

Cordoma sacrococcígeo en un paciente de mediana edad

Sacrococcigeal chordoma in a middle age patient

MsC. Ariadna Céspedes Moncada y MsC. Georgina Castellanos Sierra

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un hombre de 48 años de edad, quien fuera ingresado en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba en el 2007, por presentar dificultades para defecar. Según valoración clínico-radiológica, se diagnosticó un cordoma sacrococcígeo y fue egresado debido al estadio del tumor, con indicación de seguimiento en consulta externa. En el mes de julio de ese mismo año se le hospitalizó en el Instituto Nacional de Oncología y Radiología, donde fue intervenido quirúrgicamente. Un año más tarde fue ingresado en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", con signos de recidiva tumoral de gran extensión. Falleció 6 meses después.

Palabras clave: cordoma, región sacrococcígea, cáncer, recidiva tumoral.

ABSTRACT

The case report of a 48 year-old man who was admitted in "Dr. Joaquín Castillo Duany" Teaching Clinical Surgical Hospital from Santiago de Cuba in the 2007 is presented, due to difficulties for defecating. According to a clinical-radiological evaluation, a sacrococcigeal chordoma was diagnosed and he was discharged due to the tumor stage, with the indication of follow up through out patient department. In the month of July of that same year, he was hospitalized in the National Institute of Oncology and Radiology, where he was surgically treated. A year later, he was admitted in "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" Teaching General Hospital, with signs of tumor relapse of great extension. He died 6 months later.

Key words: chordoma, sacrococcigeal region, cancer, tumor relapse.

INTRODUCCIÓN

El cordoma es un tumor raro, que fue descrito por Virchow en 1857, con la denominación de "encondrosis fisalífera" por el gran parecido con los tumores cartilagosos. Sin embargo, fue Ribbert, en 1895, quien le asignó un origen notocordal tras compararlo con el núcleo pulposo del disco intervertebral. Su localización más frecuente radica en la zona sacrococcígea.^{1,2}

Cabe señalar que es una entidad con escasos síntomas en su fase temprana, y que el dolor es el primero en aparecer, el cual puede ser espontáneo o al presionar la zona

sacra, donde se localiza. El crecimiento tumoral afecta los nervios y órganos de la cavidad pélvica, lo que justifica los síntomas.³

La evolución clínica del proceso morboso varía con rapidez y es muy dolorosa. El desarrollo alcanzado en la medicina no ha variado las tasas de supervivencia, dado que es un tumor con gran tendencia a la recurrencia e infiltración de los órganos contiguos. Según se ha planteado, la tasa de supervivencia a los 5 años se estima en alrededor de 50 %, pero a los 10 años desciende hasta 35 %.⁴

En Cuba no existen investigaciones al respecto, lo que puede deberse a su poca frecuencia o la evolución tórpida, a pesar de que su malignidad principalmente se manifiesta a nivel local.

El tratamiento quirúrgico ha sido el método de elección, siempre y cuando se realice una total exéresis del tumor y este se encuentre en estadios incipientes; de lo contrario, sería fatal para el paciente y le conduciría a una muerte dolorosa.

Asimismo, es de vital importancia el seguimiento posoperatorio, en el cual se deben realizar exámenes complementarios, principalmente la resonancia magnética, para diagnosticar una posible recidiva tumoral en un periodo que no debe exceder los 12 meses.⁵

Al asistir a cualquier paciente que presente una masa tumoral en la región sacrococcígea, resulta necesario pensar en la presencia de un cordoma e indicar los exámenes al respecto.

En los trabajos publicados hasta el momento, se exponen métodos para tratar a los pacientes con este tipo de tumor, pero no se muestran evidencias de tasas altas de supervivencia, a pesar de las técnicas utilizadas, por lo que se deben incrementar las investigaciones acerca del tema, con vistas a realizar un diagnóstico oportuno y proporcionar una mejor calidad de vida a los afectados.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de un adulto de 48 años de edad, quien en noviembre del año 2007 comenzó a presentar dificultad para defecar, que se manifestaba por heces acintadas en escasa cantidad y constipación, además de dolor de moderada intensidad en la zona sacrococcígea, que se aliviaba con el uso de analgesia medicamentosa habitual (dipirona). Con este cuadro clínico fue hospitalizado en febrero del 2008 en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba.

