macroscópicamente se identificó una gran lesión nodular en la unión anorrectal (*Figura 2*). Histológicamente (*Figura 3*) se encontraba constituida por células fusiformes dispuestas en haces dirigidos en diversas direcciones, empalizadas y zonas hipocelulares que alternan con vasos de paredes gruesas y hialinizadas, necrosis y mitosis. Se realizó inmunohistoquímica para vimentina, proteína S100, desmina, actina, sinaptosina, enolasa neuronal específica, mioglobina, p53 y bc12. Las células neoplásicas presentaron positividad para proteína S-100 y vimentina. El paciente presentó en el postoperatorio retraso en la cicatrización de la herida perineal, estando en buenas condiciones a tres meses de seguimiento.

Caso 2. Mujer de 24 años. Acude al hospital por presentar estreñimiento de un año de evolución, así como

presencia de heces acintadas. A la exploración se hizo evidente al tacto rectal una masa ocupativa hacia la región retrorrectal. Una placa simple de abdomen y colon por enema demostraron la presencia de calcificación hacia el hueco pélvico, en la región retrorrectal y desplazamiento anterior del recto (*Figura 4*). La tomografía axial computada de abdomen demostró una neoplasia de densidad mixta hacia la región retrorrectal inferior. De manera electiva, previa preparación colónica con polietilenglicol, se realizó una resección completa de la tumoración por vía trans-sacra. La evolución no tuvo complicaciones, conservando continencia fecal normal. El diagnóstico correspondió a un teratoma.

COMENTARIOS

El espacio retrorrectal está limitado hacia adelante por el recto, hacia atrás por el sacro y cóccix, hacia arriba por la reflexión peritoneal y hacia abajo por los músculos elevadores del ano.¹ Las lesiones en esta región se agrupan sindromáticamente como «tumores retrorrectales» y pueden clasificarse como congénitos, inflamatorios, neurogénicos, óseos y misceláneos.⁶

El diagnóstico puede ser difícil, sobretodo en fases iniciales, pero el tacto rectal puede permitir palpar la tumoración. Sin duda, la alta sospecha clínica y el conocimiento de la existencia de estos tumores permitirá detectar con mayor facilidad su existencia. Los estudios de imagen son útiles no sólo para corroborar la existencia de un tumor retrorrectal, sino para orientar al abordaje quirúrgico, que depende de la altura de su localización. El ultrasonido transrectal ofrece un análisis muy certero de estructuras retrorrectales sólidas o líquidas. Es superior a la tomografía computada y resonancia magnética debido a que el transductor está muy cercano a las estructuras en cuestión. Además, se pueden realizar biopsias por aspiración con aguja fina guiadas por este método de imagen.⁷⁻⁹

Una vez diagnosticada una neoplasia retrorrectal, el tratamiento deberá ser la excisión completa del mismo.¹⁻⁶ La posibilidad de una entidad benigna no es justificación de no operar, por lo que no es recomendable la realización de biopsias preoperatorias. En el primer caso, el abordaje inicial fue el utilizado para una neoplasia primaria de recto debido a la invasión intraluminal. La histología y la tomografía axial computada deberían haber orientado a la naturaleza retrorrectal del tumor y a una resección convencional para este tipo de patología. Desafortunadamente, se hizo un tratamiento inadecuado, con consiguiente recidiva que obligó a sacrificar los esfínteres por la invasión subsecuente del puborrectal. Este caso ejemplifica claramente la

importancia de detectar la existencia de un tumor retrorrectal para un adecuado manejo.

La preparación colónica preoperatoria es imprescindible, ya que durante la disección puede dañarse el recto. Por supuesto, es también imprescindible que el cirujano tenga la capacidad técnica y experiencia para resolver el caso tanto por vía abdominal como por vía perineal para brindar al paciente las mayores posibilidades de éxito. En general, los tumores de localización baja pueden resecarse adecuadamente a través del abordaje trans-sacro con buenos resultados en control de la neoplasia y en la preservación de la continencia fecal, como se hizo en la segunda paciente. Los tumores de localización alta o más grandes requieren un abordaje transabdominal o combinado, como la operación definitiva del primer caso.

CONCLUSIONES

Los tumores retrorrectales son poco frecuentes, pero el conocimiento de su existencia debe permitir un diagnóstico más temprano y un tratamiento adecuado. El tratamiento de elección es la resección completa. Se recomienda utilizar la tomografía axial computada para definir la altura y extensión de la neoplasia y decidir el abordaje quirúrgico de acuerdo a estos hallazgos. Para neoplasias de extensión alta el abordaje más adecuado es el anterior y para las neoplasias de predominio inferior el mejor abordaje será el posterior (trans-sacro).

REFERENCIAS

1. Gordon PH. Retro-rectal tumors. In: Gordon P, Nivatvongs S (Ed). *Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus*. St. Louis, Missouri: Quality Medical Publishing, Inc., 1992: 383-400.
2. Dozois RR. Retro-rectal tumors: spectrum of disease, diagnosis and surgical management. *Perspect Colon Rectal Surgery* 1990; 3: 241-255.
3. Jao SW, Beart RW, Spencer RJ et al. Retro-rectal tumors- Mayo Clinic experience 1960-1979. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 644-652.
4. Cody HS, Marcove RC, Quan SH. Malignant retro-rectal tumors: 28 years experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *Dis Colon Rectum* 1981; 24: 501-506.
5. Grundfest-Broniatowski S, Marks K, Faxio VW. Sacral and retro-rectal tumors. In: Fazio VW, ed. *Current therapy in colon and rectal surgery*. Toronto: BC Decker, 1990: 107-115.
6. Freier DT, Stanley JC, Thompson NW. Retro-rectal tumor in adults. *Surg Gynecol Obstet* 1971; 132: 681-686.
7. Shaarschmidt K, Willital GH. Intraanal ultrasound: a new aid in the diagnosis of pelvic processes and their relation to the sphincter complex. *Clin Radiol* 1992; 45(4): 288-289.
8. Hutton KA, Benson EA. Case Report: Tailgut cyst-assessment with transrectal ultrasound. *Gastroenterol Clin Biol* 1990; 14(5):501-503.
9. Giovannini M, Seitz JF, Monges G, Perrier H, Rabbia I. Fine needle aspiration cytology guided by endoscopic ultrasonography- results in 141 patients. *J Pediatr Surg* 1992; 27(5): 604-608.