



Condrosarcoma gigante de pared torácica

Sr. Director: Los tumores primarios de la pared torácica son raros y, entre ellos, destacan por su frecuencia los que afectan al cartílago, como los condromas, los osteocondromas y los condrosarcomas^{1,2}. El condrosarcoma sigue siendo el tumor primario maligno más frecuente en esta zona y representa hasta un tercio de las neoplasias costales primitivas, de las que un 10% aparece después de otro tumor benigno preexistente¹. Su diagnóstico es más habitual en determinadas edades (antes de cumplir los 20 años o alrededor de los 50 años) y afecta más a los varones. Su crecimiento es lento y con poca tendencia a presentar adenopatías o a diseminarse, manteniendo una progresión local aunque es excepcional que sea tan voluminoso como en nuestro caso^{1,3,4}.

Mujer de 85 años, sin hábitos tóxicos o antecedentes respiratorios de interés, en tratamiento diurético por una hipertensión arterial esencial y una diabetes que controlaba con dieta. Ocho meses antes refería la aparición de una tos no productiva, realizándose una radiografía de tórax que fue interpretada como normal. La tos persistió a pesar de intentar distintos tratamientos antibióticos o antitusígenos, consultando por un incremento progresivo de la disnea, pérdida de peso y dolor pleurítico derecho en los últimos 20 días. En la exploración física presentaba un mal estado general sin signos de insuficiencia cardíaca, acropaquias o acrocianosis. La auscultación cardíaca era normal y en la respiratoria se confirmó la presencia de una hipofonía posterobasal con semiología de derrame pleural derecho. Al examinar la pared torácica destacaba la presencia de una tumoración anterior de unos 15 cm, fija y dura que, cuando se interrogó a la paciente, refería haberla descubierto hacía unos 6 meses, sin darle mayor importancia a pesar de que presentaba un crecimiento progresivo. La radiografía de tórax demostró la existencia de un derrame pleural derecho ma-

sivo con desplazamiento contralateral del mediastino. El electrocardiograma fue normal. La prueba de Mantoux y tres baciloscopias de esputo fueron negativas. En el hemograma, 7.700 leucocitos/l (fórmula normal), hematocrito del 44% y una velocidad de sedimentación globular (VSG) de 48 mm/h, con valores normales de coagulación, sedimento urinario, antígeno carcinoembrionario (CEA), antígeno de células escamosas (SCC), CA 19,9, CA 125, enolasa neuroespecífica y factor reumatoide. En la gasometría arterial basal se objetivó: pH 7,4; PaCO₂ 40 mmHg; PaO₂ 60 mmHg, y SatO₂ del 89%.

La toracocentesis evidenció la presencia de un líquido serohemático compatible con un exudado pleural, cuya celularidad era de predominio linfocitario y con valores normales de CEA y ADA, con una LDH de 644 U/l y un colesterol de 76 mg/dl. Los estudios microbiológicos y anatomopatológicos de tres toracocentesis y dos biopsias pleurales fueron negativos para micobacterias, hongos o células atípicas. Se realizó una toracocentesis evacuadora de 1.500 ml y, posteriormente, una TC toracoabdominal, y apareció una gran tumoración que se originaba en la pared torácica anterior, en contacto con el corazón derecho y desplazando el hígado (fig. 1). La quinta costilla estaba prácticamente destruida por el tumor y existía un derrame pleural derecho residual, sin adenopatías mediastínicas u otros signos de afección hepática y pulmonar. Se realizaron tres punciones percutáneas aspirativas de la masa dirigidas por ecografía que resultaron inespecíficas, y posteriormente se realizó una biopsia de la tumoración en la pared torácica que confirmó la presencia de un condrosarcoma. Una vez establecido el diagnóstico, se realizó una toracoscopia y un talcaje paliativo, sin confirmar la presencia de invasión pleural o diafragmática de la tumoración.

