



## CORDOMA SACROCOXÍGEO. A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO.

Dra. M. A. Ayala Rodrigo, Dr. P. A. Cortés García, Dr. B. R. Déniz Rodríguez, Dr. A. Guerra Ferraz, Dra. P. De la Dehesa Cueto-Felgueroso

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

### INTRODUCCIÓN

Los **cordomas** son tumores raros de crecimiento **lento**, que representan del 1 al 4% de todos los tumores óseos malignos originados en la notocorda primitiva. Pueden estar localizados en cualquier sitio **a lo largo del esqueleto axial** y es muy raro que tengan otra ubicación. El 50% se localiza en la **región sacrocoxígea**, 35% en la eseno-occipital y el 15% en el resto de la columna vertebral. Tumor de **lento crecimiento**, con bajo índice de metástasis, es muy **destrutivo** localmente, produce compresión de estructuras vecinas y el comportamiento es fundamentalmente con tendencia a la **recidiva local**. La relación hombre-mujer es de 2:1. El promedio de edad es de 61 años.



### OBJETIVOS

Nuestro objetivo es presentar un caso de varón joven con cordoma en la región sacra con **cirugía de resección radical** con progresión por recidiva local a los 2 años de la cirugía

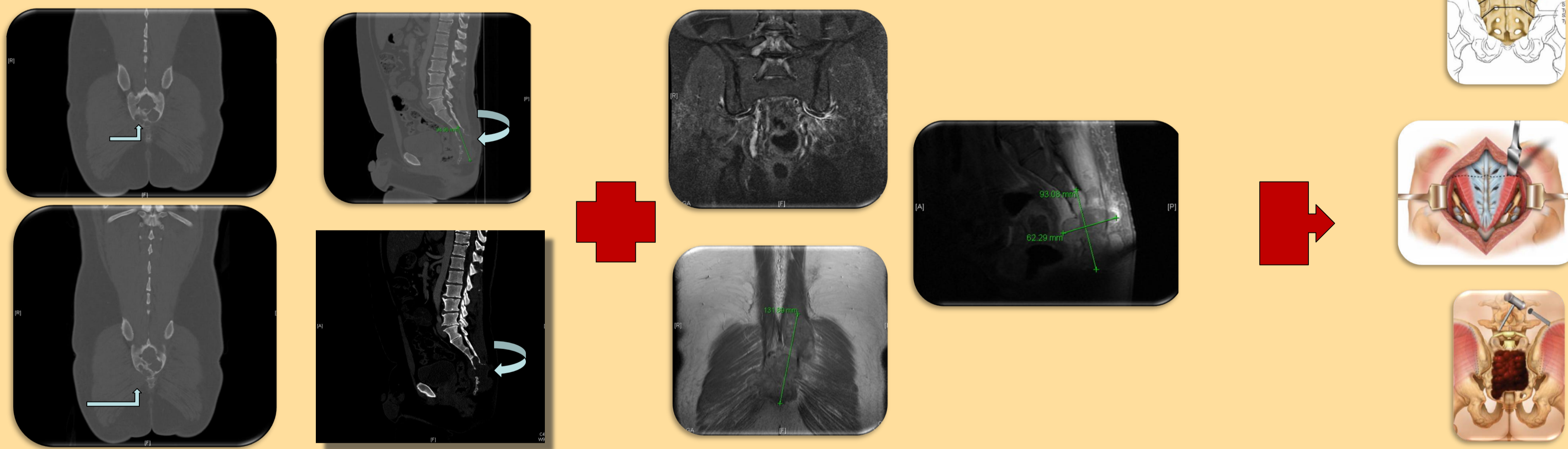
### MÉTODO

Paciente varón de 42 años sin antecedentes médicos de interés, con cuadro clínico insidioso de molestias en la región sacra, donde se palpaba una **masa** de consistencia blanda a nivel de las últimas vértebras sacras, que había ido aumentando de tamaño de forma progresiva.

La radiografía simple objetivó una lesión solitaria **con destrucción ósea** y de localización en la línea media.

Estudios de TAC y RMN ayudaron a la identificación del componente de tejido blando, calcificaciones y extensión epidural.

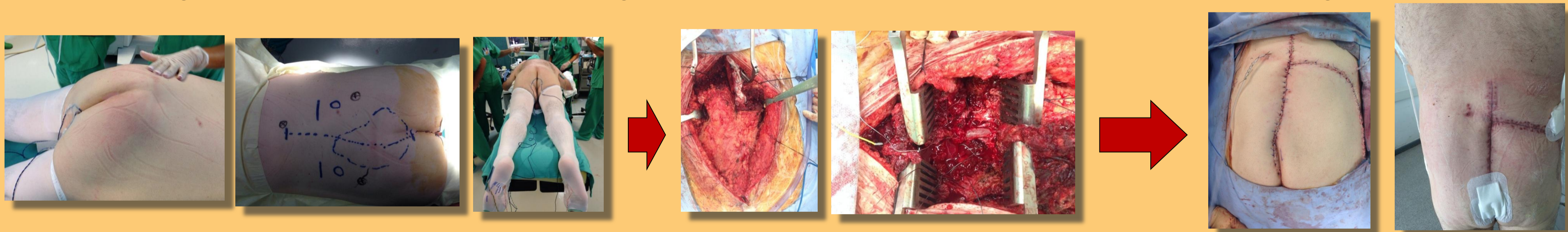
La biopsia por Trucut dirigida por TC identifica la muestra como **cordoma convencional**



### RESULTADOS

Se interviene quirúrgicamente colocando al paciente en posición de navaja sevillana, realizándose **resección radical en bloque** y por abordaje posterior, de gran tumoración por debajo de S2, conservando e identificando raíces S1-S2 y nervios ciáticos. La pieza fue enviada a estudio histopatológico. La biopsias intraoperatorias de los márgenes fueron negativas. Se contó con la colaboración del servicio de Cirugía General y de Cirugía Plástica para el cierre del defecto mediante colgajos glúteos. El paciente recibió RT postoperatoria.

Con controles reglados en la consulta de Traumatología, el paciente presentó **recidiva** en región glútea derecha por fuera del campo de la radiación que fue intervenida mediante resección de masa de partes blandas previo a levantamiento de colgajos glúteos de cirugía previa. Los márgenes de la pieza resecada fueron negativos. El paciente nuevamente recibió RT local de la zona glútea.



### CONCLUSIÓN

El síntoma más frecuente del cordoma es el **dolor local**. El diagnóstico se realiza por radiografía de la región lumbosacra, tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear. El hallazgo histológico de células fisalíforas es **patognomónico**.

La **mejor resección es la radical**, que consigue un tiempo hasta la recidiva **menor** que la resección subtotal. La cirugía inadecuada con residuo conllevará a una más que segura recidiva local con posibilidad de irresecabilidad posterior. El papel que tiene la radioterapia es **complementario** a la cirugía o **paliativo** en los cordomas no resecables

