

TUMORES PRÉ-SACROS NO ADULTO. DESCRIÇÃO DE SEIS CASOS

MANUEL DA SILVA RESENDE - TSBCP
EMERSON JOSÉ M. DE OLIVEIRA - TSBCP
MAURO GUIMARÃES
JOSÉ JUVENAL DE ARAÚJO - TSBCP
MURILO B. PESSOA MENDES - TSBCP
ERIVALDO FERNANDES LIRA - ASBCP
FABIA APARECIDA CARVALHO - TSBCP
ANDRÉ GLEIVSON B. DA SILVA - FSBCP
RICARDO SAMPAIO BOAVENTURA
PAULO CESAR SALES

RESENDE MS, OLIVEIRA EJM, GUIMARÃES M, ARAÚJO JJ, MENDES MBP, LIRA EF, CARVALHO FA, SILVA AGB, BOAVENTURA RS & SALES PC - Tumores pré-sacros no adulto. Descrição de seis casos. *Rev bras Coloproct*, 1998; 18(3): 178 - 185

RESUMO: Os autores apresentam um estudo retrospectivo de 13 anos com seis casos de tumores pré-sacros, sendo cinco do sexo feminino e um do masculino. A idade média foi de 40,8 anos, com extremos de 32 a 72 anos. A queixa freqüente (cinco casos) foi de tumor perineal ou sacral. Quatro eram lesões císticas e duas sólidas. Duas das lesões císticas tinham fístula, com perda de secreção purulenta, sendo uma para a região sacra e outra para o reto inferior. O toque retal fez o diagnóstico em cinco pacientes e a fistulografia mostrou a cavidade cística não tocada. A ultra-sonografia e a tomografia computadorizada, quando utilizadas, forneceram dados do caráter sólido ou cístico, do tamanho e das relações topográficas do tumor. Em dois casos realizou-se a biópsia pré-operatória. Cinco tumores foram ressecados por via posterior e um por via combinada através de uma amputação abdômino-perineal. Os diagnósticos histológicos foram: cisto mucossecretor (cisto entérico), cisto epidermóide, cisto inflamatório crônico, lipossarcoma mixóide, leiomiossarcoma. A lesão cística fistulizada para o reto não teve diagnóstico histológico por lise da peça. Esta paciente, contudo, tem acompanhamento de sete anos e oito meses sem recidiva. O cisto inflamatório terminal e os outros dois cistos tiveram seguimento de dois anos e 1,5 ano sem recidiva. O paciente com lipossarcoma mixóide faleceu após quatro meses da cirurgia devido à disseminação metastática e o paciente com leiomiossarcoma veio a falecer após dois meses devido à septicemia por necrose intestinal operada.

UNITERMOS: tumores pré-sacros; tumores retrorretais

O primeiro caso de tumor pré-sacro foi descrito por Pen⁽¹¹⁾ sendo que Virchow sugeriu o termo teratoma sacral em 1869⁽³⁶⁾ e Middeldorph citou a ressecção de um em 1885⁽²⁴⁾. Nesse

mesmo ano Barnes⁽²⁾ publicou o caso de um cisto dermóide encontrado em autópsia e, em 1891, Page⁽²⁶⁾ removeu, com sucesso, por via posterior, um cisto dermóide de 29,5 cm x 17,5 cm. Já o primeiro cordoma sacrococcígeo foi relatado por Hennig em 1900⁽¹¹⁾.

A incidência dos tumores pré-sacros na população geral é desconhecida. São de ocorrência rara nos adultos, estimando-se em um para 40.000 ou de uma para 46.183 internações hospitalares^(31,41). Em 440.255 admissões no Kings Country Hospital, num período de sete anos, foram registrados sete casos de tumores pré-sacros⁽²¹⁾. Jao⁽¹³⁾ relata 120 casos num período de 19 anos. Em outras séries o número de casos observados no período de um ano, com população desconhecida, oscila de 0,6 a 6 com 35% a 67% destes sendo malignos^(7,12,35). Spencer e Jackman⁽³²⁾ encontraram cistos pré-coccígeos em apenas três das 20.851 retossigmoidoscópias realizadas durante um ano na Mayo Clinic. Apesar destes dados, uma incidência específica não foi estimada com precisão devido à falta de uniformidade na literatura. Talvez sua real incidência seja maior que a relatada já que muitas lesões benignas escapam do diagnóstico por serem assintomáticas em 55% dos casos⁽³²⁾.

O potencial de malignização e de infecção destacam a importância no reconhecimento destas lesões assim como seu diagnóstico diferencial já que algumas, principalmente os cistos dermóides infectados, podem se manifestar com fístulas perianais, anorretais ou sacrococcígeas levando a múltiplas intervenções com resultados insatisfatórios^(10,12,25). A remoção cirúrgica dos mesmos é mandatória mas os diversos tipos de abordagem, seja abdominal, posterior ou combinada são assuntos controversos.

Na literatura nacional vamos encontrar relatos de casos isolados ou agrupados em maior número^(4,9,23,27,34).

Tendo em vista tudo isso, abordaremos, neste trabalho, nossa experiência com seis casos de tumores pré-sacros, no período de 1980 a 1989 no Hospital do INAMPS e de 1993 a 1997 no Hospital de Base do DF.

