

DOLOR DE LARGA EVOLUCIÓN CORDOMA DE LOCALIZACIÓN SACRA

Carbonell-Tatay.A, Casp Vanaclocha.v, Landete Molina.Fj, Manzanares Ferrer. C, Anaya.P

INTRODUCCIÓN

El cordoma es un tumor que proviene de la notocorda primitiva. Más frecuente en varones de más de 50 años. Más frecuente en localización sacrocoxígea. Puede localizarse a nivel craneal y también a nivel espinal.

El diagnóstico suele ser por aparición del dolor, generalmente a nivel lumbar, anorrectal, vesical o ciático.

Al ser de crecimiento lento el diagnóstico es tardío.

RESUMEN

Se trata de un paciente de 70 años, que ingresa por dolor intenso en zona de coxis y ciatalgia. Se palpa tumoración en zona glútea izquierda.

El diagnóstico se realizó mediante IRMN, TAC y Biopsia y el resultado fue de cordoma.

Se intervino quirúrgicamente, sin poder extirparlo en su totalidad.

Las molestias no desaparecieron, dependiendo posteriormente de la "clínica del dolor".

CASO CLÍNICO

Paciente de 70 años de edad, que acude a nuestra consulta por dolor en glúteo izquierdo, sacro y ciatalgia izquierda.

Se palpa tumoración en glúteo izquierdo del tamaño de una manzana .

Paciente deportista (ciclismo) a pesar de su edad, que atribuye sus molestias al montar en bicicleta durante largos trayectos.

Se practica biopsia en la que se observa una proliferación celular lobulada con patrón mixoide y condroide. Celulas amplias con vacuolización. Positividad para la citoqueratina CAMS.2, VIMENTINA, y nproteina S100, EMA y PROTEINA ACIDA GLIAL.

Es básico saber si existe destrucción o afectación ósea del sacro, para el diagnóstico de condroma.

Las imágenes de la IRMN



Se practican diversos cortes que muestran una masa de contornos mal definidos e inhomogeneidad de señal, que depende del sacro que muestra marcada afectación de señal y de morfología con insuflación y rotura de la cortical.



La masa descrita muestra unas medidas aproximadamente de 11 x 13 Cm.
Engloba vejiga la cual muestra irregularidad en sus contornos, sobre btodo en el lado izquierdo.

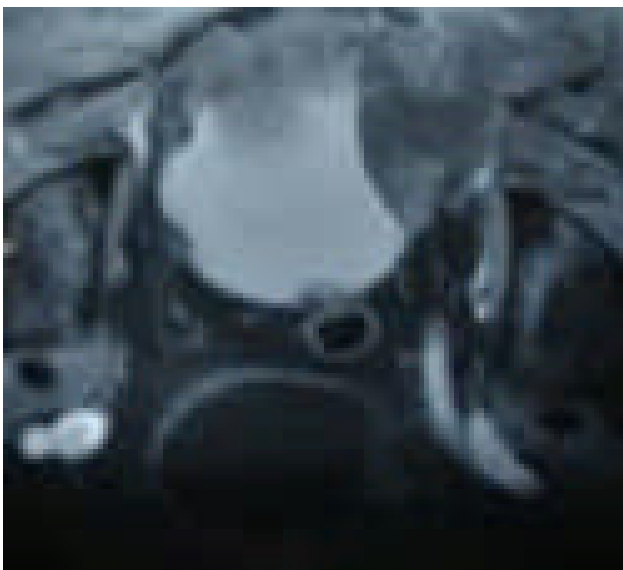


No se identifica un plano de separación, lo cual sugiere infiltración de la misma.



La masa provoca desplazamiento de las asas intestinales y la vejiga hacia la derecha, y del recto y prostata en sentido caudal.

Se duda de la infiltración del recto



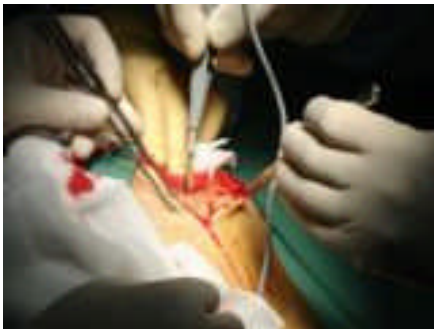
La tac nos muestra la captación de contraste por la tumoración a nivel glúteo



La conclusión es de gran masa de partes blandas que engloba al sacro, con rotura de la cortical ósea, con signos radiológicos de inflamación vesical y muscular.
Se valora la posibilidad de metástasis o de lesión maligna primaria sacra.

Se decide tratamiento mediante cirugía paliativa.

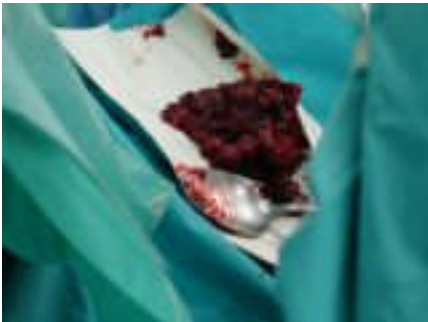
Se comienza con una incisión a nivel sacro, disecando la musculatura glútea hasta llegar a la tumoración.



La tumoración que en un principio parece encapsulada resulta estar adherida al sacro, infiltrándolo sin posibilidad de extirpación

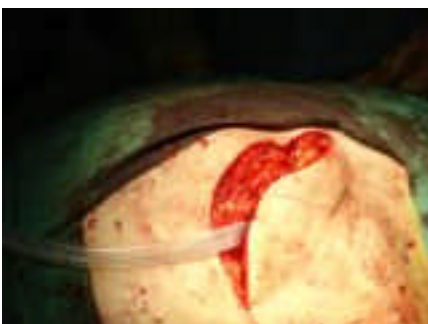


A la vez se aprecia infiltración de la vejiga y posiblemente el recto. La infiltración del sacro nos impide su resección parcial.



Se llegan a extraer restos del tumor mediante legrado con una cucharilla.

Se extirpa de forma paliativa en lo posible, dejando un gran hueco en la zona operatoria, lo que obliga a situar un drenaje de Pen-Rose en esa zona.



Durante el postoperatorio, persiste el dolor, instaurándose tratamiento con un catéter intradural y bomba de analgesia.

El pronóstico en este caso es sombrío. En casos similares la supervivencia a los 5 años es del 30%.

La radioterapia a altas dosis está indicada cuando la extirpación no es completa.

Bibliografía

Jao SW, Beart RW Jr, Spencer RJ, Reiman HM, Ilstrup DM. Retrorectal tumors. Mayo Clinic experience, 1960-1979. Dis Colon Rectum 1985 Sep; 28(9): 644-652.
Wold LE, Laws ER Jr. Cranial chordomas in children and young adults. J Neurosurg. 1983 Dec; 59(6): 1043-7.

Turgut M, Gul B, Taskin Y. Sacrococcygeal chordomas: problems in diagnosis and management. Arch Orthop Trauma Surg 1998; 117(1-2): 100-102.

[Chu TA. Chondroid chordoma of the sacrococcygeal region. Arch Pathol Lab Med 1987 Sep; 111\(9\): 861-864.](#)