CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):588

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-120 - DISECCIÓN RECTAL LAPAROSCÓPICA COMO PRIMER ABORDAJE DE UN CORDOMA SACRO

Pérez Rubio, Álvaro; Martí Martínez, Eva María; Gómez Abril, Segundo Ángel; Torres Sánchez, María Teresa; Sebastian Tomas, Juan Carlos; Gonzálvez Guardiola, Paula; Navarro Martínez, Sergio; Corcoles Corcoles, Marta

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: Los cordomas son una estirpe de tumores óseos infrecuente que habitualmente afecta a la región sacra, y por consiguiente, puede verse involucrado en su crecimiento el recto. Presentan un comportamiento localmente agresivo. Destaca su alta tasa de recurrencias, cercanas al 100%.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 43 años diagnosticado en 2016 de cordoma sacro. Entre sus antecedente destaca una esplenectomía en la infancia secundaria a traumatismo. Remitido a nuestro Hospital por ser centro de referencia para patología sacra. En ese momento rechaza tratamiento quirúrgico. En 2019, vuelve a consultar por intenso dolor sacro refractario a mórficos, sin incontinencia fecal ni urinaria. Inicialmente se trataba de una tumoración sacrocoxígea de 4 × 4 × 3 cm que se iniciaba en S3- S4, de características agresivas. Tres años más tarde, dobla su tamaño y se encuentra en íntimo contacto con la fascia mesorrectal. Finalmente, el paciente acepta la intervención. En un primer tiempo, se realiza la liberación rectal del cordoma por abordaje laparoscópico. Se comienza separando el mesocolon del retroperitoneo, respetando la vascularización del colon. Se diseca circunferencialmente el mesorrecto, abriendo la reflexión peritoneal y sobrepasando las vesículas seminales. En cara posterior se halla el inicio del tumor a la altura de S2. Se realiza disección entre la cápsula del cordoma y la fascia mesorrectal, comprobando la ausencia de infiltración, hasta alcanzar la musculatura pélvica. Se confecciona epiploplastia en pelvis para cubrir defecto producido por la sacrectomía que se realizará en un segundo tiempo. Se coloca drenaje y malla biológica como referencia para el tiempo sacro. Dos días más tarde, el equipo de Cirugía de Raquis reseca el cordoma. En decúbito prono, se realiza la resección en bloque del tumor seccionando las raíces nerviosas desde S2 izquierda y S3 derecha, junto al saco medular a ese nivel, para posteriormente deslizar el colgajo de epiplón preparado en la vía anterior hasta poder cubrir de forma completa todo el recto. Postoperatorio marcado por el control progresivo del dolor sacro y por incontinencia anal en los primeros días. Se procede al alta al trigésimo día postquirúrgico. Actualmente presenta adecuada continencia urinaria y aceptable continencia fecal. Finalmente, el informe de anatomía patológica confirmó se trataba de un cordoma sacro pT3b con bordes quirúrgicos libres.

Discusión: El tratamiento radical del cordoma consiste en la resección en bloque asociando radioterapia a altas dosis según la afectación de márgenes quirúrgicos. Esto supone secuelas postoperatorias, como la disfunción eréctil y las alteraciones en el funcionamiento del aparato esfinteriano. Su alta tasa de recidivas está llevando últimamente al empleo de nuevos tratamientos como el imatinib.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados