

Cordoma a nivel torácico: diagnóstico poco frecuente

Chordoma at thoracic level: a rare diagnosis

José Luis Alcocer Maldonado,* Luis Gerardo Domínguez Carrillo[‡]

Citar como: Alcocer MJL, Domínguez CLG. Cordoma a nivel torácico: diagnóstico poco frecuente. Acta Med GA. 2022; 20 (3): 278-279. <https://dx.doi.org/10.35366/105735>

Masculino de 45 años acude por cervicalgia de tres meses; en resonancia de columna cervical se encontró incidentalmente tejido neoplásico de 8 × 4 cm paravertebral izquierdo a nivel de T1-T2 (Figura 1). Por toracotomía, con microscopio, se practica resección total de la lesión

(Figura 2); histopatológicamente correspondió a cordoma, la inmunohistoquímica: EMA, CK8, S-100 positivos en células fislíferas y *brachyury* positivo en el núcleo de células neoplásicas (Figura 3). A un año de seguimiento, paciente asintomático con resonancia normal.

Figura 1:

Imágenes de resonancia magnética de columna dorsal a nivel de T1-T2: **A)** corte coronal; **B)** corte sagital; **C)** corte axial que muestran masa tumoral de 4 × 8 cm. con forma de “hongo”, de localización paravertebral izquierda que corresponde a cordoma.

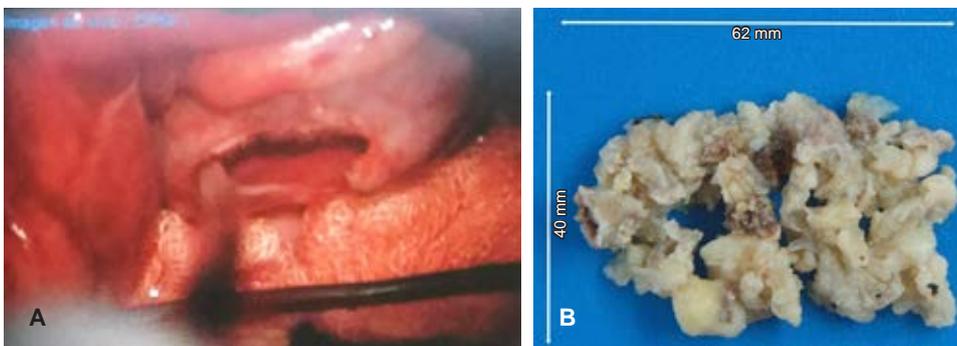
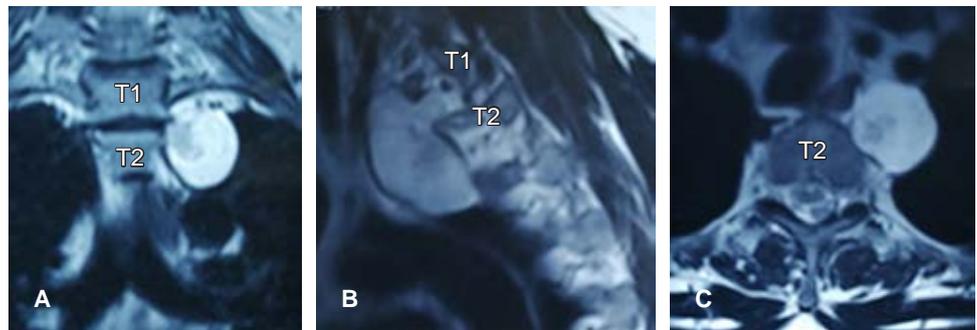


Figura 2:

A) Imagen fotográfica a través de microscopio quirúrgico de masa tumoral paravertebral izquierda con disección de mediastino; **B)** fotografía de pieza quirúrgica con peso de 11 g.

* Neurocirujano.

[‡] Especialista en Medicina de Rehabilitación.

Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México.

Correspondencia:

Dr. Luis Gerardo Domínguez Carrillo
Correo electrónico: lgdominguez@hotmail.com

Aceptado: 20-10-2021.



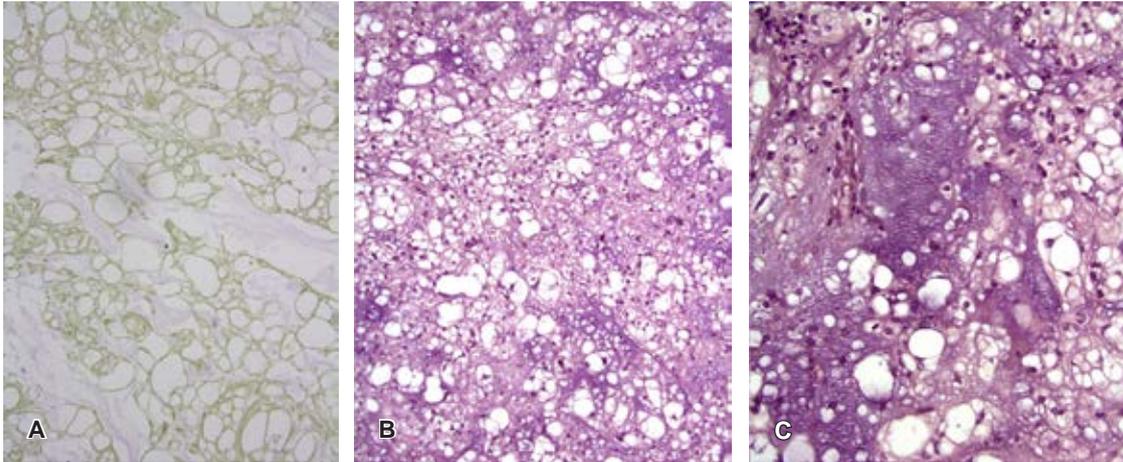


Figura 3: Fotografías de cortes histológicos: **A)** neoplasia epitelial que alterna con matriz cartilaginosa con células poligonales de núcleo hiper Cromático; **B)** inmunohistoquímica de citoqueratina CK8 y 18 positivos en células fisalíferas; **C)** inmunoreacciones positivas para antígeno epitelial de membrana (EMA) *brachyury* en el núcleo de células neoplásicas y proteína S-100 positiva focal en células fisalíferas, confirmando diagnóstico de cordoma.

El cordoma (C) es un tumor maligno de crecimiento lento, se origina a partir de restos de la notocorda, 50% se localizan en la región sacro-coccígea; otro sitio frecuente es la vértebra C2; a nivel vertebral torácico es poco frecuente, de 2 a 5% de los casos. La incidencia anual es de 0.1/100,000 habitantes, mayor en varones (2.7:1). Su síntoma principal es dolor de tipo mecánico que progresa

con sintomatología neurológica. Su diagnóstico incluye positividad de citoqueratina y del gen *brachyury*, (biomarcador específico que permite la diferenciación entre cordomas y condrosarcomas). El tratamiento es quirúrgico con resección en bloque; la tasa de recidiva varía de 26-68%; los C pueden metastatizar de 20 a 60% de los casos; la supervivencia a cinco años es de 10 a 70%.