

LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS: ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

Autores: Loyola M, M. Alejandra; Panussis F, Daniela; Saavedra Maureira, Horacio

Hospital Barros Luco Trudeau



No hay conflictos de interés

LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

INTRODUCCIÓN

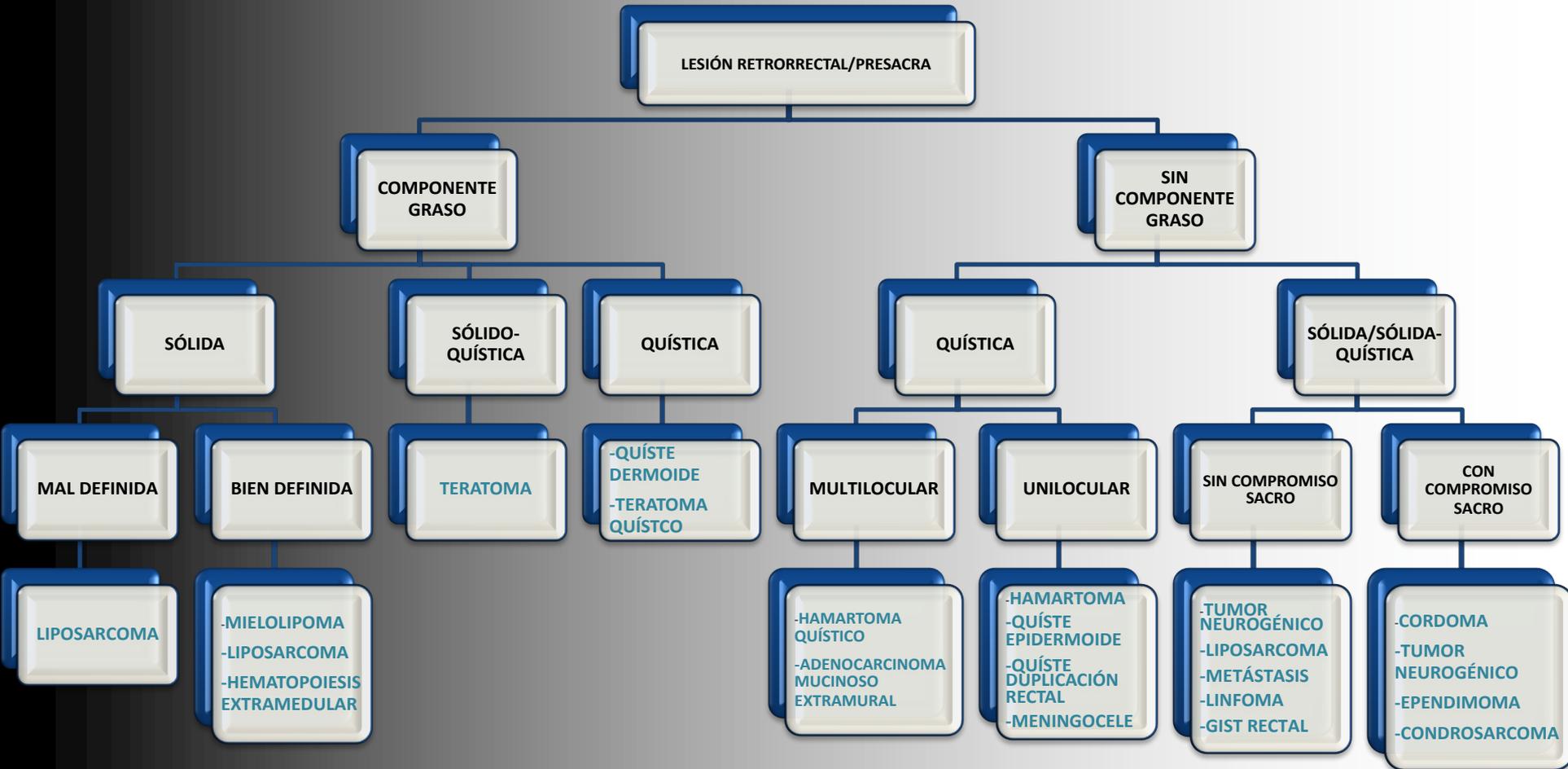
- Las lesiones presacras o retrorrectales representan un amplio espectro de lesiones heterogéneas que van desde quistes benignos hasta masas malignas complejas que invaden las estructuras circundantes.
- Son lesiones poco comunes que pueden ser difíciles de diagnosticar debido a sus signos y síntomas de presentación inespecíficos.
- Pese a que las pruebas de imagen, en especial RM, orientan al diagnóstico inicial, la caracterización definitiva es anatomopatológica, de gran importancia para evaluar el potencial de malignización.

LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

OBJETIVOS

- Reconocer las características por RM de algunas de las lesiones retrorrectales-presacras más frecuentes ejemplificadas a través de una serie de casos con una breve revisión de algunas de estas patologías.
- Plantear un algoritmo diagnóstico con características imagenológicas que orienten a un diagnóstico específico.

ALGORITMO DE ENFRENTAMIENTO



LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

LESIONES QUÍSTICAS

- Patología típica aunque poco frecuente de esta localización son las masas quísticas relacionadas con el desarrollo embrionario, que constituyen las lesiones congénitas presacras más frecuentes en el adulto. Entre estas se encuentran:
 - Quistes epidérmicos.
 - Quistes dermoides .
 - Quistes de origen entérico (quistes de duplicación rectal y hamartomas quísticos retrorrectales o *tailgut cyst*).
- Los quistes epidérmicos y los hamartomas quísticos constituyen las más comunes.
- Asintomáticas hasta en la mitad de los casos al diagnóstico, las masas quísticas pueden presentar complicaciones infecciosas e incluso degeneración maligna.

