



Duque, Loreangeles; Baptista, Carlos; Rodríguez, Luis; Rodríguez, Adriana; Rivero, Andrea

 Loreangeles Duque
loreduque455@gmail.com
Médico Residente, Postgrado de Cirugía General,
Hospital Vargas, Venezuela

 Carlos Baptista
baptistacarlosa@gmail.com
Medico Coloproctólogo, Adjunto de Hospital
Vargas, Venezuela

 Luis Rodríguez
luisramiro1967@gmail.com
Jefe de Servicio de Cirugía III, Hospital Vargas,
Venezuela

 Adriana Rodríguez
adriarp23@gmail.com
Médico Residente, Postgrado de Cirugía General,
Hospital Vargas, Venezuela

 Andrea Rivero
andrea.rivero.184@gmail.com
Médico Residente, Postgrado de Cirugía General,
Hospital Vargas, Venezuela

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 13, núm. 2, e395, 2024
revistadpgmeducv@gmail.com

Recepción: 21 de junio de 2024
Aprobación: 09 de julio de 2024

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2024.13.2.e395>

Cómo citar: Duque L, Baptista C, Rodríguez L, Rodríguez A, Rivero A. Quiste dermoide pre sacro en un adulto. Reporte de un caso. Rev. Digit Postgrado2024;132):e395.doi: 10.37910/RDP.2024.13.2.e395

Resumen Introducción: Durante el desarrollo embriológico, el espacio retrorectal o presacro está ocupado por células pluripotenciales y, por tanto, puede contener un grupo heterogéneo de tumores. El quiste dermoide es una entidad muy rara dentro de este grupo de tumores. Descripción de caso: femenina de 36 años de edad, con sensación de pesadez en hipogastrio, dolor en sedestación, y cambios en patrón evacuatorio; se realizó palpación abdominal, tacto rectal positivo para masa blanda dolorosa; eco endoanal y resonancia evidenciaron lesión ocupante de espacio presacro. Se realizó exéresis completa vía abdominal, con diagnóstico histopatológico definitivo de quiste dermoide. Discusión: un tumor presacro involucra un reto diagnóstico y terapéutico debido a la gran variedad de diagnósticos diferenciales. En el presente caso se diagnosticó un quiste dermoide, tumor benigno, fuera de su localización habitual. Conclusión: los tumores retrorectales son lesiones poco habituales, es necesaria la exéresis completa y su posterior estudio histopatológico, para establecer su naturaleza.

Palabras clave: LOE presacro, Quiste dermoide, Tumor presacro.

Abstract: Introduction: During embryological development, the retrorectal or presacral space is occupied by pluripotent cells and, therefore, may contain a heterogeneous group of tumors. The dermoid cyst is a very rare entity within this group of tumors. Materials and methods: We present a case of a 36-year-old female patient with a sensation of heaviness in the hypogastrium. Magnetic resonance imaging was performed in which presacral tumor was evident. Results: complete abdominal excision was performed, with a definitive histopathological diagnosis of dermoid cyst. Discussion: a presacral tumor involves a diagnostic and therapeutic challenge due to the great variety of differential diagnoses. The present case was diagnosed with a dermoid cyst, a benign tumor, outside its usual location. Conclusion: Retrorectal tumors are rare tumors, in which complete excision and histopathological report are necessary.

Keywords: Presacral LOE, Dermoid cyst, Presacral tumor.

INTRODUCCIÓN

Los tumores retrorrectales son entidades infrecuentes, usualmente de comportamiento benigno, localizadas en el área conocida como espacio presacro o retrorrectal, el cual, durante el desarrollo embriológico, es un área de fusión y remodelación embriológica, ocupada por células pluripotenciales, por eso se pueden desarrollar un grupo heterogéneo de tumores malignos o benignos.⁽¹⁻²⁾

Su incidencia es de 1 de cada 40.000 ingresos hospitalarios. Son más frecuentes en mujeres de entre 40 y 60 años. Pueden ser quísticos o sólidos. Los más frecuentes son los benignos (2/3 del total), sobre todo los inflamatorios, los malignos son más frecuentes en varones¹. El quiste dermoide es uno de los tumores que pueden encontrarse en este espacio, son formaciones quísticas de crecimiento lento, que se suelen encontrar en las capas externas de la piel, por lo que su localización en el espacio pre sacro es inusual.⁽³⁾

