

CASO DE DEBUT DE CORDOMA TORÁCICO DE T11 CON COMPRESIÓN MEDULAR: TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR EN DOS TIEMPOS QUIRÚRGICOS.

Fruner G, Fernández Varela T*, Navarro Navarro R*, Pastor L*, Montesdeoca Ara A*.

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO INSULAR MATERNO INFANTIL DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

*Autores pertenecientes a Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

Objetivos:

Los cordomas son los tumores primarios malignos más frecuentes en la columna del adulto tras el mieloma. Afectan más frecuentemente a varones entre 50 y 60 años. Se originan en restos de la notocorda, afectan más frecuentemente al sacro (50%) y base de cráneo (35%) y no suelen metastatizar.

Son tumores localmente agresivos, de crecimiento lento y clínica insidiosa. Son resistentes a quimioterapia y radioterapia y el tratamiento es la resección quirúrgica en bloque. La localización torácica es infrecuente.

Presentamos un caso de manejo quirúrgico multidisciplinar en dos tiempos de un cordoma torácico a nivel de T11.

Material y metodología:

Se nos remite un paciente de 49 años por cuadro de lumbalgia con irradiación ocasional bilateral a miembros inferiores de 4 meses de evolución. Acude con RMN realizada en otro centro donde se objetiva tumoración de 5x4x4,5cm en T11 que fractura la cortical anterior, posterior y lateral generando estenosis crítica (<6,5mm) del canal y compresión medular.

A raíz de los hallazgos se realiza biopsia transpedicular de la lesión que informa de cordoma.

Tratándose de un cordoma de T11 extracompartimental con extensión anterior en contacto con la arteria aorta y extensión intracanal, se decide cirugía de resección mediante doble abordaje en dos tiempos en conjunto con cirugía torácica: durante el primer tiempo quirúrgico se realizó descompresión amplia y laminectomía T10-T11, exéresis del arco posterior de T11, descompresión bilateral de raíces de T10 y T11, exéresis del componente epidural del tumor y artrodesis posterior instrumentada T5-L2 fundamental para aportar estabilidad estructural (Fig. 2).

Durante el segundo tiempo quirúrgico (7 días después) se realizó corporectomía de T11 por vía transtorácica, sustitución del defecto con dispositivo intersomático cilíndrico relleno de aloinjerto y artrodesis anterior con placa y tornillos en cuerpos vertebrales T10 y T12 (Fig. 3).

Fig. 1: Pruebas de imagen prequirúrgicas



Fig. 2: 1er tiempo quirúrgico: descompresión amplia y laminectomía T10-T11 + artrodesis posterior instrumentada T5-L2.

