

TUMORES RETRO-RETAIS NO ADULTO DESCRIÇÃO DE CINCO CASOS

Angelita Habr-Gama¹
Maria José Femenias Vieira²
Luís Alberto Marchan³
José Antonio Rodriguez³
Afonso H. Silva e Sousa Jr.⁴
Paulo Piratininga Jatobá⁵
Paulo Roberto Arruda Alves⁶

RESUMO

Os autores estudaram cinco casos de tumores retro-retais quanto ao quadro clínico, métodos complementares para o diagnóstico e possibilidades do tratamento cirúrgico.

O doente mais jovem tinha 19 anos de idade e o mais idoso, 57 anos, com média de 40 anos. Três pacientes eram do sexo feminino e dois do sexo masculino.

A queixa mais freqüente era obstipação e desconforto hipogástrico com duração de um a dois anos. Um dos pacientes mencionava massa de aumento progressivo na região sacral desde o nascimento.

Em todos os pacientes, o toque retal demonstrava a presença de uma tumoração retro-retal e a retossigmoidoscopia era normal. Todos os pacientes apresentavam spina bifida, demonstrada no Raio-X simples de abdômen e sinais de compressão extrínseca do reto, dos ureteres pélvicos e da bexiga, evidenciados no enema opaco e na urografia excretora. A tomografia computadorizada e a ultra-sonografia determinaram, em um caso em que foram empregadas, o caráter sólido, o tamanho e as relações topográficas do tumor.

Quatro pacientes foram submetidos a excisão completa do tumor.

O acesso foi abdominal em um, sacral em dois e abdominoperineal em um paciente. Um paciente foi submetido à radioterapia como única forma de tratamento devido ao grande tamanho do tumor, tendo sido estabelecido o diagnóstico através de biópsia.

Os diagnósticos histológicos foram: teratoma benigno (dois casos), linfangioma (um caso), hemangiopericitoma (um caso) e neurilemoma (um caso).

Os pacientes submetidos à cirurgia foram seguidos por um a cinco anos, não se observando recidiva do tumor. Os resultados funcionais foram satisfatórios em quatro e um paciente apresentou incontinência para fezes líquidas. O paciente submetido à radioterapia apresenta-se bem após dois anos com diminuição significativa da massa tumoral e melhora das condições gerais.

A incidência real dos tumores retro-retais no adulto é de difícil estimativa devido à pouca exatidão dos dados registrados em literatura, já que muitos autores englobam em suas estatísticas, lesões que não correspondem a esta afecção como

- 1 Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia. Diretor do Serviço de Colo-Proctologia da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo (Titular: Prof. Henrique Walter Pinotti) do Hospital das Clínicas da FMUSP.
- 2 Estagiária do Serviço de Colo-Proctologia. Pós-graduanda do Departamento de Cirurgia da FMUSP
- 3 Estagiário da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da FMUSP
- 4 Assistente do Serviço de Colo-Proctologia da Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital das Clínicas da FMUSP.
- 5 Assistente do Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo e do INAMPS
- 6 Assistente Mestre da Disciplina de Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina da USP

rim ectópico, duplicação do reto, corpos estranhos etc.

O primeiro caso descrito foi o de *Middeldorpf*, em 1885²⁸. Tratava-se de tumor que continha um segmento de intestino intimamente aderido à parede do reto que seria ou duplicação verdadeira ou um remanescente de intestino que havia se desenvolvido em contacto com a musculatura retal. A partir de então, muitos trabalhos têm sido publicados, todos porém incluindo número pequeno de casos. Dentre os trabalhos considerados expressivos, por referirem o tempo de revisão analisado ou a proporção em relação ao número de internações, registramos 382 casos em período compreendido entre 1922 e 1978 (*Tabela 1*). Em nosso meio, *Kiss* e cols.²⁰; *Medeiros* e col.²⁷; *Bedran* e col.² relataram cada um deles um caso de tumor retro-retal.

Nossa impressão é que estes tumores são mais freqüentes do que é referido na literatura, visto que muitos escapam ao diagnóstico, por serem assintomáticos (55% dos casos), ou por determinarem, muitas vezes, manifestações clínicas heterogêneas^{7, 25}. Por outro lado, muitos autores incluem como tumores retro-retais apenas lesões congênitas, desconsiderando outros tipos atualmente bem caracte-

rizados. Este fato, somado ao escasso conhecimento do comportamento biológico destas lesões, fazem com que pouca importância lhes tenha sido conferida. Entretanto, o conhecimento destes tumores é importante, tanto pelo potencial de malignidade, como pelo diagnóstico diferencial, desde que algumas lesões, particularmente os cistos dermóides, quando se infectam, manifestam-se com freqüência como fístulas perianais ou anorretais que levam a múltiplas intervenções cirúrgicas com resultados muitas vezes insatisfatórios^{12, 16, 17, 29}.

Tendo estes fatos em mente, temos por objetivo neste trabalho, relatar nossa experiência com cinco casos de tumores retro-retais por nós tratados no período de 1968 a 1980.

