Relato de dois casos de tumores retro-retais e revisão da literatura

Report of two cases of retrorectal tumors and literature review

Rudimar Issler Meurer[1], Guilherme Hendges Klein[2], Júlia Mottecy Piovezan[2], Tatiana Lins Alves[2]

RESUMO

Os tumores retro-retais são neoplasias raras no adulto. No espaço retro-retal, existem diversas estruturas embriológicas, que podem desenvolver grupos heterogêneos de tumores benignos e malignos. A apresentação clínica desses tumores é inespecífica, variando de queixas urinárias ou intestinais a ausência de sintomas, e a via de acesso cirúrgica ainda é alvo de discussão na literatura. Os autores relatam dois casos de tumores retro-retais, suas manifestações clínicas, diagnóstico e aspectos cirúrgicos.

UNITERMOS: Schwanoma, Cisto Dermoide, Neoplasias, Região Sacrococcígea.

ABSTRACT

The retro-rectal tumors are rare neoplasms in adults. In the retro-rectal space, there are various embryological structures, which can develop a heterogeneous group of benign and malignant tumors. The clinical presentation of these tumors is nonspecific, ranging from urinary or intestinal complaints to absence of symptoms, and the surgical approach is still a matter of discussion in the literature. The authors report two cases of retro-rectal tumors, their clinical manifestations, diagnosis and surgical aspects.

KEYWORDS: Dermoid Cyst, Neoplasms, Sacrococcygeal Region.

INTRODUÇÃO

O tumor retro-retal é uma patologia rara e heterogênea, constituindo apenas 0,01 – 0,2% de todas as neoplasias. Dados de grandes centros de referência indicam que sua incidência pode ser tão baixa quanto 1 caso a cada 40 mil internações (1). Entretanto, acredita-se que sua incidência é maior do que encontrado na literatura pelo difícil diagnóstico, podendo o paciente, em muitos casos, ser assintomático ou ter manifestações clínicas inespecíficas (2).

Neste trabalho, relatamos dois casos de tumor retro--retal (schwanoma e cisto dermoide) que fazem parte dos diversos tipos de tumores que podem se localizar nessa topografia incomum. Temos como objetivo relatar os aspectos clínicos, histopatológicos e cirúrgicos desses dois tumores e abordar a dificuldade em suas investigações.

CASO 1

M.C.G.D., feminina, 65 anos, relatava dor contínua em hipogástrio com predomínio à esquerda e em articulação coxo-femoral esquerda há 1 ano. Ao exame físico, havia presença de tumoração intra-abdominal pélvica. Foi solicitada tomografia computadorizada de pelve, que demonstrou lesão expansiva pré-sacral, mais à esquerda da linha média, medindo 7,3 cm no maior eixo. Após isso, foi feita ressonância magnética da pelve, que teve como resultado: lesão expansiva sólida heterogênea, com acentuado reforço irregular pelo contraste e áreas de necrose ou liquefação, bem delimitada, medindo 6,9 x 4,9 x 3,7 cm, sem alteração de estruturas ósseas adjacentes, estando em contato com a transição retosigmoide (Figura 1).

A proposta terapêutica foi abordagem via abdominal, tendo sido realizada laparotomia infraumbilical ampliada. No pós-operatório, a paciente evoluiu sem intercorrências.

[1] Especialista. Profº da área de Coloproctologia.
[2] Acadêmicos de Medicina.

O exame anatomopatológico mostrou: macroscopicamente, um nódulo irregular pesando 65 g e medindo 7,5 x 5,0 x 4,0 cm, sendo a superfície externa ora lisa, ora ligeiramente nodular (Figura 2). Na microscopia, observamos uma área central cística medindo 2,5 x 2,0 cm, e o tecido adjacente é amarelado com feixes de tecido brancacento, configurando pequenos nódulos. As hipóteses diagnósticas foram: neoplasia fusocelular com citologia benigna x schwanoma x tumor miofibroblástico x leiomioma. O estudo imuno-histoquímico marcou somente s-100, favorecendo origem neural, associado com morfologia e compatível com schwanoma.

