

# “Sacrectomía parcial por abordaje posterior único”

Estimado Dr. Bersusky:

Estas líneas son en referencia a la nota al Editor del Dr. Pablo N. Ortiz, publicada en el volumen 82, número 2, sobre el trabajo “Sacrectomía parcial por abordaje posterior único”.

En primer lugar, nos gustaría agradecer al Dr. Ortiz, que se haya tomado la molestia de escribir sus líneas luego de leer nuestra publicación, esto muestra que el manejo de los tumores que involucran la parte subaxial del sacro es un tema apasionante y de importancia actual.

Con respecto a la necesidad de biopsia prequirúrgica de los tumores del sacro y en especial de los cordomas sacros, es tema de una próxima presentación, pero podemos adelantar que la bibliografía internacional desde el 2006 a la actualidad,<sup>1-3</sup> soporta la NO realización de biopsia por punción guiada por tomografía, cuando cuentan con imágenes claras de resonancia magnética sabiendo que la resección en block es el tratamiento de preferencia. Esta conducta disminuye la siembra en el trayecto y muchas veces la biopsia no es realizada por el médico cirujano y este trayecto muchas veces no se encuentra incluido o cercano a la incisión.

La arteriografía siempre es realizada para planificar la cirugía de resección total del sacro o en tumores de gran tamaño, en los cuales se suma la embolización prequirúrgica.<sup>1,4,5</sup> Este trabajo muestra resecciones por debajo de S2, donde no es necesario ligar la arteria sacra media y la lesión de ilíacas es de menos frecuencia.

Si bien no fue cuantificada la pérdida sanguínea en todos los pacientes (no siendo superiores a los 300 cc), estas no requirieron transfusiones intra o postoperatoria, como así tampoco se utilizó recuperador sanguíneo o ácido tranexámico.

En el postoperatorio, se utilizó hemosuctor por 48 a 72 h para el manejo del bolsillo subaponeurótico, con internación en habitación común en tres de los cuatro pacientes; al restante se adicionó un catéter para la prevención de la fístula de líquido cefalorraquídeo y permaneció 28 h en Unidad de Cuidados Intensivos.

Sin más y pidiendo disculpas por la demora en la respuesta, agradecemos los comentarios del Dr. Pablo Ortiz.

Dr. Pedro L. Bazán

## Bibliografía

1. Yang H, Zhu L, Ebraheim NA, Liu J, Shapiro A, Castillo S, et al. Surgical treatment of sacral chordomas combined with transcatheter arterial embolization. *J Spinal Disord Tech* 2010;23(1):47-52.
2. Ruosi C, Colella G, Di Donato SL, Granata F, Di Salvatore MG, Fazioli F. Surgical treatment of sacral chordoma: survival and prognostic factors. *Eur Spine J* 2015;24(Suppl 7):912-917.
3. Kayani B, et al. A review of the surgical management of sacral chordoma. *Eur J Surg Oncol* 2014;40(11):1412-1420.
4. Yang HL, Chen KW, Wang GL, Lu J, Ji YM, Liu JY, et al. Pre-operative transarterial embolization for treatment of primary sacral tumors. *J Clin Neurosci* 2010;17(10):1280-1285.
5. Xue-Song L, Chao Y, Kai-Yong Y, Si-Qing H, Heng Z. Surgical excision of extensive sacrococcygeal chordomas assisted by occlusion of the abdominal aorta. *J Neurosurg Spine* 2010;12(5):490-496.