Descrição dos casos

Tivemos cinco casos do sexo feminino e um do masculino. O mais jovem tinha 32 anos e o mais idoso 72 anos, com a média de 40,8 anos. Cinco apresentavam a queixa de tumor na região perineal, sacrococcígea e glútea (Figs. 1 e 2), sendo que em dois havia também eliminação de secreção purulenta por orifício sacral (Fig. 3) ou pelo ânus (Fig. 4). Havia retorragia em dois casos (Tabela 1) e queixa de peso anal ou retal nos casos 4 e 6. Apenas um paciente (caso 3) referia constipação, tenesmo e dor. O tempo de evolução variou de seis meses a cinco anos sendo que um apresentava queixa desde criança. A inspeção foi normal em um, enquanto que nos outros cinco mostrou tumor ou orifício nas regiões perineal, sacral ou glútea. O toque foi normal no caso 1 e nos demais evidenciou compressão extra-retal devido a tumor pré-sacro. A retossigmoidoscopia encontrou uma mucosa normal em todos os casos com compressão extrínseca em cinco e no caso 4, um orifício fistuloso no reto inferior. O Rx da coluna lombo-sacra não mostrou alterações ósseas em nenhum. O clister opaco, realizado em três pacientes, foi normal em um, outro mostrou apenas deslocamento do reto e no terceiro, um trajeto fistuloso para espaço retrorretal. A urografia excretora foi normal nos três realizados. Apenas o caso 1, portador de fístula para a região sacra, foi submetido a fistulografia que definiu lesão cística retrorretal (Fig. 5). A ultra-sonografia no caso 3 mostrou massa sólida (Fig. 6) e no 4 nódulo de baixa ecogenicidade. A tomografia computadorizada evidenciou lesão cística no 5 (Fig. 7) e lesão sólida no 6 (Fig. 8). O Rx de tórax foi normal em todos. Nos casos 3 e 6 realizamos biópsia pré-operatória sendo que no primeiro o diagnóstico foi de lipossarcoma mixóide (Fig. 9) confirmado depois na peça cirúrgica e no segundo o diagnóstico foi de schwannoma não confirmado na peça operatória que mostrou tratar-se de leiomiossarcoma do reto.

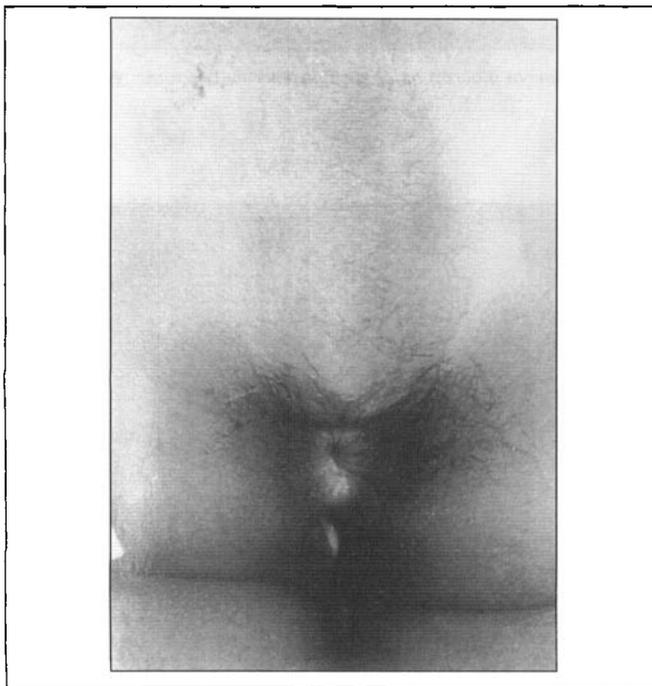


Fig. 1 - Tumor na região sacrococcígea (caso 2).



Fig. 2 - Tumor nas regiões sacrococcígea, glútea e perineal (caso 3).

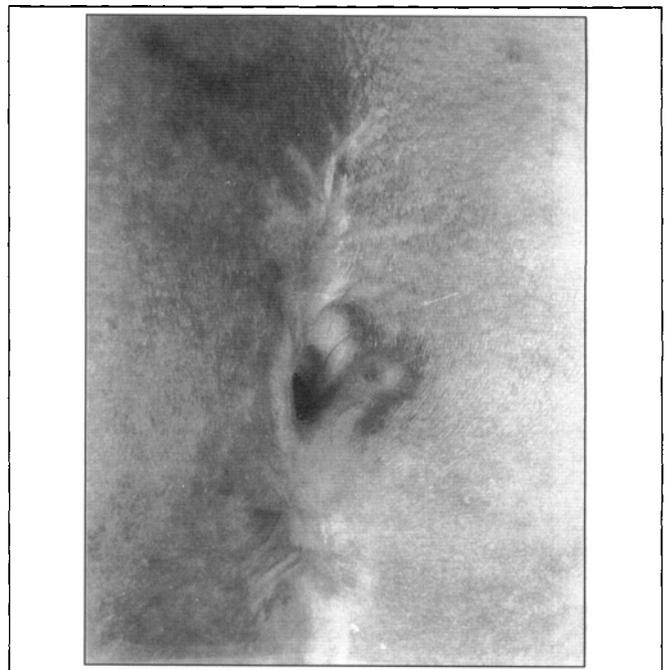


Fig. 3 - Orifício fistuloso na região sacral. Cicatriz devido a duas cirurgias prévias para sinus pilonidal (caso 1).

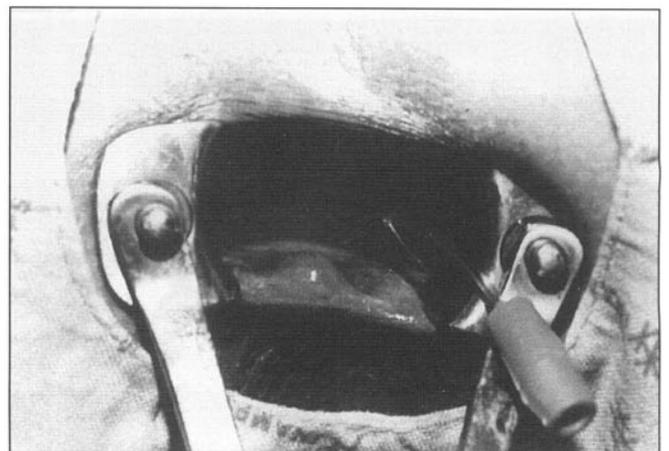


Fig. 4 - Orifício no reto inferior próximo ao canal que foi cateterizado e que se comunicava com o cisto retrorretal.



