

Cordoma sacroccóigeo; un reto diagnóstico y terapéutico.

*Sandra Abando Ruiz, Alfredo Charlez Marco, Carlos Espada Blasco, María Macho Mier, Carlos Martín Hernández.
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.*

INTRODUCCIÓN

El cordoma es un tumor muy infrecuente de origen notocordal que puede afectar cualquier lugar del neuroeje y suele aparecer entre la quinta y la séptima década de la vida.

Histologicamente se considera de bajo grado de malignidad y crecimiento lento pero dado que generalmente produce una sintomatología inespecífica suele alcanzar grandes dimensiones que dificultan notablemente la cirugía de resección.

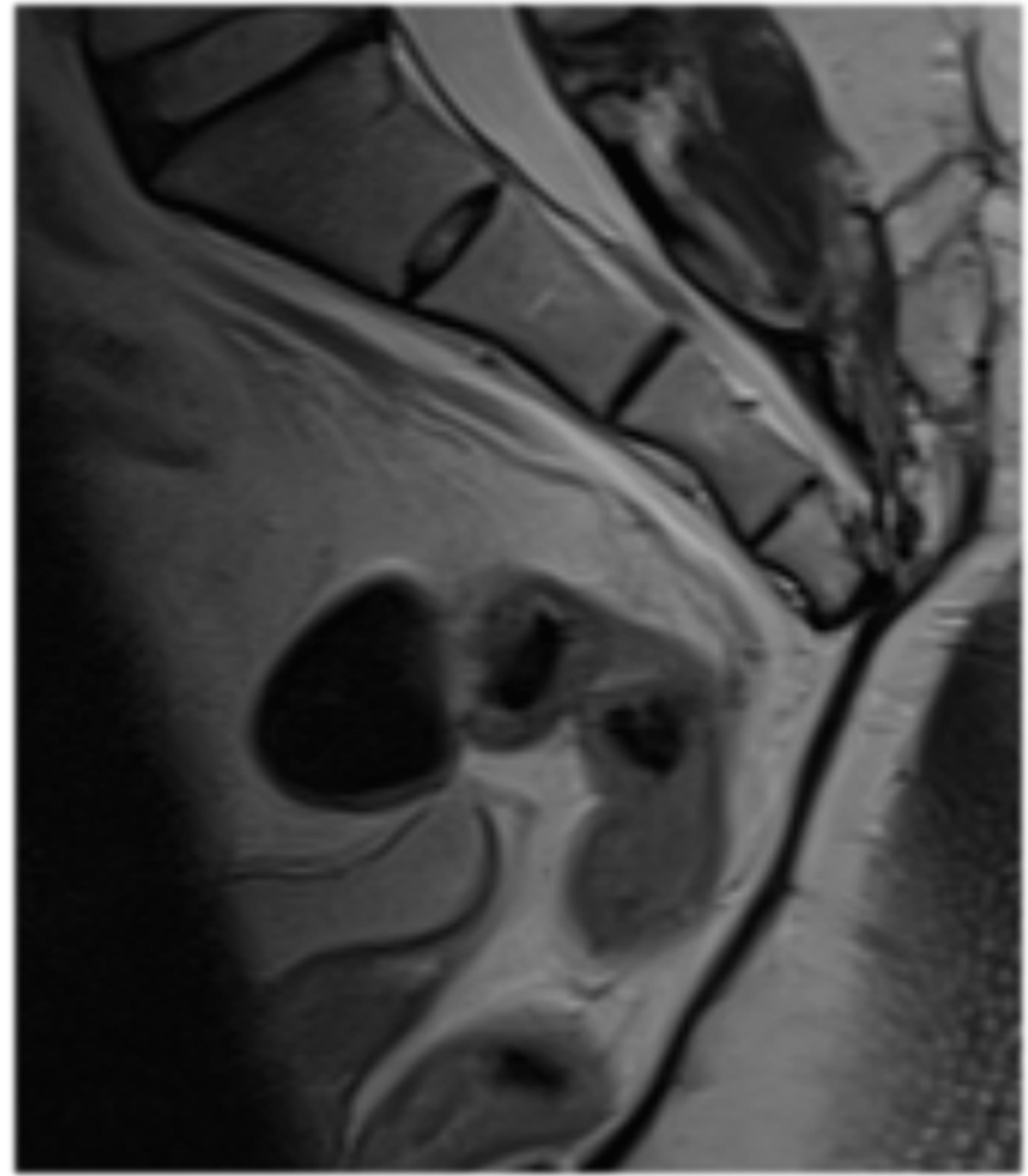
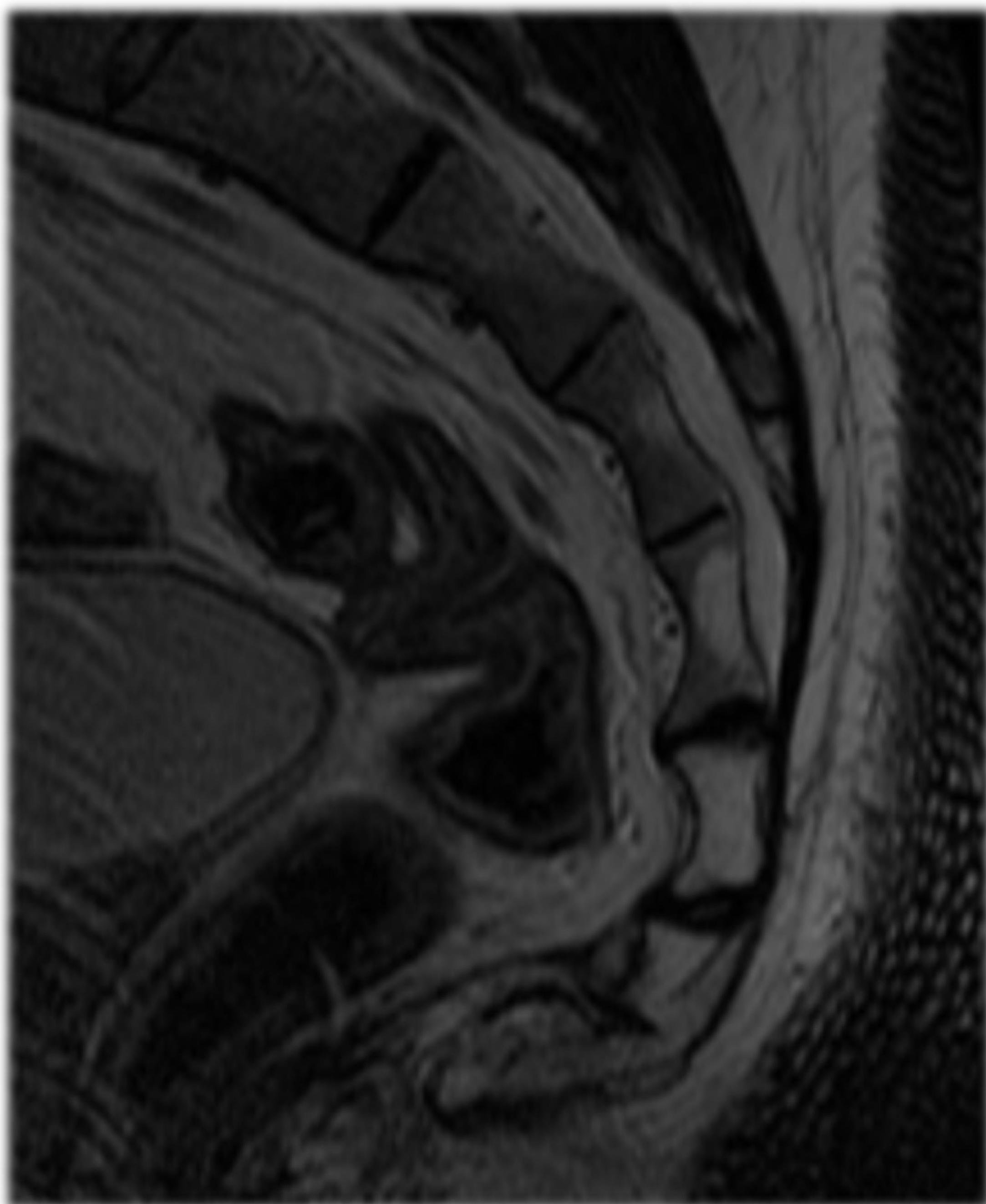
Las metástasis son raras y aparecen tardíamente, generalmente después de una larga evolución del tumor con recidivas repetidas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 32 años que acude a urgencias en repetidas ocasiones por episodios de coccigodinia de dos años de evolución sin traumatismo ni sobreesfuerzo claro que cedían parcialmente con analgesia oral pero volvían a aparecer de forma periódica.

En la RMN se descubre una masa tumoral localizada en S4-S5 y coxis que no invadía estructuras vecinas. Se realizó una biopsia guiada por TAC confirmando que se trataba de un cordoma.

Tras una planificación preoperatoria se realizó una resección en bloque de S4-S5 y coxis mediante un abordaje posterior a nivel de S1S2.



RESULTADOS

Durante el postoperatorio no hubo complicaciones agudas ni déficits sensitivomotores en extremidades inferiores ni en las últimas raíces sacras. No se realizó tratamiento adyuvante con radioterapia dado que se obtuvieron márgenes libres y la invasión linfovascular fue negativa.

La evolución ha sido satisfactoria y no existen signos de recidiva en los controles anuales con resonancia magnética cuatro años después.

CONCLUSIONES

El cordoma sacroccóigeo es un tumor de difícil diagnóstico por lo que es vital la sospecha clínica y la realización de pruebas de imagen para evitar estadios avanzados que requerirán resecciones más amplias con mayor probabilidad de complicaciones neurovasculares y recidiva.

Recomendamos el abordaje posterior ya que se evita la manipulación de órganos y estructuras vasculares intrapélvicas.

Hay que prestar especial cuidado en la resección en bloque con integridad del tumor sin contaminación del campo quirúrgico para lograr un control local de la enfermedad y es por ello que este procedimiento debe ser realizado por un equipo especializado con un buen conocimiento anatómico de las estructuras involucradas.