



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-198 - EXÉRESIS DE TUMORACIÓN PARAVERTEBRAL DE T12. RECIDIVA DE CONDROSARCOMA DE PARED TORÁCICA IZQUIERDA

Norte García, Andrea; Ballester Vázquez, Eulàlia; Cambeiro Cabre, Lorena; Solans Solerdelcoll, Mireia; González López, José Antonio; Pérez García, José Ignacio; Clos Enríquez, Montserrat; Moral Duarte, Antonio

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: El condrosarcoma es el tumor maligno primario más frecuente de pared torácica. Es más frecuente en varones adultos y el diagnóstico suele ser de forma casual por TC presentándose como masas bien delimitadas de atenuación grasa que cuelgan de la unión costocondral. Tienen poca tendencia a diseminarse siendo rara la presencia de adenopatías o metástasis a distancia. El tratamiento de elección es la cirugía, ya que suelen presentar poca respuesta a quimioterapia o radioterapia.

Caso clínico: Paciente varón de 66 años, HTA, DLP, con hiperuricemia y colitis ulcerosa, intervenido en cuatro ocasiones de un condrosarcoma de pared torácica. Primera cirugía con resección de pared costal lateral izquierda por hallazgo casual en TC abdominal de una tumoración de 8,9 × 6,7 × 8,7 cm. Posteriormente derivado a nuestro centro por requerimiento de ampliación de márgenes y dos reintervenciones practicadas por Cirugía Torácica y Cirugía General por lesiones en base pulmonar izquierda, una de ellas con resección de zona diafragmática. En TC posterior se objetiva lesión en lóbulo superior derecho de 9 mm, estable, no tributaria a cirugía. El último TC evidencia tumoración a nivel retrocrural paravertebral izquierdo a la altura de la vértebra T12 sospechosa de metástasis. Se realiza RMN de columna por extensión hacia agujero de conjunción que descarta su infiltración. Se presenta el caso en comité de Tumores Mesenquimales y se decide Cirugía conjunta con Unidad de Raquis de Cirugía Ortopédica. Intervención quirúrgica realizada conjuntamente con Unidad de Raquis. Pasos: incisión oblicua subcostal iterativa en decúbito lateral izquierdo entre espacios intercostales ya separados por resecciones previas. Apertura del diafragma entrando en cavidad pleural baja bloqueada por adherencias. Disección del espacio extraperitoneal hasta paravertebral izquierdo objetivando en T12 una masa de 6 cm adherida a la vértebra, pared costal y musculatura paravertebral. Apertura accidental de la lesión con salida de material gelatinoso que se aspira. Sangrado de la arteria intercostal controlado con hemoclips. Resección marginal, marcaje del lecho con clips quirúrgicos y revisión de la hemostasia con electrocauterio, clips y gel hemostático. Reinserción del diafragma en pared costal con puntos sueltos de Vycril 0. Cierre de pared abdominal intercostal con continua de monofilamento 2/0 "small bites", no pudiendo cerrar sin tensión, con requerimiento de colocación de malla biológica 10 × 10 cm fijada también con monofilamento 2/0. Piel con grapas y colocación drenaje Blake del 19. Tiempo quirúrgico de 165 minutos. El paciente presenta buena evolución posterior dado de alta sin incidencias el sexto día posoperatorio sin drenaje. La anatomía patológica confirma recidiva de condrosarcoma conocido con

márgenes sin evidencia de neoplasia. En controles posteriores sin signos de recidiva a nivel paravertebral.

Discusión: La primera intervención quirúrgica en el condrosarcoma mediante resección en bloque con márgenes negativos es el factor pronóstico más importante para aumentar la supervivencia. Una resección con márgenes positivos eleva la tasa de recidiva local. La recidiva locorregional obliga a múltiples resecciones con aumento de la dificultad técnica y la morbilidad. Este tipo de cirugías deben acordarse desde un punto de vista multidisciplinar.