

CASOS CLÍNICOS

Tumores pared torácica

Drs. MARCO ROJAS G, LAIN GONZÁLEZ A

Servicio de Cirugía, Hospital Coquimbo

RESUMEN

Los tumores de la pared torácica son entidades raras de encontrar, entre las que se incluyen lesiones de hueso y partes blandas, pueden ser primarias o secundarias (metástasis, infecciosas) incluyendo también tumores de estructuras adyacentes al tórax que comprometen la pared torácica como mama, pulmón, pleura y mediastino. Se presentan dos casos clínicos, que consultan por dolor costal, diagnosticándose en ambos un tumor costal, tratados con exéresis costal. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y las biopsias demostraron una Displasia Osea Fibrosa y con Granuloma Eosinofilo.

PALABRAS CLAVES: **Tumor pared costal**

SUMMARY

Chest wall tumors are conditions quite rare to be found. Bone and soft part lesions are included within these types of tumours. Chest wall tumours can be primary or secondary (metastasis, infectious). They also include tumours of other anatomic structures, which are adjacent to the chest wall, such as breast, lung, pleura and mediastinum. Two clinical cases are presented in this paper. Both of the patients sought medical care due to rib pain, were diagnosed as suffering from rib tumour and treated with resection. The post surgical recovery went satisfactory. The biopsy showed a Fibrous dysplasia of the bone and Eosinophilic granuloma.

KEY WORDS: **Tumours, thoracic wall, fibrous dysplasia, eosinophilic granuloma**

INTRODUCCIÓN

Los tumores de la pared torácica son entidades raras de encontrar, no habiendo en la literatura nacional comunicados al respecto, y existiendo escasa casuística internacional con números importantes al respecto. Al hablar de tumor costal, aproximadamente un 50 a 80% son malignos y si la lesión corresponde a esternón o cintura escapular, en un 90% son malignos. En cuanto a los tumores costales benignos los más frecuentes son tumores cartilaginosos (ostecondromas y condromas). El objetivo de esta comunicación es relatar dos casos de tumor costal, revisar su metodología de estudio y tratamiento en la actualidad.

CASOS CLÍNICOS

Caso clínico 1: Corresponde a una mujer de 32 años, con antecedentes de TBC tratada el año 1987, sin secuelas, que consulta por dolor subcostal derecho moderado, sin características de cólico biliar, mayor al toser, sin antecedentes de traumatismos. Al examen físico destaca aumento de volumen submamario derecho entre LAA y LAP, indoloro, en relación a la parrilla costal derecha. En abdomen nada destacable. Se solicitó Radiografía de Tórax AP y LAT que demuestra "imagen densa de partes blandas relativamente delimitada, en relación a la séptima costilla derecha, que produce prácticamente desaparición de esta en parte de su

arco posterior, el arco lateral y todo el arco anterior, con algunas calcificaciones irregulares en su interior. Se solicitó una Ecografía Abdominal que describe "lesión sólida quística en relación a la pared costal, que deforma el lóbulo hepático derecho de naturaleza incierta. La TAC de tórax describe "lesión expansiva de la séptima costilla derecha con caracteres de corresponder a Displasia fibrosa". En sus exámenes generales destaca fosfatasa alcalinas elevadas en un 30%. Se completó estudio con radiografías de cráneo y pelvis que fueron normales. Se propuso resección costal de la séptima costilla, la que se efectúa resecándola desde su arco posterior hasta su articulación condral. Evolución postoperatoria satisfactoria dándose de alta a las 24 horas. Control con biopsia en policlínico que diagnostica Displasia leve fibrosa de la costilla. La paciente se evalúa al mes de operada relatando leve molestia en zona operatoria, ya reintegrada a su trabajo.

