

## Cordoma sacrococcígeo

José María Santín-Amo, José Antonio Puñal-Rodríguez, Carla Frieiro-Dantas, Ramón Serramito-García, Carolina Beiras-Sarasquete

Los cordomas son tumores del esqueleto axial, de carácter maligno y de escasa incidencia, originados en restos de la notocorda fetal [1]. Aproximadamente, el 35% de los casos se localiza en la base craneal y un 50% se sitúa en la región sacrococcígea, donde representan menos del 1% de todos los tumores raquimedulares [2].

**Caso clínico.** Mujer de 50 años que consultó por dolor lumbosacro de varias semanas de evolución, que en los días previos al ingreso comenzó a irradiar hacia ambos miembros inferiores. Entre sus antecedentes destacaba haber sido intervenida en otro centro de una hernia de disco lumbar. La exploración clínica fue anodina, salvo dolor a la flexoextensión y palpación dorso-lumbar. Se realizó una resonancia magnética lumbosacra, que mostró una masa sacrococcígea que desplazaba el recto anteriormente (Fig. 1). Se practicó, asimismo, una tomografía computarizada centrada en el cóccix, que mostró una masa lítica de partes blandas de 8,4 × 6,6 × 7 cm con afectación de la zona distal del canal sacro en la quinta vértebra sacra, y moderado efecto de masa sobre el recto, que provocaba el desplazamiento anterior de éste (Fig. 2).

Se intervino quirúrgicamente, realizándose un abordaje sacrococcígeo con sacrectomía desde S3 y exéresis completa de la lesión en una sola pieza (Fig. 2). Se cerró el defecto con malla de polipropileno. La evolución fue favorable y se presentó una infección de herida



**Figura 1.** Resonancia magnética lumbar: secuencias en T<sub>1</sub> sin contraste (a, c y d) y tras administración de gadolinio (e), y secuencias en T<sub>2</sub> (b y f).

quirúrgica tratada de forma conservadora. El estudio histopatológico correspondió a un cordoma y los márgenes de la pieza estaban libres de tumor.

**Discusión.** Los cordomas son tumores de crecimiento lento que cursan con sintomatología insidiosa, motivo por el cual suele retrasarse el diagnóstico. Pueden aparecer en cualquier punto a lo largo del raquis y, aunque la mayoría se asientan en la región sacrococcígea [3], un 5% puede situarse en las regiones cervical, dorsal y lumbar [4]. Son más frecuentes en varones y la

edad media de presentación oscila alrededor de los 60 años [5]. Cuando se localizan en la región sacrococcígea, el dolor local con irradiación ciática es la forma más frecuente de presentación. No es infrecuente que se acompañen de estreñimiento pertinaz y episodios de retención urinaria.

El método diagnóstico de elección es la resonancia magnética, que, además de permitir una valoración exacta de la lesión, favorece la planificación quirúrgica, al comprobarse las relaciones anatómicas con estructuras anatómicas de la pelvis. El tratamiento de

Servicio de Neurocirugía (J.M. Santín-Amo, C. Frieiro-Dantas, R. Serramito-García); Servicio de Cirugía General (J.A. Puñal-Rodríguez, C. Beiras-Sarasquete). Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña, España.

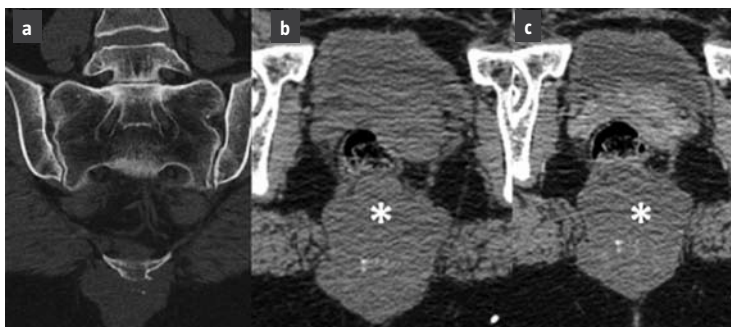
**Correspondencia:**  
Dr. José María Santín Amo.  
Servicio de Neurocirugía. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. Travesada da Choupana, s/n. E-15706 Santiago de Compostela (A Coruña).

**E-mail:**  
cochemelide@hotmail.com

**Aceptado tras revisión externa:**  
18.06.13.

**Cómo citar este artículo:**  
Santín-Amo JM, Puñal-Rodríguez JA, Frieiro-Dantas C, Serramito-García R, Beiras-Sarasquete C. Cordoma sacrococcígeo. Rev Neurol 2013; 57: 471-2.

© 2013 Revista de Neurología



**Figura 2.** Tomografía axial computarizada (TAC) de sacro: erosión en sacrocóccix (a). TAC de pelvis sin (b) y con contraste (c) que muestra la tumoración (asterisco).

elección es la resección quirúrgica, que debe plantearse con el objetivo de lograr una exéresis radical. En los casos de localización sacrococccígea, como en nuestra paciente, resulta fundamental

el abordaje multidisciplinar entre neurocirugía y cirugía general-proctología, ya que, con frecuencia, existe infiltración o compresión de las porciones distales del aparato digestivo [1]. Cuan-

do no es posible la resección completa, y aunque se trata de un tumor radioresistente, está indicada la radioterapia con protones [5].

#### Bibliografía

1. Camps-Lasa J, Navarro-Luna A, García-Bach M, Pando-López JA, Marco-Molina C. Cordoma sacrococccígeo. Abordaje pos vía posterior. *Cir Esp* 2008; 84: 338-46.
2. Gelabert-González M. Tumores medulares primarios. Análisis de una serie de 168 pacientes. *Rev Neurol* 2007; 44: 269-74.
3. Sivabalan P, Li J, Mobbs RJ. Extensive lumbar chordoma and unique reconstructive approach. *Eur Spine J* 2011; 20 (Suppl 2): S336-42.
4. Gelabert-González M, Pintos-Martínez E, Caparrini-Escondrillas A, Martínez-Rumbo M. Intradural cervical chordoma, Case report. *J Neurosurg Sci* 1999; 43: 159-62.
5. Housari G, González M, Calero P, Beni R, Lobo E. Sacral chordoma: management of a rare disease in a tertiary hospital. *Clin Transl Oncol* 2013; 15: 327-30.