

Notas clínicas

Resección Kraske lesión presacra recidivada

Kraske procedure for recurrence presacral tumors

M. Pérez-Reyes, S. Mera-Velasco, J.A. Toval-Mata, J. Carrasco-Campos, J. Santoyo-Santoyo

Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

RESUMEN

Las lesiones presacras son raras. Existe gran variedad de tipos histológicos, siendo los tumores congénitos los más frecuentes. El estudio preoperatorio se realiza con exploración física, resonancia magnética nuclear (RMN) y tomografía axial computarizada (TC). La biopsia no está indicada. Es necesaria una exéresis completa de la tumoración ya que podrían malignizar aunque la lesión fuera asintomática. Existen varias vías de abordaje quirúrgicas: abdominal, posterior, o combinada. En este artículo presentamos un caso de una lesión presacra recidivada tratada mediante resección trans-sacra posterior. El postoperatorio cursó con buena evolución.

Palabras clave: tumoración presacra, kraske.

ABSTRACT

Lesions in the presacral space are rare. There is a variety of histological types, but congenital tumors are the most frequent lesions. Diagnosis is basing on imaging techniques with physical examination, Magnetic Resonance Imaging (MRI), and Computed Tomography(CT). The biopsy is not indicated. A complete exeresis of the tumor is necessary, due to their malignancy risk even if the lesion was asymptomatic. There are the different approaches and surgical techniques: abdominal, posterior, or combined. In this article, we present a case of a recurrent lesion in the presacral space treated by posterior trans-sacral resection, with good results.

Keywords: presacral tumors, kraske.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones del espacio presacro son poco frecuentes. Plantean un amplio diagnóstico diferencial, como son causas tumorales, entidades de origen inflamatorio, neurogénico, óseo, miscelánea y alteraciones del desarrollo embrionario^{1,2}. Éstas últimas constituyen las lesiones presacras más frecuentes en el adulto³.

CORRESPONDENCIA

María Pérez Reyes
Hospital Regional Universitario de Málaga
29010 Málaga
maria.perezreyes1991@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Pérez Reyes M, Mera Velasco S, Toval Mata JA, Carrasco Campos J, Santoyo Santoyo, J. Resección Kraske lesión presacra recidivada. Cir Andal. 2019;30(2):253-55.

CASO CLÍNICO

Mujer de 22 años con antecedentes quirúrgicos de exéresis de masa presacra benigna a los 18 años. Acudió a consulta por molestias en región perianal. En el tacto rectal se palpaba lesión elástica a 3 cm del músculo puborrectal, de 6 cm de diámetro. Solicitamos analítica de sangre con marcadores tumorales que fueron negativos y RMN pélvica (**Figuras 1 y 2**) visualizando lesión quística que improntaba el recto, de 5,5 cm de diámetro mayor, de características proteináceas, sin poder descartar que fuese lesión endometriósica.



Figura 1
RMN: tumoración presacra.



Figura 2
RMN: tumoración presacra.

Se decidió intervención quirúrgica programada de la recidiva, realizando resección transsacra por vía posterior (Kraske) (**Figura 3**). Con resultado anatomopatológico de tejido conectivo presacro con inflamación crónica xantogranulomatosa, sin evidencia de neoplasia.

El postoperatorio cursó sin complicaciones, fue dada de alta al sexto día postoperatorio. Actualmente se encuentra asintomática.



Figura 3
Resección transsacra vía posterior.

DISCUSIÓN

El espacio presacro se encuentra entre la pared posterior del recto y la superficie anterior del sacro y se extiende a la reflexión peritoneal en la zona proximal y a la fascia retrosacra en la zona distal. En este espacio anatómico persisten múltiples restos embrionarios, con diferentes tipos de tejidos, por ello, se pueden producir gran variedad de lesiones¹.

Los tumores congénitos son masas quísticas, y constituyen las lesiones presacras más frecuentes en el adulto, suponen un 40% del total, siendo los quistes epidérmicos y los hamartomas quísticos las lesiones más comunes^{3,4}.

