



Fig. 2. Pelvic CT scan: great, soft-tissue, solid, intrapelvic mass with inner gross calcifications that destroys nearby coccygeal vertebral bodies. Saggital CT reconstruction: the mass depends on the sacrococcygeal vertebral bodies. The extrapelvic extension of the tumor and its well-defined margins are appreciated.

TC pelvis: gran masa de partes blandas intrapélvica, sólida, con calcificaciones groseras en su interior, que produce destrucción ósea a nivel de primeras vértebras coccigeas. Reconstrucción sagital de TC donde se observa la dependencia de la masa de vértebras sacrococcygeas, así como su componente extrapélvico y la buena delimitación de sus bordes.

REFERENCES

1. Hanna SA, Aston WJS, Briggs TWR, Cannon SR, Saifuddin A. Sacral chordoma. Can local recurrence after sacrectomy be predicted? *Clin Orthop Relat Res* 2008; 466: 2217-23.
2. Camps Lasa J, Navarro Luca A, García Bach M, Pando López JA, Marco Molina C. Cordoma sacrococcygea por vía posterior. *Cir Esp* 2008; 84: 340-1.
3. Montella L, Addeo R, Faiola V, Cennamo G, Guarrasi R, Capasso E, et al. Zoledronic acid in metastatic chondrosarcoma and advanced sacrum chordoma: two case reports. *J Exp & Clin Cancer Res* 2009; 28: 7-11.

Masa presacra como causa de estreñimiento

L. I. Fernández Salazar, B. Guantes de Vigo¹, J. Calabia del Campo¹, C. Abril Vega², J. Herreros Rodríguez², M. L. del Valle Rivero³, B. Velayos Jiménez y J. M. González Hernández

Servicios de Aparato Digestivo, ¹Radiodiagnóstico, ²Cirugía General y de Aparato Digestivo, y ³Oncología y Radioterapia. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid

CASO CLÍNICO

Varón de 41 años con esquizofrenia en tratamiento con Risperdal® y Noctamid® que consultaba por estreñimiento. Además aquejaba dolores lumbosacros de meses de evolución por lo que fue estudiado con radiografía de pelvis (Fig. 1). A la exploración física no hubo datos reseñables. Con una colonoscopia se comprobó una compresión extrínseca en cara posterior de recto que no impedía el paso del endoscopio. Se solicitó un TC de región pélvica (Fig. 2). Los cortes más altos del

TC no demostraron lesiones ocupantes de espacio en el tórax o en el hígado ni tampoco se observaron adenomegalias locorregionales ni a distancia. Ante los hallazgos se biopsió la masa vía percutánea con control ecográfico con pistola de biopsia (bio-pince 18G). El examen de la biopsia demostró que la masa correspondía a un cordoma. Fue intervenido comprobando una tumoración que ocupaba toda la pelvis, oradaba el sacro y se extendía hacia su parte posterior. Se realizó tumorectomía por vía combinada abdominal y sacra, resecaando coxis, se desconectó el recto con sección del mismo y colostomía terminal izquierda. El resultado anatomopatológico resultó compatible con tumoración benigna de gran tamaño con escasísimo índice mitótico. El paciente fue también tratado con radioterapia externa. Los sucesivos controles con RM a lo largo de 3 años no detectaron progresión de la enfermedad.

DISCUSIÓN

Los cordomas son tumores malignos originados en restos embrionarios de la notocorda. Suponen el 17,5% de los tumores óseos malignos del esqueleto axial y la incidencia es de 0,5 a 0,8 por millón de habitantes (1). El 50% procede de la región sacrococcígea, el 35% de la base del cráneo y el 15% de los cuerpos vertebrales (1). Afectan principalmente a varones entre 40 y 70 años, su crecimiento es lento y metastatizan a distancia el 10 al 15%. Alcanzan los 11 cm de eje mayor (1). La clínica es dolor en región lumbosacra, estreñimiento, dolor perianal, ciatalgia e impotencia (2). Puede apreciarse a la exploración una masa sacra o al tacto rectal de consistencia elástica. El TC y la RM son las técnicas más adecuadas para su evaluación. El tratamiento es la cirugía amplia procurando márgenes libres de tumor. El abordaje suele ser posterior, aconsejándose la resección de músculo piramidal, glúteo mayor y parte de las articulaciones sacroiliacas para reducir el riesgo de recidivas locales que son frecuentes sobre todo en tejido blando posterior al sacro (1). La embolización puede reducir el riesgo de sangrado de la cirugía (2). La radioterapia externa se ha valorado sin tener una utilidad clara (1), se emplea en tumores irresecables (3). Imatinib mesilato puede ser eficaz asociado a la cirugía y la radioterapia. El ácido zolendrónico parece eficaz en el tratamiento del dolor de cordoma (3).