

Hamartoma retrorrectal, un raro tumor congénito. Presentación de caso

Laura N. Tasende¹, Valentina Elicegui², Mauricio Pontillo³

¹ Cirujana General. Universal Sociedad Médica. Montevideo. Uruguay

² Residente de Cirugía General. Universal Sociedad Médica. Montevideo. Uruguay

³ Cirujano General. Universal Sociedad Médica. Montevideo. Uruguay

Palabras clave: tumor retrorrectal, hamartoma quístico

Key words: retrorrectal tumor, cystic hamartoma

INTRODUCCIÓN

El hamartoma retrorrectal es un raro tumor congénito, benigno en más del 85% de los casos.¹ Su presentación en general es asintomática o con sintomatología inespecífica por compresión de órganos adyacentes (ej. constipación por compresión rectal), infección o dolor. Es más frecuente en mujeres de edad media, el diagnóstico definitivo es anatómopatológico y el tratamiento indicado es la resección quirúrgica completa de la lesión. Su pronóstico es bueno.^{2,3}

El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de un tumor muy poco frecuente y por lo tanto de difícil diagnóstico. Destacaremos características clínicas, diagnósticas y terapéuticas relevantes.

CASO

Se trata de una mujer de 65 años, sin antecedentes personales de relevancia, que consulta en el servicio de emergencia

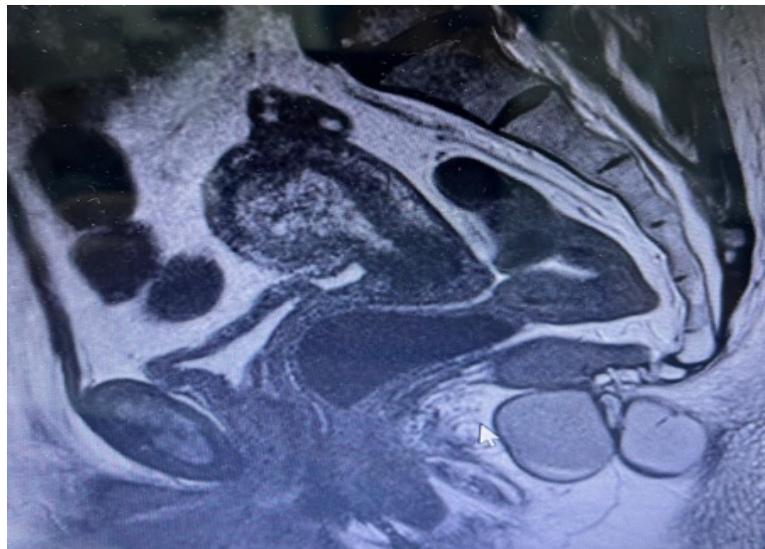


Figura 1. Resonancia magnética nuclear de la pelvis, corte sagital en secuencia T2, que evidencia una formación quística multilobulada de aproximadamente 6 cm de diámetro mayor, a nivel de la línea media posterior, comprometiendo el espacio retrorrectal precoxígeo. El contenido es homogéneo y su aspecto definido, sin continuidad con el recto, que conserva su patrón de capas habitual. Las vertebrales coxígeas no presentan discontinuidad ni agenesia en la tabla anterior. Por estos hallazgos se realiza diagnóstico presuntivo de hamartoma quístico.

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés. **Laura N. Tasende:** lauratasende33@gmail.com

Fecha recepción: 10/8/24 Fecha aprobación: 19/12/24

Laura N. Tasende: <https://orcid.org/0000-0001-6297-305X>; Valentina Elicegui: <https://orcid.org/0000-0002-6994-6043>; Mauricio Pontillo: <https://orcid.org/0000-0002-5587-1044>

por dolor intenso sacrocoxígeo de 3 meses de evolución, con imposibilidad de sentarse y la presencia de una tumoración a nivel coxígeo. Niega alteraciones del tránsito intestinal. Al examen físico, se palpa una tumoración paracoxígea derecha dolorosa, firme elástica, cuyo límite desaparece por delante del coxis. Al tacto rectal se palpa una tumoración extrarrectal, firme elástica posterolateral, con mucosa rectal normal. Los exámenes de laboratorio están dentro de los parámetros normales.