Descrição dos casos (Fig. 2)

Dos cinco casos descritos, três pertenciam ao sexo feminino e dois ao masculino; quatro eram brancos e um amarelo. A média de idade foi 39 anos, sendo os extremos 19 e 57 anos. A queixa principal dos pacientes foi dor e obstipação (80%); apenas um paciente referiu a presença do tumor em região sacral (caso 4) e um referia dor e emagrecimento (caso 5). O tempo de história variou de um a dois anos e apenas um paciente apresentava queixa desde o nascimento (caso 4). O exame do períneo demonstrou massa perineal no caso 3 e sacral no caso 4. O toque retal demonstrou massa retro-retal e a retossigmoidoscopia exibiu mucosa íntegra em todos os pacientes. Outro achado comum a todos os pacientes foi a espinha bífida, que se traduziu por soldadura incompleta do arco posterior das vértebras lombossacras como demonstra a **Fig. 1**. No caso 5, além da espinha bífida, foi observada sacralização de L5 e extensa massa perineal com áreas de calcificação. O enema opaco realizado em três pacientes (casos 1, 2 e 4) mostrou compressão extrínseca com deslocamento do reto e sigmóide para a esquerda e para cima (**Fig. 2**) e aumento do espaço pré-sacral (**Fig. 3**). A urografia excretora realizada em dois pacientes (casos 1 e 4) demonstrou compressão do ureter pélvico e da bexiga (**Fig. 4**). A ultra-sonografia realizada no caso 5 demonstrou presença de massa pélvica arredondada de contornos nítidos e regulares, com textura sólida e homogênea, com características de processo benigno (**Fig. 5**). A tomografia computadorizada, também realizada no caso 5, demonstrou presença de grande massa em cavidade pélvica, sugerindo processo benigno (**Fig. 6**).

O tratamento foi cirúrgico, com ressecção completa das massas tumorais em quatro pacientes. Em um doente o tratamento foi radioterápico (caso 5).

Tabela 1 — Número de casos apresentados na literatura de acordo com o autor e ano

Autor e período de estudo	Ano de publicação	Número de casos
<i>Whittaker, Pemberton</i> ⁴² 1922 — 1936	1938	22 casos (1:40000)
<i>Ross</i> ³³	1948	9 casos (1:46183)
<i>Jackman, Clark</i> ¹⁷ 1935 — 19478	1951	114 casos
<i>Swinton, Lehman</i> ³⁹ 1929 — 1957	1958	21 casos
<i>Spencer, Jackman</i> ³⁷	1962	3 casos (1:20851 proctoscopias)
<i>Mac Coli</i> ²⁴	1963	23 casos
<i>McCune</i> ²⁶ 1939 — 1946	1964	7 casos (1:62893)
<i>Migliorelli e col.</i> ²⁹	1967	38 casos (1:552 proctoscopias)
<i>Freier e col.</i> ⁷ 1935 — 1970	1971	21 casos
<i>Uhlig, Johnson</i> ⁴⁰ 1945 — 1975	1975	63 casos
<i>Localio e col.</i> ²² 1964 — 1979	1980	20 casos
<i>Cody e col.</i> ³ 1949 — 1977	1981	39 casos
<i>Sarles e col.</i> ³⁴ 1967 — 1978	1982	3 casos
Total de casos		382 casos



Fig. 1 - Rx simples de abdome, observando-se em presença de espinha bífida em região sacral e sacralização de L5 (caso 4). A espinha bífida foi observada em todos os outros casos.

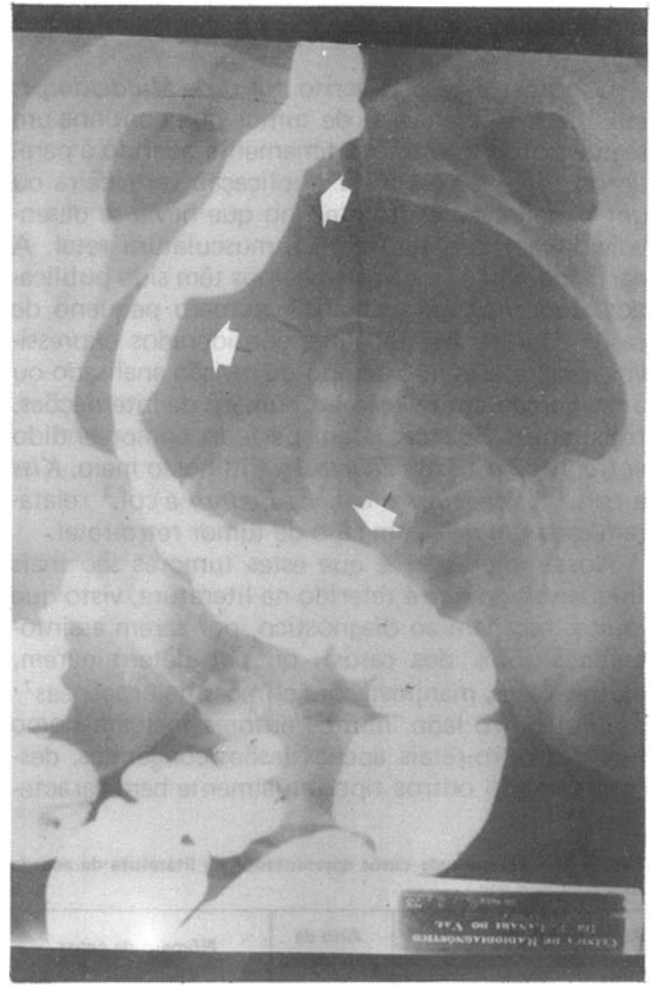


Fig. 2 - Deslocamento do reto e sigmóide para a esquerda e para cima, com sinais de compressão extrínseca (caso 2).