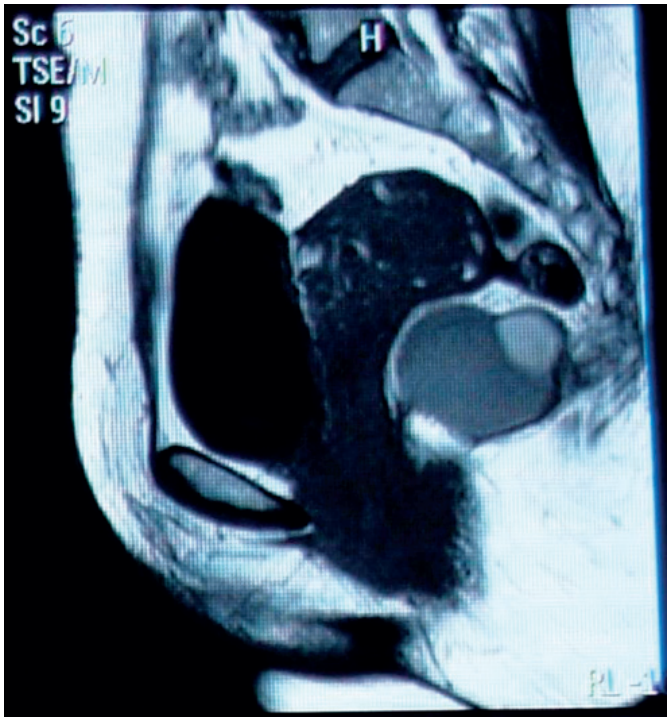


Figura 1 – Lesão na concavidade sacra, próximo ao promontório, posterior ao reto.

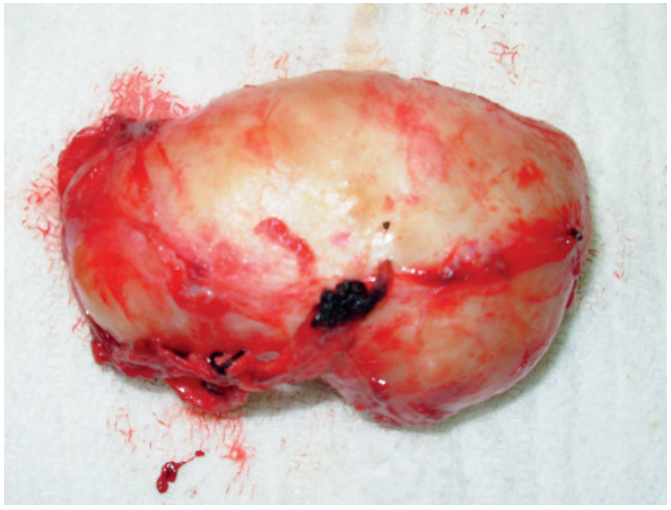


Figura 2 – Peça cirúrgica da ressecção schwanoma.

Foi realizada nova ressonância magnética em maio de 2010, a qual não apresentou alterações. Nas consultas de revisão, paciente se mantém assintomática.

CASO 2

M.C.P., feminina, 50 anos, em uma consulta ginecológica de rotina, realizou ultrassom transvaginal, que revelou a presença de lesão cística retro-retal à esquerda, sendo então encaminhada para avaliação coloproctológica, na qual foi identificada lesão retro-retal à esquerda, sem comprometer a parede retal. Foi solicitada ressonância magnética de pelve, a qual evidenciou volumosa imagem ovalada bem delimitada, medindo cerca de 7,0 cm no maior eixo (anteroposterior oblíquo), com paredes finas e regulares, apresentando dois componentes. O componente mais anterior apresenta hipossinal T1 e hiperssinal T2 homogêneos, sugerindo conteúdo cístico simples, e o componente mais posterior apresenta hipersinal T1 e hiposinal T2 também homogêneo, provavelmente relacionado a componente atípico. Não houve realce significativo desta estrutura pelo contraste paramagnético. Esta alteração desloca o reto à direita e apresenta seu aspecto posterior da linha média, próximo ao cóccix, sem evidências de alterações corticais. As interfaces em relação à musculatura do assoalho pélvico, incluindo músculo piriforme e levantador do ânus, estão preservadas (Figura 3).

A paciente foi submetida a tratamento cirúrgico por abordagem posterior: incisão transversa pós-anal e exérese da lesão (Figura 4). O estudo anatomopatológico revelou o diagnóstico de cisto dermoide, medindo 5,7 x 4,0 x 1,5cm (Figura 5).