En el presente trabajo se describe un caso atendido en el Hospital Vargas de Caracas de esta entidad poco común.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenino de 36 años de edad, quien refiere inicio de enfermedad actual en julio del 2022, cuando comenzó a presentar sensación de pesadez en hipogastrio, dolor local de leve a moderada intensidad, asociado a largos períodos de sedestación, y cambio en el patrón evacuatorio, motivo por el cual acudió a consulta en el Servicio de Cirugía del Hospital Vargas (Caracas). Durante el examen físico ginecológico no se encontraron alteraciones, se realizó tacto rectal, donde se palpó en cara posterior, masa de consistencia blanda, bordes no delimitados, doloroso a la palpación, no impresionó infiltración a recto, a 8 cm del margen anal. Los estudios endoscópicos se encontraban sin alteraciones. Se realizó ultrasonido endoanal, que reportó: tumor de localización extrarrectal, sin infiltración del aparato esfinteriano, pared rectal o vaginal.

En la resonancia con contraste, se evidenció, en región presacra, masa voluminosa, predominantemente quística de ubicación retro – rectal y pararectal derecha, 11 x 10 x 9.5 cm con bordes bien definidos, con fina cápsula hipercaptante del contraste, con borde superior a nivel de la segunda vértebra sacra, e inferior en la quinta vértebra sacra. (Ver figuras 1 y 2).



FIGURA 1.

Resonancia magnética nuclear, con corte coronal, evidenciando LOE (flecha amarilla) ovalado de ubicación retro rectal y para rectal derecha.

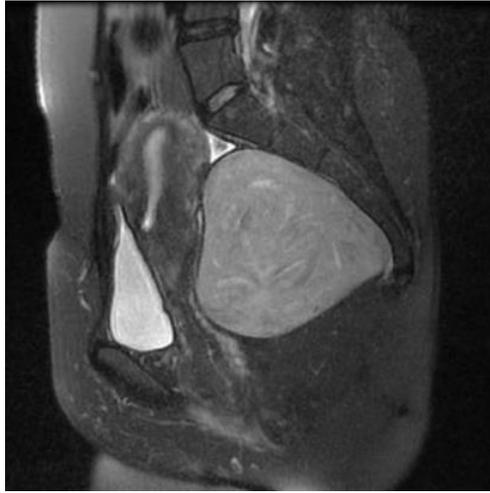


FIGURA 2.

Resonancia magnética nuclear, con corte sagital, con LOE (flecha amarilla) de aspecto hiperintenso heterogéneo en T2 e hipotenso en T1 indicando componente predominantemente quístico, que produce desplazamiento lateral de recto y útero, conservando planos de clivaje.

Se realizó biopsia guiada por tomografía, su resultado: láminas de aspecto queratínico, no se observaron células epiteliales ni inflamatorias. Sin evidencia de malignidad. (Ver figura 3).

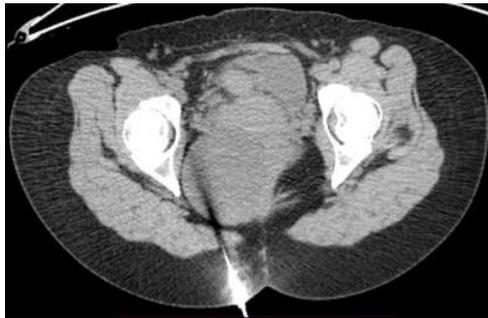


FIGURA 3.

Tomografía axial computarizada, con corte transversal, donde se evidencia toma de biopsia.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente, se le realizó abordaje por vía abdominal.

RESULTADOS

Los hallazgos fueron: LOE presacro de 14 x 15 cm, de bordes regulares, blando, adherido a estructuras adyacentes y raíz del meso sigmoides, con abundante contenido de secreción gaseosa y mucinosa de 500 cc aproximadamente, y con indemnidad de la fascia presacro. (Ver figura 4 y 5).

