

# Leiomioma retro-rectal

## A propósito de un caso

Dres. Ricardo Misa\*, Carlitos Arévalo\*\*, Jorge Piroto\*\*\*, Marcelo Flores\*\*\*,  
Gabriela Santos\*\*\*

### Resumen

Los tumores presacros o retrorectales son infrecuentes, aún más para el cirujano de adultos que los observa raramente.

Son tumoraciones de diversa estirpe histológica, lo que se explica por ser esta región el punto de conjunción, en la vida fetal, del sistema nervioso, esquelético, y del intestino post anal.

A través de la presentación de un caso clínico, se analiza la patología de las tumoraciones retrorectales, estableciendo pautas diagnósticas, y esquematizando las tácticas para el tratamiento. El tamaño tumoral, la sospecha de malignidad, la relación con el sacro, y en especial, su situación anatómica con respecto a la fascia de Waldeyer, son los elementos de jerarquía que permiten demarcar el abordaje abdominal o por vía posterior.

Presentado en la Sesión Científica de la Sociedad de Cirugía del Uruguay del día 13 de agosto de 2003.

\* Prof. Adj. de Clin. Q. «1»

\*\* Ex Asistente de Clin. Q. «1»

\*\*\* Residentes del Dto. de Cirugía

Correspondencia: Dr. Ricardo Misa

e-mail [rmisa@adinet.com.uy](mailto:rmisa@adinet.com.uy)

Tel. 099 665399 - 525 4241

Departamento de Cirugía Clínica Q. «1» Dir. Dr. Gonzalo Estapé. Hospital Pasteur. Facultad de Medicina y Servicio de Cirugía para Postgraduados. Dir. Dr. Luis R. Perrone. Hospital Pasteur Facultad de Medicina.

### Palabra clave:

Leiomioma

Neoplasias del Recto

Tumor presacro

### Abstract

The presacral or retrorectal tumors are particularly rare in the adult.

They are tumors with variable histology, because it is a join zone in fetus from nervous and skeletal system and postanal gut.

The authors by means of a case report examine the pathology, and the clinical and therapeutic approach.

The tumor size, the pathological type, the sacral relation and specially the anatomic situation with the Waldeyer fascia, are the principal elements for the choice of surgical transabdominal or sacral approach.

### Key words:

Leiomyoma

Rectal neoplasma

Presacral tumor

Los tumores presacros o retrorrectales, son procesos infrecuentes; aún más para el cirujano de adultos que los observa raramente.

Son tumoraciones de diversa estirpe histológica, lo que se explica por ser esta región el punto de conjunción, en la vida fetal, del sistema nervioso, esquelético, y del intestino post anal.

## Objetivos

El objetivo de este trabajo, es presentar el caso clínico de una paciente con una tumoración retro-rectal a la que hemos atendido recientemente.

A través de esta presentación, analizaremos la patología de las tumoraciones retro-rectales, intentaremos establecer pautas diagnósticas, y esquematizar las tácticas para el tratamiento.

## Presentación del caso clínico

EP. 59 años. Montevideo. (Zona rural hasta los 18 años)

M.I. Dolor abdominal

AP: Hipertensa, ex fumadora, asmática trata- da con B2. Antecedentes de ulcus duodenal y re- flujo gastroesofágico, tratada con medicación, ac- tualmente asintomática.

Apendicectomizada a los 18 años. Ooforecto- mía derecha a los 39 años (no sabe precisa la cau- sa). Laparotomía a los 51 años, por oclusión intes- tinal secundaria a peritonitis plástica adherencial. Portadora de situs inversus abdominal parcial, con hígado a izquierda, descubierto en 1998 en eco- grafía realizada por dolor abdominal. En esa opor- tunidad se objetiva un quiste simple de hígado de 7 cm de diámetro.

EA: Seis meses antes del ingreso, comienza con cuadros de dolor abdominal difuso, de tipo cólico, de moderada intensidad, que en oportuni- dades alivia luego de deposiciones diarreicas. Re- fiere adelgazamiento de 4 kg en este período. No presenta ningún otro elemento acompañante.

Examen: Buen estado general, exceso de peso, brevilínea. Normocoloreada.

Examen CV y PP clínicamente normales.