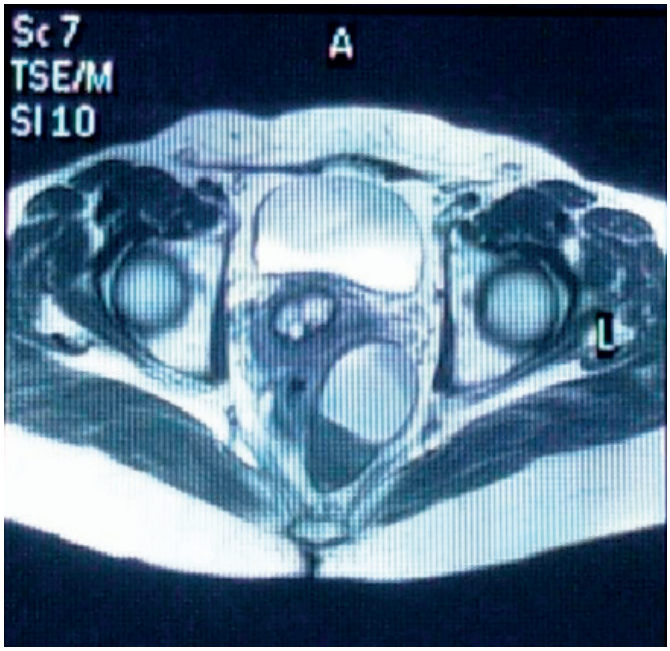


Figura 3 – Cisto latero-posterior ao reto, apresentando dois componentes.



Figura 4 – Incisão transversa pós-anal.

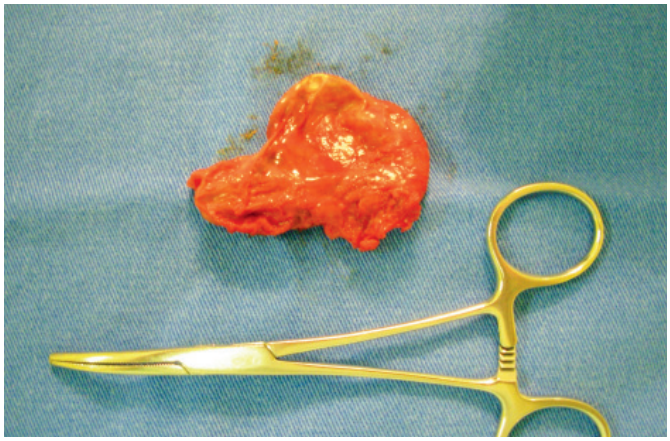


Figura 5 – Peça cirúrgica da ressecção de cisto dermoide.

No pós-operatório, a paciente evoluiu bem, sem intercorrências. Nas consultas de revisão, paciente se mantém assintomática.

DISCUSSÃO

Os tumores retro-retais são lesões raras, localizadas no espaço retro-retal ou pré-sacral. Esse espaço é definido pela fáscia própria do reto anteriormente, pela fáscia reto-sacral de Waldeyer posteriormente. Lateralmente, é limitado pelos ureteres, vasos ilíacos e ligamentos laterais do reto, superiormente pela reflexão peritoneal, e inferiormente pelo assoalho pélvico e pelos músculos elevadores do ânus. Apesar de ser um espaço virtual, ali há a presença de fibras do plexo sacral e do plexo simpático, bem como tecido conjuntivo, artéria sacral média, veias e vasos linfáticos (1,2,3,4,5,6).

Por ser uma área com várias estruturas embriológicas, tem o potencial de desenvolver grupos heterogêneos de tumores benignos e malignos. Os tumores localizados no espaço retro-retal podem ser classificados de acordo com sua origem em: congênitos, inflamatórios, neurogênicos, ósseos, vasculares e linfáticos, derivados de tecido conjuntivo ou metastáticos (2,3,5).

A maioria dos tumores localizados nesse local é benigna (5,7). A idade média encontrada nos pacientes com tumor retro-retal foi de 40 e 60 anos (6,8,9,10). A maior prevalência desses tumores é feminina (4,5,7,8,10,11).