Las lesiones presacras normalmente son asintomáticas, se encuentran de manera incidental durante una exploración ginecológica, o bien, pueden presentarse con clínica inespecífica, que dependerá del tamaño y localización del tumor. La sintomatología puede consistir en dolor, distensión abdominal, masa palpable, síntomas secundarios a la compresión de estructuras vecinas (disuria, polaquiuria, estreñimiento de reciente aparición, incontinencia urinaria, etc.)²⁻⁴. La complicación más frecuente es la sobreinfección de la lesión, manifestada como fístula perineal. Por ello, la presencia de un trayecto fistuloso con supuración refractaria en línea media del área sacrococcígea puede indicar masa presacra¹. Éstas lesiones son más frecuentes en mujeres, aunque pueden presentarse en ambos sexos y a cualquier edad^{3,5}.

El diagnóstico se basa en la exploración, siendo obligatorio el tacto rectal, y técnicas de imagen como el TC y la RM pélvica^{2,4,6}. La biopsia sólo está indicada en lesiones con alta sospecha de irreseccabilidad, dado que existe un riesgo elevado de diseminación tumoral a través del trayecto de la punción y de infección^{4,5}.

El tratamiento es quirúrgico, como realizamos en nuestro caso, incluso en casos asintomáticos debido a su potencial de malignidad (más frecuente en lesiones de predominio sólido) y debido al riesgo

de infección². La anatomía patológica más frecuente de tumores malignos es el adenocarcinoma, tumores neuroendocrinos y sarcomas. La vía de abordaje dependerá de la altura del tumor³. Los casos que se encuentran por debajo del nivel S3, como es nuestra paciente, (se correlaciona con la extensión más proximal alcanzada durante el examen rectal digital), se recomienda realizar un abordaje posterior, en cambio, las que se encuentran a nivel del cuerpo de S3 o superior requerirán un abordaje anterior o combinado⁶. Mediante el abordaje posterior se evita la disección del recto intraperitoneal y la morbilidad del abordaje abdominal⁷. Por otro lado se consigue no alterar la anatomía del suelo pélvico⁸.

Las recidivas locales se suelen dar en los primeros cinco años tras la cirugía, en casos benignos la mayoría pueden researse. En nuestra paciente habían pasado 4 años tras la primera cirugía. La supervivencia en tumores malignos dependerá del comportamiento biológico del tumor, en cambio en lesiones benignas es excelente^{1,4}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranda Narváez JM, González Sánchez AJ, Montiel Casado C, et al. Posterior approach (Kraske procedure) for surgical treatment of presacral tumors. *World J Gastrointest Surg* 2012;4:126-30.
2. Bong-Hyeon Kye, et al. Clinicopathological features of retrorectal tumors in adults: 9 years of experience in a single institution. *J Korean Surg Soc* 2011;81:122-127
3. León-Brito H, et al. Tumores quísticos del espacio retrorrectal. ¿Tienen algo en común estos dos casos? *An. Sist. Sanit. Navar.* 2014; 37 (1): 151-156
4. Carrasco Campos J, et al. Tumores retrorrectales: un reto diagnóstico-terapéutico. *Rev Esp Enferm Dig* 2015; 107 (8): 519-520
5. Velasco López, R, et al. Abordaje perineal de tumores retrorrectales: una vía de acceso más. *Rev Acircal.* 2016; 3 (1): 61-74.
6. Reiter, MJ et al. Surgical Management of Retrorectal Lesions: What the Radiologist Needs to Know. *American Journal of Roentgenology.* 2015;204: 386-395
7. Asare, E.A., Vreeland T.J., Feig, B.W.. Resection of a Perirectal Leiomyosarcoma via a Posterior Transcoccygeal Approach. *Ann Surg Oncol.* 2018; 25(9):2641
8. Altomare, D.F., Picciariello, A., Memeo, R. et al. Pelvic floor function following ventral rectopexy versus STARR in the treatment of obstructed defecation. *Tech Coloproctol* (2018) 22: 289.