Examen físico

– Tacto rectal: región perianal normal, esfínter tónico. A 4 cm del borde anal se percibió una ampolla ocupada por una masa tumoral de aproximadamente 12 cm de diámetro, que ocupaba toda la pared posterior, sin dañar la integridad de la mucosa. Próstata de tamaño y consistencia normales. El guante empleado salió limpio luego del procedimiento.

Exámenes complementarios

- Rayos X de pelvis (anteroposterior): escoliosis del sacro desde la vértebra sacra 2 a la 5.
- Tomografía axial computarizada de pelvis: imagen hiperdensa de 54 UH, que medía de 93-75 mm en la región presacra, con presencia de calcificaciones y necrosis que infiltraba y destruía el hueso sacro.
- Resonancia magnética nuclear: imagen que toma las vías nerviosas sacras y la cola de caballo.
- Biopsia aspirativa con aguja fina: muestra acelular.

Con estos hallazgos se determinó el diagnóstico clínico-radiológico de cordoma sacrococcígeo. El paciente fue egresado, con tratamiento paliativo y seguimiento médico en su área de salud.

Posteriormente, en el mes de julio de ese mismo año, se trasladó a La Habana, donde fue hospitalizado en el Instituto Nacional de Oncología y Radiología. Allí fue intervenido quirúrgicamente y se le realizó una resección del hueso sacro con el tumor, a través de la región sacra. Se confirmó la presencia del cordoma sacrococcígeo en la biopsia. Al evolucionar favorablemente en el período posoperatorio inmediato, el paciente fue egresado.

En julio del 2009 fue ingresado en el Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, por presentar aumento de volumen del glúteo derecho, pétéreo, así como dificultad para defecar y orinar y mal estado nutricional. A través de los exámenes realizados se constató la reaparición del tumor con afectación de toda la pelvis ósea y los órganos pélvicos. Se discutió el caso y se decidió realizar paliativamente colostomía transversa y cistotomía. Luego de la recuperación del paciente, se le dio el alta hospitalaria con indicación de seguimiento clínico.

Cuatro meses más tarde acudió nuevamente a este Hospital con cuadro doloroso intenso en la región sacrococcígea, aumento del glúteo derecho y renitencia a la palpación. Se efectuó ecografía de la región y se observó gran acumulación de líquido, que fue extraído por medio de una punción a través de la cicatriz quirúrgica de la región sacra. Se obtuvo 1,5 L de un líquido vinoso no fétido (figura 1). La prueba citológica mostró la existencia de necrosis tumoral. El cuadro doloroso desapareció.



Fig. 1. Líquido vinoso no fétido a través de la cicatriz quirúrgica en la región sacra

Dos meses después el afectado acudió al Servicio de Urgencia de esta institución, con eclosión del tumor a través de la cicatriz en la región sacra (figura 2). Falleció un mes más tarde, como consecuencia de la enfermedad.



Fig. 2. Protrusión de recidiva tumoral con áreas de necrosis a través de la cicatriz quirúrgica

COMENTARIOS

Al realizar un análisis desde el diagnóstico del paciente hasta su deceso, se puede aseverar que la frecuencia de este tumor en el sexo masculino y la localización coincidieron con lo referido en otras publicaciones sobre el tema,^{6,7} aunque se ha planteado que es más frecuente por encima de los 60 años.

Desde el comienzo de los síntomas hasta el diagnóstico inicial, distaron 4 meses aproximadamente, y ya presentaba infiltración y destrucción ósea. A pesar de ello, fue intervenido y un año después comenzó a presentar recidivas que lo llevaron a una muerte dolorosa.

El tratamiento electivo en estos casos consiste en una amplia resección quirúrgica debido a elevadas radiorresistencia y quimiorresistencia. La resección total se asocia a mayor progresión libre de la enfermedad.^{7,8} No obstante, otros autores plantean que se debe efectuar tratamiento quirúrgico y aplicar radioterapia solo si los bordes de sección quirúrgica dan positivo. Se han descrito técnicas para la resección del sacro: la intervención posterior es la indicada en tumores que dañan el hueso por debajo de la tercera vértebra sacra, la intervención combinada anterior y posterior es la indicada en lesiones que se extienden del cuerpo de la vértebra sacra 1 o de la sacra 2. Por su parte, Tomita y Tsuchiya describieron 3 pacientes a quienes se les realizó sacrectomía total sin colostomía. Las funciones urogenitales y rectales se pierden si las ramas nerviosas S2 son seccionadas en forma bilateral.^{2,6}

Los pacientes que no pueden ser sometidos a una resección tumoral completa pueden beneficiarse ocasionalmente con dosis altas de radioterapia; en el tratamiento de afectados por cordomas se ha comprobado un intervalo libre sin progresión.