A média de tamanho do tumor na região pré-sacral foi de 6,2±2,9 cm (5). Outros estudos observaram os tumores maiores em sua amostra, variando de 2,5 cm a 17 cm, com média de 9,4 cm no maior eixo (9).

Pelo fato de o retroperitônio não ser restritivo, os tumores benignos são capazes de crescer o suficiente para deslocar estruturas adjacentes e, então, causar sintomas. Porém, na maioria dos casos, os pacientes são assintomáticos, sendo que 50% dos tumores benignos ao diagnóstico não apresentam sintomas, enquanto que, nos tumores malignos, esse dado chega a ser apenas entre 4 e 14% (10). Quando há presença de sintomas, estes devem-se à compressão ou invasão de órgãos ou nervos adjacentes (2), como dor em região lombar ou dos membros inferiores, sensação de peso no hipogástrio, constipação, disfunção anal ou vesical (3,6). A maioria dos pacientes tem massa palpável ao toque retal, fazendo desse exame o mais efetivo e barato na identificação de tumores retro-retais (5,6).

O diagnóstico desses é baseado na história clínica e no exame físico, visto que muitos desses tumores são acessíveis ao toque retal, produzindo abaulamento na parede retal. Outros métodos podem ser empregados como: radiografia simples, enema opaco, urografia excretora, ultrassonografia, fistulografia, ressonância nuclear magnética, tomografia computadorizada, tomografia com emissão de pósitrons (2,10). A tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética são geralmente utilizadas para o diagnóstico pré-operatório e para o planejamento da abordagem cirúrgica (5-8). Esses exames são os mais sensíveis e específicos para o diagnóstico (10,11).

A indicação de biópsia é muito controversa na literatura, não sendo aceita pela maioria dos autores, pois apresenta risco de hemorragia, pode causar infecção nos cistos e por facilitar a disseminação de tumores malignos (3,8). Sua indicação se restringe a casos restritos, como tumorações grandes, aparentemente irressecáveis ou naqueles que apresentam alto risco cirúrgico (3). Algumas fontes citam também a presença de componentes císticos e sólidos coexistentes como critério para realização de biópsia. A ressonância nuclear nem sempre consegue fornecer uma conclusão precisa para a decisão sobre o procedimento (11).

Sinais e sintomas como dor ao longo do trajeto de uma raiz nervosa, déficit neurológico, queixas urinárias ou intestinais, e aparente fixação no osso não diferenciam entre tumores benignos e malignos. A única indicação mais confiável de malignidade é a destruição do osso sacro (9). Alguns estudos falam que dor, gênero masculino e idade avançada aumentam a probabilidade de tumores malignos (10).

O tratamento de escolha é a ressecção cirúrgica ampla, independentemente do tipo histológico (2,3,4,6,8,11). Desse

modo, é possível a resolução dos sintomas do paciente e tratamento de tumores invasivos, além da prevenção de infecções, hemorragias e transformações malignas. Persistem as discussões na literatura sobre a escolha da via de acesso. A indicação para cada uma das abordagens depende do exame de toque retal associado aos achados dos exames de imagem (8). Escolhe-se a via abdominal para tumores altos, aparentemente neurogênicos e sem evidência de envolvimento sacral (8). Quando o dedo do examinador não consegue palpar a extremidade superior do tumor, prefere-se a via abdominal. Nessa via, é possível uma melhor visualização das estruturas pélvicas, controle do sangramento e a mobilização do reto de forma mais fácil (6).

A via sacral é indicada para lesões mais baixas e cistos, quando as mesmas fazem saliência posterior e cistos infectados. Essa abordagem é utilizada quando o dedo do examinador consegue palpar a extremidade superior do tumor. A remoção do cóccix é mandatória, não somente pela melhor exposição, mas porque o fator mais comum de recorrência é falha em remover esse osso (8). Algumas das vantagens desse método em relação aos outros dois são a menor perda de sangue e a menor morbidade pós-cirúrgica (10).

A via combinada abdominoperineal ou abdominossacral tem sua indicação para tumores grandes visíveis no períneo ou na região sacral e com prolongamento cranial; nesse tipo de tumor, o dedo do examinador consegue delimitá-lo bem, mas não é capaz de palpar a extremidade superior. Essa abordagem cirúrgica permite uma melhor visualização das estruturas anatômicas, como uréter e reto pela incisão anterior, como raízes nervosas na incisão posterior (8).

