

CISTO EPIDÉRMICO PRÉ-SACRAL NO ADULTO

PRESACRAL EPIDERMAL CYST IN ADULT

Marcelo Betim Paes Leme; TCBC-RJ¹
Evandro de Moraes e Silva; TCBC-RJ²

INTRODUÇÃO

Os tumores do espaço pré-sacral (ou retrorretal) no adulto são infreqüentes e poucos cirurgiões têm acumulado experiência significativa com eles. O espaço pré-sacral é delimitado anteriormente pelo reto e posteriormente pelo sacro e cóccix. O músculo elevador do ânus e os músculos coccígeos formam o limite inferior. O limite superior é a reflexão pélvica do peritônio¹.

Em que pese a grande variedade de tumores que ocorrem neste espaço², a maior parte é de origem congênita, entre estes os cistos de desenvolvimento, que incluem os epidérmicos, são os mais comuns³. O diagnóstico definitivo só é firmado pelo exame histológico, entretanto a biópsia pré-operatória das lesões císticas pode ser perigosa e na maioria das vezes está contra-indicada⁴.

Assim, a incerteza diagnóstica implica a indicação de operação e ressecção completa do cisto para estabelecimento do diagnóstico histológico definitivo, já que alguns são malignos⁵.

RELATO DO CASO

Paciente feminina, branca, 29 anos foi atendida no ambulatório de coloproctologia do Hospital São João Batista/UniFoa, com queixa de tumoração em região perianal que surgiu há um ano e que há três meses começou incomodá-la, com dificuldade para sentar em decorrência do aumento da lesão. A paciente não referia qualquer outro sintoma.

Ao exame físico verificava-se abaulamento em região perianal na projeção do quadrante posterior direito. Ao toque retal notava-se tumor de consistência fibroelástica que deslocava anteriormente a parede posterior do reto; o limite proximal localizava-se a cerca de 6cm da borda anal.

A retossigmoidoscopia não revelou comprometimento da mucosa retal. A TC de região pélvica demonstrou tumoração cística de conteúdo denso em região pré-sacro-coccígea de 6 × 3cm (Figura 1).



Figura 1 — Tomografia mostrando lesão cística em região pré-sacro-coccígea.

A paciente foi submetida à operação no dia 02/06/2000 através de acesso posterior e incisão para-sacral direita. Após a secção do ligamento anococcígeo foi identificada tumoração cística bem delimitada (Figura 2). Realizada ressecção do cisto, o leito operatório foi drenado com dreno de sucção. A paciente evoluiu sem complicações ou seqüelas, recebendo alta no terceiro dia de pós-operatório.

O estudo histopatológico revelou formação cística de 7,0 × 5,5cm cujo corte demonstrou parede delgada e conteúdo grumoso e acinzentado. A microscopia demonstrou tratar-se de cisto epidérmico, cujo revestimento caracteriza-se pela presença de epitélio escamoso estratificado sem anexos cutâneos.

DISCUSSÃO

Mais da metade dos tumores pré-sacros é congênita e dois terços desses são cistos de desenvolvimento³. Estes cistos são classificados em epidérmicos, que possuem epi-

1. Professor Assistente de Clínica Cirúrgica do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA. Mestre em Gastroenterologia Cirúrgica pela UNIFESP — Escola Paulista de Medicina. Cirurgião do Hospital São João Batista/UniFOA
2. Professor Assistente de Anatomia Humana do Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA. Cirurgião do Hospital São João Batista/UniFOA.

Recebido em 12/12/2000

Aceito para publicação em 14/08/2001

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia do Hospital São João Batista/UniFOA — Volta Redonda



Figura 2 — Aspecto transoperatório da ressecção do cisto por via posterior.

télio escamoso estratificado com queratina, porém sem apêndices cutâneos; cistos dermóides, que apresentam epitélio escamoso e apêndices cutâneos; cistos mucossecretores, revestidos por epitélio colunar de origem endodérmica e os teratomas que contêm pelo menos dois dos três folhetos embrionários e podem apresentar pêlos, ossos e dentes⁴. A grande maioria desses cistos é benigna, entretanto a degeneração maligna é possível e ocorre em cerca de 10% dos casos verificados em pacientes adultos³.

