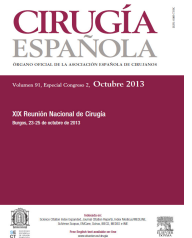




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-013 - EXÉRESIS DE CORDOMA SACRO EN PRONO. A PROPÓSITO DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

R.M. Peláez Barrigón, C. Esteban Velasco, J.A. Alcázar Montero, M. Angoso Clavijo, J. Sánchez Tocino, L.C. Fajardo Blanco, M. Caraballo Angeli, L. Muñoz Bellvis y J. García García

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: Los cordomas sacros son tumores raros (1-4% de las neoplasias óseas malignas) cuyo origen son las células notocordales (ectodermo) del esqueleto axial. Aunque son de crecimiento lento, la recurrencia local de estos tumores se correlaciona con la supervivencia a corto y largo plazo. La morbilidad asociada a la resección sacra amplia es significativa ya que no se diagnostican hasta que los síntomas causados por el crecimiento extensivo son importantes.

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una paciente de 84 años con antecedentes personales de: HTA, ICC, dislipemia, apendicectomizada y colecistectomizada, intervenida por ADC colon sigmoideo. Histerectomía y DA por ADC de endometrio. Lobectomía inferior y media de pulmón derecho por metástasis y ganglios afectados (T2N2M0). La paciente acude a la consulta por presentar tumoración en línea media posterior sacra de dos años de evolución con dolor a la compresión sobre la zona que le impide sedestación. En la ecografía solicitada se objetiva tumor coxígeo presacro con abundante vascularización. Se realiza PAAF que arroja el resultado de metástasis de ADC indiferenciado no microcítico. PET-TAC: masa precoxígea sin otros focos captantes. En la RMN pélvica realizada se objetiva tumoración sacra que afecta al músculo puborrectal en 1/3 superior y capa muscular rectal en 1/3 inferior. En la ecografía endoanal se observa tumoración con engrosamiento homogéneo muscular con plano de clivaje con recto hasta tercio inferior, donde parece contactar con la capa muscular y el esfínter interno. La mucosa y submucosa son normales. Dado el mal estado general de la paciente no se considera candidata a amputación abdominoperineal y se opta por realizar exclusivamente un abordaje posterior ante la inminente ulceración de la tumoración. Por esta vía se consigue la exéresis macroscópica de la tumoración extirpando coxis y última vértebra sacra conservando parcialmente el músculo puborrectal. El defecto cutáneo se cubre con una plastia cutánea de rotación. El resultado de la anatomía patológica: cordoma de $9 \times 8 \times 7$ cm con necrosis y Ki-67 de proliferación muy bajo. EMA, Cam 5.2, CK19, vimentina, S-100 positivos. La resección fue R1.

Discusión: El cordoma es un cáncer óseo agresivo, localmente infiltrante y de mal pronóstico por la recurrencia. Los sitios más frecuentes de aparición son: sacro, base de cráneo y columna vertebral. El tratamiento consiste en resección en bloque del sacro con márgenes amplios y radioterapia post-operatoria. Está en discusión el método de abordaje quirúrgico, bien anterior, posterior o combinado que depende del grado de afectación del recto. El abordaje en prono permite mejor exploración de la invasión glútea, conservación de la inervación y facilita la reconstrucción sacra con tejido celular subcutáneo o músculo, además de disminuir el sangrado, el tiempo operatorio y mejorar la recuperación del paciente. En nuestro caso se optó por el abordaje posterior exclusivamente que permitió la resección macroscópica del tumor dada

la comorbilidad de la paciente mejorando su calidad de vida.