

ARTICULO ORIGINAL

ABORDAJE AL ESPACIO RETRORECTAL

Prof. Adj., J.V. BINETTI; Prof. Tit., A. FONTANA; J.T.P., R. DESIMONE,
Aytes: S. ROSELLA; M. Meso; W. VEGA.
Cátedra "C" de Anatomía
Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata
Calle 60 y 120 (1900) La Plata. Buenos Aires. Argentina

Introducción

El recto y su meso conforman una unidad linfovascular de origen embriológico distinto de las estructuras somáticas que lo rodean existiendo un espacio que lo separa del sacro, es el denominado espacio retrorectal, el cual está delimitado por la fascia propia del recto que deriva de la reflexión de la fascia endopelviana y envuelve a este, su meso y todas las estructuras linfáticas, vasculares y nerviosas que este contiene.

Sobre el mesorecto se halla en contacto con la arteria hemorroidal superior la que puede ser utilizada como guía para su identificación. Inmediatamente por detrás se halla el espacio presacro ó rectoanal avascular, que constituye el plano de movilización natural del recto ⁽¹⁾.

La fascia presacra ó de Waldeyer reviste la cara anterior del sacro comenzando entre 4^a y 5^a vértebras sacras, continuándose luego sobre la cara superior del elevador para terminar a nivel de la unión anorectal.

Algunos preservan el nombre del mencionado autor para la última porción. Cubre ó envuelve en su parte superior al nervio presacro, a los nervios hipogástricos y a las arterias y venas presacras. (Membrana nerviosa de Czerniuk ⁽²⁾).

El espacio rectoanal queda dividido entonces en dos celdas, una ventral yustaintestinal y otra dorsal yustaósea ⁽³⁾.

La fascia rectosacra se desprende de la fascia presacra a la altura de la S4 y desde allí se dirige a la cara posterior del recto donde se fija a la fascia propia a unos 3 cm. por arriba de la unión anorectal ⁽⁴⁾.

Lateralmente el espacio retrorectal se encuentra delimitado por las láminas interuretrales descritas por Farabeuf y Pierre Delbet (1891) como sacro-recto-génito-pubianas, éstas toman inserción ósea en el sacro y en el pubis, convergiendo al confluente retro-vésico-prostático en

El hombre ó latero vagino-uterino, en la mujer, bordeando las vísceras ⁽⁵⁾.

Finalmente el espacio retrorectal parece cerrado en su cara superior por la separación de las hojillas del meso sigmoides, permaneciendo comunicado con el espacio prevertebral ⁽⁶⁾.

Objetivos

Abordar el espacio retrorectal por distintas vías y establecer los distintos elementos anatómicos a tener en cuenta para no lesionarlos.

Material y método

Se utilizaron pelvis de cadáveres adultos de ambos sexos formolizadas en las cuales se disecó la ampolla rectal y los elementos anatómicos que conforman el espacio retrorectal, abordándose este por las vías paras-acra, siguiendo el borde izquierdo del sacro (vía de Mason ó Bevan ⁽⁷⁾), trans-sacra resecaando el coxis y las últimas vértebras sacras por debajo del 3^{er} agujero sacro (vía de Kraske ⁽⁸⁾),y finalmente la vía endorectal a través del recto (⁹).

Resultados

La vía para-sacra permite un buen abordaje al espacio retrorectal y al recto pero en algunos casos se puede lesionar complejo puborectal-esfínter externo; la vía trans-sacra es más directa pero se puede lesionar las ramas del plexo sacro si se aborda por arriba del 3^{er} agujero sacro y deja una debilidad en la cuña sacrocoxígea; la vía endo-rectal es poco cruenta y permite sobre todo la evacuación de colecciones líquidas pudiendo dejar la incisión abierta debido al tabicamiento de dicho espacio.

Conclusiones

Para abordar el espacio retrorectal y el recto es fundamental conocer los elementos anatómicos que conforman la región y en especial la forma de evitar las lesiones de los elementos asculares como las venas presacras, las cuales sangran profusamente debido a comunicaciones directas valvulares a través del cuerpo vertebral con venas del plexo venoso intraraquídeo; y de elementos nerviosos como el nervio presacro (¹⁰).

La vía más utilizada es la para-sacra, la cual permite una reparación anatómica de la misma, y la vía endo-rectal para la evacuación de emergencia de colecciones retrorectales (abscesos, tumores benignos con contenido infectado, etc).

Bibliografía

- 1-Consideraciones anatomo-quirúrgicas sobre la vaina rectal. Dres J. Farall, M. Martínez Ribó, V. Brunella, O.E. Koch. Publicaciones V, Sociedad Rioplatense de Anatomía. Año 1973-1974. Pág.104.
- 2-La fascia de Waldeyer. Su papel en cirugía. E. Czerniuk, J.M. Palacios Jaraquemada y E.A. Morales. Publicaciones: XX Congreso de la Asociación Rioplatense de Anatomía. Pág.13-15.
- 3-Relato: Adelantos en el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Recto y Ano. Dr. M. Benatti. M.A.A.C. Sexagésimo. Segundo Congreso Argentino de Cirugía. Pág.89-92.
- 4-Cirugía del Ano-Recto y Colon. John Goligher. Edit. Salvat. Año 1998. Pág. 381-384.
- 5-Las láminas sacro-recto-genito-pubianas de Farabeuf y Pierre Delbet. Estudio Crítico. Autores: Elías Regules, A. Ruiz Liard, C. Rodríguez Z y A. Alvite Agulleiro. Cat. Anat. Fac. Med. Prof. Gonzalo Estapé C. Publicaciones XX Congreso de la Asociación Rioplatense de Anatomía. Pág.71.-
- 6-Relaciones aponeuróticas y espacios histológicos. Complicaciones Anatómicas en Cirugía General. John E. Skandalakis, Stephen W. Gray, Joseph S. Rowe Jr. Editorial McGraw-Hill. Año 1984. Pág. 232-234.
- 7-Acceso anatomoquirúrgico del recto por vía para-sacra. Jaime Szereszewski, Eduardo Pro. Publicaciones del XXVII Congreso de la Asociación Rioplatense de Anatomía. Capítulo 7. Pág. 6.
- 8-Exposición del recto a través de abordajes posteriores. Dr. G. Veirano, Prof. G. Estapé. Publicaciones XXV Congreso de la Asociación Rioplatense de Anatomía. Capítulo 9.
- 9-Cirugía de Michans. Pedro Ferraina, A. Oria. Edit. El Ateneo. Quinta Edición. Capítulo de Colon y recto. Pág. 816-878.

10-La vía transefinteriana para cirugía del Cáncer rectal. Bases Anatomclínicas y Quirúrgicas. Autores: Dr; García M, Prat G, Staltari D, Guadix E. Y J. V. Binetti. Publicaciones del XVI Congreso de la Asociación Rioplatense de Anatomía. Pág.38.