Abdomen: asimétrico a expensas de cicatrices de incisiones previas. Incisión de McBurney con- tinente. Incisión de Pfannenstiel y mediana infra- umbilical continentes. A la palpación, depresible, dis- cretamente doloroso a la palpación profunda de HD. No visceromegalias. RHA normales. TR: esfínter normotónico. En cara posterior de recto, se toca tumoración que comienza a unos 4 cms del margen anal, que se extiende proximalmente, sin llegar a palpar límite superior, con mucosa rec- tal indemne, que se desliza libremente por delante de la tumoración. La misma presenta superficie lisa, consistencia aumentada, elástica, no pétreo; impresiona fija al sacro, indolora a la palpación.

Se realizó TAC tóraco abdominal que informa: ausencia de lesiones tóraco pulmonares; confir- ma situs inversus abdominal, con hígado a izquier- da y bazo a derecha y la presencia de dos quistes simples, el mayor de 10 cm en segmento II. *A ni- vel pelviano bajo, presacro coxígeo, retro y lá- tero rectal derecho, tumoración sólida, de aproximadamente 8 cm, bien delimitada, de densidad homogénea. Se extiende proximal- mente hasta la primera o segunda vértebra sacra. Planos grasos adyacentes conservados; no presenta adenomegalias* (Láminas 1 a 6).

Se pidió FCC. Estudio parcial por "intoleran- cia" hasta sigmoides proximal; angulación sigmoi- dea que impide proseguir el estudio. Recto y mu- cosa distal con mucosa congestiva. No se obser- varon otras alteraciones.

Colon por enema convencional, no muestra le- siones intrínsecas. En enfoques de ampolla rectal, se observa desplazamiento de la pared rectal, con aumento del espacio presacro. (Láminas 7 y 8)

Resto de rutina preoperatoria y valoración médica, sin elementos a destacar.

*En suma, 59 años, hipertensa, asmática, con múltiples operaciones en hemiabdomen inferior, portadora de situs inversus hepato esplénico, con un quiste simple en segmento II seguramente no responsable de los síntomas,*

*en la que se destaca como hallazgo la presencia de un tumor retrorrectal. El estudio colónico no presentaba patología intrínseca que explicara el dolor de la paciente. Se plantea la existencia de una peritonitis plástica adherencial. Discutida en Ateneo, se plantea laparotomía exploradora, resección de tumor retrorrectal por vía transabdominal o combinada, y eventual viscerolisis si se confirma la peritonitis plástica adherencial.*

### **Descripción operatoria:**

Incisión mediana infraumbilical extendida a supraumbilical. Abierto peritoeo, numerosas adherencias por peritonitis plástica adherencial. Se realiza viscerolisis. Quiste simple hepático de 8 cm de diámetro. (Su destechamiento exigiría prolongar incisión supraumbilical por lo que se decide diferir tratamiento por ser asintomático). Movilización de colon sigmoideo, mediante división de las fijaciones peritoneales a nivel de la línea de Toldt. Decolamiento sigmoideo completo, identificando ambos uréteres. Se comienza decolamiento retrorrectal, objetivando tumoración, que impresiona encapsulada, que se libera fácilmente de planos adyacentes, logrando llegar al polo distal por el mismo abordaje. Fijación de la tumoración a nivel de la pared póstero lateral derecha del recto pelviano mediante un pedículo que se secciona bajo ligadura. Control de hemotaxis. Colocación de drenaje aspirativo presacro. Cierre de pared. (Lámina 9 y 10)

Postoperatorio: sin incidentes.

### **Anatomía Patológica:**

El examen AP extemporáneo, muestra: *proliferación mesenquimática fusocelular, difiriéndose el diagnóstico de comportamiento biológico para el estudio en parafina.*

El informe del estudio A.P. definitivo señala:

Macroscopía: Tumoración ovoidea que mide 80 x 50 x 45 mm, superficie externa lisa, blanqueci-

na; al corte presenta aspecto arremolinado, carnososo. No se identifican áreas de necrosis (Lámina 11).

Microscopía: Proliferación de estirpe mesenquimática, constituida por células fusiformes, núcleos fusiformes ahusados, que se disponen en fascículos paralelos entrecruzados. Se observan áreas de necrosis. No se observan mitosis en 10 campos de gran aumento. (Lámina 12, A y B) En un sector: estructura glandular quística, revestida por epitelio cilíndrico y rodeado por estroma fusocelular, con características histológicas que remedian el estroma endometrial. (Lámina 12, C y D).

En suma: Leiomioma con un foco de adenomiosis.

