

## Introducción

Un cordoma es un tumor óseo maligno poco frecuente que suele afectar al área sacrococcígea, siendo de crecimiento lento y provocando invasión predominantemente local (solo 10-15% causan metástasis a distancia). La clínica es predominantemente dolor que puede acompañarse de otros síntomas (estreñimiento, incontinencia, impotencia...) y el diagnóstico debe complementarse con resonancia magnética (RM) o tomografía computarizada (TC). La cirugía es el tratamiento de elección.

## Material y métodos

Paciente de 47 años con dificultad para la marcha y mal control de esfínteres, presenta tumoración de gran tamaño (12x10 cm) a nivel sacro, confirmándose tras biopsia y estudio patológico un cordoma sacro. Tras valorar el caso en comité de tumores y tras una valoración multidisciplinar por varios especialistas se decide intervención quirúrgica. Se procede a realizar en un solo tiempo una sacrectomía total por doble vía.

Primero, se realizó en decúbito supino un abordaje anterior mediante incisión paramedial donde se realiza: 1 Preparación colgajo musculocutáneo para el cierre posterior de la sacrectomía total. 2 Realización de colostomía 3 Disección y referencia de grandes vasos, así como ligadura de vasos involucrados con tumor. 4 Discectomía L5-S1

Tras ello, se realiza un abordaje posterior en decúbito prono donde se realiza: 1 Laminectomía lumbosacra y ligadura del saco dural 2 Osteotomía pélvica con márgenes de seguridad. 3 Amputación abdominoperineal. 4 Exéresis tumor. 5. Reconstrucción pélvica con aloinjerto femur + tornillos transpediculares de L3-L5 con tornillos ilíacos. 6 Cierre defecto cutáneo con colgajo previamente diseñado.

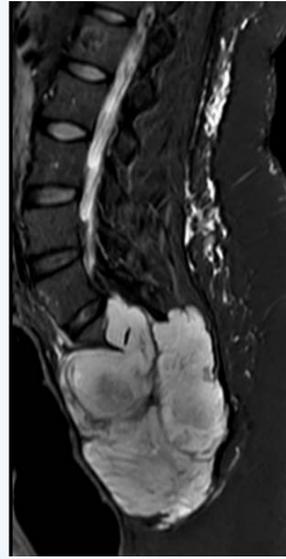


Figura 1. RM cordoma sacro

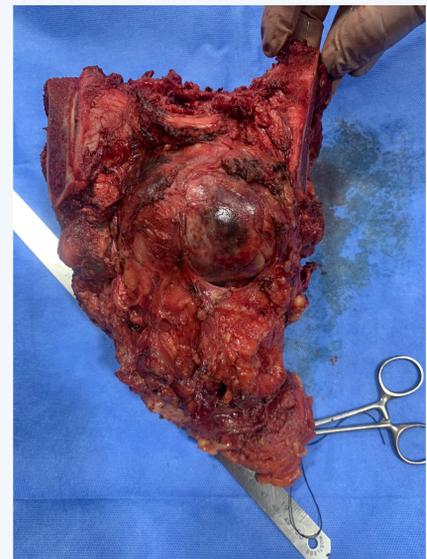


Figura 2. Pieza tumoral resecada (13x10 cm)

## Resultados

Tras 16h de cirugía y 16 bolsas de sangre la paciente requirió ingreso en UCI durante días, donde presentó varias complicaciones sistémicas: inestabilidad hemodinámica, fracaso renal, fallo hepático, etc. La paciente requirió de un seguimiento intensivo, así como de varias curas locales y quirúrgicas del colgajo musculocutáneo.

Tras su estabilización en UCI la paciente estuvo ingresada en planta de nuestro servicio de Traumatología durante 3 meses, donde la paciente presentó complicaciones principalmente relacionadas con el colgajo musculocutáneo: dehiscencia e infecciones. Se realizaron varias limpiezas quirúrgicas, además de sustituir el sistema de osteosíntesis con un nuevo sistema con cemento y antibiótico, y realizar curas del colgajo con un sistema de presión negativa (VAC).

Finalmente, la paciente fue dada de alta a domicilio con un estrecho seguimiento de las curas locales. Además, con ayuda de un programa de rehabilitación la paciente realiza sedestación y tiene control del dolor neuropático con medicación domiciliaria.

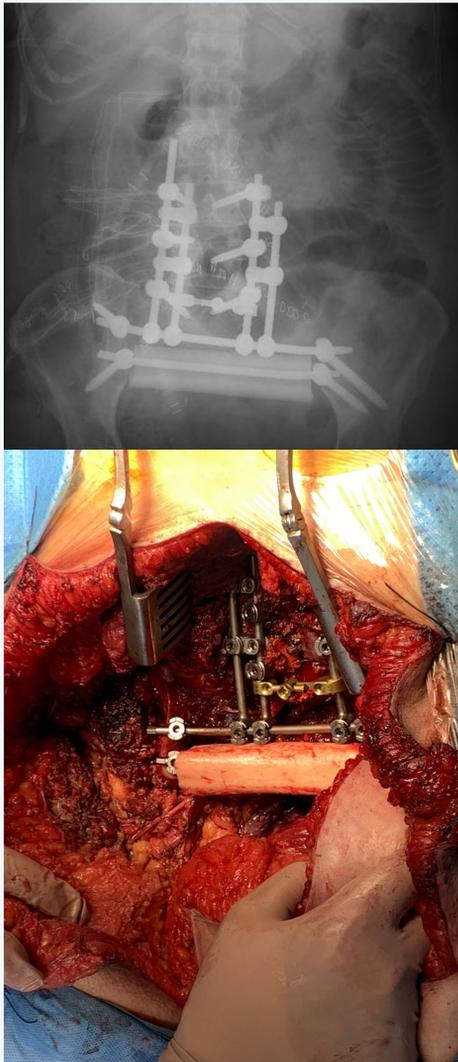


Figura 3. Reconstrucción pélvica con sistema de osteosíntesis y aloinjerto de fémur



Figura 4. Curas mediante sistema de presión negativa (VAC). Dehiscencia e infección herida principal complicación postquirúrgica

## Conclusiones

La sacrectomía total en bloque es una cirugía compleja que presenta una morbimortalidad y complicaciones elevadas. La decisión y realización debe ser hecha de forma multidisciplinar por varios especialistas para decidir si el beneficio del procedimiento supera sus riesgos.

## Bibliografía

- Cheong, Y. W., Sulaiman, W.A. y Halim, A.S. (2008). Reconstruction of large sacral defects following tumour resection: a report of two cases. *J Orthop Surg (Hong Kong)*, 16(3), 351-354.
- Doita, M., Harada, T., Iguchi, T., Sumi, M., Sha, H., Yoshiya, S. et al. (2003). Total sacrectomy and reconstruction for sacral tumors. *Spine*, 28(15), E296-301.
- Gallia, G. L., Haque, R., Garonzik, I., Witham, T. F., Khavkin, Y., Wolinsky, J. P., et al. (2005). Spinal pelvic reconstruction after total sacrectomy for en bloc resection of a giant sacral chordoma. Technical note. *Journal of neurosurgery. Spine*, 3(6), 501-506.