

Hamartoma cístico retrorretal: Um relato de caso de Tailgut Cyst

Retrorectal cystic hamartoma: A case report of Tailgut Cyst

Hamartoma quístico retrorrectal: Reporte de un caso de quiste del intestino caudal

Recebido: 22/04/2024 | Revisado: 28/04/2024 | Aceitado: 29/04/2024 | Publicado: 30/04/2024

Camila Zanetti Machado

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5898-8496>

Universidade Iguauçu, Brasil

E-mail: camilazmachado06@gmail.com

Thiara de Medeiros Jabor Ferreira

ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4276-7405>

Hospital Geral de Nova Iguauçu, Brasil

E-mail: thiarajabor@yahoo.com.br

Leticia Rodrigues de Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5914-1148>

Hospital Geral de Nova Iguauçu, Brasil

E-mail: leticiaalmr@gmail.com

Iana Chaves de Botica Santos

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-1294-3208>

Hospital Geral de Nova Iguauçu, Brasil

E-mail: ilanabotica156@gmail.com

Helena Gouvêa Galharo Lage

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6543-2731>

Hospital Geral de Nova Iguauçu, Brasil

E-mail: hellgalharo@gmail.com

Renan Helio Sens Leal

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1094-7404>

Hospital Norte Paranaense, Brasil

E-mail: renanelio@gmail.com

Vinicius Amaro Chagas Mesquita

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-6149-8275>

Hospital Geral de Nova Iguauçu, Brasil

E-mail: dr.viniciusamaro@gmail.com

Resumo

Desenho de estudo: Relato de caso. O Tailgut Cyst (TC) é um tumor retrorretal congênito que surge a partir de remanescentes do intestino posterior durante o desenvolvimento embrionário, cujos sintomas podem ser inespecíficos e o tratamento consiste na excisão completa do cisto, visando evitar complicações intra e pós-operatórias. Objetivo: O objetivo desta pesquisa é abordar o caso de uma paciente portadora de Tailgut Cyst e discutir o tema com ênfase em diagnóstico e tratamento cirúrgico, analisando as técnicas e incisões possíveis para o procedimento. Métodos: O estudo consiste em um caso específico de uma paciente de 56 anos que foi submetida a ressecção de um tumor retrorretal, posteriormente diagnosticado pelo anatomopatológico como Tailgut Cyst, juntamente com uma análise bibliográfica exploratória e descritiva, utilizando métodos e abordagens qualitativas. O participante da pesquisa desempenhou um papel crucial ao fornecer informações valiosas sobre seu quadro clínico por meio de uma entrevista estruturada, analisada e aprovada pelo Comitê de ética. Conclusão: A abordagem individualizada deve ser preconizada para diagnóstico e tratamento do TC, com colaboração entre diversas especialidades médicas. A seleção da técnica cirúrgica e o seguimento ambulatorial são cruciais para garantir resultados bem-sucedidos e a recuperação completa dos pacientes. Em resumo, o caso destaca a complexidade do Tailgut Cyst e a necessidade de uma abordagem abrangente e interdisciplinar para seu manejo adequado.

Palavras-chave: Hamartoma; Desenvolvimento Embrionário; Relatos de Casos; Anormalidades do Sistema Digestório; Cirurgia Geral.

Abstract

Study design: Case report. Tailgut Cyst (TC) is a congenital retrorectal tumor that arises from remnants of the hindgut during embryonic development, whose symptoms may be nonspecific and treatment consists of complete excision of the cyst, aiming to avoid intra- and postoperative complications. Objective: The objective of this research is to address the case of a patient with Tailgut Cyst and discuss the topic with an emphasis on diagnosis and surgical treatment, analyzing the possible techniques and incisions for the procedure. Methods: The study consists of a specific case of a 56-year-old patient who underwent resection of a retrorectal tumor, later diagnosed by anatomopathologist as Tailgut

Cyst, together with an exploratory and descriptive bibliographic analysis, using qualitative methods and approaches. The research participant played a crucial role in providing valuable information about their clinical condition through a structured interview, analyzed and approved by the Ethics Committee. Conclusion: An individualized approach should be recommended for the diagnosis and treatment of CT, with collaboration between different medical specialties. The selection of the surgical technique and outpatient follow-up are crucial to ensure successful results and complete recovery of patients. In summary, the case highlights the complexity of Tailgut Cyst and the need for a comprehensive, interdisciplinary approach to its appropriate management.

Keywords: Hamartoma; Embryonic Development; Case Reports; Digestive System Abnormalities; General Surgery.