Se realiza una resonancia magnética nuclear del abdomen y pelvis que evidencia en el espacio retrorrectal precoxígeo, una formación quística multilobulada de 6 cm con contenido homogéneo, que hace presumir un hamartoma quístico (Fig. 1). Se decidió no realizar ningún estudio endoscópico dado que la lesión es extra rectal, con un claro plano de clivaje con el recto. Se realiza en posición de navaja sevillana un abordaje trans-

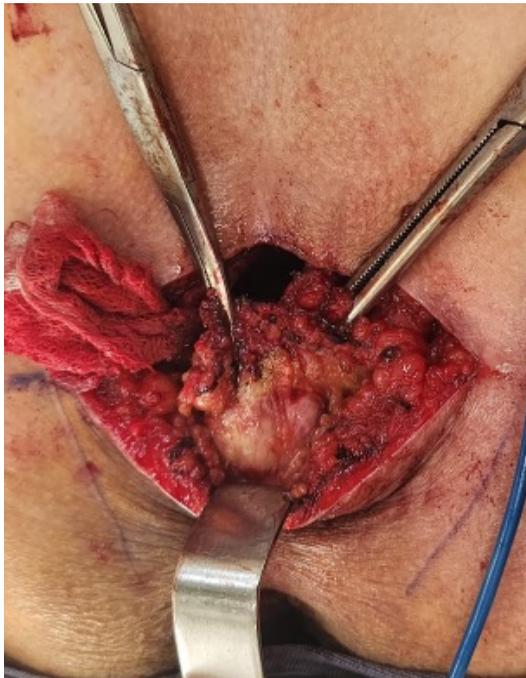


Figura 2. Exéresis de la lesión quística por vía de Kraske, a través de una incisión transversal a nivel de la unión sacrocoxígea.

coxígeo, según la técnica de Kraske. Incisión transversal a nivel de la unión de las vértebras sacrocoxígeas, con resección del coxis y del ligamento sacrocoxígeo. Se aborda el espacio retrorrectal inferior, separando el tumor de la cara posterior del recto y se realiza la su completa exéresis, evitando su apertura (Fig. 2).

La anatomía patología informó un hamartoma quístico o quiste del intestino caudal retrorrectal, con ausencia de malignidad en el material examinado (Fig. 3).

DISCUSIÓN

Los tumores retrorrectales son una entidad poco frecuente. Como su nombre lo sugiere, su límite anterior es el recto y su límite posterior el sacro. La mayoría son lesiones benignas, llegando a 15% las malignas.¹ Puede tratarse de tumores originados en nervios, hueso, metástasis de otro tumor primario, o ser congénitos como los quistes dermoides, epidermoides, los de duplicación rectal o los hamartomas quísticos, cada uno con características histológicas peculiares. En el caso de los quistes dermoides y epidermoides, sus paredes están revestidas de epitelio escamoso estratificado. Los dermoides además tienen folículos pilosos y glándulas sudoríparas, es decir, apéndices dérmicos. Los quistes de duplicación rectal están revestidos por epitelio gastrointestinal típico y los rodean dos capas de músculo liso junto a plexos nerviosos.⁴ El hamartoma quístico surge del remanente aberrante del intestino posterior debido a que involucionó de manera incompleta y en la anatomía patológica contiene varios tipos de epitelios como el glandular secretor de moco, el escamoso y el transicional y a diferencia de los quistes de duplicación mencionados previamente, las fibras de músculo liso no están organizadas en capas y no contienen nervios.^{2,4} Se presentan con más frecuencia en pacientes de sexo femenino de mediana edad y tiene un muy bajo porcentaje de transformación maligna.

No son fáciles de diagnosticar dado que en la mayoría de los casos son asintomáticos. Cuando tienen síntomas, estos