Fig. 5 - Fistulografia realizada no caso 1 definindo a cavidade cística retrorretal.

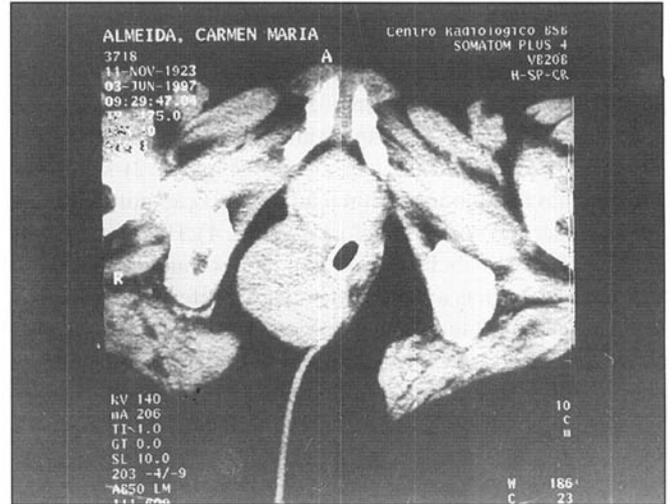


Fig. 8 - Tomografia computadorizada do caso 6 mostrando lesão sólida com invasão dos esfínteres.

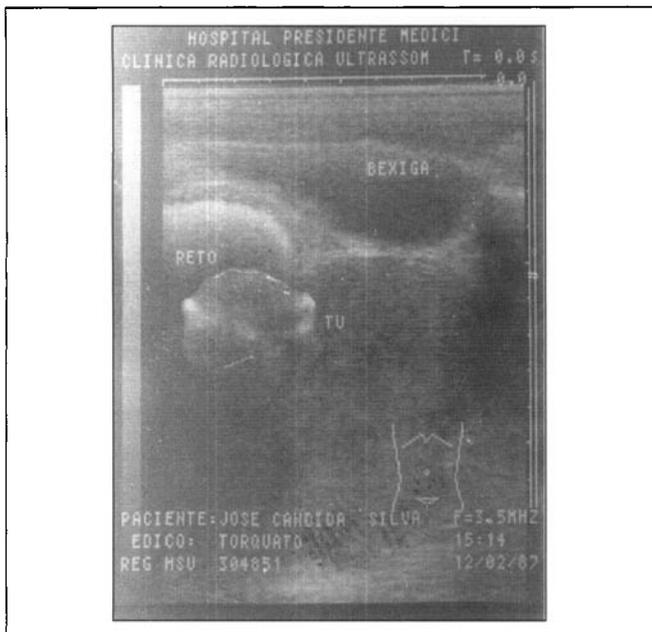


Fig. 6 - Ultra-sonografia realizada no caso 3 demonstrando a textura sólida do tumor.

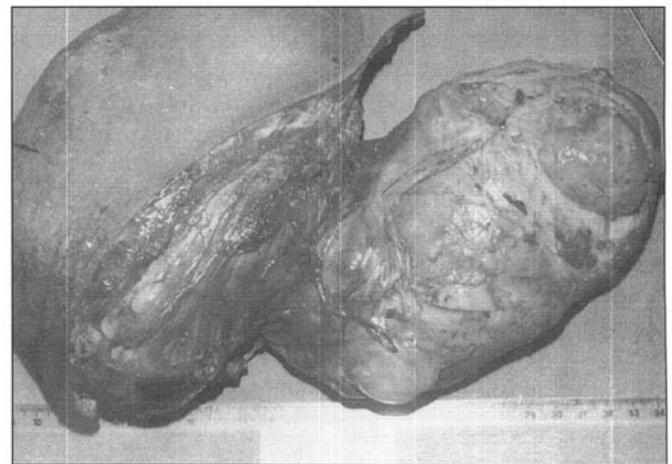


Fig. 9 - Aspecto macroscópico do lipossarcoma mixóide (caso 3).

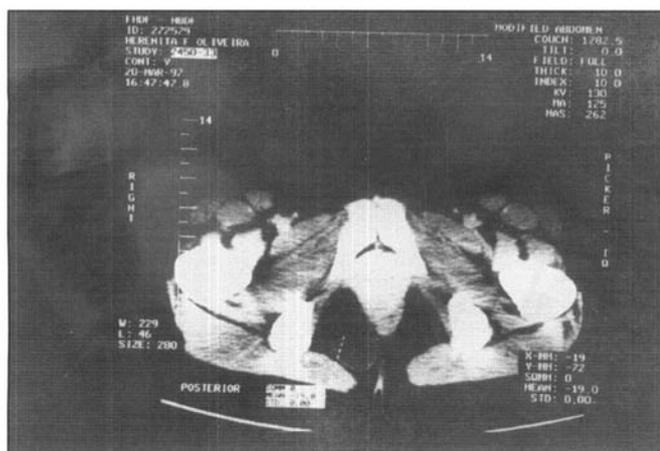


Fig. 7 - Tomografia computadorizada realizada no caso 5 mostrando lesão cística.