Resumen

Diseño del estudio: Informe de caso. El quiste del intestino posterior (TC) es un tumor retrorrectal congénito que surge de restos del intestino posterior durante el desarrollo embrionario, cuyos síntomas pueden ser inespecíficos y el tratamiento consiste en la extirpación completa del quiste, con el objetivo de evitar complicaciones intra y postoperatorias. Objetivo: El objetivo de esta investigación es abordar el caso de un paciente con Quiste del intestino caudal y discutir el tema con énfasis en el diagnóstico y tratamiento quirúrgico, analizando las posibles técnicas e incisiones para el procedimiento. Métodos: El estudio consiste en el caso específico de un paciente de 56 años a quien se le realizó resección de un tumor retrorrectal, posteriormente diagnosticado por anatomopatólogo como Quiste del intestino caudal, junto con un análisis bibliográfico exploratorio y descriptivo, utilizando métodos y abordajes cualitativos. El participante de la investigación jugó un papel crucial al brindar información valiosa sobre su condición clínica a través de una entrevista estructurada, analizada y aprobada por el Comité de Ética. Conclusión: Se debe recomendar un abordaje individualizado para el diagnóstico y tratamiento de la TC, con la colaboración entre las diferentes especialidades médicas. La selección de la técnica quirúrgica y el seguimiento ambulatorio son cruciales para asegurar resultados exitosos y la recuperación completa de los pacientes. En resumen, el caso destaca la complejidad del quiste del intestino caudal y la necesidad de un enfoque integral e interdisciplinario para su manejo adecuado.

Palabras clave: Hamartoma; Desarrollo Embrionario; Informes de Casos; Anomalías del Sistema Digestivo; Cirugía General.

1. Introdução

O hamartoma retrorretal cístico ou Tailgut Cyst (TC), traduzido para cisto de cauda de intestino (Medeiros, Kondo & Hakim Neto 2002), é um tumor retrorretal e recebe esse nome devido a sua formação que possui como origem embrionária os remanescentes do intestino posterior durante seu desenvolvimento (Kobayashi, T., 2024) (Vega Menéndez 2008) (Fernandes 2006) (Fernandes 2007) (Sakr 2019). Apesar de ser um tumor congênito, geralmente é identificado em pacientes na fase adulta com maior incidência no sexo feminino com valores de duas vezes maior que sexo masculino (Atiya, S., Horn, A., Wedel, W., & Lintel, N. 2023) (Medeiros 2002) (Vega Menéndez 2008).

Seu quadro clínico pode abranger sintomas, principalmente, compressivos como mudanças de hábito intestinal, retenção urinária e dores (Fernandes 2007). O tratamento de escolha consiste na excisão completa da lesão (Medeiros 2002) (Fernandes 2007) (Bulisani, B. M., 2023) com avaliação histopatológica posterior (Graadt van Roggen, Welvaart, de Roos, Offerhaus, & Hogendoorn 1999), com o intuito de evitar uma degeneração maligna do tumor ou de infecções associadas ao mesmo (Fernandes 2007). A decisão do tipo de incisão para o procedimento cirúrgico envolve diversos fatores como ressecabilidade e experiência do cirurgião (Atiya, S., Horn, A., Wedel, W., & Lintel, N. 2023).

O objetivo deste estudo é abordar o caso de uma paciente portadora de Tailgut Cyst e discutir o tema com ênfase em diagnóstico e tratamento cirúrgico, analisando as técnicas e incisões possíveis para o procedimento.

2. Metodologia

O trabalho compreende o caso de uma paciente de 56 anos com história de cefaléia intensa, síncope, retenção urinária e constipação, cuja investigação diagnóstica revelou um tumor retrorretal. Após avaliação multidisciplinar, foi indicada cirurgia para a remoção do cisto, evidenciando no anatomopatológico Tailgut Cyst. A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, sem complicações significativas.

Esse estudo é de caráter relato de caso do tipo exploratório como detalha Yin, Robert K. (2001) com o intuito de formular

suposições e ideias relevantes para investigações futuras. Foi empregado um questionário exploratório para a realização da entrevista com o paciente e complementação de busca de dados por meio do prontuário eletrônico do hospital em questão e exames de imagem, com permissão do participante através de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de autorização de uso de imagem, lido e assinado pela paciente.

A viabilidade do estudo foi referendada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Nova Iguaçu (CEP HGNI), em sua reunião ordinária, datada de 19.04.2024, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 assim como os princípios do Comitê de Ética em Pesquisa e, especificamente, para estudos de caso envolvendo pessoas, pela carta CONEP/2018, manifestando aprovação do relato de caso. CAAE: 78721824.0.0000.5254.

