

## Tumores retro-rectales

Fermín Palma  
Consejero del I.E.G.

**L**os tumores retro-rectales, o también denominados tumores presacos, se desarrollan, como su nombre indica, en el espacio retroanorrectal presacro. En la mayoría de las ocasiones son congénitos y tanto benignos como malignos. Su estudio es complejo por la variedad de teorías embriológicas y, evidentemente, por el retardo en el diagnóstico. Cuando adquieren cierto tamaño su manejo quirúrgico, como consta en nuestra experiencia, requieren un abordaje, en la mayoría de las ocasiones, combinado, abdómino-sacro o al menos abdómino-perineal.

El espacio retroanorrectal presacro está delimitado hacia atrás por la concavidad del sacro y coxis, revestida, a su vez, por la fascia presacra. Hacia adelante por la cara posterior de la fascia del recto. Hacia abajo por el diafragma pélvico, en su tercio posterior (muslo ileocoxígeo y elevadores del ano). A los lados, por los alerones del recto. Por arriba, por la reflexión del peritoneo a nivel de la S2, comunicándose con el espacio retroperitoneal. Se trata de un espacio virtual transitando por él los vasos sacros medios y laterales, el plexo simpático presacro, así como la cadena simpática sacra, los vasos ilíacos internos y la arteria hemorroidal media.

Los más frecuentes, y según la experiencia quirúrgica de más de cuatro decenios, son los teratomas sacrocoxígeos, seguidos de los quistes dermoides y epidermoides. Asimismo, los cordomas, tumor maligno de bajo grado, pero de tórpida evolución desarrollado a expensas de la notocorda embrionaria.

Los teratomas tienen su punto de partida en una o varias células embrionarias en diferentes estados de desarrollo y derivadas de las tres capas primordiales, o sea, del ectoblasto, mesoblasto y endoblasto. Cuando adopta la forma quística está probablemente evocando una histología benigna, pero cuando es sólido puede haber evolucionado hacia un teratocarcinoma e incluso contener alta malignidad.

Suele ser más frecuente observarlos en el niño. En el adulto es más raro y los que se observan son en la mujer. Es fácil el diagnóstico de tumor presacro si hace irrupción perineal, e incluso si macera la piel y cuando es quístico se fistuliza. Puede asociarse a malformaciones de la región, como malformación sacra, o atresia o estenosis anorrectal. Menos frecuentemente a imperforación anal. Más adelante, con 5-8 años de edad,

puede presentarse estreñimiento severo, dolor abdominal, supuración perineal o sintomatología de uropatía obstructiva, retención aguda de orina y ureterohidronefrosis.

El tratamiento quirúrgico debe de reunir las características de a) resección en bloque; b) ablación del coxis, creando una amplia vía de abordaje; c) sólo en tumores de gran tamaño será necesaria la resección de las dos últimas vértebras sacras. Una radioterapia y una quimioterapia neoadyuvante han mejorado brillantemente el pronóstico en los malignos, en tanto se ha pasado en la tasa de supervivencia del 11% en 1978 al 86% en 1998 (1).

Los quistes dermoides son formaciones uniloculares delimitadas por un epitelio malpigiano queratinizado y pueden contener glándulas sudoríparas y sebáceas y hasta folículos pilosos. Los quistes epidermoides son uni o multiloculares y de contenido fluido y también revestido de epitelio malpigiano queratinizado, sin glándulas pilosebáceas.

En ausencia de tratamiento quirúrgico pueden degenerar, por lo que una vez diagnosticados deberán ser extirpados. Son más frecuentemente observados en la mujer.

El cordoma sacrocóxigeo, del que tenemos más experiencia, es un tumor maligno, pero de bajo grado, de evolución lenta y desarrollándose a expensas de la notocorda embrionaria, es el más frecuente de los tumores malignos presacros o retro-rectales. Dada la latencia clínica y su lento crecimiento, el diagnóstico nunca se hace de forma precoz a no ser que un tacto rectal, en una exploración rutinaria y por padecer de otro proceso (hemorroides, por ejemplo) se aprecie la ocupación del espacio retro-rectal por una masa presacra, fija, dura y de superficie irregular.

En la sintomatología puede aparecer dolor pelviano más o menos rítmico, molestias lumbares o mejor lumbosacras. En ocasiones, déficit sensitivo motor de los miembros inferiores. Son raras las alteraciones esfinterianas ano-rectales.

El diagnóstico por imagen, TC y RMI, mostrará tumor polilobulado, más o menos heterogéneo, la mayoría de las veces encapsulado que puede haber afectado la integridad ósea del sacro, con más o menos osteólisis e incluso por invasión ascendente del tumor podría afectar al espacio epidural.

La extirpación en bloque es el tratamiento correcto, tanto por vía baja con sacrectomía distal e incluso asociado a la vía abdominal como en dos casos de nuestra experiencia, por la fijación alta del tumor que nos obligó a esta vía de abordaje combinada. La quimioterapia no es efectiva en el cordoma. La radioterapia, que sí la hemos aplicado a fuertes dosis, tiene una acción antiálgica y retarda las recidivas. Éstas deberán



ser nuevamente extirpadas en tanto son, como ocurre en la práctica, a nivel local, y dentro de la posibilidad de su exéresis, antes de una invasión total similar al de una pelvis congelada. Finalmente, los tumores sacros representan el menor porcentaje y se originan en el mismo tejido óseo. Unos son benignos como el osteocondroma o bien malignos de células gigantes, condrosarcomas, sarcoma osteogénico, sarcomas de Ewing y mielomas. ◀



---

**Referencias bibliográficas**

---

1. RESCOLDA, FJ.; SAWIN, RS.; CORAN, AG.; DILLON, PW., y AZIZKHAN, RG.: «Long-term outcome for infants and children with sacrococigeal teratoma: a report from the children's cancer group», *J. Pediatr. Surg.*, 1998. 33:171-176.
2. UHLING, BE., y JOHSON, RL.: «Presacral tumors and cysts in adults», *Dis. Colon Rectum*, 1975. 18:581-596.