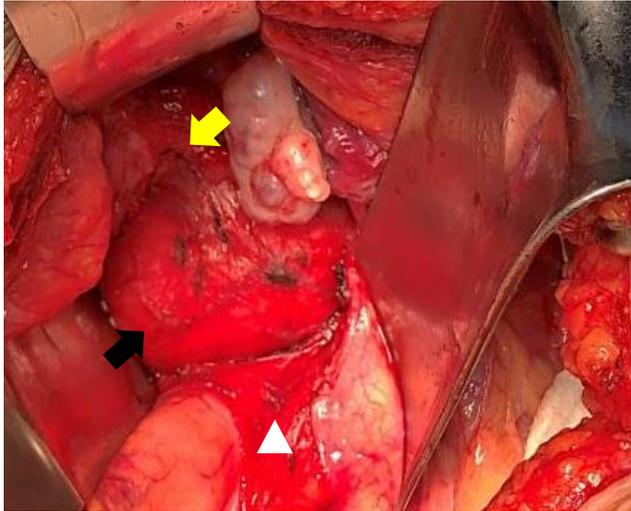


FIGURA 4.
Tumor pre sacro (flecha negra), anterior (flecha amarilla), posterior (triángulo blanco).

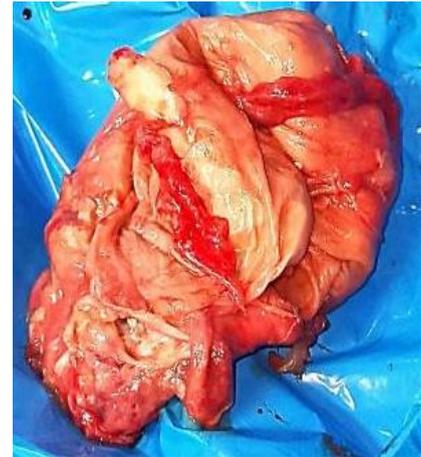


FIGURA 5.
Lesión quística extirpada de 14 x 15 cm, con ruptura incidental de cápsula intraoperatoria y contenido de 500 cc de secreción.

En el estudio anatomopatológico de la pieza, se reportó cápsula de 9,5x7,5 cm, con pared delgada, mide 0,2 cm. de espesor, unilocular, con paredes de material blanquecino de aspecto queratínico; peso de 200 g laminares y de consistencia friable. Se concluye que se trataba de una lesión quística revestida por epitelio escamoso queratinizado, con presencia de estrato granuloso y láminas de queratina, sin evidencia de malignidad, compatible con QUISTE DERMOIDE. (Ver figura 6).

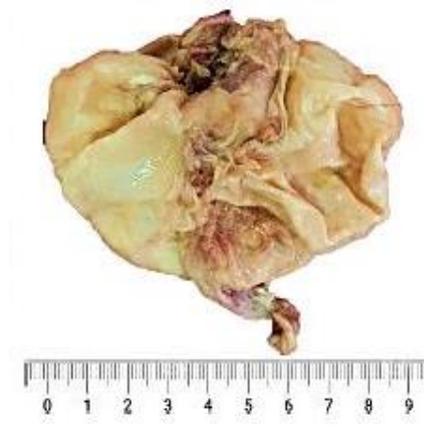


FIGURA 6.
Visualización macroscópica de tumor presacro.

DISCUSIÓN

El espacio retrorrectal o presacro está delimitado, posteriormente, por la fascia presacra; por delante por la fascia propia del recto, lateralmente por los vasos ilíacos, raíces nerviosas sacras y uréteres, y como límites superior e inferior se sitúan la reflexión peritoneal y la fascia de Waldeyer, respectivamente. Es un espacio virtual ocupado durante el desarrollo embriológico por células pluripotenciales y, por tanto, puede contener un heterogéneo grupo de tumores.⁽³⁾

La gran mayoría de estos tumores son asintomáticos y, cuando presentan síntomas, éstos son vagos e imprecisos, por lo que resultan ser de difícil diagnóstico.⁽²⁻³⁾

Baeck4-5 utiliza la clasificación de los tumores retrorrectales descrita por Uhlig y Johnson, quienes los dividen en congénitos, neurogénicos, óseos, inflamatorios y misceláneos. Los más frecuentes son los congénitos (60,4 %), seguido por los de origen neurogénico (14,8 %) y un grupo de misceláneos, donde se destacan los leiomiomas, fibromas y tumores estromales del tracto gastrointestinal (GIST). (Ver Tabla 1).

