



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-319 - CORDOMA VS LIPOMA SACRO

*Uriarte Vergara, Beatriz; del Hoyo Aretxabala, Izaskun; García Carrillo, Maitane; Zorraquino González, Ángel; Gutiérrez Ferreras, Ana; Galán Rivera, María Dolores; Pérez San José, Carlos Gregorio; Loizate Toticaguena, Alberto*

*Hospital Universitario Basurto, Bilbao.*

### Resumen

**Introducción:** El cordoma es un tumor maligno óseo, de lento crecimiento, que invade y destruye localmente las estructuras vecinas, generalmente, produce una sintomatología inespecífica durante mucho tiempo (meses o años), antes de que se establezca el diagnóstico. Los cordomas sacro coccígeos, que son los más frecuentes, pueden ser confundidos con otro tipo de lesiones de partes blandas, comprometiéndose por ello su adecuado manejo terapéutico y pronóstico. Este tumor es poco sensible a radioterapia y quimioterapia, por lo que el tratamiento de elección es la cirugía.

**Objetivos:** Mostrar la importancia del diagnóstico precoz y del manejo multidisciplinar de ésta patología.

**Caso clínico:** Se presenta el caso de un varón de 60 años de edad, remitido por su MAP a consultas de Cirugía por aparición de tumoración de partes blandas en región sacra, de crecimiento lento y progresivo y que condicionan molestias en los últimos meses, sobre todo en la sedestación. No otra clínica asociada. Se solicita ecografía, que es informada como lipoma y debido a las molestias que refiere el paciente, es sometido a intervención quirúrgica programada, observándose intraoperatoriamente, un tejido que no impresiona de lipoma, por lo que se toma muestra para biopsia y se procede a cierre de la lesión. Posterior ingreso por sobreinfección y fiebre. Con el resultado de Anatomía patológica de cordoma sacro, se interconsulta a Traumatología para tratamiento definitivo y manejo multidisciplinar. Se solicitan: TAC: tumoración sacrocoxígea con colección intratumoral en el tejido celular subcutáneo posterior a sacro. RMN: tumoración sacrocoxígea polilobulada que ocupa el canal sacro con importante componente de partes blandas presacro que desplaza anteriormente al recto, y se extiende también posterior al sacro hacia el tejido celular subcutáneo donde se objetiva una colección intratumoral. Proyección de morfología fusiforme entre las fibras del glúteo mayor izquierdo compatible con diseminación. Edema difuso del tejido celular subcutáneo de la región glútea. Gammagrafía ósea, no sugerente de afectación metastásica. Tras ser valorado por el Servicio de Oncología, es intervenido de forma programada. Se practica liberación del recto y colostomía terminal vía anterior laparoscópica por equipo de Coloproctología. Tras colocar al paciente en decúbito prono se procede a practicar exéresis agresiva con márgenes de la lesión tumoral por equipo de Traumatología y reconstrucción mediante colgajo miocutáneo por equipo de Cirugía Plástica. Postoperatorio complicado con infección de herida quirúrgica que ha precisado de curas y antibioticoterapia. Posteriormente ha seguido tratamiento con Radioterapia.

**Discusión:** El cordoma es una tumoración musculoesquelética con alto riesgo de recidiva y diseminación, por lo que es necesario un diagnóstico inicial preciso y un tratamiento adecuado basado en la exéresis radical con márgenes amplios. La gran mayoría de las tumoraciones de partes blandas sacrocoxígeas son valoradas inicialmente en las consultas de cirugía, pudiendo ocasionar en éstos casos manejos terapéuticos iniciales inadecuados que ensombrecen su pronóstico. Por tanto, aunque no frecuente, debiera ser una patología a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial. El manejo multidisciplinar de éstos pacientes optimizará los resultados mejorando el pronóstico de los mismos.