Caso clínico 2: Corresponde a un hombre de 25 años, que consulta por dolor costal izquierdo de moderada intensidad, en relación a sexta costilla en LMC y de 2 meses de evolución; refiere contusión costal hace tres meses que cedió en una semana sin requerir analgesia. Se palpa aumento de volumen en dicha zona. La Rx de tórax demuestra zona

de hiperinsuflación de la cortical de la sexta costilla en su arco lateral con zonas de destrucción de la cortical. Se realizó cintigrama óseo que demuestra zona hipercaptante en dicha región y TAC de tórax que señala lesión expansiva de la sexta costilla izquierda de aspecto destructiva, insuflante. Fosfatasas alcalinas normales. Se propone biopsia excisional. Se realiza resección de lesión costal con 5 centímetros de margen distal y proximal. Evolución postoperatoria satisfactoria. La biopsia demostró una Histiocitosis X, Granuloma Eosinófilo. Actualmente en control en policlínico.

DISCUSIÓN

Los casos clínicos presentados consultan por dolor costal y se evidencia un aumento de volumen en relación a la zona de dolor. Es la causa más frecuente de consulta de estas lesiones; aumento de volumen y dolor, siendo generalmente el dolor de leve a moderado. No siempre son sintomáticos y aparecen como lesiones de crecimiento lento y progresivo.^{1,2,3,5,6,10} El promedio de edad de presentación de los tumores benignos es entre 20 a 30 años y para los tumores malignos es generalmente mayor que 40 años. El dolor es más frecuente en tumores malignos, pero no debe ser usado como

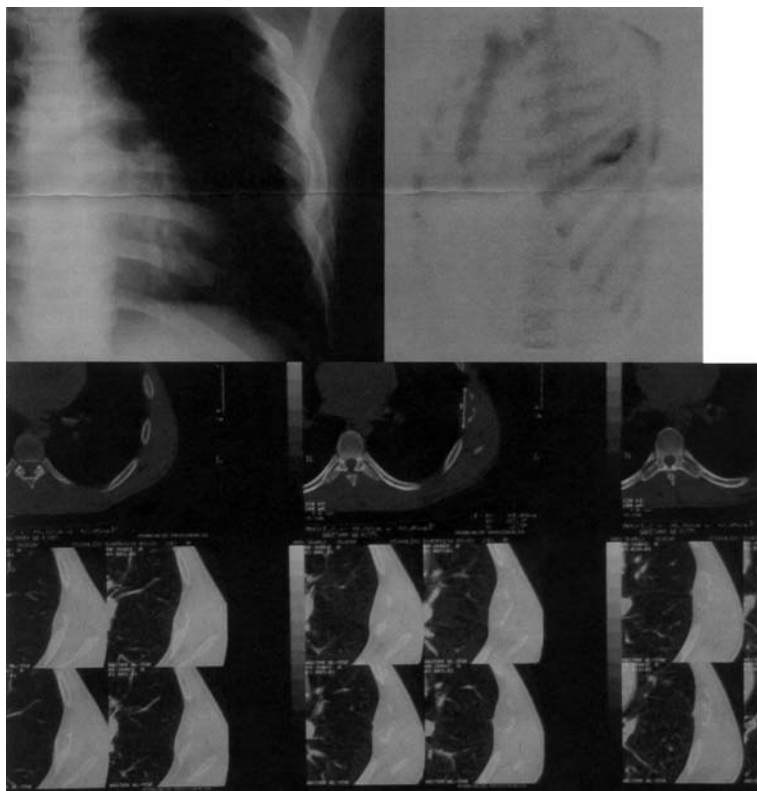


Figura 1. Rx de tórax, cintigrama óseo y TAC de tórax correspondiente a caso II, se observa lesión destructiva costal.

