

Cordoma sacrococcígeo. Abordaje por vía posterior



Judith Camps Lasa^a, Albert Navarro Luna^a, Marcel García Bach^b, José Antonio Pando López^a y Constancio Marco Molina^a

^aUnidad de Coloproctología. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa. Barcelona. España.

^bServicio de Neurocirugía. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa. Barcelona. España.

El cordoma es un tumor óseo maligno poco frecuente. Se origina en la notocorda fetal y afecta al área sacrococcígea en más del 50% de los casos. Es más frecuente en varones entre 40 y 70 años. Son de crecimiento lento y pueden causar invasión local, y sólo un 10-15% causa metástasis a distancia. La clínica consiste en dolor por compresión local, en ocasiones junto con otros síntomas como estreñimiento, dolor perianal, incontinencia, cialalgia o impotencia. El diagnóstico debe completarse con resonancia magnética (RM) o tomografía computarizada (TC). La cirugía es el tratamiento de elección, aunque con un alto índice de recidiva¹.

Presentamos el caso de un varón de 75 años que consulta a nuestra unidad por tumoración sacra pruriginosa de crecimiento progresivo y 2 años de evolución. En la exploración física destaca en la zona sacra una gran tumoración de consistencia elástica (fig. 1). Al tacto rectal se aprecia un abombamiento de la pared posterior rectal e invasión del cóccix. La ecografía endorrectal muestra una masa multilobulada en contacto con la pared rectal pero sin afectarla y la RM pelviana (fig. 2), una masa de 13 × 14 cm polilobulada que destruye el cóccix y la S5 y se extiende hasta las fosas isquiorrectales y el glúteo derecho. No se objetivaron metástasis a distancia. Por rectoscopia se confirmó la indemnidad de la mucosa rectal.

Se intervino conjuntamente con el servicio de neurocirugía. Se consideró la posibilidad de realizar una arteriografía antes de la intervención para valorar la embolización, pero se lo descartó erróneamente, porque no se valoró adecuadamente el potencial riesgo de sangrado. Se efectuó inicialmente, mediante abordaje posterior, la resección del componente más externo del tumor, durante el cual se produjo un sangrado abundante que precisó de maniobras hemostáticas y transfusión de 10 unidades sanguíneas. Por ello, se interrumpió la cirugía una vez controlado el sangrado.

Tras efectuar esta vez arteriografía y embolización, se reintervino al paciente por vía posterior del espacio presacro, vía transsacra de Kraske. Se practicó exéresis del tumor, extirpación del cóccix, la S5 y el cuerpo vertebral de S4, respetando sus raíces nerviosas, con estudio intraoperatorio de márgenes negativo.

Como complicación, el paciente contrajo una infección de la herida por *Staphylococcus aureus* resistente a metilicina, por lo que se realizó tratamiento antibiótico con

vancomicina. El estudio anatomopatológico definitivo confirmó el diagnóstico de cordoma, pues se objetiva tumoración de células con patrón cordonal con núcleos redondeados y citoplasma vacuolado. La inmunohistoquímica resultó positiva para citoqueratina, vimentina, antígeno de membrana epitelial y proteína S-100.

De los tumores presacros, el cordoma es el tumor óseo maligno más frecuente, aunque sólo sea un 1-2% de los tumores óseos malignos. El diagnóstico es clínico; se presenta como tumoración dolorosa sacra, junto con otros síntomas si hay compresión de estructuras adyacentes. La latencia en el diagnóstico se sitúa entre 6 meses y 3 años. En nuestro caso, el paciente refería exclusivamente tumoración pruriginosa sacra de 2 años de evolución, y no había consultado hasta entonces. Se debe complementar el estudio con RM pelviana, considerada la técnica de elección, o TC. La confirmación diagnóstica se realiza por estudio histológico, aunque no se recomienda realizar punción biopsia transrectal por el riesgo de diseminación, y si se lleva a cabo, debe hacerse en una zona que después se va a extirpar. En nuestro caso, la punción se realizó percutáneamente en la tumoración, sin complicaciones. En el estudio anatomopatológico es típico, como en nuestro caso, hallar células periféricas vacuoladas con positividad para citoqueratina y, ocasionalmente, para proteína S-100, vimentina y antígeno de membrana epitelial¹.

La cirugía radical es el tratamiento de elección y debe realizarse por equipos multidisciplinarios. El abordaje suele ser por vía posterior, aunque puede ser necesario un abordaje combinado abdominoperianal². McCarty describió el abordaje posterior con resección en bloque para este tipo de tumores en 1952. Para disminuir el riesgo de sangrado severo y reducir el volumen tumoral, es aconsejable



Fig 1. Cordoma sacrococcígeo.

Correspondencia: Dra. J. Camps Lasa.

Hospital Mútua de Terrassa.

Plaça Dr. Robert, 5. 08221. Terrassa. Barcelona. España.

Correo electrónico: judcamps@gmail.com

Manuscrito recibido el 8-1-2008 y aceptado el 13-3-2008.