3. Relato do Caso

Paciente feminino, 56 anos, deu entrada no serviço de emergência de hospital de grande porte com relato de cefaléia intensa há mais de uma semana, cursando com êmese e febre aferida ($38,1^{\circ}$). Há dois dias apresentava síncope recorrentes associadas a perda de controle esfincteriano e retenção urinária. Histórico progresso de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus 2 e histerectomia há 22 anos.

No dia anterior compareceu a uma unidade de pronto atendimento realizando laboratório e tomografia computadorizada sem contraste de abdome e pelve, recebendo alta em antibioticoterapia. Exame laboratorial evidenciava leucocitose ($16.000/\text{mm}^3$) com desvio à esquerda (5% bastões) e tomografia constatava formação hipodensa com contornos lobulados, contendo septos internos medindo cerca de 9 cm, localizado na pelve, com aparente comunicação com a região sacral, como mostra Figura 1. Leve densificação da gordura adjacente e pequena quantidade de líquido livre na pelve. Tendo persistência de sintomas, de forte intensidade, retorna para avaliação em hospital geral.

Figura 1 - Tomografia computadorizada de abdome e pelve inicial. Corte sagital (imagem superior esquerda), corte coronal (imagem superior direita) e corte transversal (imagem inferior).



Fonte: Sistema de imagem do Hospital no qual a paciente se encontrava.

A Figura 1 apresenta a Tomografia computadorizada de abdome e pelve inicial realizada pela paciente. Na imagem superior esquerda, no corte sagital, é possível visualizar a massa septada próximo entre a bexiga e o sacro. Na segunda imagem superior direita, corte coronal, identificamos o cisto localizado abaixo do promontório e no último corte, transversal, imagem inferior, observamos o cisto septado comprimindo a bexiga.

Foi realizado na admissão novo laboratório cujo leucócitos estavam em $20.180/\text{mm}^3$ e tomografia de crânio que não apresentava alterações agudas.

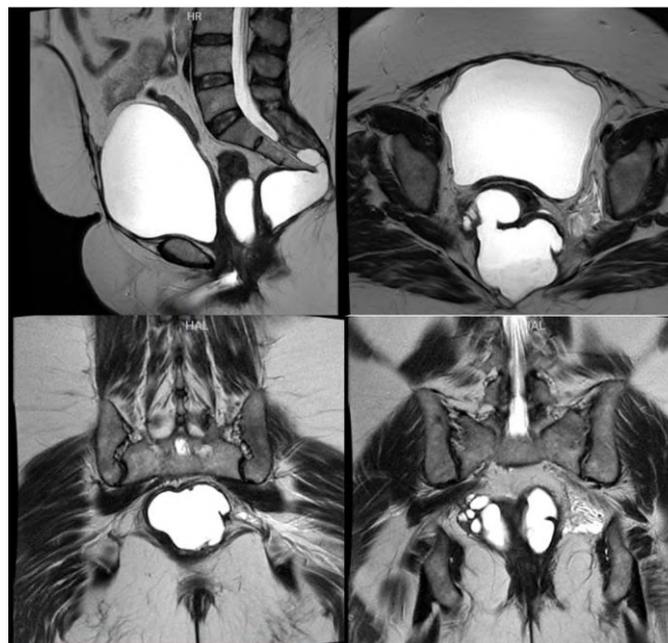
A paciente foi internada para investigação clínica, realizada colocação de cateter vesical de demora e solicitado parecer da neurocirurgia devido a lesão em tomografia precoce e quadro clínico. Neurocirurgião encaminhou a cirurgia geral para investigação para lesão tumoral ou infecciosa, com complementação de tomografia com contraste de coluna e crânio, que não apresentaram alterações agudas e início de antibioticoterapia empírico para suspeita de meningoencefalite.

O Serviço de cirurgia geral seguiu com monitoramento laboratorial para avaliação de leucocitose prévia, verificando diminuição dos valores de leucócitos de 20180 para 11.770. Analgesia otimizada devido ao relato de cefaléia intensa e dor lombar. Foi solicitado avaliação da neurologia e coloproctologia devido a suspeita de Tailgut Cyst (hamartoma retrorretal)

A paciente evolui com dor lancinante em região lombar refratária a morfina e rebaixamento de nível de consciência. Relata constipação durante a internação e dor cervical e abdominal leve. Neurologista realiza avaliação e sugere ressonância magnética (RM) de pelve devido a lesão expansiva evidenciada em tomografia inicial.