El condrosarcoma de la pared torácica suele presentarse en la radiografía simple de tórax como una masa de márgenes imprecisos que afecta o destruye a una parte variable de la pared que es posible palpar cuando aumenta de tamaño. No es habitual que se produzca en una mujer de edad avanzada y se presente como un derrame pleural masivo que ocultaría la tumoración, pasando desapercibida hasta la evacuación del derrame o la realización de la TC^{1,4}. Su crecimiento lento, localizado y su poca tendencia a diseminarse permitiría la observación de grandes masas, aunque es más frecuente que el paciente consulte y se detecte con anterioridad, condicionando un abordaje terapéutico que aconseja la realización de una resección en bloque con amplios

márgenes, que incluye varias costillas, y que en nuestra paciente no pudo plantearse por su mala situación basal, tomando sólo medidas de carácter paliativo^{5,6}.

M. Haro Estarriol^a, A. Tornero Molina y P. León Atance

Sección de Neumología y Cirugía Torácica. Hospital General de Albacete.
^aSección de Neumología. Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta.

1. Meyer CA, White CS. Cartilaginous disorders of chest wall. *Radiographics* 1998; 18:1109-23.
2. Arrabal R, Fernández A, Pagés C, Benítez A, Fernández JL. Tumores primarios de la pared torácica (1991-1994). *Arch Bronconeumol* 1996;32:384-7.
3. Burt M. Primary malignant tumors of the chest wall. The Memorial Sloan-Kettering Cancer Center experience. *Chest Surg Clin North Am* 1994;4:137-54.
4. Somers J, Faber LP. Chondroma and chondrosarcoma. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* 1999;11:270-7.
5. Andreassian B. New techniques in thoracic surgery (II). *Presse Med* 1995;24:1127-32.
6. Anderson BO, Burt ME. Chest wall neoplasms and their management. *Ann Thorac Surg* 1994;58:1774-81.

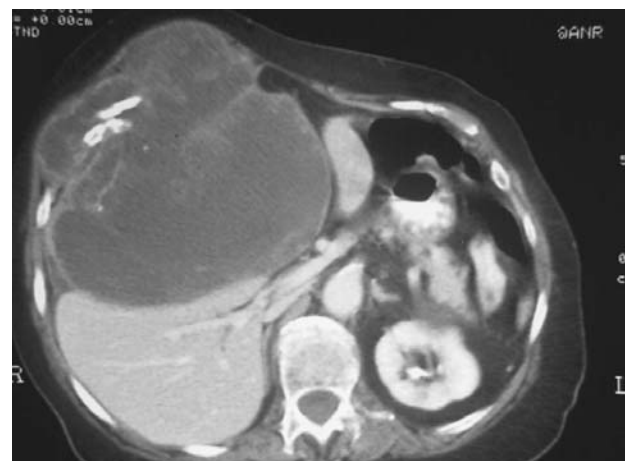
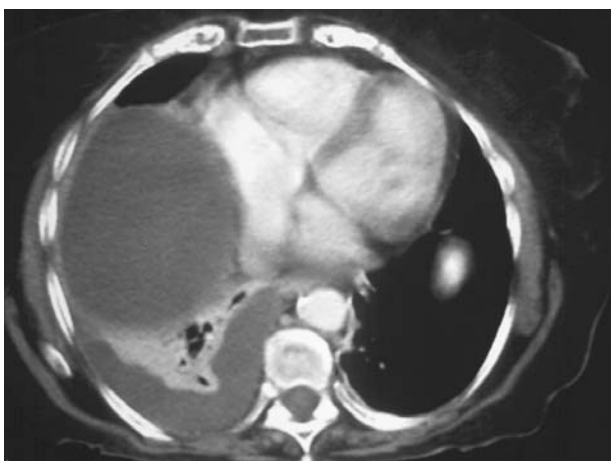


Fig. 1. Tomografía computarizada (TC) toracoabdominal. a) Pequeño derrame pleural y tumoración en contacto con el corazón. b) Gran tumoración que destruye la quinta costilla, se desplaza hacia el hígado sin signos de invasión y protruye superficialmente para deformar la pared toracoabdominal.