elemento diagnóstico con lesiones benignas. La radiografía de tórax y de parrilla costal es el estudio base para estas lesiones y el contar con radiografías antiguas es muy útil pues nos aporta datos de evolutividad. La TAC de tórax (7-8) muestra la relación de la lesión con los tejidos adyacentes como pleura, pulmón, mama, mediastino y su compromiso. La Resonancia Nuclear Magnética da una excelente información de la relación del tumor con planos musculares y vasculares adyacentes, lo que no da datos de invasividad del tumor. En uno de los casos clínicos descritos se tomó además una ecografía abdominal que demostró que el tumor comprimía el lóbulo derecho del hígado. Las neoplasias^{1,2,3,5,9,10} primarias costales pueden ser diagnosticadas por biopsia excisional y las razones para ello son la remoción de la masa entera, una adecuada obtención de tejido para establecer un diagnóstico histológico exacto, y permitir una terapia coadyuvante si fuera necesario. La biopsia por punción⁴⁻⁶ en lesiones óseas guiadas con ecografía ha demostrado ser útil sobre todo en lesiones de columna; en lesiones costales no está descrito su uso, y pudiera usarse ante la presencia de un primario conocido y la sospecha de metástasis. La distinción entre tumores benignos y malignos es difícil clínica y radiológicamente, a menos que exista destrucción cortical y/o invasión de tejidos blandos. La diferenciación patológica no siempre es fácil, y requiere a veces de técnicas sofisticadas. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica con un margen de dos centímetros en las lesiones benignas y una resección en block con márgenes de 5 centímetros en las lesiones malignas más una terapia coadyuvante en la mayoría de los casos. El compromiso del pulmón subyacente no impide la resección pero empeora el pronóstico. En relación a la Displasia Ósea Fibrosa,¹² es un tumor de adultos jóvenes que generalmente compromete las costillas en su arco posterior, puede estar asociado a traumatismos y consiste de una alteración de la maduración ósea. La erosión de la cortical no es infrecuente y su exéresis es el tratamiento de elección ya que se ha visto que en un 1% puede sufrir malignización. En relación al Granuloma Eosinófilo,¹¹ es una enfermedad del sistema linforreticular y no un tumor óseo primario. Es un tipo de histiocitosis clase I y es considerada hoy como un proceso reactivo y no una neoplasia. El peak de

incidencia es entre 5 y 15 años y ocurre tanto en la metástasis como la diáfisis del hueso, y no posee potencial maligno. Se presenta como una enfermedad localizada o multisistémica con o sin disfunción orgánica, siendo de mal pronóstico su presentación en los dos primeros años de vida y la asociación con disfunción orgánica. Con frecuencia se confunde con Sarcoma de Ewing o Osteomielitis y la terapia puede ser la observación, sugiriéndose tratarse solo las lesiones que produzcan dolor intenso, restricción del movimiento, deformidad importante, afectación del cartílago de crecimiento o que exista riesgo de fractura. Se utiliza la resección quirúrgica, la infiltración de corticoides local o la radioterapia a dosis bajas dependiendo el lugar de ubicación de la lesión

BIBLIOGRAFÍA

1. Farley JH, Seyfer AE: Chest wall tumors: experience with 58 patients. *Mil Med* 1991; 156: 413-5.
2. Evans KG, Miller RR, Muller NL, Nelems B: Chest-wall tumours. *Can J Surg* 1990; 33: 299-32.
3. Eng J, Sabanathan S, Pradhan GN, Mearns AJ: Primary bony chest wall tumours. *J R Coll Surg Edinb* 1990; 35: 44-7.
4. Targhetta R, Balmes P, Marty-double C, mauboussin JM, Bourgeois Jm, Pourcelot L: Ultrasonically guided aspiration biopsy in osteolytic bone lesions of the chest wall. *Chest* 1993; 103: 1403-8.
5. Donahoo JS, Miller JA, Lal B, Rosario PG: Chest wall hamartoma in an adult: an unusual chest tumor. *Thorac Cardiovasc Surg* 1996; 44: 110-1.
6. Gattus P, Castelli MJ, Reyes CV, Reddy V: Cutaneous and subcutaneous masses of the chest wall: a fine-needle aspiration study. *Diagn Cytopathol* 1996; 15: 374-6.
7. Bittner RC, Flix R: Magnetic resonance (MIR) imaging of the chest: state of the art. *Eur Respir J* 1998; 11: 1392-404.
8. Wyttenbach R, Vock P, Tschappeler H: Cross-sectional imaging with CT and/or MRI of pediatric chest tumors. *Eur Radiol* 1998; 8: 1040-6.
9. Allen PJ, Shriver CD: Desmoid tumors of the chest wall. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 1999; 11: 264-9.
10. Griffith P: *Toracic surgery*. Churchill-Livingstone 1995.
11. L Madero L: *Hematología y Oncología Pediátrica*. Madrid: Edic Ergon 1997.
12. Huvo's: *Bone Tumours*, 1995.