A RM constatou lesão de aspecto cístico alongada, lobulada, com áreas de espessamento parietal, com finas septações algumas incompletas, com pequeno nível, apresentando aparente origem junto ao forame neural de S3 com extensão anterior à pelve - espaço pré sacral, tocando a parede posterior do reto, medindo cerca de $8,7 \times 4,4 \times 3,9$ cm. Com presença ainda de pequenos cistos agrupados junto à porção anterior e lateral da lesão, como apresenta a Figura 2. O serviço de Coloproctologia em acordo com a cirurgia oncológica programam a cirurgia de retirada do cisto em questão.

Figura 2 - Ressonância magnética de pelve da paciente. Corte sagital (imagem superior esquerda), corte transversal (imagem superior direita), cortes coronais (imagem inferior esquerda e imagem inferior esquerda).

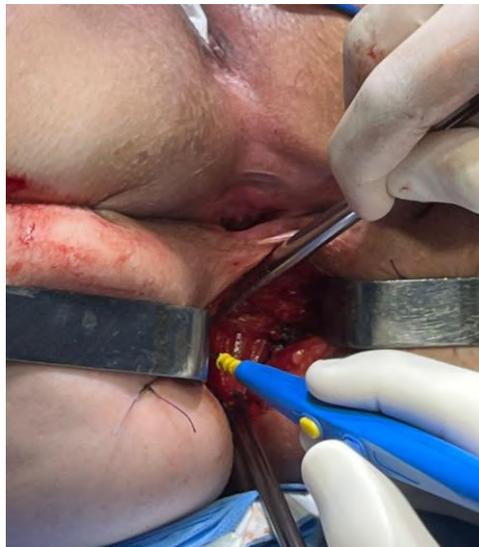


Fonte: Sistema de imagem do Hospital no qual a paciente se encontrava.

A Figura 2 expõe a Ressonância magnética de pelve da paciente na qual observamos no corte sagital (imagem superior esquerda), uma massa multiseptada comprometendo cóccix. No corte transversal (imagem superior direita) e cortes coronais (imagem inferior esquerda e imagem inferior esquerda) com a presença da imagem com grande intensidade de sinal.

Nota operatória: incisão retro-retal, diérese por planos com preservação do esfíncter anal externo, dissecação do espaço retro retal (Figura 3), com separação do cisto do complexo anorretal. Ressecção do cisto das peças sacrococígeas, sem evidência de invasão óssea. porém, nesse tempo, houve perfuração do cisto, com extravasamento de seu conteúdo. Excisão completa do cisto reto retal. Lavagem e revisão de hemostasia, inserção de Gelfoam (esponja hemostática de gelatina estéril absorvível). síntese por planos com Vicryl 1. Peça anatômica foi enviada ao histopatológico (Figura 4) e paciente encaminhada a unidade pós operatório para vigilância clínica.

Figura 3 - imagem intraoperatória da incisão retrorretal.



Fonte: Imagem realizada pelos autores.

A Figura 3, retratada no intra operatório, evidencia a incisão retrorretal com dissecação e ressecção de peça anatômica.

Figura 4 - Foto da peça anatômica enviado ao histopatológico.



Fonte: Imagem realizada pelos autores.

Na Figura 3, retratada no pós-operatório, observamos a peça retirada, com ruptura de cápsula e saída de conteúdo hialino. Cisto medindo por volta de 8cm

A Paciente evoluiu sem alterações de sinais vitais, lúcida, orientada, eupneica, com abdome flácido indolor e ferida operatória com saída de secreção serohemática com aspecto, saída de pequena quantidade de secreção serohemática presença de pequeno hematoma em região sacral (Figura 5). Retirada de cateter vesical de demora, aceita dieta, relata melhora de parestesia perineal e eliminações fisiológicas presentes. Realizada tomografia de controle no pós operatório que não evidenciou alterações, bem como exames laboratoriais que mantiveram dentro do limite da normalidade, sem aumento do padrão leucocitário. Refere permanência de cefaléia leve sendo avaliada pelo neurologista que evidenciou exame físico neurológico sem alterações e a encaminhou para realizar acompanhamento de enxaqueca sem aura ambulatorialmente.

Figura 5 - Ferida opertória com 7 (sete) dias de pós operatório com presença de pequeno hematoma.



Fonte: Imagem realizada pelos autores.

A Figura 5 apresenta a ferida operatória com 7 dias de abordagem cirúrgica exibindo incisão com saída de pouca secreção serohemática e hematoma pequeno em dorso.

