



P-314 - NEURINOMA PRESACRO GIGANTE

Lopesino González, José María¹; García Septiem, Javier¹; Navas García, Marta²; Revuelta Ramírez, Julia¹; Delgado Búrdalo, Livia¹; Tovar Pérez, Rodrigo¹; Sanz Ongil, Ramón¹; Martín Pérez, Elena¹

¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid. ²Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario de la Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid.

Resumen

Introducción: Los neurinomas son tumores benignos originados en la vaina de mielina de los nervios periféricos. Son más frecuentes en cabeza y cuello. La afectación presacra es rara. Son más frecuentes en mujeres, aunque en hombres suelen ser de gran tamaño. Menos del 5% de los neurinomas espinales son sacros o presacros, también clasificados como tipo III en la clasificación de Kilmo. Los neurinomas en esta localización, más aún los de gran tamaño (más de 5 cm), precisan de su resección completa para evitar la recidiva. La radicalidad en la extirpación obteniendo el mejor resultado funcional posible es un reto quirúrgico que requiere un tratamiento multidisciplinar entre cirujanos generales, neurocirujanos y neurofisiólogos.

Caso clínico: Presentamos un caso de un varón de 39 años con antecedentes de linfoma de Burkitt a los 19 años, actualmente libre de enfermedad. Es derivado a la unidad del dolor en 2017 por dolor crónico en pie izquierdo realizándose en 2019 resonancia magnética (RM) de columna lumbosacra en el que se detecta tumoración presacra, de unos 6 cm de diámetro, de posible estirpe neural que parece depender de S1, en íntima relación con la cara lateral izquierda del recto y que desplaza lateralmente y hacia anterior los vasos ilíacos internos. Clínicamente presenta dolor irradiado por cara externa de maléolo izquierdo hasta quinto dedo del pie, sin hipoestesia en territorio de muslo y pierna ni alteración motora. Se realizó biopsia de la lesión en marzo 2019 con diagnóstico de neurofibroma sin características de malignidad. Es valorado por el comité de tumores en el que conjuntamente entre cirugía general y neurocirugía se determina la indicación quirúrgica mediante abordaje abdominal. Adicionalmente se realiza electromiograma, apreciándose afectación neurógena motora de la raíz S1, que aconseja monitorización nerviosa intraoperatoria por el servicio de Neurofisiología. Se interviene mediante abordaje anterior y se realiza disección del parietocólico izquierdo y mesorrecto identificando y preservando uréter izquierdo, plexo hipogástrico izquierdo y vasos ilíacos comunes izquierdos, hasta exponer masa consistente a nivel anterior de sacro. Gracias al control neurofisiológico con monitorización continua de las raíces S1 y S2, que produce una respuesta específica cuando se irrita el nervio, se puede evitar la lesión del mismo. Se realiza disección con técnica microquirúrgica de la cápsula tumoral de los tejidos circundantes y se realiza debulking intratumoral con resección macroscópicamente completa del tumor en su porción presacra, preservando la raíz S1 izquierda. La evolución postoperatoria es satisfactoria sin presentar secuelas neurológicas. En la RM lumbosacra de control no se objetivan restos tumorales. El

diagnóstico anatomopatológico fue de neurinoma, por lo que el paciente no precisa tratamiento adicional.

Discusión: El neurinoma presacro gigante es una entidad infrecuente dentro de las tumoraciones presacras, habiéndose publicado menos de un centenar de casos. Para una resección completa sin repercusión funcional es fundamental el manejo multidisciplinar entre cirugía general, neurocirugía y neurofisiología.