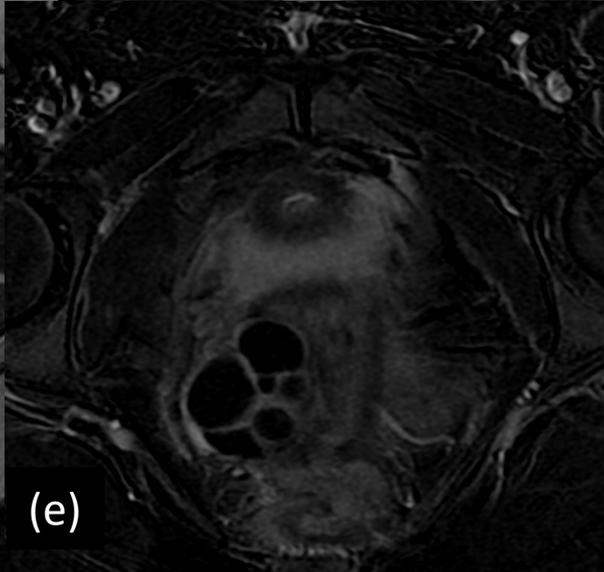
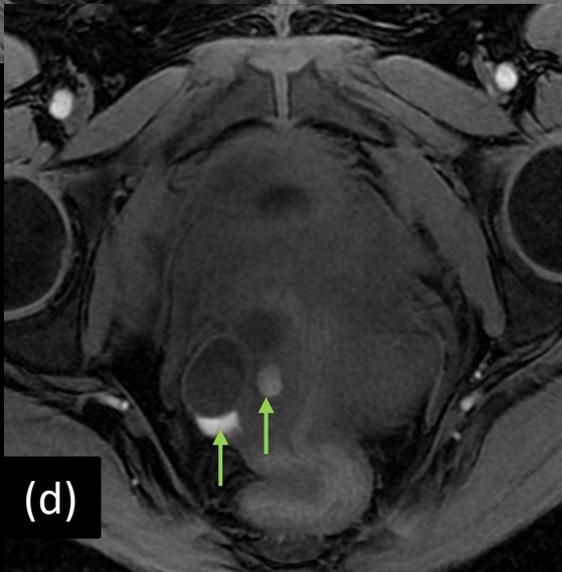
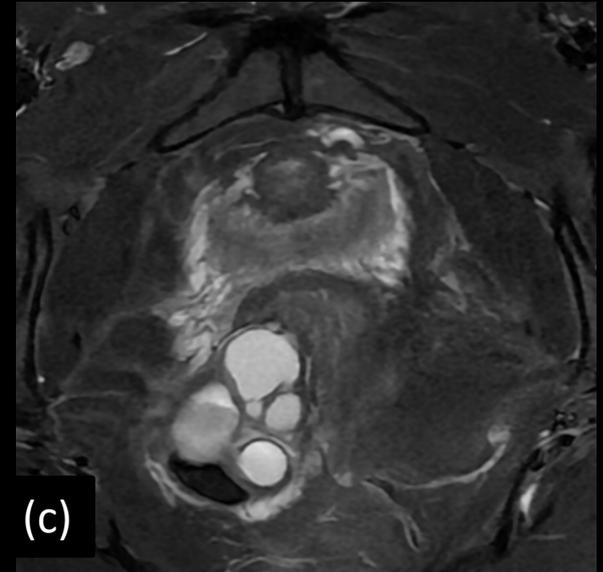
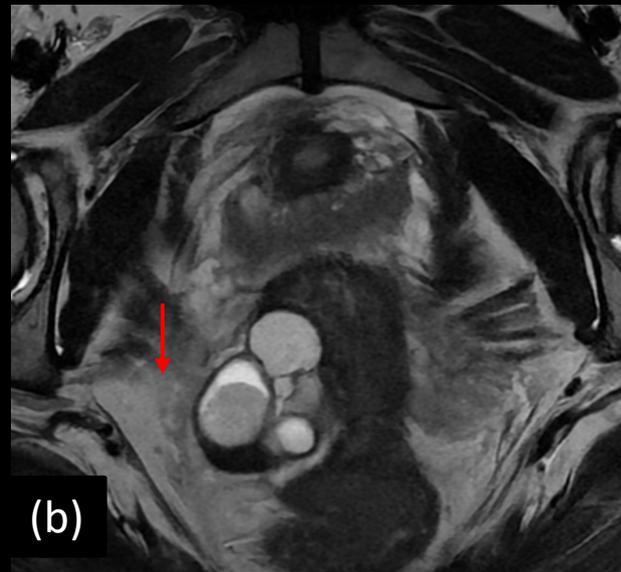
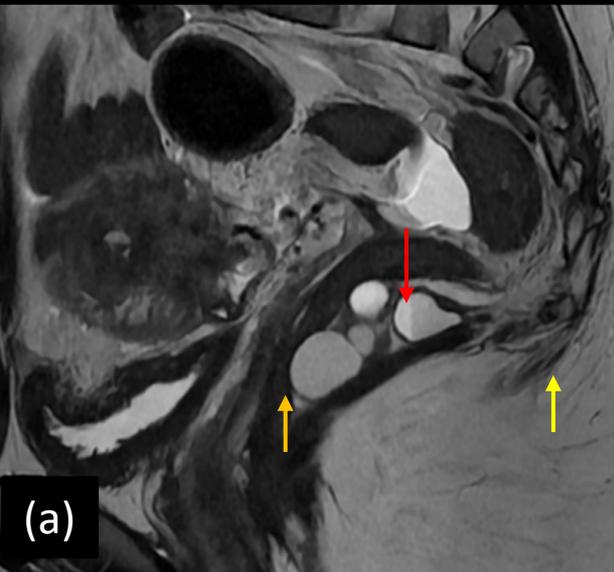
LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

LESIONES QUÍSTICAS: **HAMARTOMA RETRORRECTAL**

- Lesión congénita poco frecuente producida por una alteración del desarrollo del extremo distal del intestino.
- Debido a su localización anatómica y ausencia de síntomas específicos, este tipo de lesiones suelen estar infradiagnosticadas, lo que retrasa su diagnóstico.
- Se presentan habitualmente como lesiones multiquísticas bien definidas, formadas por quistes de paredes finas que contienen un líquido heterogéneo.
- Se evaluación requiere una técnica de imagen que permita diferenciar el tipo de lesión (sólida, quística o mixta) y su extensión, para poder así determinar el abordaje quirúrgico más apropiado.

LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORTIMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

LESIONES QUÍSTICAS: **HAMARTOMA RETRORRECTAL**



Caso 1. Paciente femenino que consulta por lesión presacra palpable.
(a y b) Cortes sagital y axial de RM potenciados en T2 en los que se evidencia una lesión de alta señal multiloculada, con algunos **niveles** y lóculos con contenido de distinta intensidad, localizada entre la **pared rectal posterior** y el **coxis**.
(c) Corte axial potenciado en T2 FS que confirma la naturaleza quística de la lesión.
(d y e) Corte axial T1 pre y post GAD donde se observa contenido **hemorrágico-proteináceo** de algunos lóculos y realce de la pared y de los múltiples septos, sin componente sólido.

LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

LESIONES SÓLIDAS

- Desde la perspectiva de las imágenes sus características principales a considerar son: si presentan con componente graso o no o sí presentan o no compromiso del sacro.
- Dentro de los tumores sólidos con componente graso, el liposarcoma corresponde al tumor de partes blandas retroperitoneal maligno más frecuente sobre los 50 años, en especial sus subtipos bien diferenciado y dediferenciado.
- La hematopoesis extramedular es de presentación poco frecuente en esta localización, pudiendo estar relacionada a fracturas.
- Dentro de las lesiones sólidas con sacro intacto, los tumores de la vainas neurales (shwannomas y neurofibroma) son los tumores neurógenicos más comunes a este nivel. Rara vez tienen transformación maligna.
- Si nos enfrentamos a una lesión con destrucción del sacro, el principal diagnóstico a considerar es el cordoma sacrococcígeo el cual corresponde al tumor sólido presacro más común.

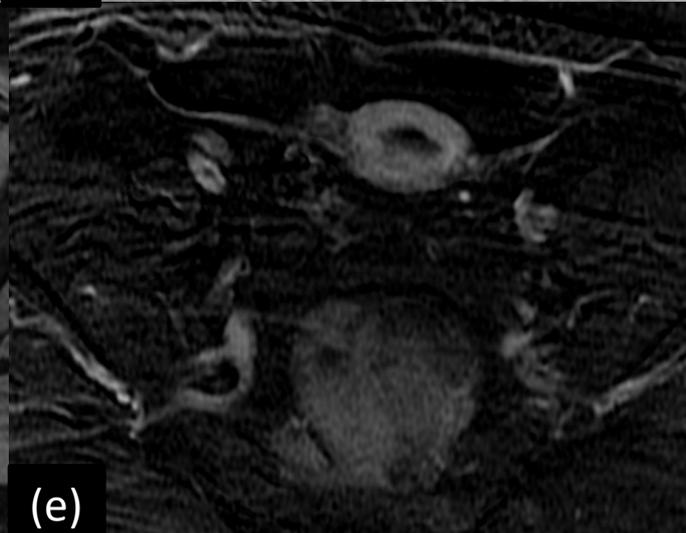
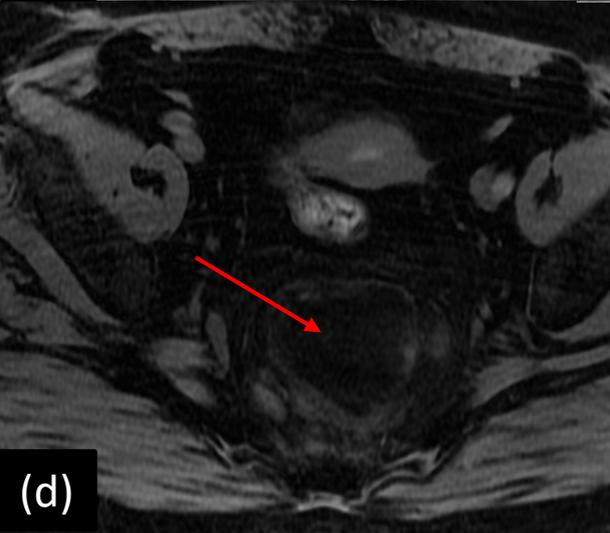
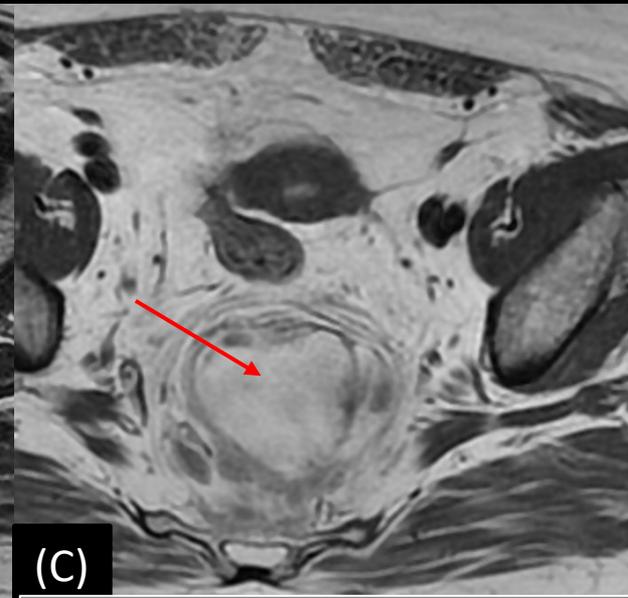
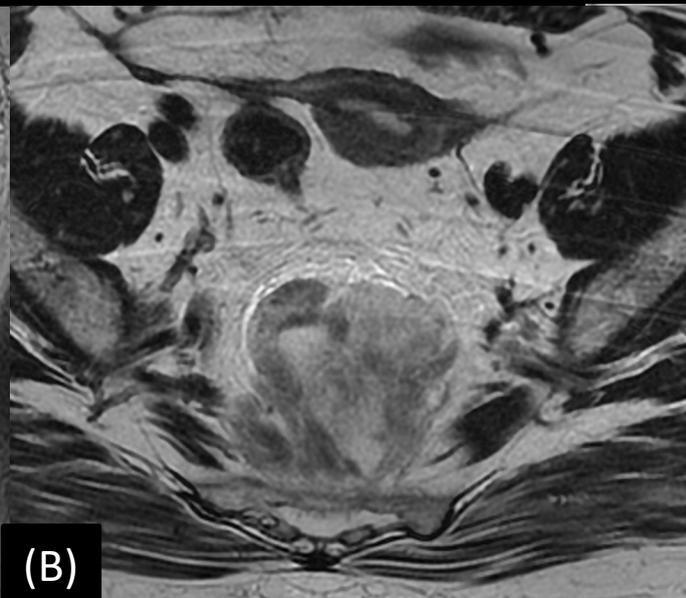
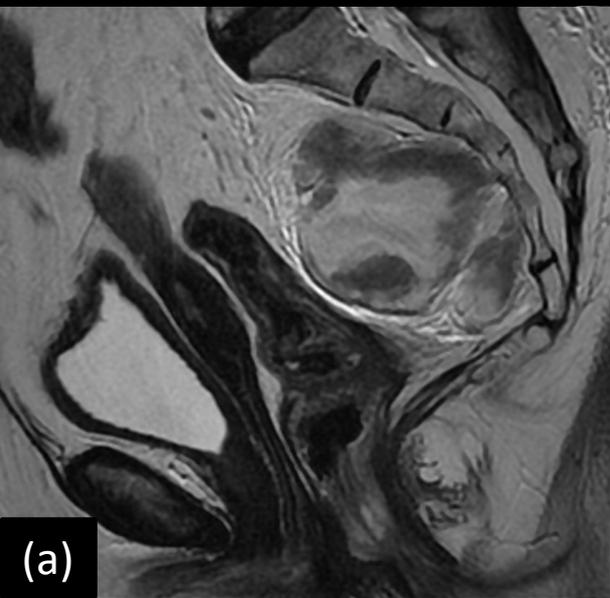
LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

