



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-798 - EXÉRESIS DE CORDOMA SACRO CON ABORDAJE COMBINADO: (ANTERIOR Y EN PRONO). A PROPÓSITO DE UN CASO

Ruiz Quijano, Pablo; Cantalejo Díaz, Miguel; Genzor Ríos, Sixto; González-Nicolas Trebol, Teresa; Vallejo Bernad, Cristina; Peguero Bona, Antonio; Cantín Blázquez, Sonia; Ligorred Padilla, Luis

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción: La incidencia de los cordomas sacros esta entorno al 1-4% de las neoplasias óseas malignas. Su origen son las células notocordales (ectodermo) del esqueleto axial. Ocurre generalmente en la región sacrococcígea (60% de los casos), clivus (30-35%) y columna cervical (10%). Su potencial metastásico es bajo (30%) y presentan una alta tasa de recurrencias (17-35%). Debido a su crecimiento lento, los cordomas son neoplasias que se diagnostican en un estadio avanzado, cuando ya provocan síntomas compresivos de estructuras adyacentes. Es por eso que se asocian a una alta tasa de recidiva local y lo que obliga a una mayor agresividad en la cirugía.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 75 años con alergias a aminoglucósidos y macrólidos. Antecedentes médicos de HTA, flutter, cáncer de próstata diagnosticado en 2010 tratado con radioterapia. El paciente acude a consulta por tumoración sacra de meses de evolución asociado a síntomas abdominal de suboclusión. Se realiza estudio mediante TC en el que se objetiva una lesión osteolítica sacrococcígea con amplia afectación expansiva de partes blandas (11 × 10 × 9 cm), amplia infiltración de musculatura glútea e invasión por contigüidad de grasa retrorectal. Se realizó PAAF con toma de biopsias con el diagnóstico anatomopatológico de cordoma sacro. Se completó el estudio de extensión y se comentó el caso en el Comité Multidisciplinar de Tumores Mesenquimales y Sarcomas decidiéndose cirugía. Se procedió preoperatoriamente a la embolización de la arteria sacra media para disminuir al máximo el sangrado intraoperatorio. La intervención quirúrgica consistió en un abordaje anterior para la amputación abdominoperineal y un abordaje en posterior en prono para la sacrectomía subtotal, realizándose una resección en bloque con amplios márgenes, cierre de periné con colocación de una malla y reconstrucción de S2 con aloinjerto estructural y osteosíntesis con tornillo canulado.

Discusión: Los cordomas son tumores óseos con gran agresividad, localmente infiltrantes y con elevado riesgo de recurrencia local, por lo que es necesario una resección extensa en bloque asegurándonos de obtener márgenes quirúrgicos libres y la valoración posterior de tratamiento adyuvante. La vía de abordaje, bien anterior, posterior o combinada dependerá del grado de afectación del recto. En nuestro caso el abordaje combinado nos permitió la realización de una resección más amplia y en bloque, asegurándonos la obtención de márgenes libres.