### **Discusión**

Los tumores retrorrectales o presacros, son procesos infrecuentes, en especial para el cirujano de adultos, que los observa raramente.<sup>(1, 2)</sup>

La mayoría de las publicaciones describe casos individuales,<sup>(3, 4, 5, 6)</sup> existiendo escasas comunicaciones sobre series importantes. García Aguilar, analiza tres series de grandes hospitales en EEUU, donde existe una incidencia de 2 a 6 pacientes/año<sup>(7)</sup>. Se plantea una incidencia de un caso cada 40.000 pacientes quirúrgicos<sup>(1)</sup>.

La serie de publicación más reciente<sup>(8)</sup>, correspondiente a un hospital metropolitano mayor, muestra una casuística de 35 pacientes en una revisión de 13 años.

Este grupo de tumores se denomina indistintamente como tumores retrorrectales o presacros, si bien este término engloba tumores que se originan en espacios anatómicos distintos. (Láminas 13 y 14).

El espacio retrorrectal, comprende el espacio areolar localizado entre la fascia propia del recto y el espacio presacro<sup>(9)</sup>. Se puede considerar como la continuación del espacio retroperitoneal, y está limitado en su sector inferior por la fascia rectosacra o fascia de Waldeyer, que separa el espacio

retorrectal del espacio supraelevado, lo que, como veremos posteriormente, tiene implicancias en las consideraciones terapéuticas de los tumores retorrectales.

Los límites laterales del espacio retorrectal están menos definidos, estando formados por los vasos hipogástricos, los uréteres y los tabiques laterales del recto.

Esta región, es una zona de verdadera confluencia durante la embriogénesis, lo que explica la heterogeneidad de los tumores tanto benignos como malignos, que se pueden encontrar a este nivel, muchos de ellos de origen vestigial.

En la Tabla I, se muestra la clasificación de los tumores retorrectales, de acuerdo a su etiopatogenia.<sup>(1, 2, 7)</sup>

Los tumores originados en lesiones congénitas son los más frecuentes, (65%). Dos tercios de estas lesiones son quísticas y un tercio sólidas<sup>(2, 7)</sup>. Este grupo comprende la mayoría de las formas de presentación en niños y jóvenes.

Los tumores de origen neurogénico, siguen en frecuencia, (15%). Dos tercios de ellos son benignos y habitualmente presentan un largo desarrollo antes de volverse sintomáticos. Los tumores cercanos al canal medular pueden llevar a déficits neurológicos severos.

Los procesos de origen inflamatorio, (10%) son más frecuentemente originados en abscesos perirectales, si bien su origen puede estar en procesos supurados pelvianos, secundarios a diverticulitis o enfermedad de Crohn. Los granulomas de cuerpo extraño, (secundarios a inyecciones para tratamiento de hemorroides, o a perforaciones durante enemas de bario), son realmente excepcionales en el momento actual.

Los tumores óseos, son todavía menos frecuentes (5%) y la variedad es similar a los tumores óseos de otras localizaciones.

El otro 5% corresponde a una miscelánea de lesiones donde las metástasis de carcinomas y los sarcomas de partes blandas son las tumoraciones

más frecuentes. En nuestra paciente, se trataba de un leiomioma con un foco de adenomiosis, lo que plantea algunas dudas sobre su patogenia: es decir, si se trataba de un verdadero leiomioma uterino, o era coincidente la existencia de un leiomioma con un foco de endometriosis. De hecho, están descritos leiomiomas retroperitoneales<sup>(10)</sup>, y el espacio retorrectal, no es más que la prolongación caudal del espacio retroperitoneal.

Los tumores malignos son más comunes en las lesiones halladas en la población pediátrica que en los adultos<sup>(1, 11)</sup>, donde se destaca que estos tumores provocan escasos síntomas hasta que presentan un crecimiento notable.

Muchos pacientes presentan síntomas inespecíficos, hasta el momento de la consulta. Los síntomas citados más frecuentemente son: dolor lumbar o sacro, disfunción urinaria, disfunción digestiva, con constipación o diarrea. Otras veces, la fistulización, los elementos inflamatorios, o el crecimiento exofítico son los que centran la atención en el paciente<sup>(7)</sup>.

Como sucedió en nuestra paciente, más del 90% de estas lesiones, son palpables por el tacto rectal<sup>(1, 11)</sup>.

Debe destacarse, que los síntomas son similares en los tumores benignos y malignos, dependiendo más los mismos, del tamaño tumoral, que de la naturaleza histológica<sup>(7)</sup>.

Con respecto a la Paraclínica, los estudios imagenológicos, en especial la Tomografía Axial Computada, (TAC) y la Resonancia Magnética (RM), son de gran ayuda para determinar los límites de la lesión y su naturaleza quística o sólida<sup>(7, 11)</sup>.

La RM parecería ser la mejor herramienta diagnóstica por su alta resolución para el estudio de los tejidos blandos. Se ha demostrado<sup>(12)</sup>, que la RM en los tumores presacros, permite definir la relación de la masa con las estructuras ósea, vasculares y nerviosas, permitiendo además distinguir entre tumores de origen neural y aquellos de origen óseo. Además, permitiría determinar su ex-

tensión, así como la relación con respecto al canal raquídeo y a las raíces nerviosas, valorando su posible infiltración.

La radiografía simple, puede tener su lugar en la valoración primaria pesquisando la existencia de destrucción ósea, que indica una tumoración maligna<sup>(11)</sup>.

La ecografía endorrectal, puede proveer información útil, sobre todo en lesiones quísticas<sup>(7)</sup>.

El colon por enema, puede mostrar el desplazamiento anterior del recto<sup>(11)</sup>, como sucedió en nuestro paciente pero su valor, al igual que el estudio endoscópico colónico está reservado fundamentalmente, a la valoración colónica.

Otros estudios, como la mielografía, pueden ser utilizados selectivamente<sup>(7, 11)</sup>.

El diagnóstico definitivo de los tumores presacros, es histológico; sin embargo, el rol de la biopsia preoperatoria es muy discutible, aún por métodos menos agresivos, como el Tru-Cut o la punción con aguja fina. Las biopsias se asocian con formación de abscesos, fistula fecal, meningitis, y especialmente con siembra tumoral en el trayecto de punción<sup>(7, 11)</sup>.

La biopsia queda reservada exclusivamente a pacientes de muy alto riesgo quirúrgico.

Heindenreich,<sup>(2)</sup> señala, con acierto, que la completa excisión del tumor, constituye la mejor biopsia.

En cuanto al tratamiento, una vez realizado el diagnóstico estos tumores tienen indicación quirúrgica, incluso en pacientes asintomáticos, por varias razones.<sup>(2, 7, 11)</sup>

- Posibilidad de ser malignos al momento del diagnóstico.
- Posibilidad de malignización, especialmente en los teratomas.
- Posibilidad de infección en las lesiones quísticas.
- Posibilidad de causar distocias.

El tratamiento ideal de los tumores presacros, consiste en la extirpación completa de la lesión,

con la menor morbi-mortalidad, sin déficits neurológicos<sup>(2)</sup>.

En líneas generales, los abordajes para los tumores presacros, se pueden clasificar de la siguiente forma:

- Abordaje abdominal.
- Abordaje posterior
  - Abordaje posterior paracoxígeo.
  - Abordaje posterior con coxigectomía o sacrectomía
- Abordaje sacro abdominal o abordaje combinado

*El abordaje transabdominal*, probablemente sea el más indicado para el tratamiento de tumores sin compromiso óseo, extramedulares, y situados por encima de la 4ª vértebra sacra.<sup>(2, 11, 13)</sup>

Este abordaje permitirá extirpar la tumoración por vía abdominal, protegiendo las estructuras pélvicas, y haciendo posible el control del pedículo vascular del tumor, como fue realizado en nuestra paciente.

Seguramente, el abordaje exclusivo por vía abdominal, *será suficiente* en tumores situados por debajo de la fascia de Waldeyer, como ya fue ilustrado previamente.

*El abordaje posterior*, está indicado en tumores benignos pequeños, menores de 5 cm de diámetro, situados por debajo de la 4ª vértebra sacra; (por debajo de la fascia de Waldeyer).<sup>(2, 13)</sup>

Si se realiza un abordaje paracoxígeo, debe hacerse del lado donde asienta predominantemente el tumor.

El abordaje posterior con coxigectomía está indicado en estos tumores, cuando existe adherencia ósea a este nivel, lo que sucede habitualmente en los quistes o los teratomas.

*El abordaje posterior con sacrectomía*, está indicado para los tumores presacros con compromiso óseo<sup>(2, 11, 13)</sup>.

Teóricamente, el sacro se puede seccionar hasta el nivel de la segunda vértebra sacra, sin produ-

cir inestabilidad de la columna vertebral, pero, idealmente, la resección debe ser distal a la tercera vértebra sacra, si se quiere evitar un déficit neurológico importante. Si la sección de las raíces nerviosas S II a S IV puede evitarse de un lado, la continencia recto anal y urinaria, quedará indemne.

Obviamente, si la protección de los nervios comprometiera una resección curativa, se los deberá sacrificar.