Son múltiples los estudios acerca del tratamiento en pacientes con este tipo de tumor, pero no existen evidencias de la supervivencia según estadificación del tumor, pues las estadísticas no distan diferencias significativas a las descritas en la década del 50. De hecho, se trata de un tumor de gran malignidad local y un alto índice de recurrencia.^{8,9}

Algunos autores refieren que cuando la resección local es incompleta, la recurrencia se produce entre el primer y sexto años luego de realizada la operación.^{6,8,9}

Un estudio desarrollado por el Departamento de Neurocirugía de la Universidad de Texas, en el cual se revisaron 27 casos de cordoma sacrococcígeo, notificados de 1954 a 1994, reveló que 15 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente más de 2 veces. Los resultados comparativos de resección radical versus resección subtotal, indican que el período libre de enfermedad en aquellos con resección radical fue de 2 años para cada procedimiento, comparado con 8 meses para pacientes tratados con resección subtotal.³

Adicionalmente, se considera que los cordomas son quimiorresistentes y que los de la región sacrococcígea, localizados por debajo del segundo cuerpo vertebral sacro, pueden curar con una operación radical, en dependencia del estadio. La recurrencia puede manifestarse con mayor grado de infiltración.^{6,9}

Este problema de salud debe ser analizado por un equipo multidisciplinario de coloproctólogos, neurocirujanos, urólogos, radiólogos y cirujanos generales, según la localización de la lesión y su grado de infiltración, a fin de que la técnica quirúrgica elegida sea la más efectiva y se eviten las dolorosas recidivas luego de una operación radical.

En este caso clínico llamó la atención la evolución tórpida e invasiva de la recidiva tumoral, con destrucción amplia de la pelvis y los órganos adyacentes, lo cual tal vez sucedió de manera más acelerada debido a la intervención quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robbins SL. Patología estructural y funcional. Madrid: Interamericana-Importécnica; 1975.
2. Torres Gómez FJ, Torres Olivera FJ, Torres Gómez A. Cordoma sacrococcígeo. Correlación citohistológica. Rev Esp Patol. 2008; 41(4): 293-96.
3. York JE, Kaczaraj A, Abi-Said D, Fuller GN, Skibber JM, Janjan NA, et al. Sacral chordoma: 40 year experience at a major cancer center. Neurosurgery. 1999; 44(1): 74-9.
4. Sierra Montenegro E, Sierra Luzuriaga G, Carrilo Védova C, Leone Stay G. Exteriorización del cordoma sacro a partes blandas. Informe de un caso. Cir Cir. 2010; 78: 546-9.
5. Leal Ghezzi T, Pereira Filho G, Chemale Cigerza G, Campos Corleta O. Cordoma sacrococcígeo gigante: relato de caso. Rev Bras Colo-proctol. 2009 [citado 21 Ene 2013]; 29(2). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-98802009000200011&script=sci_arttext
6. Cruz García O, González Cabrera E, Dinza Zamora L, Noriega Oliva PA, Caballero García J, Hernández Díaz Z. Cordoma sacrococcígeo: presentación de un caso. Rev Cubana Neurol Neurocir. 2014; 4(2): 161-5.

7. Hanna SA, Aston WJ, Briggs TWR, Cannon SR, Saifuddin A. Sacral chordoma: can local recurrence after sacrectomy be predicted? Clin Orthop Relat Res. 2008; 466(9): 2217-23.
8. Guan JY, He XF, Chen Y, Zeng QL, Mei QL, Li YH. Percutaneous intratumoral injection with pingyangmycin lipiodol emulsion for the treatment of recurrent sacrococcygeal chordomas. J Vasc Interv Radiol. 2011; 22(8): 1216–20.
9. Fernández Salazar L, Guantes de Vigo B, Calabia del Campo J, Abril Vega C, Herreros Rodríguez J, del Valle Rivero ML, et al. Presacral mass as a cause of constipation. Rev Esp Enferm Dig. 2009; 101(11): 803-5.

Recibido: 19 de mayo de 2014.

Aprobado: 23 de junio de 2014.

Ariadna Céspedes Moncada. Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”,
avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico:
ariadnac@hospclin.scu.sld.cu