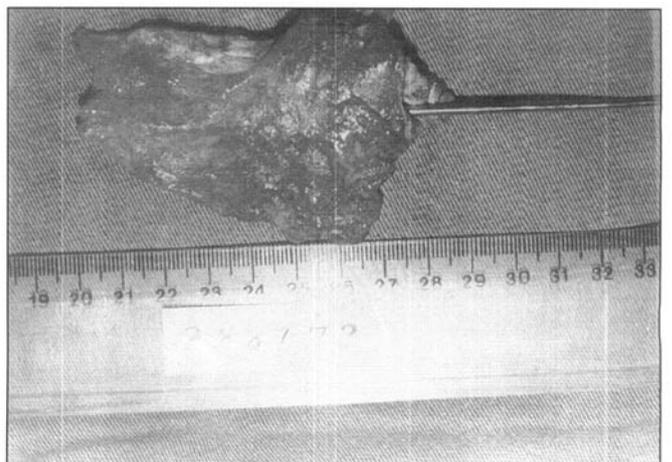


Fig. 10 - Aspecto do cisto mucossecretor ou enterógeno mostrando a fistula (caso 1).

Tabela 1 - Características dos doentes.

	1	2	3	4	5	6
Idade	32	39	32	38	32	72
Sexo	F	F	M	F	F	F
Queixa	Tumor sacrococígeo secreção purulenta há 4 anos	Tumor perineal posterior	Tumor perineal e na nádega e, tenesmo, dor, constipação, retorragia	Peso no reto com eliminação de pus retrorragia	Tumor perineal e na espinha	Tumor anal peso anal
Duração	Desde criança	9 meses	2 anos	3 anos	5 anos	6 meses
Inspecção	Orifício fistuloso na região sacral	Tumor perineal	Tumor ocupando perineo, reg. sacra e glútea esquerda	Normal	Tumor na região sacra	Tumor perianal
Toque retal	Normal	Tumor extra-retal	Tumor extra-retal	Tumor extra-retal	Tumor extra-retal	Tumor retrorretal invadindo esfíncteres
RS	Mucosa normal	Mucosa normal	Mucosa normal	Orifício fistuloso no teto post. Inferior	Mucosa normal	Mucosa normal
RX tórax	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
RX coluna	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Clister opaco	Normal	N/fez	N/fez	Trajecto fistuloso para loja retrorretal	Compressão retrorretal	N/fez
Fistulografia	Cisto pré-sacro	---	---	N/fez	---	---
Urografia	N/fez	N/fez	Normal	Normal	N/fez	N/fez
Ultra-sonografia	N/fez	N/fez	Tumor sólido retro e pararectal esquerdo	Tumor retrorretal (2,5 cm x 3 cm)	N/fez	N/fez
TC	N/fez	N/fez	N/fez	N/fez	Tumor cístico retrorretal (9x8x6)	Tumor sólido retrorretal invadindo esfíncteres (6,7x5,5x8,4)
Biópsia	N/fez	N/fez	Lipossarcoma	N/fez	N/fez	Schwannoma maligno
Cirurgia prévia	2 para sinus pilonidal	---	---	---	---	---
Tratamento	Ressecção via posterior	Ressecção via posterior	Ressecção via posterior	Ressecção via posterior	Ressecção via posterior	Amputação abdômino-perineal
Anat. Patolog.	Cisto mucossecrator com 8x6 cm	Cisto epidermóide com 10 x 8 x 6	Lipossarcoma com 1 750 g diam. 26 cmØ	Peça destruída	Cisto inflamatório	Leromiossarcoma
Seguimento	2 anos	1,5 ano	Óbito após 4 meses	7 anos e 8 meses	Acompanh. Ambulat.	Óbito após 2 meses

As outras lesões eram císticas (casos 1, 2, 4 e 5) e seus diagnósticos histológicos foram, respectivamente, cisto mucossecrator ou enterógeno (Figs. 10 e 11), cisto epidermóide (Fig. 12), sem diagnóstico específico e cisto inflamatório crônico. O cisto do caso 4 não foi definido porque houve grande destruição da peça por falta de fixação em formol. Apenas o caso 1, portador de fístula para a região sacra, tem história de duas cirurgias prévias para sinus pilonidal sem sucesso. Em cinco pacientes (casos 1, 2, 3, 4 e 5) as lesões foram ressecadas por via posterior e no caso 6, devido ao comprometimento dos esfíncteres, realizou-se

amputação abdômino-perineal. O caso 3 fez complementação radioterápica mas faleceu no 4º mês após a cirurgia devido à disseminação metastática. Já o caso 6, embora não tenha apresentado complicações no pós-operatório imediato, foi reinternado no 2º mês PO devido ao quadro obstrutivo com necrose de delgado, falecendo por septicemia após laparotomia e ressecção intestinal. Os outros quatro evoluíram sem problemas e sem recidivas com acompanhamento de dois anos (caso 1), 1,5 ano (caso 2) e sete anos e oito meses (caso 4). O caso 5 ainda está com seguimento ambulatorial em fase terminal de cicatrização.

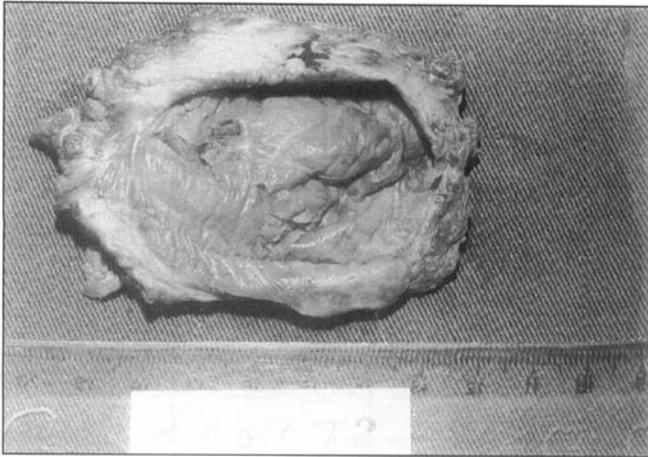


Fig. 11 - Aspecto de cisto mucossecretor após sua abertura (caso 1).



Fig. 12 - Cisto epidermóide - aspecto da peça (caso 2).

DISCUSSÃO

Os tumores pré-sacos ou retrorretais ocupam um espaço limitado posteriormente pelo sacro e cóccix, anteriormente pelo reto, superiormente pela reflexão peritoneal, inferiormente pelos músculos elevadores do ânus e lateralmente pelos ureteres e vasos ilíacos⁽³⁵⁾. É um espaço virtual que pode ser preenchido por numerosos tumores já que contém tecido conjuntivo, ramos do plexo sacro, do simpático, artérias, veias e linfáticos^(12, 35). Não há uma classificação que inclua todas as lesões e que seja verdadeiramente completa. Assim, utilizaremos a que divide tais tumores em congênitos, inflamatórios, neurogênicos, vasculares e linfáticos, ósseos, derivados de partes moles e metastáticos^(9, 40). Este estudo retrospectivo está limitado a população adulta ficando, portanto, prejudicado em alguns aspectos como a idade média e a incidência dos diversos tipos de tumores pois os teratomas e meningoceles são mais frequentemente encontrados nos recém-nascidos e crianças⁽¹⁶⁾.

Nesta série tivemos quatro lesões císticas todas do sexo feminino e outras duas sólidas sendo uma também do sexo feminino. Esta predominância feminina é bem maior que o relato de outros autores^(7, 9, 32, 33, 35) e menor que as referidas em outros trabalhos^(13, 38). Das quatro lesões císticas duas tinham

fístula sendo uma para a região sacra e outra para a parte inferior do reto. No primeiro caso, a paciente foi submetida a dois tratamentos cirúrgicos prévios, sem sucesso, para sinus pilonidal (Fig. 3). As lesões císticas têm esta possibilidade necessitando de cuidados nos diagnósticos diferenciais com fístulas anorretais, além do sinus pilonidal citado, e que podem acarretar cirurgias não bem sucedidas^(13, 32, 35). O diâmetro das lesões císticas variou de 3 a 10 cm. Estavam localizadas na linha média posterior e eram indolores ao toque. Diversos autores dão variações que vão de 1,5 a 25 cm^(12, 13, 32, 35). Um dos tumores sólidos (caso 3) apresentava o peso de 1.750 g, medindo 26 cm em seu maior diâmetro (Fig. 9) e o outro (caso 6) media 6,7 cm x 8,4 cm.

Cinco pacientes procuraram o serviço devido à presença de tumor perineal, sacral ou glúteo (Figs. 1 e 2). Apenas um não tinha esta queixa (caso 4), referindo sensação de peso no reto, com perda de sangue e pus pelo ânus. Outro paciente (caso 1) apresentava também perda de secreção purulenta por orifício na região sacra. O quadro clínico dos pacientes e os exames realizados podem ser observados na Tabela 1. Habr-Gama⁽⁹⁾ na apresentação de seus cinco casos apenas um tinha queixa de tumor e dor sacral e os demais constipação crônica persistente. Spencer⁽³²⁾ refere que 55% de suas lesões císticas eram assintomáticas. Wang⁽³⁸⁾ em seus 45 casos, sendo 23 benignos e 22 malignos, apenas um não apresentava sintomas sendo descoberto num checkup. Cody⁽⁶⁾, na apresentação de seus 39 casos de tumores pré-sacos malignos, 95% eram sintomáticos. Assim, o quadro clínico é muito variável podendo ser assintomático ou discreto até queixas dolorosas ou tumorais com alterações intestinais, urinárias, ginecológicas, ortopédicas ou neurológicas em função de serem benignas ou malignas, do tamanho, da localização, presença ou não de infecção, invasão ou compressão de estruturas vizinhas⁽³⁵⁾. O toque retal é fundamental para o diagnóstico, permitindo constatar a presença do tumor retrorretal, bem como, suas características de superfície, consistência, mobilidade, dor e relação com as estruturas vizinhas. Em cinco casos foi positivo sendo que no caso 1 como a paciente era portadora de fístula sacra a eliminação de secreção impedia a distensão do cisto só confirmado pela fistulografia (Fig. 5). O mesmo, contudo, não ocorreu no caso 4 que foi tocado apesar da fístula (Fig. 4). Provavelmente a drenagem da cavidade cística através da fístula não era eficiente ou, então, intermitente.

A retossigmoidoscopia vem após o toque para afastar presença de tumor retal e nos fornecer as condições da mucosa que estava normal em todos os seus casos. No caso 4 observou-se orifício fistuloso na região posterior e inferior do reto. Há unanimidade em destacar a importância destes simples exames no diagnóstico de quase todas as lesões pré-sacos^(6, 7, 9, 13, 33, 35, 38).

O exame radiológico da coluna lombo-sacra e/ou da pelve pode evidenciar aumento de partes moles, tumores ósseos, erosões, calcificações, imagens metastáticas ou malformações^(7, 9, 33, 35) completando os recursos simples capazes de fornecerem o diagnóstico destes tumores^(13, 18, 38). Em nossa série foram normais. Na série de Habr-Gama⁽⁹⁾ o achado de espinha bífida estava presente em todos os casos.

O clister opaco foi realizado em três pacientes sendo que em um (caso 1) foi normal, no outro (caso 5) mostrou compressão extra-retal e no terceiro (caso 4) foi importante para confirmar a cavidade cística fistulizada para o reto.