LESIONES SÓLIDAS: MIELOLIPOMA

- El mielolipoma es un tumor mesenquimatoso benigno compuesto por tejido adiposo maduro y células hematopoyéticas.
- Se localizan con mayor frecuencia en la glándula suprarrenal, seguida de la región presacra.
- Los mielolipomas presacros se encuentran en pacientes entre la quinta y la octava décadas de la vida, con una mayor frecuencia entre las mujeres .
- Tienen excelente pronóstico y la extirpación es en casos sintomáticos por efecto de masa.

LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

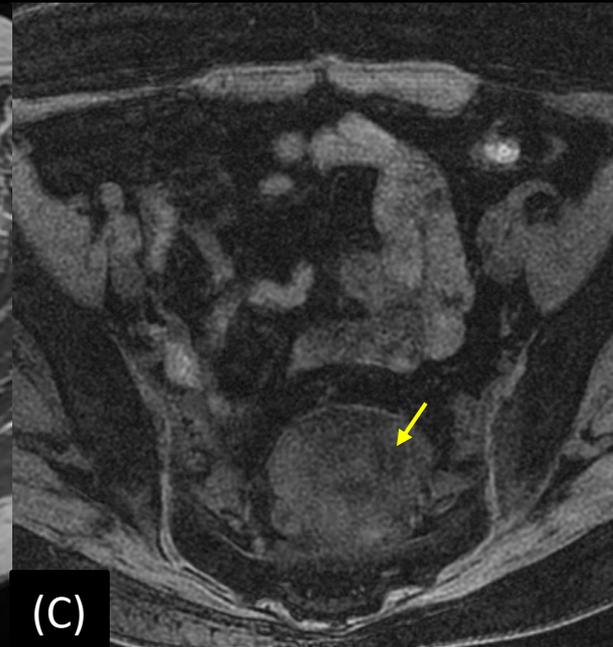
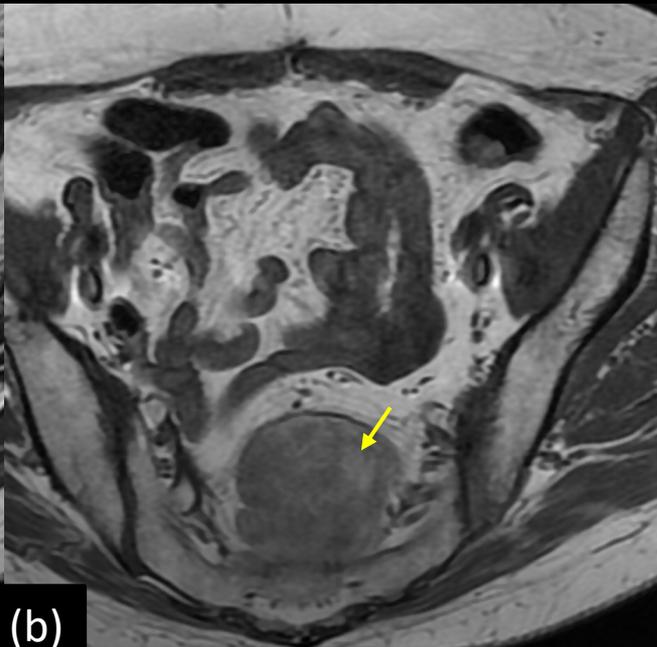
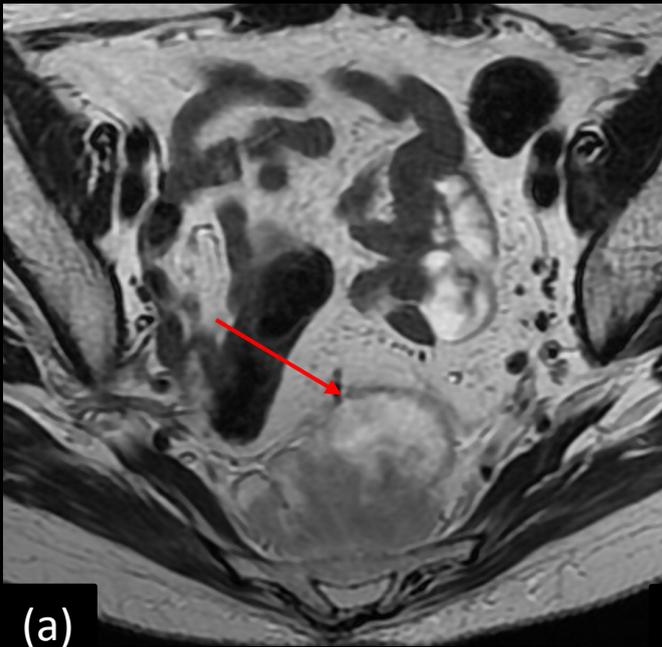
LESIONES SÓLIDAS: MIELOLIPOMA



Caso 2. Paciente femenino que consulta por lesión presacra palpable. **(a y b)** Cortes sagital y axial de RM potenciados en T2 HR en los que se evidencia una lesión sólida con predominio de áreas de alta señal, contornos lobulados, localizada en situación presacra. **(c y d)** Corte axial potenciado en T1 sin y con saturación de la grasa donde los focos hiperintensos exhiben saturación, lo que confirma presencia de componente de **grasa macroscópica**. **(e)** Corte axial T1 GAD donde se observa realce del componente sólido.

LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

LESIONES SÓLIDAS: MIELOLIPOMA



Caso 3. Paciente femenino que consulta por lesión presacra palpable.

(a y b) Cortes axial de RM potenciados en T2 (a) y T1 (b) en los que se evidencia una lesión sólida con predominio de áreas de **alta señal en T2**, contornos lobulados, localizada en situación presacra.

(c) Corte axial potenciado en T1 con saturación de la grasa que confirma la presencia de componente **adiposo** de la lesión.

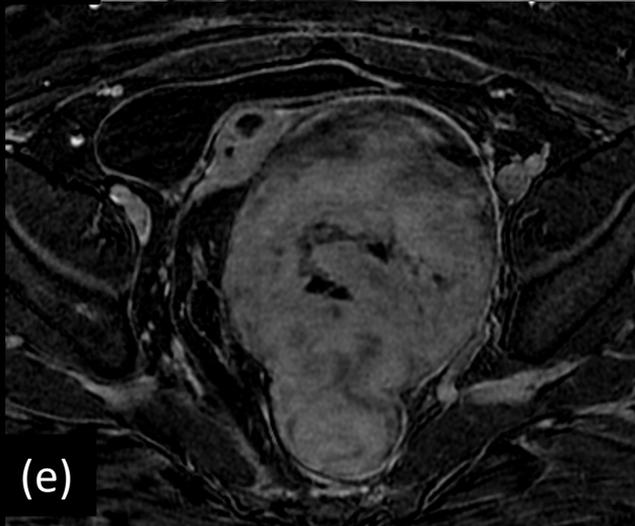
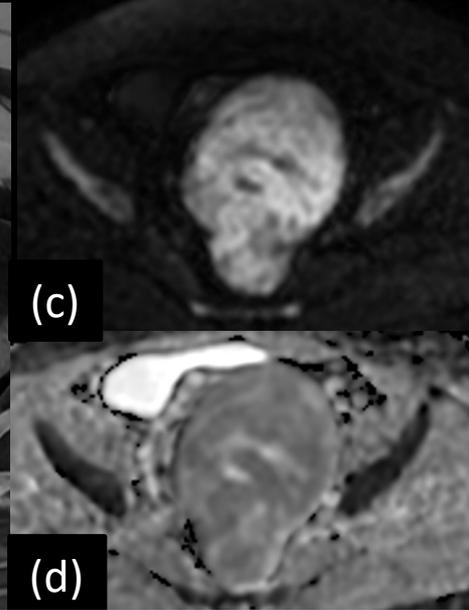
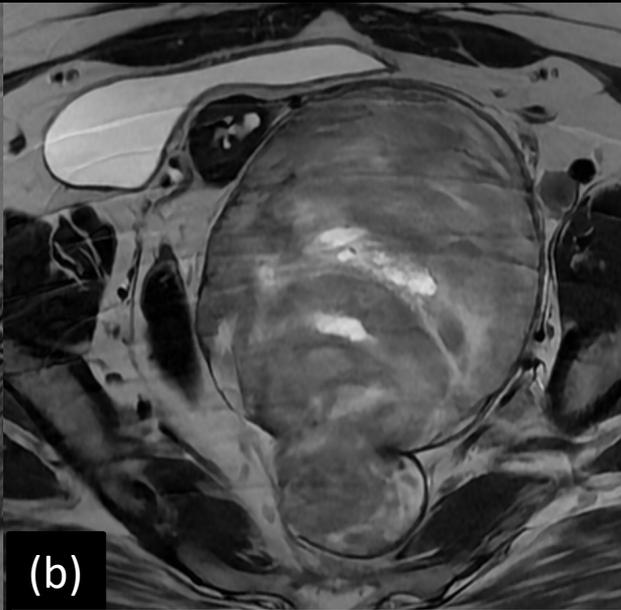
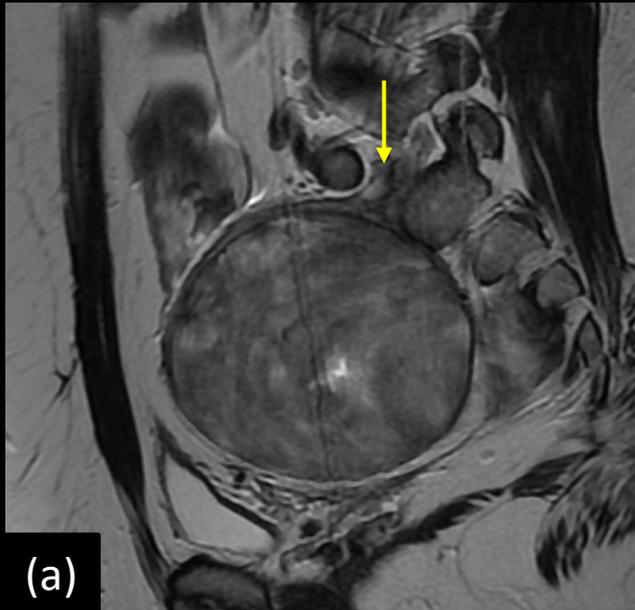
LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

LESIONES SÓLIDAS: TUMOR NEUROGÉNICO

- Los tumores neurogénicos en el área presacra son poco frecuentes y representan entre el 10 y 15% de los tumores que surgen de la región presacra.
- El más frecuente corresponde al Schwannoma.
- Son de lento crecimiento por lo que pueden alcanzar grandes tamaños y causar síntomas por efecto de masa.
- La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección para estos tumores.

LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

LESIONES SÓLIDAS: TUMOR NEUROGÉNICO



Caso 4. Paciente femenino que consulta por lesión presacra.

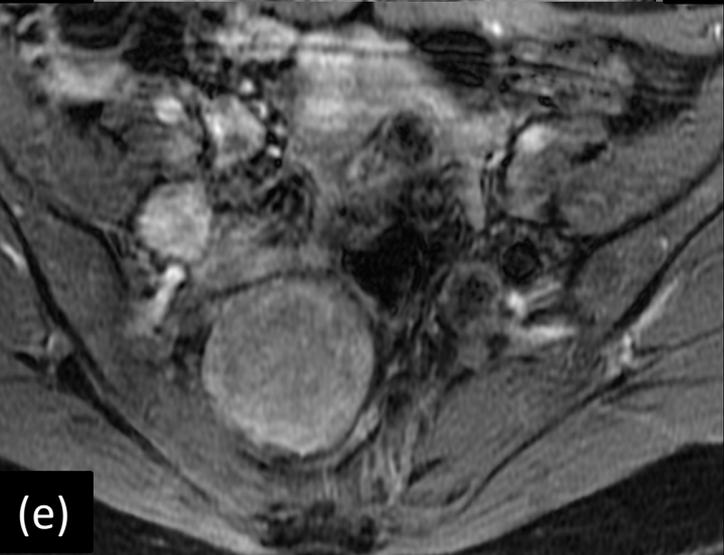
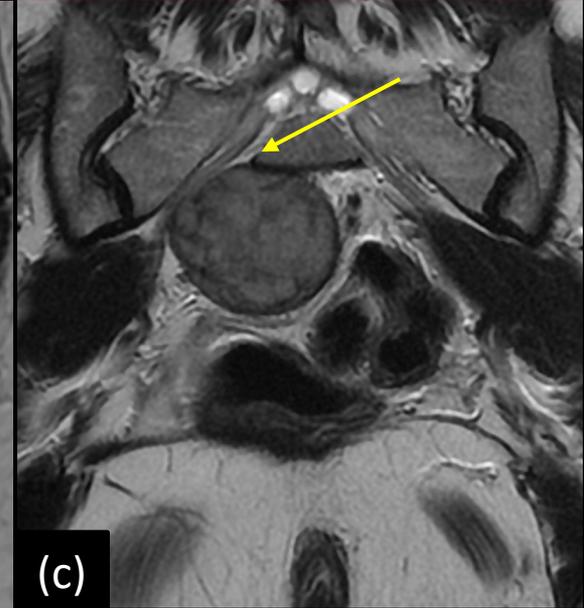
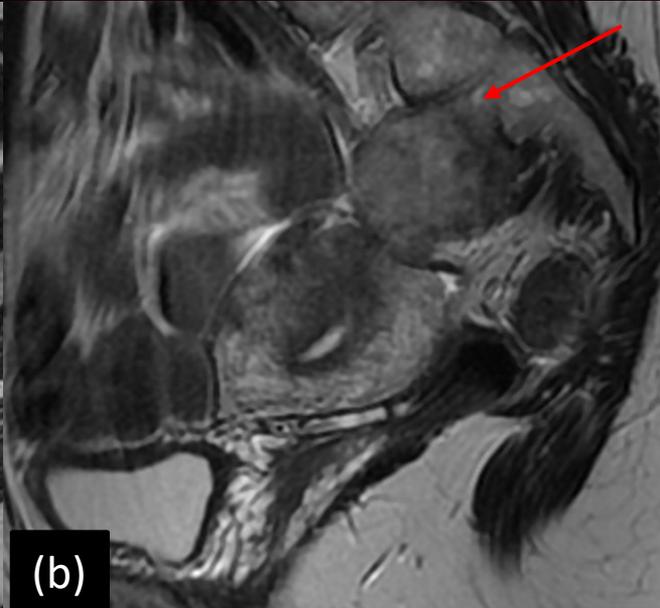
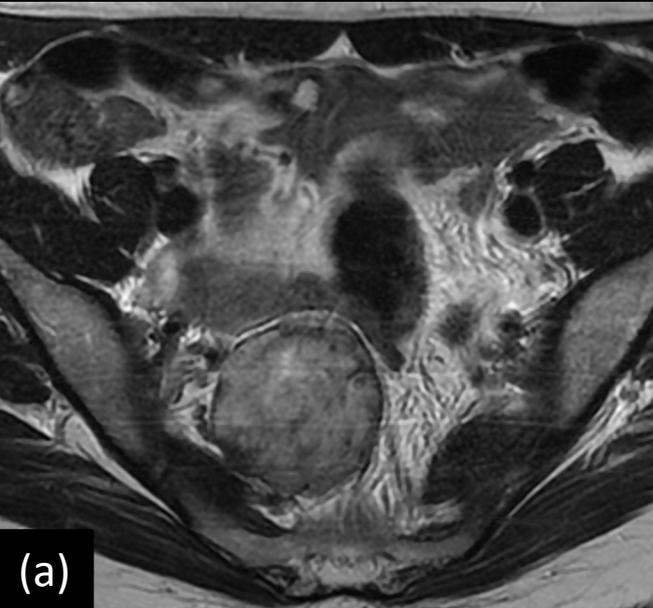
(a y b) Cortes sagital y axial de RM potenciados en T2 HR en los que se evidencia una masa de señal heterogénea, predominantemente alta, de contornos bien delimitados, localizada en situación presacra. Puede verse en secuencia sagital una **extensión hacia la emergencia de las raíces sacras** lo que es clave en el diagnóstico

(c y d) DWI y ADC que muestra restricción a la difusión.

(d) Corte axial T1 GAD con saturación donde se observa realce del componente sólido.

LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

LESIONES SÓLIDAS: TUMOR NEUROGÉNICO



Caso 5. Paciente femenino que consulta por lesión presaca.

(a, b y c) Cortes axial, sagital y coronal de RM potenciados en T2 HR en los que se evidencia una masa de señal heterogénea y contornos bien delimitados, localizada en situación presaca, con una aparente **extensión hacia los agujeros sacros** y en íntima relación con **raíces nerviosas**..

(e) Corte axial T1 GAD con saturación donde se observa realce del componente sólido prácticamente homogéneo.

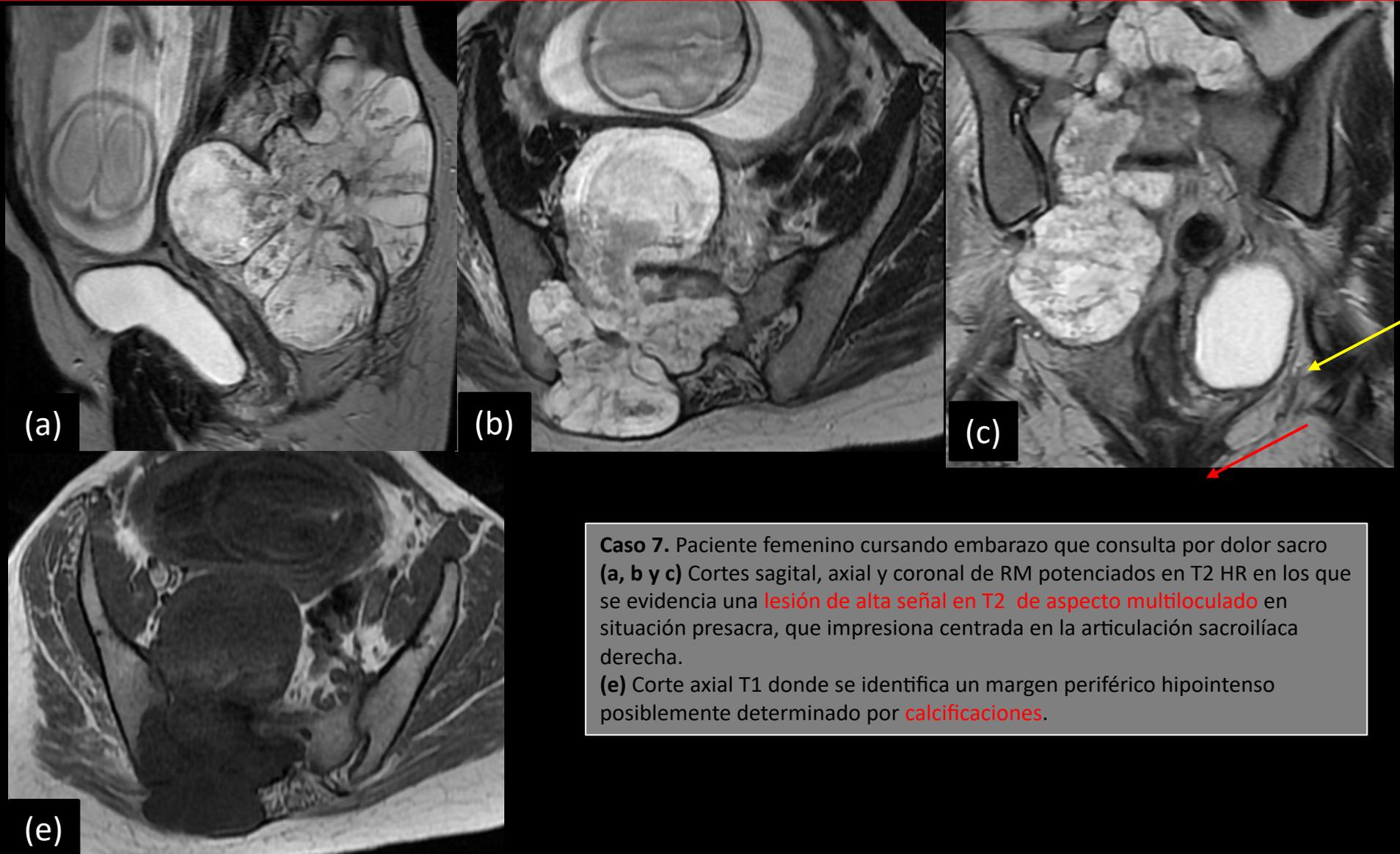
LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

LESIONES SÓLIDAS: **CONDROSARCOMA**

- Dentro de los sarcomas sacros, el condrosarcoma es el más frecuente, seguido por el sarcoma de Ewing y el osteosarcoma.
- Predominantemente afectan a hombres entre los 30 y 70 años (hombres afectados dos a cuatro veces más que las mujeres).
- Pueden originarse *de novo*, a este nivel principalmente desde la articulación sacroilíaca, es decir primario o a partir de la transformación maligna de un encondroma (central) u osteocondroma (periférico) correspondiendo a un condrosarcoma secundario.
- Muchas veces su presentación imagenológica es muy similar al cordoma sacrococcrígeo por lo que su diagnóstico debe confirmarse mediante histología.

LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

LESIONES SÓLIDAS: **CONDROSARCOMA**



Caso 7. Paciente femenino cursando embarazo que consulta por dolor sacro
(a, b y c) Cortes sagital, axial y coronal de RM potenciados en T2 HR en los que se evidencia una **lesión de alta señal en T2 de aspecto multiloculado** en situación presacra, que impresiona centrada en la articulación sacroilíaca derecha.
(e) Corte axial T1 donde se identifica un margen periférico hipointenso posiblemente determinado por **calcificaciones**.

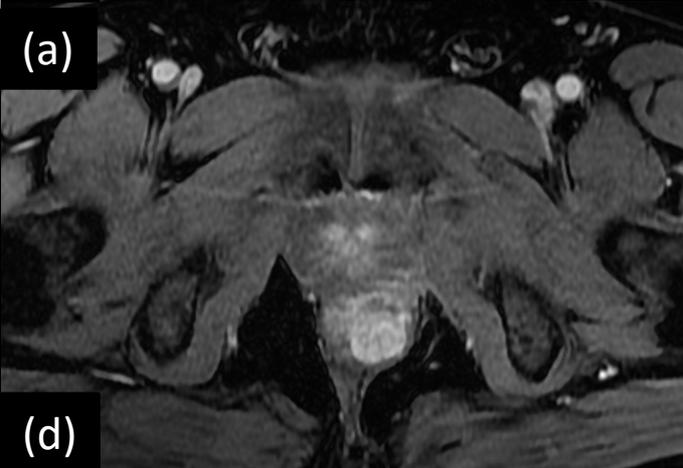
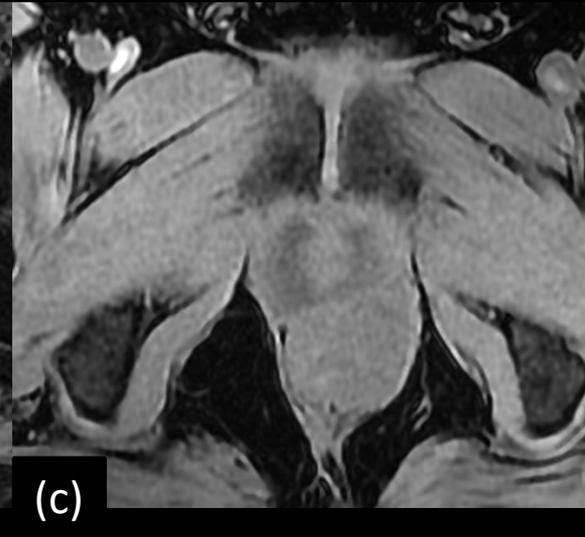
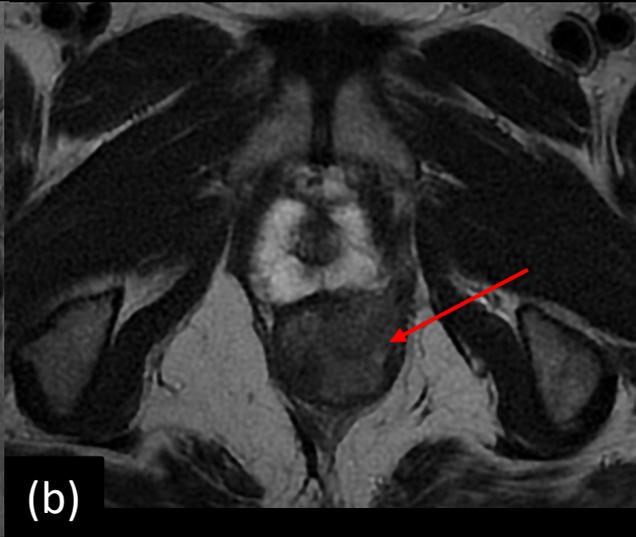
LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

LESIONES SÓLIDAS: GIST RECTAL

- Los GIST (tumores del estroma gastrointestinal), son lesiones que se presentan infrecuentemente en esta localización, correspondiendo al 5-7% (localización más frecuente corresponde a estómago).
- Son más frecuente en hombres, y se presentan a partir de los 40 años, en especial entre los 50-60 años.
- En el espacio retrorectal pueden originarse desde la pared rectal, con crecimiento excéntrico o desde el retroperitoneo.
- En esta localización tienden a ser de mayor grado histológico.
- El 10% de los casos presenta diseminación al momento del diagnóstico.

LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

LESIONES SÓLIDAS: GIST RECTAL



Caso 6. Paciente femenino que consulta por lesión presacra.
(a, b) Cortes sagital y axial de RM potenciados en T2 HR en los que se evidencia una **masa de señal alta y contornos bien delimitados**, localizada en relación a la pared posterior del recto.
(c y d) Corte axial T1 pre y post GAD con saturación grasa donde se observa el marcado realce casi homogéneo de la lesión.

LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

CONCLUSIÓN

- Las lesiones presacras o retrorrectales representan un amplio espectro de lesiones poco frecuentes
- Son lesiones de difícil diagnóstico debido a su presentación inespecífica
- Si bien la caracterización definitiva es anatomopatológica, la RM con el algoritmo planteado puede orientar y estrechar las posibilidades diagnósticas

LESIONES RETRORRECTALES-PRESACRAS : ALGORITMO DIAGNÓSTICO BASADO EN CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

- Leon-Brito, H. et al. Tumoraciones quísticas del espacio retrorrectal: ¿tienen algo en común estos dos casos?. *Anales Sis San Navarra* [online]. 2014, vol.37, n.1 [citado 2023-08-06], pp.151-156. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000100019&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1137-6627. <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000100019>.
- Jonghun John Lee. Presacral Myelolipoma: Diagnosis on Imaging With Pathologic and Clinical Correlation. *AJR* 2016. <https://doi.org/10.2214/AJR.15.15280>.
- Hassan I, Wietfeldt ED. Presacral tumors: diagnosis and management. *Clin Colon Rectal Surg*. 2009 May;22(2):84-93. doi: 10.1055/s-0029-1223839. PMID: 20436832; PMCID: PMC2780241.
- Jatal S, Pai VD, Rakhi B, Saklani AP. Presacral schwannoma: laparoscopic resection, a viable option. *Ann Transl Med*. 2016 May;4(9):176. doi: 10.21037/atm.2016.04.07. PMID: 27275489; PMCID: PMC4876258.
- Jiang ZX, Zhang SJ, Peng WJ, Yu BH. Rectal gastrointestinal stromal tumors: imaging features with clinical and pathological correlation. *World J Gastroenterol*. 2013 May 28;19(20):3108-16. doi: 10.3748/wjg.v19.i20.3108. PMID: 23716991; PMCID: PMC3662951.
- Thornton E, Krajewski KM, O'Regan KN, Giardino AA, Jagannathan JP, Ramaiya N. Imaging features of primary and secondary malignant tumours of the sacrum. *Br J Radiol*. 2012 Mar;85(1011):279-86. doi: 10.1259/bjr/25247602. Epub 2011 Dec 13. PMID: 22167504; PMCID: PMC3473982.