Tabela 2 - Características dos doentes estudados

	I	II	III	IV	V
Idade	42	48	32	19	57
Sexo	M	F	F	F	M
Cor	Amarela	Branca	Branca	Preta	Branca
Queixa	Obstipação	Peso hipogástrico, obstipação	Peso hipogástrico, obstipação	Dor e tumor sacral	Dor, obstipação e emagrecimento
Duração	2 anos	2 anos	1 ano	Congênito	1 ano
Ex. perineo	ndn	ndn	Massa perineal	Massa sacral	ndn
Toque retal	Massa retro-retal	Massa retro-retal	Massa retro-retal	Massa retro-retal	Massa retro-retal
Retossigmoidoscopia	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Rx simples abdome	Espinha bífida	Espinha bífida	Espinha bífida	Espinha bífida	Espinha bífida
Enema opaco	Compressão extrínseca	Compressão extrínseca	-	Compressão extrínseca	Compressão extrínseca
Urografia excretora	Compressão ureter pélvica	-	-	Compressão extrínseca	-
Ultra-sonografia	-	-	-	-	Massa expansiva pélvica
Tomografia comput.	-	-	-	-	Massa pélvica
Tratamento	Ressec. via abdominal	Ressec. via sacral	Ressec. via combin.	Ressec. via sacral	Radioterapia
Anatomia patológica	Linfangioma cístico	Neurilemoma	Teratoma benigno	Teratoma cístico	Hemangiopericitoma
Evolução	Boa	Boa	Boa	Boa	Melhora da sintomatologia e redução da massa
Seguimento	10 anos	4 anos	2 anos	2 anos	4 anos



Fig. 3 – Enema opaco demonstrando aumento do espaço pré-sacral, pela presença de massa retro-retal (caso 2).

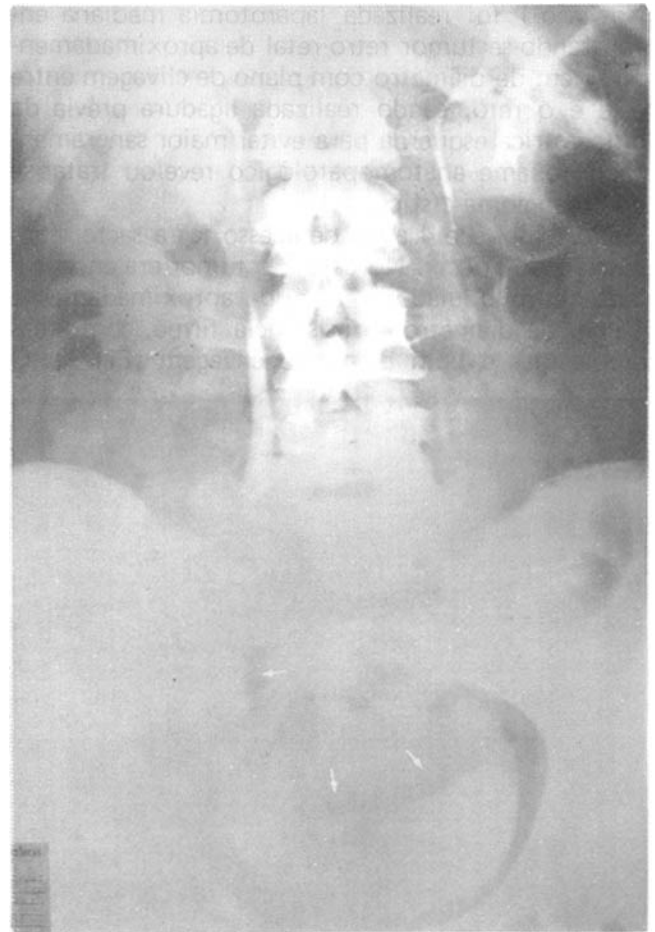


Fig. 4 – Urografia excretora demonstrando compressão do ureter e deslocamento da bexiga para baixo (caso 4).

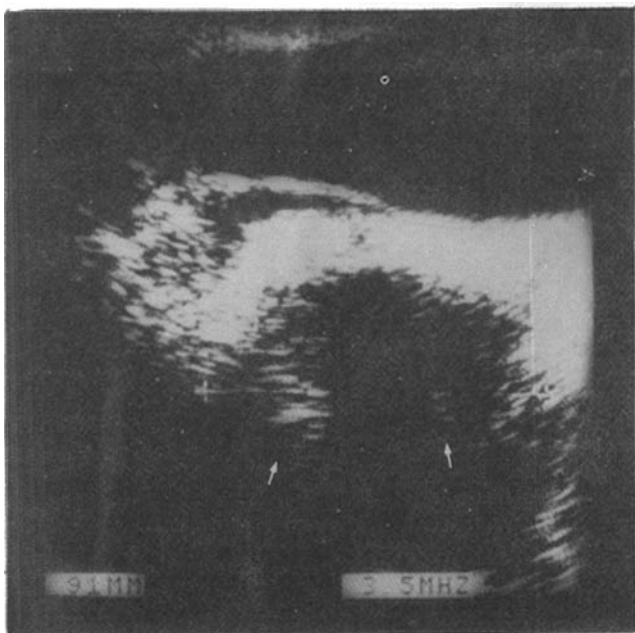


Fig. 5 – Ultra-sonografia pélvica demonstrando massa arredondada de contornos nítidos e regulares, com textura sólida e homogênea, situada anteriormente ao sacro, deslocando o reto para a frente e para a direita e a bexiga para cima (caso 5).

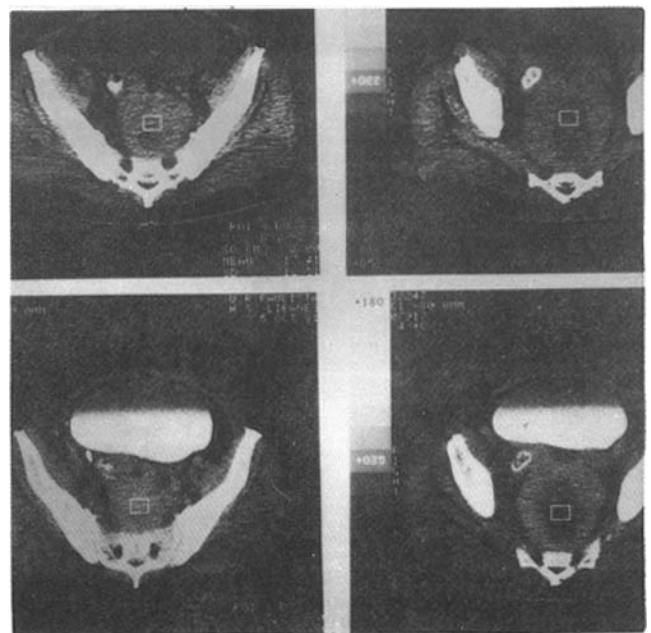


Fig. 6 – Tomografia computadorizada da pelve mostrando presença de grande massa ocupando o estreito inferior com 12 x 10,5 x 9,3 cm, de contornos nítidos, sem calcificações ou destruição óssea, deslocamento do retossigmóide para a direita; grande distensão vesical (caso 5).