TABLA 1.
Clasificación de tumores presacos, descrita por Uhlig y Johnson⁽⁴⁾

Congénitos	Neurogénicos	Óseos	Misceláneos	Inflamatorios
Cordoma	Ependinomas	Encondroma	Tumor carcinoide	Absceso
Meningocele anterior	Neuroblastoma	Condrosarcoma	Fibroma	Diverticulitis complicada
Teratoma	Neurofibroma	Sarcoma de Ewing	Fibrosarcoma	Cuerpo extraño
Teratocarcinoma	Neurofibrosarcoma	Tumor de células gigantes	Tumor de Gist	Granuloma por cuerpo extraño
Hamartoma mucinoso quístico	Schwannoma	Osteoma	Hemangioma	Fístula intestinal
Quiste dermoide	Schwannoma maligno	Quiste simple de hueso	Lipoma	
			Leiomioma	
			Linfoma	
			Metástasis	

El término “quistes del desarrollo” se refiere a un tumor quístico en el espacio presacro, que puede ser dermoide, epidermoide o mucosecretor. La definición aceptada que describe al quiste dermoide hace referencia a aquel que posee epitelio escamoso estratificado con gránulos queratohialinos pero no con otras estructuras de piel.⁶ Los quistes del desarrollo son de crecimiento lento y por su especial localización se manifiestan de forma tardía a pesar de ser congénitos.⁽²⁻⁴⁾

El diagnóstico se realiza con tomografía, donde las imágenes del quiste epidermoide generalmente aparecen como masas quísticas de pared fina, con densidad líquida.⁽⁷⁾ Los hallazgos por resonancia descritos son: masa de baja intensidad y alta intensidad en relación a los músculos en las imágenes de la secuencia T1. El hallazgo en la secuencia T2 en la fosa isquiorrectal ha sido masa de alta intensidad, con queratina hipointensa, en la porción dependiente.⁽⁶⁾

Se describen tres vías de abordaje: abdominal, combinada o abdominoposterior y trans sacra; la selección de una de éstas depende del tamaño, localización y relación del quiste con las estructuras vecinas. La vía abdominal se recomienda para quistes mayores de 8 cm que se extienden cranealmente, por encima de la segunda vértebra sacra⁽⁵⁻⁷⁾. En nuestro caso, se realizó un abordaje abdominal en vista de ser una lesión encontrada por encima de S3, y que no se evidenció infiltración a estructuras adyacentes en la resonancia.

CONCLUSIONES

Los tumores retrorrectales son lesiones de baja incidencia, generalmente son asintomáticos, y que cuando los presentan, son inespecíficos. El diagnóstico es por imágenes tanto tomografía como la resonancia, para planificar la estrategia terapéutica, que siempre será quirúrgica (salvo en lesiones irresecables) por vía abdominal, perineal, o ambas. Es importante concretar la vía de abordaje de la lesión de acuerdo a las características imagenológicas y clínicas, así como también la realización del estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica.

REFERENCIAS

1. Jao S, Beart R, Spencer R, Reiman H, Ilstrup D. Retrorectal Tumors. *May Clin Exp* 1960-1979. *Dis Colon Rectum* 1985; 28(9): 644-652.
2. Salvador T, Salazar S, Barrera E. Tumor presacro, patología de manejo quirúrgico a propósito de un encondroma, *Rev Esp Med Quir* 2018; 23: 157-160.
3. Mengual M, Pellicer E, Valero G, Alcaraz E, Soria V, Aguayo J. Tumor presacro como diagnóstico diferencial del sinus pilonidal recidivada. *Cir Cir* 2014; 82: 567-572.
4. Baek S, Hwang G, Vinci A, Jafari M, Jafari F, Moghadamyeghaneh Z, Pigazzi A. Retrorectal tumors: A comprehensive literature review. *World J Surg.* 2016; 40: 2001-2015.
5. Hawkins W, Jackman R. Developmental cysts as a source of perianal abscess, sinuses and fistulas. *Am J Surg* 1953; 86: 678-683.
6. Sierra E, Sierra G, Leon G, Salazar V, Quiñónez A. Quiste epidermoide gigante del espacio presacro y posanal. *Cir Ciruj* 2009; 77: 69-72.
7. Ueda K, Tsumoda A, Nakamura A, Kobayashi H, Shimizu Y, Kusano M, et al. Presacral epidermoid cyst: report of a case. *Surg Today* 1998; 28: 665-668.