Recebeu alta de internação hospitalar com orientação e encaminhamento aos ambulatórios de clínica médica, neurologia, cirurgia oncológica e ao coloproctologista. Em seu primeiro retorno, no ambulatório de coloproctologia, paciente se apresentou em ótimo estado geral, com eliminações fisiológicas presentes, ferida operatória em bom aspecto e sem saída de secreção. A mesma segue em acompanhamento ambulatorial com a equipe da neurologia para tratamento a longo prazo de enxaqueca.

O resultado do exame Histopatológico evidenciou lesão cística revestida por epitélio escamoso, confirmando a suspeita de cisto de Tailgut.

4. Discussão

Os tumores retrorretais (TR) podem ser classificados de acordo com sua origem, podendo ser congênito, neurogênico, ósseo, inflamatório ou mistos (Fernandes 2006) (Naseri 2022), sendo o primeiro responsável por quase 70% de todos os TR (Fernandes 2006) (Fernandes 2007). Este grupo ainda pode ser fragmentado em subdivisões que caracterizam seu tipo histológico e recebem seus nomes: epidermóide, dermoide, entéricas e neuroentéricas (Fernandes 2007) (Kobayashi, T., 2024) (Uhlrig & Johnson 1975). O Tailgut Cyst é denominado um tumor congênito entérico, e para isso é necessária a presença de tecidos gastrointestinais e colunar ou transicional (para excluir cistos dermóide e epidermoide) na microscopia (Medeiros 2002) (Lin, Yang & Liu 1992).

A maioria dos pacientes portadores do TC são assintomáticos e seu diagnóstico consiste em achados radiológicos (Sakr 2019) ou presença de massas palpáveis em toque retal em rastreios em pacientes assintomático (Manikandan, M., Aashita, Kapoor, A., & Yadav, V. 2023) (Meurer 2013). A minoria sintomática possui quadro clínico característico de crescimento tumoral local, com sintomas de compressão, como constipação e dor retal, disúria e poliúria, além de cursar com dores localizadas, lombalgia, dor abdominal baixa e pélvica (Sakr 2019) (Meurer 2013).

A investigação clínica se inicia com a história clínica do paciente. Se houver suspeita de tumor retrorretal é recomendado realizar o toque retal por ser um exame de fácil acesso e barato (Vega Menéndez 2008) (Meurer 2013) (Hjermstad & Helwig 1988). Dentre os exames possíveis para complementação diagnóstica contamos com radiografia simples, para detecção de anormalidade sacrococcígeas (Fernandes 2007), enema opaco e colonoscopia (Lim, Hsu & Wang 1998), para confirmação de massa extrínseca (Medeiros 2002) (Fernandes 2006), ultrassonografia transretal, para determinação de conteúdo cístico multiloculado (Vega Menéndez 2008), além de outros como urografia excretora, fistulografia, ressonância magnética e tomografia computadorizada (Abel 1985) (Meurer 2013) (Williams, Rojiani, Quisling & Mickle 1998). As duas últimas são geralmente utilizadas para traçar uma conduta diagnóstica e planejar a abordagem cirúrgica (Meurer 2013) (Abel 1985). A biópsia diagnóstica não é indicada devido à gama de complicações existentes como sangramentos, risco de contaminação, meningite, disseminação de lesões malignas entre outros problemas (Manikandan, M., Aashita, Kapoor, A., & Yadav, V. 2023).

A retirada completa da lesão é recomendada devido ao alto risco de infecção crônica ou degeneração maligna, somado a sintomatologia presente (Hutton & Benson 1992) (Bulisani, B. M., 2023) (Vega Menéndez 2008). Na decisão do plano cirúrgico alguns fatores são levados em consideração, como experiência do cirurgião, tamanho da lesão, localização em relação às vértebras e comprometimento de estruturas adjacentes (Yang 2004) (Fernandes 2006). O tratamento pode ser através de três abordagens principais: abdominal, posterior e abdomino-sacral/perineal (Fernandes 2007) (Meurer 2013).

A abordagem exclusivamente abdominal está indicada em tumores que possuam características malignas, que estejam invadindo órgãos próximos ou que ultrapassem o limite do promontório, uma vez que esse acesso permite melhor visualização e acesso às estruturas vasculares e ureteres, que serão identificados e isolados durante o procedimento (Vega Menéndez 2008) (Fernandes 2006). Naseri et al (2022) ainda descreve que a indicação principal é a localização do tumor abaixo da terceira vértebra sacral. Essa incisão permite, ainda, que o cirurgião confeccione estomas em casos de comprometimento colorretal (Fernandes 2006).