Atualmente, temos a opção de cirurgia laparoscópica. Esta apresenta como vantagens melhor resultado estético, menor dor pós-operatória e maior acesso cirúrgico com dissecção precisa nesse espaço limitado (8). Além disso, o pneumoperitônio, gerado na cirurgia laparoscópica, auxilia na dissecção dos tecidos (11).

Como complicações cirúrgicas, podemos apresentar: incontinência fecal, urinária, disestesia, bexiga neurogênica, anestesia em sela, fraqueza motora da extremidade inferior, formação de fístula e abcesso (6,9,11).

O prognóstico para pacientes com tumores malignos é pobre devido à dificuldade em se obter margens livres; já pacientes com tumores benignos têm um prognóstico excelente (6). A sobrevida global dos tumores malignos no estudo de Glasgow *et al* foi de 61 meses, com tempo de recorrência de 24 meses (10).

COMENTÁRIOS FINAIS

Relatamos um dos poucos casos de schwanoma benigno na região pré-sacral descritos em literatura brasileira e um caso de localização atípica de cisto dermoide. Pela localização anatômica que dificulta a abordagem, pela possibilidade de diversas doenças e pela inespecificidade dos sintomas, as lesões ali existentes ainda são um desafio.

REFERÊNCIAS

1. Wolff BG, Fleshman JW, Beck DE, Pemberton JH, Wexner SD. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery, 1ª ed. New York: Springer Science+Business Media LLC; 2007.
2. Pilon B, Nechar AS, Nakamura R, Teixeira FV, Ribeiro RHB, Ribeiro RB – Tumores retro-retais no adulto – Schwanoma benigno retro-retal. Relato de um caso e revisão da literatura. Rev bras Colo--Proct, 1992; 12 (4): 144-148.
3. Habr-Gama A, Vieira MFF, Marchan LA, Rodriguez JA, Sousa Junior AHS, Jatobá PP, Alves PRA. Tumores retro-retais no adulto. Descrição de cinco casos. Rev bras Colo-Proct, 1986; 6(1): 28-36.
4. Fernandes GO, Mangueira PA, Primo CC, França MAV, Costa JHG. Hamartoma cístico retro-retal: relato de 2 casos e revisão da literatura. Rev bras. colo-proct, 2006;26(2): 178-186.
5. Buchs N, Taylor S, Roche B. The posterior approach for low retrorectal tumors in adults. Int J Colorectal Dis, 2007;22(4):381-385.
6. Chang HC, Wang PF, Chiang JM, Tang RP, Chen JS, Changchien CR, Wang JY. Outcomes of Surgical Intervention for Retrorectal Tumor: Experience of Sixteen Patients in Chang Gung Memorial Hospital. *J Soc Colon Rectal Surgeon (Taiwan),2010;* 21(2): 87-94.
7. Wolpert A, Beer-Gabel M, Lifschitz O, Zbar AP. The management of presacral masses in the adult. Tech Coloproctol. 2002;6(1):43-49.
8. Kye BH, Kim HJ, Cho HM, Chin HM, Kim JG. Clinicopathological features of retrorectal tumors in adults: 9 years of experience in a single institution. J Korean Surg Soc, 2011; 81(2): 122-127.
9. Localio SA, Eng K, Ranson JH. Abdominosacral approach for retrorectal tumors. Ann Surg, 1980;191(5):555-559.
10. Glasgow SC, Birnbaum EH, Lowney JK, Fleshman JW, Kodner IJ, Mutch DG, et al. Retrorectal Tumors: A Diagnostic and Therapeutic Challenge.Dis Colon Rectum, 2005;;48(8):1581-1587.
11. Marinello FG, Targarona EM, Luppi CR, Boguña I, Molet J, Trias M. Laparoscopic approach to retrorectal tumors: review of the literature and report of 4 cases. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 2011;21(1):10-13.

✉ Endereço para correspondência
Rudimar Issler Meurer
Rua das Orquideas, 502
97.020-570 – Santa Maria, RS – Brasil
☎ (55) 3222-7079 / 3221-5114
rudimar@terra.com.br

Recebido: 13/9/2012 – Aprovado: 29/9/2012