No caso 1 foi realizada laparotomia mediana encontrando-se tumor retro-retal de aproximadamente 15 cm de diâmetro com plano de clivagem entre este e o reto, sendo realizada ligadura prévia da hipogástrica esquerda para evitar maior sangramento. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de linfangioma cístico.

Nos casos 2 e 4 a via de acesso foi a sacral com excisão do cóccix. No caso 2 o tumor era encapsulado e bilobulado medindo aproximadamente 15 cm de diâmetro, consistência firme, com áreas amolecidas e bom plano de clivagem (**Fig. 7**). O

exame anatomopatológico revelou tratar-se de neurilemoma. No caso 4 o tumor media 23 x 15 x 14 cm e o diagnóstico anatomopatológico foi teratoma cístico (**Fig. 8**). No caso 3 a ressecção foi realizada por via combinada, abdominal e perineal, sendo praticada a extirpação completa de massa tumoral que media 16 cm. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de teratoma sem sinais de malignidade.

No caso 5 foi realizada biópsia pré-operatória cujo resultado foi hemangiopericitoma. Devido às

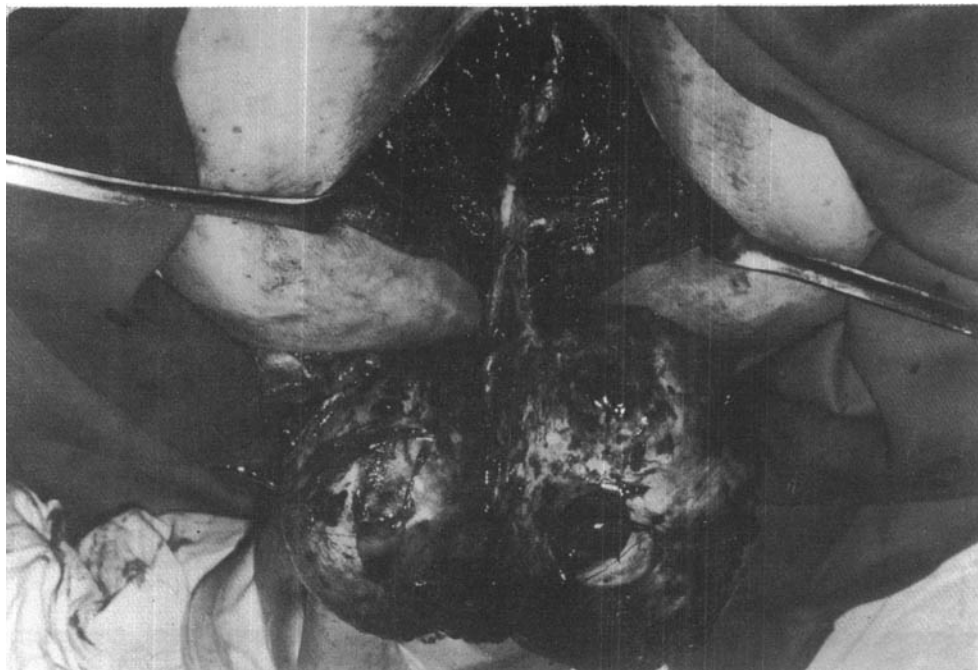


Fig. 7 – Ressecção por via sacral, demonstrando a massa tumoral antes da excisão completa (caso 2).

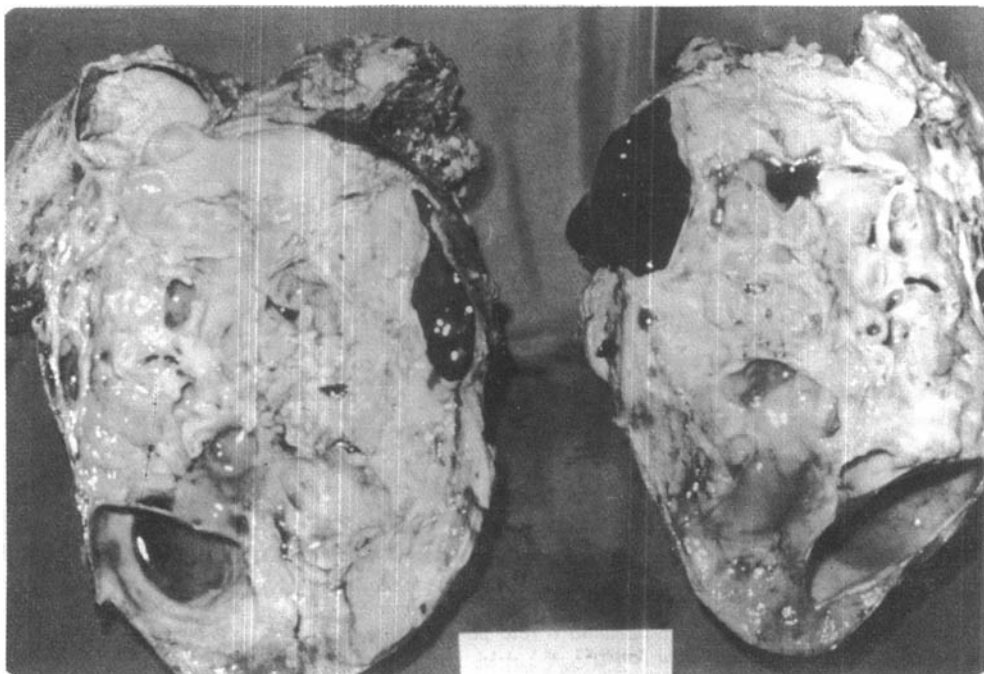


Fig. 8 – Superfície de corte da massa tumoral exibida na figura anterior demonstrando cápsula delimitando tecido amolecido, castanho-claro, entremeado por formações císticas de conteúdo achocolatado (caso 4).

dimensões do tumor e diagnóstico histológico, o doente foi submetido à radioterapia.

O tempo de seguimento dos pacientes variou de dois a dez anos. Em nenhum dos doentes operados houve recidiva da massa tumoral. Os resultados funcionais foram bons; apenas no caso 3, após três anos, o paciente ainda referia discreta incontinência para fezes líquidas. No caso 5, houve melhora da sintomatologia e redução da massa após a radioterapia encontrando-se o paciente vivo após quatro anos.

DISCUSSÃO

São considerados como tumores retro-retais, todas as massas localizadas no espaço retro-retal. Este espaço situa-se entre os 2/3 craniais do reto e do sacro, sendo limitado anteriormente pela fásia própria do reto, posteriormente pela fásia pré-sacral; caudalmente limita-se com a fásia reto-sacra que se estende desde S4 até o reto a 3-5 centímetros por cima da união anorretal; cranialmente chega até a reflexão peritoneal e a este nível continua-se com o espaço retroperitoneal pélvico. Lateralmente está compreendido entre os ligamentos laterais do reto (**Fig. 9**). Este espaço ainda que virtual, contém ramos do plexo sacro, simpático, artéria média sacra, veias sacras e vasos linfáticos^{7, 12, 17, 29, 34, 41}.

Os tumores pré-sacos incluem uma variedade de lesões congênitas, tumores ósseos, neurogênicos, vasculares e outros de natureza conjuntiva ou inflamatória. Revisando a literatura observa-se não haver uma classificação que englobe todas as lesões e seja verdadeiramente completa; dentre as existentes, preferimos a de *Whitney*⁴¹ com algumas modificações por nós sugeridas^{12, 23, 29, 34} (**Tabela 3**).

Estes tumores nos adultos têm crescimento muito lento e são assintomáticos em 55% dos casos³⁷. Embora recentes trabalhos tenham demonstrado sintomatologia em 95% dos casos³, muitas vezes o diagnóstico é feito pelo toque retal por indicações diversas^{13, 19, 29, 37}. Quando dão sintomas, estes geralmente são devidos à compressão de órgãos ou nervos pélvicos. Os sintomas estão caracteristicamente presentes por muitos meses ou anos e geralmente atingem grandes dimensões antes do diagnóstico. Os mais freqüentemente relatados são dor em região lombar ou nos membros inferiores, sensação de peso do hipogástrio, constipação intestinal, disfunção anal e vesical; outros sintomas menos freqüentes são parestesias, dor retal e dificuldade para caminhar¹⁷. Em nossa série os sintomas principais foram obstipação crônica e persistente, sensação de peso perineal e dor lombar. Além disso, um de nossos doentes apresentou incontinência anal leve, a qual não sabemos se foi causada pela

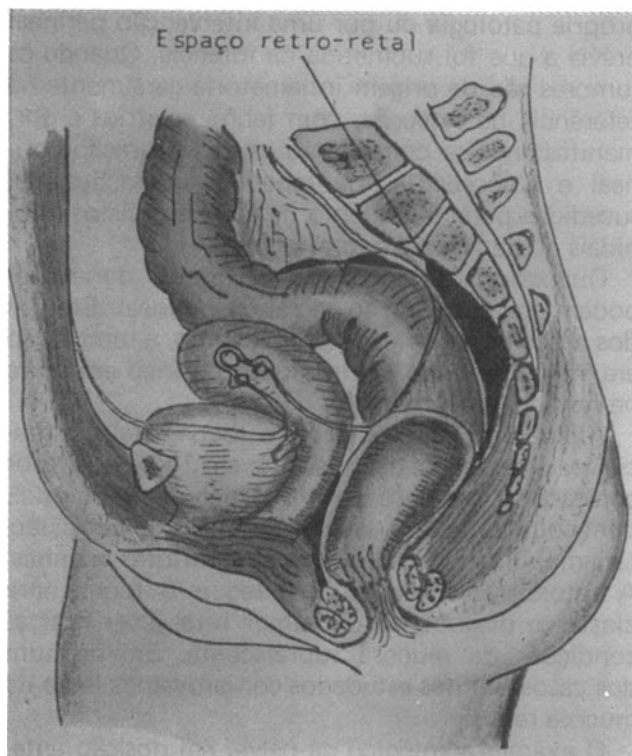


Fig. 9 — Espaço retro-retal que se situa entre os 2/3 craniais do reto e do sacro, sendo os seus limites: anterior: fásia própria do reto; posterior: fásia pré-sacral; distal: fásia reto-sacra; cranial: reflexão peritoneal; lateral: ligamentos laterais do reto.

Tabela 3 — Classificação dos tumores retro-retais (Whitney, 1955)

1. Congênitos	teratomas (benignos ou malignos) cisto dermóide e epidermóide cordomas meningocoele duplicação do reto
2. Inflamatórios	fístula retal interna abscesso perineal ou pelvi-retal granuloma corpo estranho
3. Neurogênicos	neurofibroma neurilemoma ependimoma neurofibrossarcoma ganglioneuroma glioma de células ependimais
4. Vasculares e linfáticos	angioendotelioma hemangiopericitoma granuloma Hodgkin linfossarcoma linfangioma
5. Ósseos	osteoma sarcoma osteogênico condroma e osteocondroma tumor de Ewing tumor de células gigantes
6. Tecidos moles	lipoma mioma fibroma fibrossarcoma rabdomiossarcoma
7. Metastáticos	

própria patologia ou por uma intervenção perineal prévia a que foi submetida na infância. Quando os tumores são de origem inflamatória geralmente há referência de infecção, com febre, calafrios e dor, manifestando-se com episódios de supuração perineal e antecedentes de repetidas operações mal sucedidas para tratamento de supostos cistos pilonidais ou de fístulas anorretais¹⁰.

Quando os tumores são de grande dimensões podem abaular a região sacral ou perineal. Em um dos casos desta série, ao exame físico, a tumoração era visível fazendo protrusão no períneo em um e na região sacral em outro.

Além da história referida, o toque retal é essencial para o diagnóstico; permite em 100% dos casos constatar a presença da massa pélvica extra-retal, bem como estudar suas características de consistência, mobilidade e relação com estruturas vizinhas. A retossigmoidoscopia deve seguir o toque para afastar o diagnóstico de tumor retal e verificar as condições da mucosa suprajacente. Em nenhum dos casos por nós estudados comprovamos lesão da mucosa retal.

O exame radiológico da pelve, em posição anteroposterior e em perfil, pode colocar em evidência tumores surgindo do sacro, imagens osteoclásticas ou malformações ósseas como espinha bífida. Na presente série este achado foi constatado em todos os doentes.

O enema opaco pode mostrar desvio e retificação do retossigmoido para frente e/ou lateralmente pelo tumor, achados estes presentes em todos os casos submetidos a este exame nesta casuística. Na urografia excretora pode haver ocorrência de dilatações pielocaliciais por compressão do ureter ou da bexiga. O conhecimento destas alterações é importante no planejamento da cirurgia.

Nos casos de cistos infectados já drenados para o períneo ou região sacral a fistulografia mostrará a presença de uma ampla cavidade cística.

Mais recentemente, a ultra-sonografia bem como a tomografia axial computadorizada vem sendo utilizadas como métodos diagnósticos importantes por fornecer informações sobre dimensões e características destas massas, se sólidas ou císticas, presença ou não de envolvimento ósseo ou do canal espinhal¹⁴.

A indicação de biópsia é muito controversa não sendo aceita pela maioria dos autores¹¹ por ser um procedimento sujeito a riscos de hemorragia, infecção e além disso por facilitar a disseminação e recidiva local quando as lesões são malignas. Sua indicação deve ser feita apenas nos pacientes com tumorações grandes, aparentemente irrissecáveis ou naqueles que apresentam alto risco cirúrgico. O conhecimento do tipo histológico do tumor permi-

tirá programar o tratamento adequado. Na presente série a biópsia foi realizada em dois casos: caso 2 e caso 5, sendo que neste último o achado de tumor maligno infiltrativo levou à indicação de tratamento radioterápico.

Sintomas e sinais como dor nas raízes nervosas, alterações neurológicas, urinárias e intestinais e a aparente fixação óssea, não diferenciam os tumores benignos dos malignos. A incontinência urinária e fecal parece ser mais indicativa de malignidade na experiência referida em séries maiores de tumores pré-sacrais³². Em relação aos teratomas, o tamanho parece não estar relacionado com sua malignidade e o sinal mais indicativo é a destruição do sacro sugerido na radiografia³⁵. Vale chamar atenção para o achado de espinha bífida nos cinco doentes desta série; devido ao pequeno número de casos, não podemos estar seguros se foi casual ou se de fato esta associação é achado freqüente ou sistemático. Da análise retrospectiva deste achado, sugerimos que seja pesquisada a presença de espinha bífida em todos os portadores de tumores retro-retais visto que sua presença pode ser responsável por alterações da função urinária ou fecal no pós-operatório em graus variáveis; da mesma maneira, talvez seja oportuno a feitura de toque retal nos portadores de espinha bífida assintomáticos no sentido de detecção eventual de massas retro-retais.

O tratamento de eleição dos tumores retro-retais é a ressecção cirúrgica ampla independentemente do tipo histológico tendo em mente a possibilidade de malignidade. Persistem as discussões sobre a escolha da via de acesso^{7, 11, 19}. De maneira geral, a indicação para cada uma das abordagens depende diretamente do tamanho e da localização da massa tumoral. Escolhe-se a via abdominal para tumores altos, aparentemente neurogênicos e extra-espinhais. Usamos esta via uma vez (caso 1) por ser a massa palpável pelo abdômen. Neste caso, ligou-se preliminarmente a artéria hipogástrica para diminuir o sangramento, por tratar-se de massa volumosa de superfície hemorrágica.

A via sacral é indicada para lesões mais baixas, quando as mesmas fazem saliência posterior, bem como nos cistos infectados. A remoção do cóccix é mandatória para todos os cistos e teratomas^{4, 15, 37}. Como abordagem isolada, a via sacral é insuficiente para os tumores volumosos ou de localização alta no espaço pré-sacro. Na presente série, esta via foi usada em dois casos (casos 2 e 4); a incisão foi sempre mediana com secção e reparo dos músculos esfínterianos e elevador do ânus e excisão do cóccix; as lesões foram facilmente expostas e ressecadas; os músculos esfínterianos foram suturados e a região foi drenada não sendo feita colostomia

em nenhum dos casos. Não ocorreram complicações infecciosas pós-operatórias.

A via combinada abdominoperineal ou abdominossacral tem sua indicação para os tumores grandes, visíveis no períneo ou na região sacral e com prolongamento cranial^{7, 21, 36}. Um dos casos da série (caso 3) foi tratado por via combinada sendo a incisão perineal realizada de maneira circular por trás do reto.

A via transretal é recomendada para cistos retro-retais que drenaram para o reto espontaneamente¹².

Nos tumores malignos ou nos inoperáveis, a radioterapia pode oferecer resultados variáveis de acordo com o tipo histológico^{5, 6, 9, 12, 18}. *Pierlman* e *Friedman*, citados por *Goldberg*¹², recomendam doses altas até de 7000 rads para cordomas inoperáveis e aqueles tumores cuja ressecção foi incompleta e em recidivas locais. *Friedman* e *Egan* descrevem conduta semelhante para hemangiopericitoma⁸. *Mira* e col.³¹ utilizando 2500-3500 rads obtiveram em onze pacientes remissão completa em 47% e parcial em 43% dos tumores tipo hemangiopericitoma em seguimento de até dois anos. No doente da presente série, devido ao tamanho e à sua fixação, a lesão foi de início considerada inoperável; praticou-se biópsia por via perineal e feito o diagnóstico de hemangiopericitoma, indicou-se tratamento radioterápico. A dose usada foi de 5000 rads conseguindo-se remissão parcial do tumor e melhora considerável nos sintomas; este fato levou-nos a considerar a possibilidade de intervenção, que é a conduta recomendada por *Genner* e col.¹⁰, entretanto, não houve melhora por parte do doente que mantém-se em condições satisfatórias por quatro anos. Ainda em relação aos hemangiopericitomas, alguns autores têm utilizado quimioterapia para tratamento das metástases. *Wong* e *Yagoda*^{4,4}, utilizando adriamicina só ou combinada com outros agentes, obtiveram remissão parcial ou completa em seis de seus 12 pacientes com hemangiopericitoma. A mortalidade referida dos hemangiopericitomas alcança a porcentagem de 50%^{1, 9, 38, 43}.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

1) A presença de espinha bífida deve ser investigada nos portadores de tumores retro-retais desde que esteve presente em todos os nossos doentes;

2) A biópsia com agulha de aspiração ou por via perineal é contra-indicada como rotina no pré-operatório. Deve apenas ser praticada em lesões muito grandes ou que sugerirem, por sua fixação e tamanho, inoperabilidade, para orientação quanto ao tratamento a seguir;

3) Uma vez diagnosticado, todo tumor retro-retal deve ter indicação cirúrgica precoce pela possibilidade de malignidade e porque ao aumentar o tamanho da lesão, torna-se mais difícil sua dissecação;

4) A via de acesso deve ser escolhida dependendo da localização, tamanho e extensão do tumor.

SUMMARY

Five cases of retrorectal tumors were studied regarding to symptoms and time of appearance, to the employment of ancillary measures of diagnosis and surgical removal possibilities.

The youngest patient was 19 years old and the eldest, 57, with an average of 40 years. Three patients were female and two, male. The main complaints were obstipation and hypogastric distress over one to two years. In one patient there was a sensation of a growing mass in the sacral region since birth. In all cases the digital examination revealed a retrorectal tumor and the rectosigmoidoscopy was normal. Plain X-ray of the abdomen showed spina bifida and barium enema and I.V. excretory urogram exhibit signs of extrinsic compression of the rectum, pelvic ureter and urinary bladder. In one case computed axial tomography and ultrasound scanning of the pelvis established the solid characters of the tumor, size and topographic relationships.

Complete excision of the tumor was accomplished in four patients. The surgical access was abdominal in one, sacral in two and combined, abdominoperineal in one patient. One patient was submitted to radiotherapy as the sole treatment due to the large size of the tumor whose histological type had been established by a former biopsy. Histological diagnosis were benign teratoma (two cases), lymphangioma (one case), hemangiopericytoma (one case) and neurilemoma (one case).

Follow-up ranged from one to five years with no tumor recurrence; functional results were satisfactory in three, fecal incontinence for liquid faeces been observed in only one case. The tumor of the patient treated by radiotherapy showed a significant decrease in size and there was improvement of the general condition up to the end of the second year of follow-up.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AULT GW, SMITH RS & CASTRO AF – Hemangiopericytoma of the sigmoid colon. Case report. *Surgery*, 30: 523-527, 1951.
2. BEDRAN FJ, RACHED FJA, BEDRON AO, ZHEIDI JH & PAINO MAS – Schwanoma maligno pré-sacral (retro-retal). *Rev bras Colo-Proct*, 2: 33-34, 1982.