As incisões posteriores podem ser parasacroccígea, transesfincteriana de York Mason, perineal, Kraske ou laterosacra e são indicadas quando o tumor retrorretal está localizado abaixo da terceira vértebra sacral e possuam características benignas (Vega Menéndez 2008) (Fernandes 2006) (Fernandes 2007) As abordagens em si possuem indicações mais específicas, como na presença de lesão estendida do sacro a ponta do cóccix ser optado pela operação de Kraske ou lesão em parede retal ser indicado a incisão transesfincteriana de York Mason (Fernandes 2006). Alguns autores documentam a necessidade de remoção do cóccix durante o procedimento cirúrgico, no intuito de diminuir a porcentagem de recorrência dos tumores (Meurer 2013).

A via combinada abrange as vantagens de ambas abordagens anteriores, sendo capaz de dissecar e isolar as estruturas vasculares e os ureteres no primeiro tempo cirúrgico e preservar os nervos sacrais presentes acima do nível de secção do sacro, facilitando as excisões em bloco da lesão (Fernandes 2007). Essa associação está indicada para tumores grandes palpáveis em períneo, região sacral ou toque retal (Fernandes 2007) (Naseri 2022) (Meurer 2013) cuja extremidade superior não pode ser definida ou é declaradamente acima da terceira vértebra sacral (Meurer 2013).

Um estudo realizado por Ahmad Sakr, em 2019 (Sakr 2019), com 24 pacientes submetidos a cistectomia total do Tailgut Cyst, sendo 10 com abordagem anterior, 11 com incisões posteriores e 3 com necessidade de vias combinada, observou que apenas quatro pacientes cursaram com complicações intraoperatórias, incluindo lesão vaginal e perfuração retal com necessidade de ileostomia. No pós operatório dos pacientes com abordagem anterior, apenas um cursou com dissinergia do assoalho pélvico

e dor local. Dentre os de abordagem posterior, 1 necessitou de drenagem devido a líquido em fossa isquiorretal e 7 deles evoluíram com seroma e infecção da ferida operatória, tendo sucesso com antibioticoterapia. Na via combinada apenas um paciente masculino desenvolveu seroma na incisão e relatou leve disfunção sexual (Sakr 2019).

Em uma segunda análise estatística, estudada por Shu-Wen Jao, entre 1960 e 1979, com 120 paciente que possuíam tumores retrorretais, de variadas origens, e foram submetidos ao procedimento de retirada da lesão, o percentual de complicações pós operatória não ultrapassou 15%, sendo este o número de pacientes que evoluíram com bexiga neurogênica. Além disso, outros pacientes cursaram também com infecção da ferida operatória (11%), incontinência fecal (7%), sangramentos locais(4%), abscesso retrorretal (3%) e fístula fecal (1%).

5. Conclusão

O relato do caso da paciente com Tailgut Cyst destaca a importância do diagnóstico preciso e da escolha adequada da abordagem cirúrgica. A apresentação clínica variada e a possibilidade de complicações exigem uma abordagem multidisciplinar para o tratamento eficaz desse tumor retrorretal.

A variedade de sintomas, desde dor lombar até alterações no controle esfinteriano, destaca a complexidade do Tailgut Cyst e a necessidade de uma avaliação abrangente. A investigação clínica, incluindo exames de imagem como tomografia e ressonância magnética, foi essencial para o diagnóstico correto, proporcionando a base para a decisão terapêutica e o planejamento cirúrgico, de acordo com o tamanho e a posição da lesão.

A cirurgia, sendo o tratamento de escolha, requer uma cuidadosa consideração da localização, tamanho e características da lesão, além da experiência do cirurgião. A excisão completa da lesão é preconizada em decorrência da possibilidade de recorrências do tumor ou complicações como infecção ou degeneração maligna, embora rara.

A abordagem cirúrgica escolhida, neste caso, foi a incisão retro-retal, destacando a relevância de personalizar a técnica de acordo com a localização e extensão do cisto. Neste caso, a lesão foi dissecada e ressecada, por completo, sem necessidade de abordagem anterior. A decisão entre abordagens abdominal, posterior ou combinada deve ser guiada pela avaliação criteriosa do caso do paciente, visando a preservação de estruturas vitais e a minimização de complicações pós-operatórias, além de considerar as características básicas da lesão, estudadas nos exames diagnósticos de pré operatório.