Os cistos congênitos epidérmicos são mais comuns nas mulheres². Sua freqüência tem sido relatada como variando entre 0,9% e 12,5% (média de 6,2%) de todos os tumores do espaço pré-sacral (Tabela 1)⁵.

A maioria dos cistos congênitos é assintomática. Os sintomas, quando existem, dependem do tamanho e da posição do cisto². Muitos pacientes descobrem a tumora-

Tabela 1
Freqüência do cisto epidérmico em tumores pré-sacrais⁵

<i>Autor</i>	<i>Freqüência</i>	<i>Período</i>
Uhlig <i>et al.</i>	1/63	1945-1975
Jao <i>et al.</i>	15/120	1960- 1979
MacCarty <i>et al.</i>	6/52	1949-1961
Hurdling <i>et al.</i>	1/19	1922
Jackman <i>et al.</i>	1/114	1937-1948
Spencer <i>et al.</i>	1/38	1956-1960
Total	25/406	

ção pelo incômodo ao sentar ou após uma queda¹. Quando existe infecção ocorre dor perineal, febre e descarga purulenta. Todos pacientes que apresentam fracassos múltiplos no tratamento de uma supuração perianal devem ser pesquisados para possibilidade de cisto pré-sacral¹.

O exame retal constitui a chave diagnóstica: 97% dos tumores são palpáveis ao toque retal⁴. A retossigmoidoscopia pode revelar uma compressão extrínseca quando existe uma grande tumoração⁴. Usualmente a mucosa tem aspecto normal³.

Os exames de imagem, especialmente a TC, determinam detalhadamente o tamanho da tumoração, sua relação com o sacro e outras estruturas como bexiga, ureteres e vasos ilíacos. A tomografia também pode diferenciar os tumores sólidos dos císticos.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de cisto pré-sacral o tratamento deve ser a ressecção completa, evitando-se a sua rotura. Mesmo quando assintomáticos esses cistos devem ser ressecados por duas razões: degeneração maligna e infecção recorrente. Essa última tem sido relatada como sendo um fator que aumenta as chances de incontinência e recidiva em decorrência de dificuldades técnicas por ocasião do tratamento cirúrgico definitivo⁴.

O tratamento operatório pode ser realizado por abordagem posterior, abdominal ou combinada. A escolha da via de acesso é feita considerando-se o tamanho, a localização e as características do cisto. A abordagem posterior, utilizada neste caso, é a ideal para cistos distais³; a ressecção do cóccix, indicada por alguns autores, tem sido considerada desnecessária por outros. A via abdominal está indicada para grandes cistos especialmente os de posição mais alta⁵.

ABSTRACT

Presacral tumors are relatively uncommon. We report a case of presacral epidermal cyst in a 29-years-old female, which was completely extirpated through a posterior approach, without removal of the coccyx. Histological examination showed a cyst lined by keratinized stratified squamous epithelium.

Key Words: *Epidermal cyst; Presacral tumor.*

REFERÊNCIAS

1. Uhlig BE, Johnson RL. Presacral tumors and cysts in adults. *Dis Colon Rectum*, 1975, 18:581-596.
2. Tokunaga Y, Mukaihara S, Tanaka M et al. Presacral epidermal cyst found in an adult male with a high CEA content: report of an unusual case. *Jpn J Surg*, 1994, 24:556-560.
3. Wexner SD, Jagelman DG. Pilonidal sinus, pre-sacral cysts and tumors and pelvic pain. In: Zuidema GD, Condon RE. *Surgery of the alimentary tract* (3rd ed). Philadelphia. WB Saunders Co., 1991; pp.390-405.
4. Jao SW, Beart RW, Spencer RJ et al. Retrorectal Tumors. Mayo clinic experience, 1960-1979. *Dis Colon Rectum*, 1985, 28:644-652.
5. Midorikawa Y, Kubota K, Koyama H et al. Presacral epidermal cyst: a report of an adult case. *Hepato-Gastroenterology*, 1996, 46:1399-1402.

Endereço para correspondência:
Dr. Marcelo Betim Paes Leme
Rua Moacir de Paula Lobo, 19
27283-350 — Volta Redonda-RJ
E-mail: marcelo.leme@uol.com.br