

Cordoma condroide: a propósito de un caso

Arvizu-Lorenzo, P.C.^{1,2}; González López, M.¹; Marqueta González, P.^{3,4}; Delfino Carrillo, R.A.⁵; Madrid De La Serna, C.⁵

1. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario de Getafe.
2. Departamento de Anatomía Humana y Embriología, Facultad Complutense de Madrid.
3. Servicio de cirugía ortopédica y traumatología del Hospital Universitario General de Villalba
4. Servicio de cirugía ortopédica y traumatología del Hospital Universitario Niño Jesús
5. Unidad de Raquis, Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario de Getafe.



Paciente de 51 años, derivado desde urgencias: presenta dolor axial irradiado a pie derecho con disestesias en genitales, 15 días de evolución, niega traumatismo, fiebre o síndrome constitucional. Mal control del dolor pese analgesia 2º escalón, no debilidad ni síntomas de alarma.

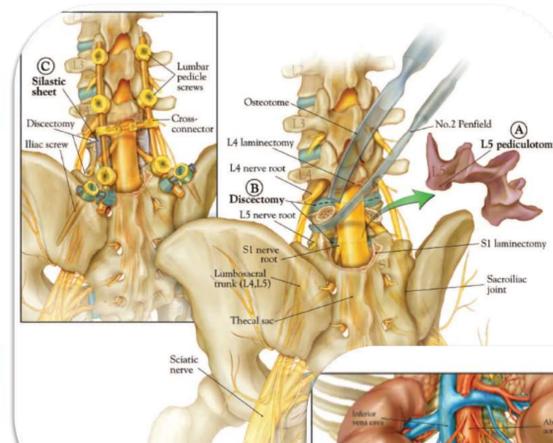
Exploración: Lasegue bilateral positivo a 30º, Bragard positivo para lado derecho. Ligera disminución de la extensión del primer dedo del pie derecho (BMCs: 4+/5) sin más alteración en fuerza ni en la intensidad ni topología de reflejos.

“Winking owl sign” en L5 de forma bilateral, se solicita RM donde se aprecia lesión expansiva del cuerpo de L5, aspecto multiquistico que destruye cortical e invade el canal neural. Complementada con imágenes de TC, aspecto lítico.

Diagnósticos probables: Tumor de células gigantes, tumores vasculares, linfoma primario, cordoma lumbar



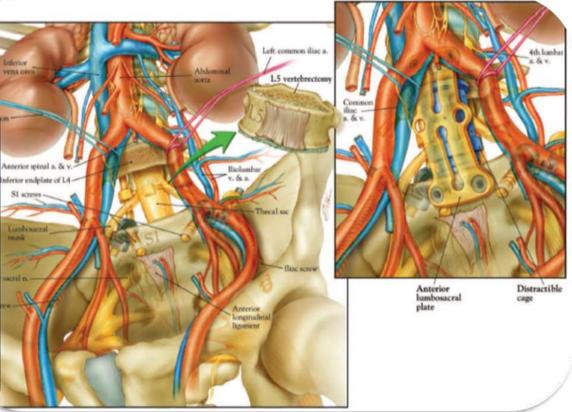
Tras Biopsia con aguja gruesa → diagnóstico anatomopatológico: **Cordoma Condroide**



Plan Quirúrgico:
Vertebrectomía radical con márgenes libres en 2 tiempos.



1er tiempo: resección elementos posteriores vía lumbotomía media
2º tiempo: corpectomía vía ALIF



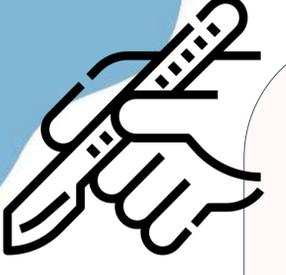
Tras 7 años de la resección: SRS-22 Score: 3.6 / 5; ODI: 7 / 50 or 14 % sin evidencia de recidiva local o a distancia



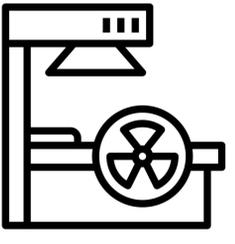
Los cordomas son tumores óseos **raros**, más comunes en **varones** de 40 a 70 años, que se localizan principalmente en el sacro, la base del cráneo y la columna móvil, siendo **localmente agresivos** pero con **bajas tasas de metástasis**



El **dolor** en el sitio de la lesión es el síntoma más común de los cordomas, con **alta tasa de recidiva local**, especialmente si la cápsula se rompe durante la cirugía, y su pronóstico empeora con factores como **sexo femenino, edad avanzada, tamaño del tumor y la resección incompleta**



El tratamiento estándar para los cordomas sacros y espinales primarios es la **resección en bloque con márgenes negativos**, y radioterapia adyuvante si es necesario, mientras que para los cordomas recurrentes se recomienda la **resección en bloque** o parcial con radioterapia, aunque estos procedimientos tienen **alta morbilidad** debido a la proximidad a estructuras nobles



Cuando la cirugía está contraindicada, se utilizan **radioterapia**, quimioterapia o terapias moleculares dirigidas de forma paliativa, aunque los cordomas sacros y espinales son **resistentes a estos tratamientos**, lo que ha llevado al desarrollo de terapias avanzadas como la radiocirugía estereotáctica y la terapia con partículas cargadas, además del uso de inhibidores del PGFR que han mostrado cierta eficacia en el control de la enfermedad en casos inoperables o avanzados

BIBLIOGRAFÍA: [1]. Jae-Min Park A, McDowell S, Mesfin A. Management of Chordoma of the Sacrum and Mobile Spine. JBJS Rev. 2022 Dec 12;10(12). doi: 10.2106/JBJS.RVW.22.00162. PMID: 36639876. [2]. Walcott BP, Nahed BV, Mohyeldin A, Coumans JV, Kahle KT, Ferreira MJ. Chordoma: current concepts, management, and future directions. Lancet Oncol. 2012;13(2):e69-76. [3]. D'Amore T, Boyce B, Mesfin A. Chordoma of the mobile spine and sacrum: clinical management and prognosis. J Spine Surg. 2018;4(3):546-52. [4]. Gill CM, Fowkes M, Shrivastava RK. Emerging therapeutic targets in chordomas: a review of the literature in the genomic era. Neurosurgery. 2020;86(2):E118-23. [5]. Stacchiotti S, Sommer J. Building a global consensus approach to chordoma: a position paper from the medical and patient community. Lancet Oncol. 2015;16(2):e71-83. [6]. Radaelli S, et al. The sacral chordoma margin. Eur J Surg Oncol. 2020;46(8):1415-22.