A urografia excretora poderá mostrar compressão vesical ou ureteral, com ou sem obstrução, associada ou não a dilatação do sistema pielo-calicial^(9, 33). Realizamos em três casos que foram normais.

Quando há orifício fistuloso para as regiões sacral ou perineal a fistulografia mostrará cavidade cística como no caso 1 (Fig. 5).

Ultra-sonografia foi realizada nos casos 3 e 4, enquanto que a tomografia computadorizada nos casos 5 e 6 (Figs. 6, 7, 8). São dois exames importantes mas nem sempre possíveis de serem feitos e que nos fornecem dados sobre dimensões, topografia, se sólidos ou císticos, permitindo avaliação adicional de presença ou não de metástases hepáticas. Embora a TC seja o estudo mais importante da localização do tumor, não nos permite diferenciar se o mesmo é primário ou secundário^(9, 13, 33, 38, 39). Carcinomas que podem metastatizar para este espaço incluem os da próstata, bexiga, ovário, cólon, mama e sarcomas⁽¹³⁾.

O diagnóstico preciso dos tumores pré-sacos só é feito através de biópsia. Contudo, a indicação desta é muito controversa. Alguns autores a realizam^(6, 9, 17, 21, 33, 35) em alguns casos, principalmente em tumores grandes, aparentemente irressecáveis ou naqueles que apresentam alto risco cirúrgico. Nos casos malignos um diagnóstico positivo permite planejar uma cirurgia radical ou indicar radioquimioterapia. Nesta série a biópsia foi realizada no caso 3 cujo resultado foi confirmado pelo estudo histopatológico da peça e no caso 6 em que o diagnóstico de Schwannoma maligno foi substituído pelo de leiomiossarcoma. O primeiro, pelo seu tamanho (Figs. 2 e 9) e o segundo porque evidenciava-se, ao exame clínico, invasão do sistema esfinteriano (Fig. 13). Outros autores não recomendam fazer a biópsia, seja por agulha ou incisional, devido ao risco de disseminação, recorrência de tumor sólido ou infecção de lesão cística^(1, 8, 13, 38). Contudo, todos são unânimes em que os tumores retrorretais diagnosticados, sintomáticos ou não, devem ser ressecados, a não ser que haja contra-indicação cirúrgica. Estes tumores devem ser removidos devido aos seguintes problemas: primeiro, a lesão pode ser maligna; segundo, o teratoma pode sofrer degeneração maligna; terceiro, a lesão cística pode-se tornar infectada o que acarreta uma recorrência pós-operatória de 30% com cirurgias repetidas e maior possibilidade de causar incontinência fecal; quarto, a mortalidade de meningocele sacral anterior, tumor muito raro, é de 30%, principalmente devido à infecção e meningite; quinto, em mulheres jovens pode acarretar distócia com riscos para a mãe e o feto^(13, 32).

Como os tumores pré-sacos variam bastante em tamanho, localização e relações com as estruturas vizinhas, a conduta a ser adotada deve ser individualizada. Todavia, o tratamento apropriado é a ressecção cirúrgica total, com margens de segurança independentemente do tipo histológico, tendo em mente a possibilidade de malignidade. A via de acesso se abdominal, posterior ou combinada (Abdômino-perineal ou Abdôminosacral) é passível de discussões^(6-8, 13, 17, 21, 32, 33, 35, 38). Enquanto alguns autores conseguem retirar todas ou a maioria das lesões

pela via posterior^(13, 14, 18, 19, 32, 33), outros o fazem para lesões menores e de baixa localização⁽²¹⁾, podendo ser através da via mediana, paramediana ou transversa^(3, 15, 20). E, finalmente, uma abordagem abdominal ou combinada pode ser necessária para lesões mais altas ou muito grandes^(5-7, 17, 21, 31, 33). Na presente série a via posterior foi usada em cinco casos sendo que em três foram pela via mediana (Fig. 14) e em dois pela via paramediana e mediana (Fig. 15). Não houve necessidade da secção de esfínteres externos, apenas dos elevadores.

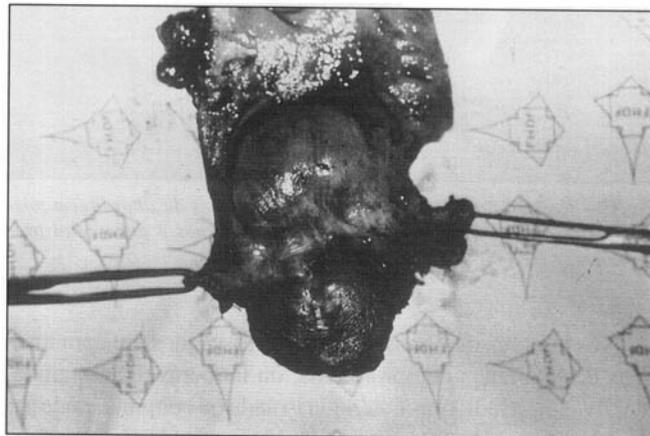


Fig. 13 - Aspecto do leiomiossarcoma invadindo os esfínteres (caso 6).



Fig. 14 - Excisão de lesão cística através de incisão mediana posterior (caso 1) com abertura do elevador.

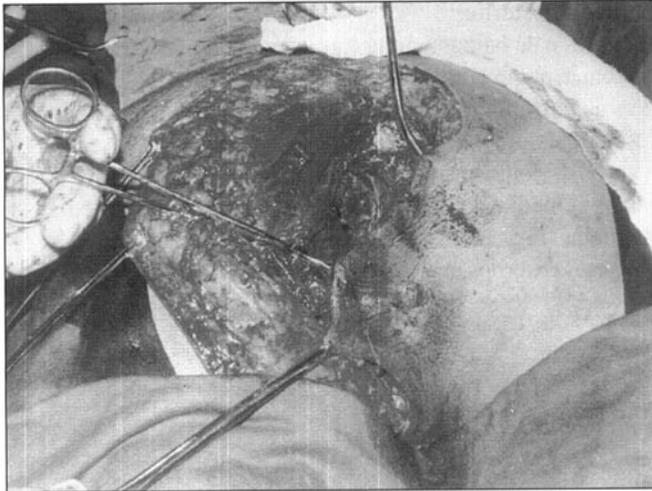


Fig.15 - Excisão do lipossarcoma (caso 3) através da abordagem posterior mediana e paramediana. Esfíncteres externos e puborretal preservados.

Nos tumores malignos totalmente ressecados, ou com margens de segurança comprometida, ou inoperáveis, ou, ainda, recidivados, a radioquimioterapia isolada ou conjunta, pode ser uma opção com resultados muito variáveis e ainda não bem definidos, agravados por falta de estudos randomizados em função da heterogeneidade dos grupos e raridade dos tumores^(22, 28, 29, 30). O fundamental é a ressecção completa do mesmo. Nos dois casos de tumores malignos ressecados, o lipossarcoma e o leiomiossarcoma, este objetivo foi alcançado. Contudo, o primeiro, apesar de receber radioterapia complementar, veio a falecer no 4º mês PO por evolução metastática da doença. Quanto ao leiomiossarcoma, embora fosse o caso mais idoso do grupo, teve um pós-operatório imediato sem complicações como resultado da amputação abdômino-perineal realizada devido à invasão esfinteriana anorretal. Contudo, a paciente foi readmitida no 2º mês PO com quadro obstrutivo acompanhado de necrose de delgado que foi operado mas seguido de septicemia e óbito. Teve, desta forma, um acompanhamento muito curto. A sobrevivência destes tumores varia muito conforme diversas variáveis principalmente o tamanho, o grau de diferenciação e a ressecção completa ou não^(29, 37) do mesmo.

As outras quatro lesões eram benignas e císticas, sendo três congênitas e uma inflamatória crônica. As congênitas compreendiam um cisto mucossecretor ou enterógeno (Figs. 10 e 11), um cisto epidermóide (Fig. 12) e um cisto fistulizado para o reto (Fig. 4) em que a peça foi destruída por não haver sido colocada em formol. Este último, contudo, tem um acompanhamento de sete anos e oito meses sem recidiva. Os dois primeiros têm seguimento de dois anos e 1,5 anos, respectivamente, sem problemas. O cisto inflamatório, de etiologia não definida, não foi completamente ressecado porque sua parede anterior fazia corpo com a posterior do reto. Como tática cirúrgica fizemos marsupialização retirando a parede posterior. Ainda encontra-se em acompanhamento ambulatorial em fase de cicatrização terminal.

Os resultados funcionais foram bons com relação a continência fecal nos pacientes que tiveram abordagem posterior.

RESENDE MS, OLIVEIRA EJM, GUIMARÃES M, ARAÚJO JJ, MENDES MBP, LIRA EF, CARVALHO FA, SILVA AGB, BOAVENTURA RS & SALES PC - Pre-sacral tumours in adults. Report of six cases.

SUMMARY: The authors present a retrospective of 13 years study of six cases of pre-sacral tumors: five female and one male. The mean age was 40.8 years, ranging from 32 years to 72 years. The most frequent complaint (5 cases) was of perineal on sacral tumour. Four lesions were cystic and two were solid. Two of cystic lesions had a fistula, with purulent secretion, one leading to the region and other to the inferior rectum. The rectal clinical examination diagnosed five patients and the fistulography showed the computed tomography when performed. Five tumours were excised by way of posterior approach and one across an abdominal-perineal (enterogen cyst) epidermoid cyst, a chronic inflammatory cyst, a mixed liposarcoma and a leiomyosarcoma. The cyst lesion with fistula to the rectum did not have a histologic diagnosis because of technical problems. However, the patient had a seven years follow up with out recurrence. The patient with the chronic inflammatory cyst is in an out patient clinic, follow up and in end healing and two other cysts had a follow up of 2 years and 18 months with out recurrence. The patient with a liposarcoma mixoid died four years after surgery, because of metastatic dissemination and the patient with the leiomyosarcoma died 2 months later with septicemia following enteral necrosis.