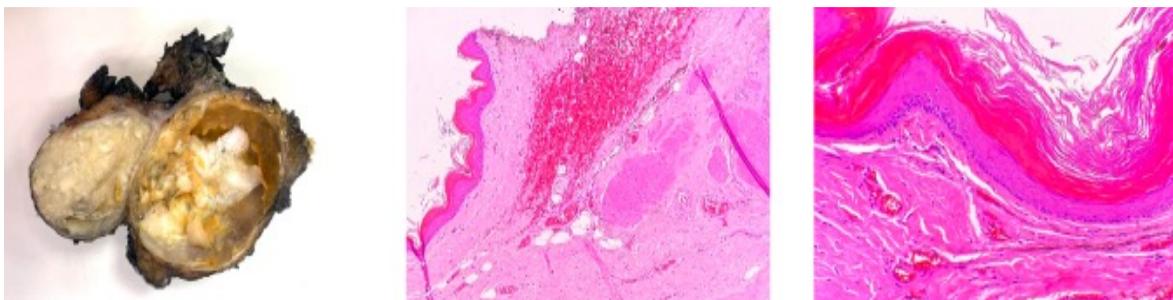


Figura 3. Anatomía patológica. Pieza extirpada, multiquística con contenido grisáceo. Histopatología compatible con un hamartoma quístico o quiste del intestino caudal, benigno.

se deben a que están infectados, generando dolor y eventualmente signos de fluxión local y fistulas.² Pueden generar compresión de órganos adyacentes como el recto, pudiendo ser la constipación el síntoma único y principal. Al tacto rectal puede palparse una masa extramucosa, o como en nuestra paciente, puede presentarse como una tumoración de la región precoxígea, que genera intenso dolor al sentarse.

Los estudios imagenológicos pueden ser también una herramienta diagnóstica cuando no hay manifestación clínica. Por otra parte, una vez que tenemos el diagnóstico o lo sospechamos, la tomografía y sobre todo la resonancia magnética de la pelvis son los estudios de elección para la valoración locoregional del tamaño, localización y límite proximal para planificar de la táctica quirúrgica y evaluar posibles características de malignidad, como por ejemplo que el quiste tengan un componente sólido. El hamartoma quístico se caracteriza en la resonancia por ser hipointenso en T1 e hiperintenso en T2.³ El engrosamiento parietal y las vegetaciones intraquísticas hacen sospechar la degeneración maligna.³

La colonoscopia no fue solicitada en nuestra paciente, pero puede ser de utilidad cuando se palpa una tumoración intrarectal y también si se piensa en el diagnóstico diferencial con la duplicación rectal.

El tratamiento es la resección completa de la lesión, con el fin de abolir los síntomas y evitar la recurrencia y la potencial transformación maligna.² El abordaje puede variar según la extensión de la lesión y la localización, sin necesidad de tener un diagnóstico anatomopatológico preoperatorio. Una excepción a esto es el caso de un paciente inoperable o irresecable en donde la punción biopsia cobra relevancia.

En nuestra paciente se realizó un abordaje de Kraske que implica colocar al paciente en posición de navaja, permitiendo un acceso directo al espacio retrorrectal. Es el mejor abordaje en las lesiones por debajo de S3 y que no tienen ninguna ex-

tensión a vísceras pelvianas. Para las que están por arriba de S3 se recomienda el abordaje abdominal.³ Puede requerirse, o no, la resección del coxis.

El pronóstico es bueno para las lesiones benignas. La malignas tiene un porcentaje no despreciable de recidiva, en el orden del 10 al 15%. Es fundamental para disminuir el porcentaje de recaída tumoral locoregional, poder realizar una resección R0, es decir, con márgenes negativos, como en nuestro caso.

CONCLUSIONES

Los tumores retrorrectales son una entidad muy poco frecuente, de características benignas en su amplia mayoría. El diagnóstico es incidental o por manifestaciones de las complicaciones de la lesión. Los estudios de imágenes, sobre todo la resonancia magnética son de fundamental importancia para la valoración preoperatoria, siendo la cirugía con escisión total, el tratamiento curativo. La histología de la pieza confirmará el diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Elkarouachi A, Assemar M, Jai E, Erguibi D, Boufetta L R, Chehab F. Retrorectal cystic hamartoma: A case report. *Int J Surg Case Reports*. 2021;105861(82):1-4.
2. Bathla L, Singh L, Agarwal P. Retrorectal Cystic Hamartoma (Tailgut Cyst): Report of a Case and Review of Literature. *Indian J Surg*. 2013;75(Suppl 1):204-7.
3. El Yamine O, Fatine A, Boufetta R, Errguibi D, Hajri A, El Jay S, et al. Retrorectal cystic hamartoma: A case report. *Ann Med Surg*. 2021;102362(66):1-4.
4. Suhani, Meena K, Ali S, Aggarwal L, Thomas S. Retrorectal cystic hamartoma: a problematic 'tail'. *J Surg Tech Case Rep*. 2014;6(2):58-60.