*El abordaje sacro abdominal o abordaje combinado*, (Localio) está indicado en los grandes tumores presacros, especialmente cuando existe sospecha de malignidad. Este abordaje asegurará la extirpación completa, pasando por márgenes sanos, para evitar recidivas<sup>(14)</sup>.

## Conclusiones

Los tumores retrorrectales o presacros son raros, especialmente en la práctica del cirujano de adultos. Son tumores heterogéneos desde el punto de vista anatómo patológico, debido a la especial situación embriogénica de esta zona anatómica.

Su hallazgo es habitualmente fortuito, asociado a síntomas inespecíficos, excepto en lesiones evolucionadas. Los estudios imagenológicos, especialmente la TAC y sobre todo la Resonancia Magnética, son los elementos de mayor ayuda diagnóstica.

Si se analizan todas las lesiones posibles, en los adultos predominan las lesiones benignas sobre las malignas, pero debe recordarse que en la población adulta un 10% de las lesiones quísticas, y un 60% de las lesiones sólidas son de estirpe maligna, por lo tanto, una vez realizado el diagnóstico, tienen, sin duda, indicación quirúrgica. La posibilidad de otras complicaciones también apoya esta conducta.

El abordaje quirúrgico está supeditado al tamaño tumoral, a la sospecha de malignidad, a la relación con el sacro, y en especial, a su situación anatómica, siendo la fascia de Waldeyer un límite de demarcación del abordaje abdominal o posterior.

## Referencias bibliográficas

- (1) Calzaretto J. Tumores presacros, dermoideos, cordomas. En: Calzaretto. Coloproctología práctica. Buenos Aires: Panamericana, 1990. cap 27, p 586-93.
- (2) Heidenreich A. Tumores presacros. 3er Curso Internacional del Hospital Español de Buenos Aires. Libro del Congreso. 1996.
- (3) Escudero Nalda B, Cabello del Castillo J, Peña Sáinz de Aja J, García Fernández A, Alonso Martínez B. Hemangiopericitoma retrorrectal. Cir Esp 1999, 65: 443-5.
- (4) Ayala M, Takahashi T, Diliz H. Tumores retrorrectales. Rev. Gastroenterol Mex, 1998, 63 (4): 271-9.
- (5) Perea García F, Turégano Fuentes J, Lago O, Salinero E. Hemangioendotelioma retrorrectal, una localización excepcional. Cirugía Española. Notas clínicas. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=10021749>
- (6) Cheng Kang Jung, Kaiser A, Tolazzi A, Vukasin P, Ortega A, Beart R. Presacral Cysts- A risk form Malignancy Contemporary surg. 2002, 58(9): 448-52.
- (7) García Aguilar J. Retrorrectal tumors. <http://www.fascrs.org/coresubjects/2001/garcia-aguilar.html/1/3/2003>
- (8) C hong-Hong Yeh; Hong-Hwa Chen; Chia-Lo Chang; Management of retrorectal tumor. Experience of Kaohsiung Chang Gung Memorial Hospital. [www.cgmh.org.tw/intr/intr5/c6280/Docs/yeh/Presacral%20tumor-%20Summary.doc.\(21/3/2003\)](http://www.cgmh.org.tw/intr/intr5/c6280/Docs/yeh/Presacral%20tumor-%20Summary.doc.(21/3/2003))
- (9) Pemberton J. Anatomía y fisiología del ano y recto. En: Zuidema G. Shackelford Cirugía del aparato digestivo. 3ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 1993, v4 cap 21 p 298-336.
- (10) Buitron García R, Romero R, Magaña M, Bravo R, González F. Leiomioma retroperitoneal. Reporte de dos casos. Rev Inst Nac Cancerol. México 2000; 48:3, 186-8.
- (11) Kodner IJ. Tumores retrorrectales. 10ª ed. En: Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H. Maingot: Operaciones Abdominales. Buenos Aires: Panamericana, 1998, v 2 cap 49 p. 1394-5.
- (12) Londoño E, Restrepo S. La resonancia magnética en la evaluación del piso pélvico y el periné. Cir. Ciruj 2002 70(3): 173-8.
- (13) Rothengerger D, Wexner S. Abordajes posterior y parasacro. En: Zuidema F. Shackelford Cirugía del aparato digestivo 3ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 1993 v 4, cap 20 p 291-7.
- (14) Eng K, Localio S. Resección sacro-abdominal. En: Zuidema G. Shackelford Cirugía del aparato digestivo. 3ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 1993 v 4 cap 19 p 275-91.