3. CODY HS, MARCOVE RC & QUAN SH - Malignant retrorectal tumors: 28 years' experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. *Dis Colon Rectum*, 24: 501-506, 1981.
4. DONNELLAN WA & SWENSON O - Benign and malignant sacrococcygeal teratomas. *Pediatric Surgery*, 64: 834-846, 1968.
5. DRUCKER V - Hemangioendothelioma: a rare malignant tumor. *Radiology*, 49: 231-238, 1947.
6. FISHER JH - Hemangiopericytoma. A review of twenty cases. *Can Med Assoc J*, 83: 1136-1139, 1960.
7. FREIER DT, STANLEY JC & THOMPSON NW - Retrorectal tumors in adults. *Surg Gynecol Obstet*, 132: 681-686, 1971.
8. FRIEDMAN M & EGAN JW - Irradiation of hemangiopericytoma of Stout. *Radiology*, 74: 721-30, 1960.
9. GENTER B, MIR R, STRAUSS R, FLINT G, LEVIN L, LOWY R & WISE L - Hemangiopericytoma of the colon: report of a case and review of literature. *Dis Colon Rectum*, 25: 149-156, 1982.
10. GERNER RE, MOORE GE & PICKREN JW - Hemangiopericytoma. *Ann Surg*, 179: 128-32, 1974.
11. GEELHOED GW & KOTZ HL - A posterior approach to the presacral mass. *World J Surg*, 7: 620-628, 1983.
12. GOLDBERG SW, GORDAN PH & NIVATVONGS S - Essentials of anorectal surgery. Lippincott Co., pp. 215-228, 1980.
13. GRAHAN DF - Adult pre-sacral teratoma. *Postgrad. Med J*, 55: 52-59, 1979.
14. GRANT EG, GRONVALL S, SAROSI TE, BORTS FT, HOLM HH & SCHELLINGER D - Sonographic findings in four cases of hemangiopericytoma. *Radiology*, 142: 447-451, 1982.
15. GROSS R, CLATWORTHY HW & MEEKER IA - Sacrococcygeal teratomas in infants and children. Report of 40 cases. *Surg Gynecol Obstet*, 92: 341, 1951.
16. HAWKINS J & JACKMAN RJ - Developmental cysts as a source of perianal abscesses, sinuses and fistulas. *Am J Surg*, 86: 678-683, 1953.
17. JACKMAN RJ & CLARK PL - Retrorectal tumors. *JAMA*, 145: 956-962, 1951.
18. JANES JM & GHORMLEY RK - Hemangioendothelioma treated with radiophosphorus and roentgen rays. *Staff meetings of the Mayo Clinic*, pp. 235-238, 1948.
19. KILLEN DA & JACKSON LM - Sacrococcygeal teratoma in the adult. *Arch Surg*, 88: 425-433, 1964.
20. KISS DR, BOCCHINI SF, NUNES W & VASCONCELOS E - Teratoma sacrococcygeo em adulto. *Rev Paul Med*, 87: 36-38, 1978.
21. LOCALIO SA, FRANCIS KC & ROSSANO PG - Abdominosacral resection of sacrococcygeal chordoma. *Ann Surg*, 116: 394-402, 1967.
22. LOCALIO SA, ENG K & RANSON JHC - Abdominosacral approach for retrorectal tumors. *Ann Surg*, 191: 555-560, 1980.
23. LOVELADY SB & DOCKERTY MB - Extragenital pelvic tumors in women. *Amer J Obstet Gynec*, 58: 215-236, 1949.
24. MACCOLL L - The classification of presacral cystic tumors. *Proc Roy Soc Med*, 56: 297-299, 1963.
25. MAGANINI RJ - Sacrococcygeal (pre-sacral) teratomas occurring in adult siblings. *Illinois Medical Journal*, 132: 708-711, 1967.
26. MCCUNE WS - Management of sacrococcygeal tumors. *Ann Surg*, 159: 911-918, 1964.
27. MEDEIROS RR, LEONARDI LS, RISES AM, GOES JRN & TEIXEIRA AV - Teratoma pré-sacral em adultos. *Rev Bras Colo-Proct*, 2: 92-95, 1982.
28. MIDDELDORPF K - Study of congenital sacral tumors. *Arch Path Anat*, 101: 37, 1885.
29. MIGLIORELLI F, COOPER P & McELHINNEY J - Unusual presacrococcygeal cystic tumors. *Am J Surg*, 113: 777-782, 1967.
30. MILES RM & STEWART JR S - Sacrococcygeal teratomas in adults. *Ann Surg*, 179: 676-683, 1974.
31. MIRA JG, CHU FC & FORTNER JG - The role of radiotherapy in the management of malignant hemangiopericytoma: report of eleven cases and review of the literature. *Cancer*, 39: 1254-1259, 1977.
32. PANTOJA E & RODRIGUEZ-IBÁÑEZ I - Sacrococcygeal dermoids and teratomas. Historical review. *Am J Surg*, 132: 377-383, 1976.
33. ROSS ST - Sacral and presacral tumors. *Am J Surg*, 26: 687-691, 1948.
34. SARLES JC, RENET S & SALASC B - Retrorectal tumors. A description of three cases. *Coloproctology*, 3: 144-151, 1982.
35. SCHEY WL, SHKOLNIK A & WHITE H - Clinical and radiographic considerations on sacroiliac teratomas. *Radiology*, 125: 189, 1977.
36. SMITH B, PASSARO E & CLATWORTHY Jr. HW - The vascular anatomy of sacrococcygeal teratomas: its significance in surgical management. *Surgery*, 49: 543-549, 1961.
37. SPENCER RJ & JACKMAN RJ - Surgical management of precoccygeal cysts. *Surg Gynecol Obstet*, 115: 449-452, 1962.
38. STOUT AP - Tumors featuring pericytes: glomus tumor and hemangiopericytoma. *Lab Invest*, 5: 217-223, 1956.
39. SWINTON NW & LEHMAN G - Presacral tumors. *Surg Clin N Amer*, 38: 849-857, 1968.
40. UHLIG BE & JOHNSON RL - Presacral tumors and cysts in adults. *Dis Colon Rectum*, 18: 581-596, 1975.
41. WHITNEY BV - Retrorectal hemangioendothelioma. *J Am Geriat Soc*, 3: 867-876, 1955.
42. WHITTAKER LD & PEMBERTON J - Tumors ventral to the sacrum. *Ann Surg*, 102: 96-106, 1938.
43. WISE RA - Hemangiopericytoma. Surgical considerations. *Arch Surg*, 65: 201-210, 1952.
44. WONG PP & YAGODA A - Chemotherapy of malignant hemangiopericytoma. *Cancer*, 41: 1256-1260, 1978.