Os resultados favoráveis no pós-operatório, sem complicações significativas, reforçam a importância da seleção adequada da técnica cirúrgica e do seguimento ambulatorial após alta hospitalar. A análise de estudos adicionais destaca que, embora complicações intra e pós operatórias possam ocorrer, o tratamento cirúrgico segue como propedêutica definitiva desta patologia. Além disso, é fundamental o esclarecimento de todo o processo pré, intra e pós operatório ao paciente, expondo os riscos e orientando o mesmo frente aos possíveis revezes

Para futuras pesquisas sobre o Tailgut Cyst, é recomendado explorar as distintas abordagens cirúrgicas, analisando seus resultados e complicações associadas. Estudos comparativos entre abordagens abdominais, posteriores e combinadas podem oferecer informações valiosas, enquanto investigações sobre técnicas minimamente invasivas têm o potencial de reduzir o trauma cirúrgico e melhorar os desfechos para os pacientes. Além disso, é fundamental investigar as possíveis complicações pós-operatórias e estratégias para preveni-las, visando aprimorar a prática clínica e os resultados cirúrgicos.

Em resumo, este caso destaca a necessidade de uma abordagem individualizada para o diagnóstico e tratamento do Tailgut Cyst. A colaboração entre diversas especialidades médicas, a avaliação criteriosa dos exames de imagem e a escolha cuidadosa da técnica cirúrgica são essenciais para garantir resultados bem-sucedidos e a recuperação plena dos pacientes.

Referências

- Abel, M. E., Nelson, R., Prasad, M. L., Pearl, R. K., Orsay, C. P., & Abcarian, H. (1985). *Parasacrococcygeal approach for the resection of retrorectal developmental cysts*. *Diseases of the colon and rectum*, 28(11), 855–858. <https://doi.org/10.1007/BF02555492>
- Atiyya, S., Horn, A., Wedel, W., & Lintel, N. (2023). *A Rare Case of Ruptured Tailgut Cyst Leading to Carcinomatosis*. *Case Reports in Pathology*, 2023, Article ID 1282058, 6 pages. <https://doi.org/10.1155/2023/1282058>
- Bulikani, B. M., Gomes, L. G. L., Leite, M. A. de O., Moreno, R., Rodrigues, M. R., Rossi, F. M. B., Silva, R. B. F. da ., Carmo, L. C. B. do ., & Waisberg, J.. (2023). *Robotic approach to remove four tailgut cyst cases in Brazil: a case series*. *Einstein (são Paulo)*, 21, eRC0544. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2023RC0544
- Cho, B. C., Kim, N. K., Lim, B. J., Kang, S. O., Sohn, J. H., Roh, J. K., Choi, S. T., Kim, S. A., & Park, S. E. (2005). *A carcinoembryonic antigen-secreting adenocarcinoma arising in tailgut cyst: clinical implications of carcinoembryonic antigen*. *Yonsei medical journal*, 46(4), 555–561. <https://doi.org/10.3349/ymj.2005.46.4.555>
- Fernandes, C. K. M., Lopes, F., Lobato, L. F. C., Ferreira, L. S., Silveira, R. T., Teixeira, V. C., Mesquita, B. F., & Lacerda-Filho, A.. (2007). *Síndrome de currarino associada ao Tailgut Cyst: ressecção abdômino-sacral*. *Revista Brasileira De Coloproctologia*, 27(4), 446–451. <https://doi.org/10.1590/S0101-98802007000400013>
- Fernandes, G. O., Manguiera, P. A., Primo, C. C., França, M. A. V., & Costa, J. H. G.. (2006). *Hamartoma cístico retro-retal: relato de 2 casos e revisão da literatura*. *Revista Brasileira De Coloproctologia*, 26(2), 178–186. <https://doi.org/10.1590/S0101-98802006000200009>
- Graadt van Roggen, J. F., Welvaart, K., de Roos, A., Offerhaus, G. J., & Hogendoorn, P. C. (1999). *Adenocarcinoma arising within a tailgut cyst: clinicopathological description and follow up of an unusual case*. *Journal of clinical pathology*, 52(4), 310–312. <https://doi.org/10.1136/jcp.52.4.310>
- Hjermstad, B. M., & Helwig, E. B. (1988). *Tailgut cysts: Report of 53 cases*. *American Journal of Clinical Pathology*, 89(2), 139–147. <https://doi.org/10.1093/ajcp/89.2.139>
- Hutton, K. A., & Benson, E. A. (1992). *Case report: tailgut cyst--assessment with transrectal ultrasound*. *Clinical radiology*, 45(4), 288–289. [https://doi.org/10.1016/s0009-9260\(05\)80020-0](https://doi.org/10.1016/s0009-9260(05)80020-0)
- Johnson, A. R., Ros, P. R., & Hjermstad, B. M. (1986). *Tailgut cyst: diagnosis with CT and sonography*. *AJR. American journal of roentgenology*, 147(6), 1309–1311. doi.org/10.2214/ajr.147.6.1309
- Kobayashi, T., Ishida, M., Miki, H., Yagyu, T., Hatta, M., Hamada, M. ... Sekimoto, M. (2024). *Analysis of the clinicopathological features of tailgut cyst with emphasis on the development of neoplastic lesions*. *Oncology Letters*, 27, 286. <https://doi.org/10.3892/ol.2024.14419>
- Lim, K. E., Hsu, W. C., & Wang, C. R. (1998). *Tailgut cyst with malignancy: MR imaging findings*. *AJR. American journal of roentgenology*, 170(6), 1488–1490. doi.org/10.2214/ajr.170.6.9609159
- Lin, S. L., Yang, A. H., & Liu, H. C. (1992). *Tailgut cyst with carcinoid: a case report*. *Zhonghua yi xue za zhi = Chinese medical journal: Free China ed*, 49(1), 57–60.
- Manikandan, M., Aashita, ., Kapoor, A., & Yadav, V. (2023, November 15). *Tailgut Cyst Adenocarcinoma in a Young Female*. *Journal of Radiation and Cancer Research*. Advance online publication. https://doi.org/10.4103/jrcr.jrcr_62_23
- Martins, P., Canotilho, R., Peyroteo, M., Afonso, M., Moreira, A., & de Sousa, A. (2019). *Tailgut cyst adenocarcinoma*. *Autopsy & case reports*, 10(1), e2019115. doi.org/10.4322/acr.2019.115
- Medeiros, C. W. de L., Kondo, W., & Hakim Neto, C. A.. (2002). *Hamartoma cístico retrorretal*. *Revista Do Colégio Brasileiro De Cirurgiões*, 29(4), 237–239. doi.org/10.1590/S0100-69912002000400010
- Meurer, R. I., Klein, G. H., Piovezan, J. M., & Alves, T. L. (2013). *Relato de dois casos de tumores retro-retais e revisão da literatura*. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, 57(3), 222–225.
- Merchea, A., & Dozois, E. J. (2019). *Retrorectal Tumors*. In C. J. Yeo (Ed.), *Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract*, 2 Volume Set (8th ed., pp. 2103–2116). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-40232-3.00174-6>
- Naseri, A., Behboudi, B., Faryabi, A., Tafti, S. M. A., Sharifi, A., Keramati, M. R., Fazeli, M. S., Keshvari, A., Zeinalizadeh, M., Asbagh, R. A., Hoorshad, N., & Kazemeini, A. (2022, October 11). *Surgical management of retrorectal tumors: A single-center 12 years' experience*. *Annals of Coloproctology*. DOI: <https://doi.org/10.3393/ac.2022.00297.0042>
- Sakr, A., Kim, H. S., Han, Y. D., Cho, M. S., Hur, H., Min, B. S., Lee, K. Y., & Kim, N. K. (2019). *Single-center experience of 24 cases of tailgut cyst*. *Annals of Coloproctology*, 35(5), 268–274. <https://doi.org/10.3393/ac.2018.12.18>
- Uhlig, B. E., & Johnson, R. L. (1975). *Presacral tumors and cysts in adults*. *Diseases of the colon and rectum*, 18(7), 581–589. <https://doi.org/10.1007/BF02587141>
- Vega Menéndez, D., Quintáns Rodríguez, A., Hernández Granados, P., Nevado Santos, M., García Sabrido, J. L., Rueda Orgaz, J. A., Ochando, F., Ojeda Pérez, F., & Loinaza, C. (Febrero 2008). *Hamartomas quísticos retrorrectales*. *Cirugía Española*, 83(2), 53–60. DOI: [10.1016/S0009-739X\(08\)70506-2](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(08)70506-2)
- Williams, L. S., Rojiani, A. M., Quisling, R. G., & Mickle, J. P. (1998). *Retrorectal cyst-hamartomas and sacral dysplasia: MR appearance*. *AJNR. American journal of neuroradiology*, 19(6), 1043–1045.

Yang, D. M., Jung, D. H., Kim, H., Kang, J. H., Kim, S. H., Kim, J. H., & Hwang, H. Y. (2004). *Retroperitoneal cystic masses: CT, clinical, and pathologic findings and literature review*. *Radiographics : a review publication of the Radiological Society of North America, Inc*, 24(5), 1353–1365.

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2a ed.). Porto Alegre: Bookman. (M. Ballejo Canto, Trad.).