KEY WORDS: presacral tumours; retrorectal tumours

REFERÊNCIAS

1. Abernathy CD, Onofrio BM, Scheithauer B, et al. Surgical management of giant sacral Schwannomas. *J Neurosurg* 1986; 65: 286-95.
2. Barnes F. A case of Porro's operation. *Br Med J* 1885; 1: 122-3.
3. Bevan AP. Carcinoma of the rectum: treatment by local excision. *Surg Clin North Am* 1917; 1: 1233.
4. Bedran Filho J, Abi Rached FJ, Bedran AO, et al. Schwannoma maligno pré-sacral (retroretal). *Rev bras Coloproct* 1982; 2: 33.
5. Clatworthy Jr. HW. The vascular anatomy teratomas: its significance in surgical management. *Surg* 1961; 49: 543-49.
6. Cody HS, Marcove RC, Quan ST. Malignant Retrorectal Tumors: 28 years experience at Memorial Sloan - Kettering Cancer. *Dis Colon Rectum* 1981; 24: 501-6.
7. Freier DT, Stanley JC, Thompson NW. Retrorectal Tumors in adults. *Surg Gynecol Obstet* 1971; 132: 681-6.
8. Geelhoed GM, Kotz HL. A posterior approach to the presacral mass. *World J Surg* 1983; 7: 620-8.
9. Habr-Gama A, Vieira MJF, Marchan LA, et al. Tumores retroretais no adulto. Descrição de cinco casos. *Rev bras Coloproct* 1986; 6: 28-36.
10. Hawpins J, Jackman RJ. Developmental cysts as a source of perianal abscesses, sinuses and fistulas. *Am J Surg* 1953; 86: 678-83.
11. Hennig I. Ueber congenitale echte Sacraltumoren. *Beitr Pathol Anat* 1900; 28: 593-619.
12. Jackman RJ, Clark PL, Smith ND. Retrorectal tumors. *JAMA* 1951; 145: 956-62.
13. Jao SW, Beart RW, Spencer RJ, et al. Retrorectal tumors: Mayo Clinic experience 1960 - 1979. *Dis Colon Rectum* 1985; 28: 644-52.
14. Kanemitsu T, Kojima T, Yamamoto S, et al. The transsphincteric and Transsacral approaches for the surgical excision of Rectal and Presacral Lesions. *Jpn J Surg* 1993; 23: 860-66.
15. Kraske P. Zur Extirpation hochsitzender Mastdarm Kresbse Vech. *Deutsch Ges Chir* 1885; 14: 464.
16. Laird DR. Presacral Cystic tumors. *Am J Surg* 1954; 88: 793.
17. Localio SA, Eng K, Ranson SHC. Abdominosacral approach for retrorectal tumors. *Ann Surg* 1980; 191: 555-60.

18. Mac Carty CS, Waugh JM, Mayo CW, Coventry MB. The surgical treatment of presacral tumors: a combined problem. *Mayo Clin Proc* 1952; 27: 73-78.
19. Mac Carty CS, Waugh JM, Coventry MB, Cope WF. Surgical treatment of sacral and presacral tumors other than sacrococcygeal chordoma. *J Neurosurg* 1965; 22: 458-64.
20. Mason AY. The place of local resection in the treatment of rectal carcinoma. *Proc Roy Soc Med* 1970; 63: 1259-62.
21. Mc Cune WS. Management of sacrococcygeal tumors. *Ann Surg* 1964; 159: 911-18.
22. Mc Graith PC, Neifeld JP, Lawrence W, et al. Gastrointestinal sarcomas. *Ann Surg* 1987; 206: 706-11.
23. Medeiros RR, Leonardi LS, Pires AM, et al. Teratoma pré-sacral em adultos. *Rev bras Coloproct* 1982; 2: 92-5.
24. Middeldorf K. Zur Kenntniss der angeborenen Sacralgeschwulste. *Arch Pathol Anat Physiol* 1885; 101: 37-44.
25. Migliorelli F, Cooper P, Mc Elhinney J. Unusual presacrococcygeal cystic tumors. *Am J Surg* 1967; 113: 777-82.
26. Page F. Large extraperitoneal dermoid cyst successfully removed through an incision across the perineum, midway the anus and the coccyx. *Br Med J* 1981. 1: 406
27. Pilon B, Nechar SA, Nakamura R, et al. Tumores retrorretais no adulto. Schwannoma benigno retrorretal. Relato de um caso e revisão da literatura. *Rev bras Coloproct* 1992; 12: 144-48.
28. Plukker JTH, Blomjous EM, Wagstaff J, Meijer S. Primary leiomyosarcoma of the rectum: report of two cases and review of the literature. *Neth J Surg* 1989; 41: 88-91.
29. Randleman CD, Wolf BG, Dozois RR, et al. Leiomyosarcoma of the rectum and anus. A series of 22 cases. *Int J Colon Dis* 1989; 4: 91-96.
30. Roig Garcia J, Fernández Fernandez L, Tieso Herreros A, et al. Leiomyosarcoma de recto. A propósito de um caso estadiado por ecografia endorrectal. *Rev Esp Enfer Dig* 1991; 80: 69-70
31. Ross ST. Sacral and presacral tumors. *Amer J Surg* 1948; 76: 687.
32. Spencer RJ, Jackman RJ. Surgical management of precoccygeal cysts. *Surg Gynecol Obstet* 1962; 115: 449-52.
33. Stewart RJ, Humphreys WG, Parks TG. The presentation and management of presacral tumors. *Br J Surg* 1986; 73: 153-55.
34. Tajra AD. Teratoma sacrococígeo - apresentação de dois casos. *Rev bras Coloproct* 1981; 8: 314-19.
35. Uhlig BE, Johnson RL. Presacral tumors and cysts in adults. *Dis Colon Rectum* 1975; 18: 581-96.
36. Virchow. Ueber die Sacralgeschwulst des Schließener Kindes. *Berl Klin Wochenschr* 1969; 6: 193-4.
37. Walsh TH, Man CV. Smooth muscle neoplasma of the rectum and anal canal. *Br J Surg* 1984; 71: 597-9.
38. Wang JY, Hsu CH, Changchien CR, et al. Presacral Tumor: A Review of Forty-five cases. *The American Surgeon* 1995; 61: 310-15.
39. Whelan MA, Hilal SK, Gold RP, et al. Computed tomography of the sacrum: 2 Pathology *AJR* 1982; 139: 1191-5.
40. Whitney BV. Retrorectal hemangioendothelioma. *J Am Geriat Soc* 1955; 3: 867-76.
41. Whittaker LD, Pemberton J. Tumors ventral to the sacrum. *Ann Surg* 1938; 107: 96-106.

Endereço para correspondência:

Manuel da Silva Resende
SQS 106 Bloco J, ap. 103
70345-100 - Brasília - DF