

## Cordoma mediastínico

G.L. Legarra<sup>a</sup>, C. Ereño<sup>b</sup>, J.M. Basurco<sup>c</sup>, E. Alcaraz<sup>d</sup>, J. Cacicedo<sup>e</sup> y J.M. Merino<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Medicina, <sup>b</sup>Anatomía Patológica, <sup>c</sup>Radiodiagnóstico, <sup>d</sup>Cirugía Torácica y <sup>e</sup>Terapéutica Física. Hospital de Basurto. Bilbao.

Se presenta un paciente portador de un cordoma de localización en mediastino medio posterior que se inició con clínica respiratoria, lo cual, junto a la edad de aparición, constituye una excepcional observación.

*Arch Bronconeumol 1994; 30: 405-406*

### Introducción

Los cordomas son tumores, derivados del notocordio, poco frecuentes, con ubicación preferente en el clivus y en la región sacrococcígea. Afectan fundamentalmente a varones en la edad media de la vida y su clínica varía según su lugar de aparición. La localización dorsal de los cordomas es aún menos frecuente y más raro aún que en su crecimiento llegue a provocar sintomatología respiratoria por compresión bronquial.

### Observación clínica

Presentamos el caso de una paciente de 77 años, con antecedentes de dolores cervicodorsales de años de evolución atribuidos a una caída y a artrosis a la que, con motivo de tos irritativa de un mes de evolución se le realizó radiografía de tórax, identificándose una masa pulmonar de localización mediastínica que protrusionaba por la derecha del mismo. En proyección lateral se situaba en mediastino posterior y medio. Se practicó broncofibroscopia que evidenció compresión del tronco intermediario, estando su calibre reducido a la mitad. En la TAC (fig. 1) la masa erosionaba la cara vertebral anterior extendiéndose principalmente por la derecha hasta contactar con el sistema bronquial comprimiéndolo. En radiografía de esófago practicada 2 meses antes con motivo de dolor epigástrico agudo, existía una pequeña compresión de su luz (valoración retrospectiva),

Correspondencia: Dr. G.L. Legarra.  
Servicio de Medicina Interna. Pabellón San Pelayo.  
Hospital Civil de Basurto. Avda. Montevideo, 18. 48013 Bilbao.

Recibido: 29-9-93; aceptado para su publicación: 29-9-93.

### Mediastinal chordoma

We describe a patient with chordoma located in the mid-posterior mediastinum whose first clinical symptoms were respiratory. This, together with the patient's age at presentation, made this case unusual.

que no fue valorada entonces ante los hallazgos gastroscópicos y confirmación endoscópica de ulceración aguda que justificaba la clínica, que cedió con anti-H<sub>2</sub>.

La punción torácica transparietal proporcionó material identificado como cordoma. Se extirpó la masa en su totalidad mediante toracotomía posterolateral, completándose el tratamiento con radioterapia para evitar recidivas.

### Discusión

El cordoma es un tumor maligno derivado de los restos del notocordio<sup>1</sup>. Es poco frecuente, constituyendo el 1-4% de los tumores óseos malignos. Predomina en el varón en razón 2/1 y se han encontrado casos entre los 3 y los 74 años, con edad media de 56 años<sup>2,3,15</sup>. Su crecimiento es lento, con agresividad local y normalmente no metastatiza. Tiene predilección para ubicarse en la región sacrococcígea (50-55%) y clivus (35%); más rara vez en las vértebras verdaderas. En éstas, la región dorsal es la menos frecuente, envolviendo en ocasiones el tumor a la vértebra<sup>4-7</sup>. La clínica es variable según su localización, dominando dolor y alteración del tránsito intestinal si la ubicación es sacra. Si asienta en clivus presenta síntomas por afectación de pares craneales. La localización dorsal se manifiesta por radiculalgias, afectación medular y ocasionalmente disfagia<sup>8,9</sup>. Histológicamente este tumor consta de masas de células esféricas ovoides o poligonales, distribuidas en grupos o cordones, en cuyos citoplasmas poseen grandes vacuolas de mucina (células fisalíferas) (fig. 2)<sup>1,10</sup>.

El cordoma no es una tumoración habitual en el diagnóstico diferencial de las masas del mediastino posterior. Aunque hemos encontrado referencias bi-

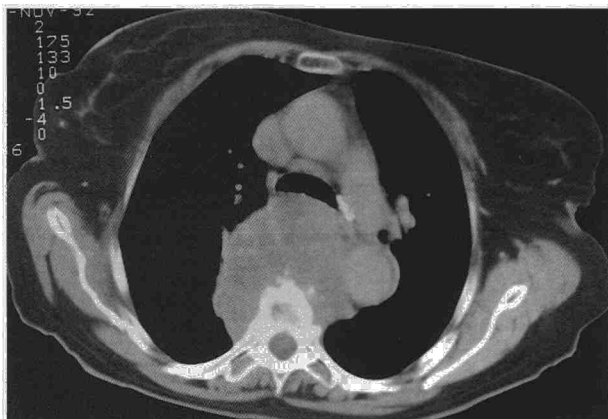


Fig. 1. TAC de tórax. Masa que ocupa mediastino posterior y medio, erosionando la cara vertebral anterior y comprimiendo la tráquea.

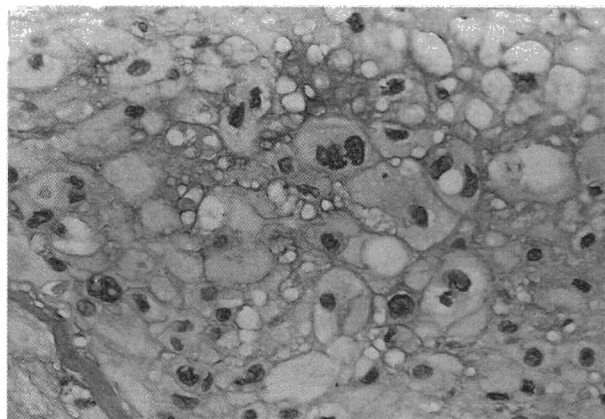


Fig. 2. Cordoma. Detalle: células fisalíferas (HE,  $\times 40$ ).

biográficas<sup>6,7,11,12</sup>, los tratados neumológicos clásicos no hacen ni mención del mismo, lo que avala su rareza<sup>13,14</sup>. Radiológicamente afectan en mayor o menor grado a las estructuras óseas adyacentes (osteólisis u osteocondensación), precisándose de biopsia por vía quirúrgica o percutánea, con control radiológico, para su diagnóstico<sup>5,15</sup>.

Nuestro caso genéricamente no difiere del conjunto de cordomas; no obstante, su observación en una mujer, de edad mayor a las referidas en la literatura y su aparición como masa mediastínica con sintomatología respiratoria, por afectación de mediastino medio, hace que nos parezca una observación excepcionalmente rara, que no hemos encontrado en la bibliografía.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Rowland LP. En: Merritt. Tratado de neurología (Capítulo V: tumores). Barcelona: Salvat editores. S.A. 1987; 267.
- Ponce Villares M. Tumores intracraneales. En: Adams RD, Victor M. Principles of Neurology (Ed. español). Barcelona: Editorial Reverté, S.A., 1988; 514-515.
- Youmans JR. Primary malignant tumors of the spine. En: Sundaresan N, Krol G, Hughes JEO, editores. Neurological surgery. Filadelfia: WB Saunders Company, 1990; 3.552-3.556.
- Winants D, Bertal A, Hennequin L, Fays J, Bernadac P. Imaging of cervical and thoracic chordoma. A propos of 2 cases. J Radiol 1992; 73: 169-174.
- Ducou le Pointe H, Brugieres P, Chevalier X, Meder JF, Voisin MC, Gaston A. Imaging of chordomas of the mobile spine. J Neuroradiol 1991; 18: 267-276.
- Kaulbach C, Heller M, Loning T. Thoracic chordoma. Rontgenblatter 1990; 43: 295-297.
- Brooks M, Kleefeld J, O'Reilly GV, Haykal HA, Macleod M. Thoracic chordoma with unusual radiographic features. Comput Radiol 1987; 11: 85-90.
- Murray RO. The Radiology of Skeletal Disorders. Filadelfia: Churchill Livingstone 1977; 638-639.
- Resnick D. Diagnosis of bone and joint disorders. Filadelfia: WB Saunders Company, 1981; 2.677.
- Wojno KJ, Hruban RH, Garin-Chesa P, Huvos AG. Chondroid chordomas and low-grade chondrosarcomas of the craniospinal axis. Am J Surgical Pathol 1992; 16: 1.144-1.152.
- Rich TA, Schiller A, Suit HD, Mankin HJ. Clinical and pathologic review of 48 cases of chordoma. Cancer 1985; 56: 182-187.
- Greenfield GB. Radiology of bone diseases. Filadelfia: JB Lippincott Company, 1986; 605.
- Lyerly HK, Sabiston DC. Neoplasias y quistes primarios del mediastino. En: Fishman AP, editor. Tratado de Neumología. Barcelona: Ed. Doyma, S.A., 1991; 1.921-1.965.
- Fraser RG, Peter Paré JA. Enfermedades del mediastino. En: Diagnóstico de las enfermedades del Tórax. Barcelona: Salvat Editores S.A., 1982; 2.103-2.115.
- Edeiken J, Hodes PJ. En: Roentgen Diagnosis of diseases of bone. Baltimore, Williams and Wilkins Company, 1973; 1.084-1.091.