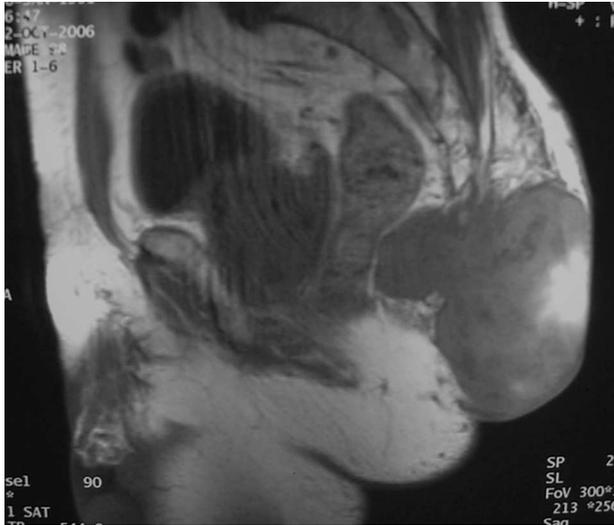


Fig 2. Resonancia magnética pelviana. Tumor presacro con infiltración de cóccix y S5.

sejable, como demostró este caso, practicar antes de la cirugía una embolización arterial. Se ha descrito la oclusión con balón aórtico para disminuir el riesgo de hemorragia intraoperatoria³. Como complicaciones, cabe destacar la infección, la hemorragia y los déficit neurológicos, en función del número de vértebras sacras reseca-das y sus raíces.

En general, son tumores radiorresistentes, aunque en ocasiones pueden responder a la radioterapia a dosis elevadas, que está indicada en casos no resecables o con exéresis incompleta, aunque no hay consenso en cuanto a la dosis y el periodo de tratamiento⁴. La quimio-

terapia está indicada solamente en casos de enfermedad avanzada.

El seguimiento debe realizarse con RM para diagnosti-car la posible recidiva tumoral. Aunque el índice de recidi-va es alto (un 28-50% a los 5 años y el 70% en caso de apertura del tumor), en general tienen buen pronóstico en casos de resección completa. La supervivencia a los 5 años oscila entre el 4 y el 75%, dependiendo de si la ci-rugía se realiza con intención curativa⁵. Se consideran factores de riesgo de recidiva local la cirugía no radical, la histología, la edad y la extensión proximal del tumor⁶, por lo que es importante realizar una cirugía completa para evitar la recidiva local y mejorar la supervivencia. Nuestro paciente se encuentra asintomático y sin recidi-va en la actualidad.

Ante toda lesión que protruya en la región sacra, debe tenerse en cuenta el diagnóstico de cordoma y valorar la embolización arterial previa a la cirugía.

Bibliografía

1. Sánchez Moreno L, Romero Vargas E, Álamo Martínez JM, Docobo Durántez F. Estreñimiento pertinaz por cordoma sacrocoxigeo. Casos infrecuentes en cirugía. 2006;1:1-4.
2. Fuchs B, Dickey ID, Yaszemski MJ, Inwards CY, Sim FH. Operative management of sacral chordoma. J Bone Joint Surg Am. 2005;87:2211-6.
3. Zhang L, Gong O, Xiao H, Tu C, Liu J. Control of blood loss during sacral surgery by aortic balloon occlusion. Anesth Analg. 2007;105:700-3.
4. Imai R, Kamada T, Tsuji H, Yanagi T. Carbon ion radiotherapy for unresectable sacral chordomas. Clin Cancer Res. 2004;10:5741-6.
5. Hulen CA, Temple HT, Fox WP, Sama AA, Green BA, Eismont FJ. Oncologic and functional outcome following sacrectomy for sacral chordoma. J Bone Joint Surg Am. 2006;88:1532-9.
6. Wei F, Dang GT, Liu ZJ. Surgical factors underlying the recurrence of primary spine tumor. [Chinese Journal of Surgery]. 2005;43:221-4.

Infección fulminante por *Streptococcus agalactiae* tras esplenectomía



Fernando Arméstar^a, Eduard Mesalles^a, Pablo Torradabella^a y Montserrat Giménez^b

^aServicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

^bServicio de Microbiología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

La infección fulminante después de la esplenectomía es un síndrome que se define como el desarrollo de sepsis, meningitis o neumonía de curso fulminante en cualquier momento después de la pérdida del bazo. Su mortalidad es del 50 al 70%. El riesgo de contraerla durante

el curso de la vida es de aproximadamente un 5%. El agente causal más frecuente es *Streptococcus pneumoniae* (el 90% de los casos). Otros agentes eventuales son *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis*. Esporádicamente se aíslan *Listeria monocytogenes*, *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Streptococcus agalactiae* (SA), etc. Las infecciones en los pacientes esplenectomizados tienen su mayor riesgo durante los primeros 2 años; sin embargo, hasta un tercio de los pacientes pueden contraerlas pasados los 5 años. Describimos el caso de un paciente esplenectomizado con buen estado de salud antes de la intervención, en el que se desarrolló un shock séptico fulminante secundario a infección por SA.

Correspondencia: Dr. F. Arméstar.

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España.

Correo electrónico: 33800far@comb.es

Manuscrito recibido el 21-1-2008 y aceptado el 22-1-2008.