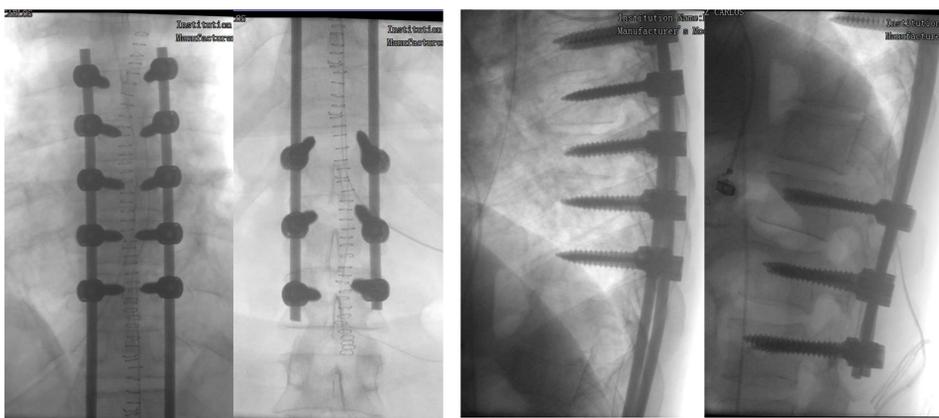
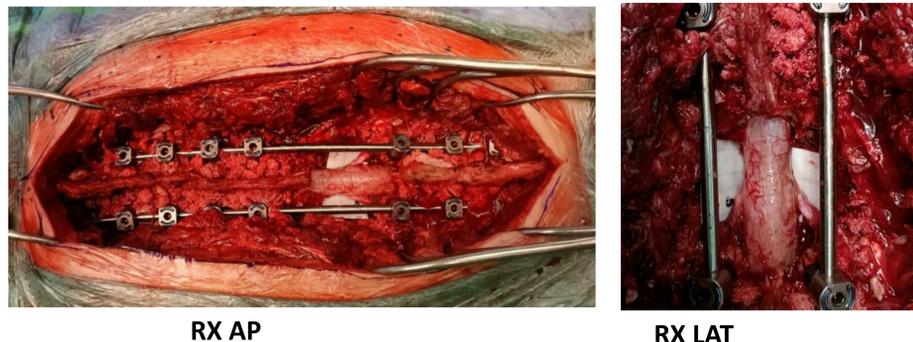
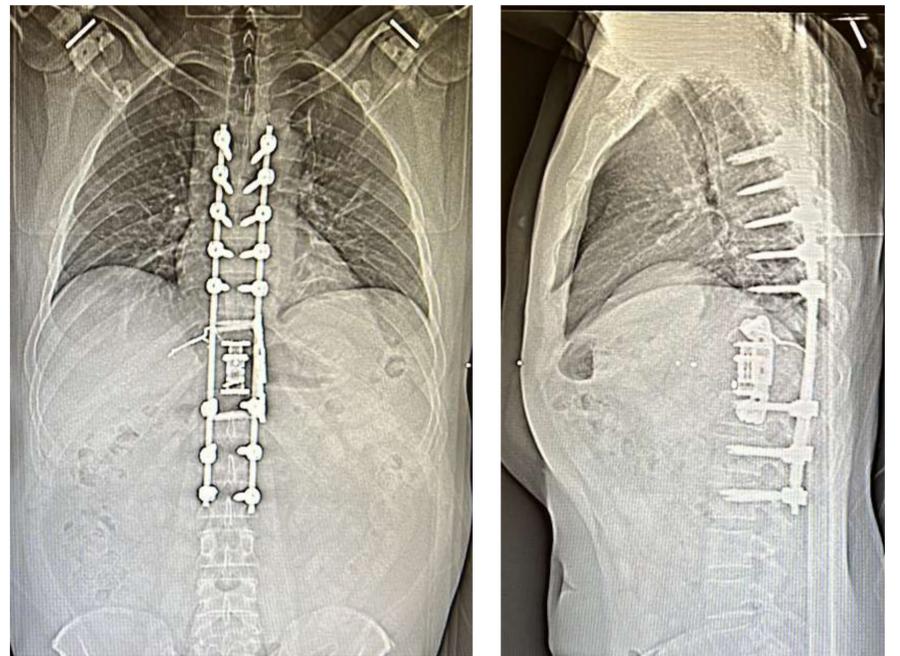


Fig. 3: 2do tiempo quirúrgico: Corporectomía T11 + artrodesis anterior con dispositivo intersomático y placa atornillada a T10-T12



Resultados:

La descompresión y la estabilización quirúrgica proporcionaron mejoría sintomática, permitiendo la movilización progresiva con inicial soporte de collarín cervical. El resultado de biopsia confirmó el diagnóstico de cordoma.

Conclusiones:

Ante la inestabilidad vertebral debida a la fractura y el riesgo de complicaciones neurológicas, un cordoma vertebral a nivel torácico requiere un tratamiento quirúrgico precoz que, en caso de afectación local amplia, tiene que ser multidisciplinar, mediante dos abordajes y en dos tiempos quirúrgicos.

Referencias:

Curso COT. T.57. Tumores raquimedulares. D. Alonso García, P. Martínez Sáez, J. Paz Aparicio.

Curso COT. T.50. Abordajes quirúrgicos del raquis. D. Alonso García, F. Hita Contreras, P. Martínez Sáez.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA