

Tumor de células gigantes de localización costal

Sr. Director: El tumor de células gigantes (TCG), también llamado osteoclastoma, es una neoplasia benigna, aunque localmente agresiva, de presentación infrecuente: representa el 4-5% de los tumores primitivos óseos en países occidentales¹. El sitio habitual de localización son las epífisis de los huesos largos en los miembros inferiores y superiores, apareciendo muy raramente en las series de tumores óseos torácicos².

Paciente varón de 28 años, que acude al servicio de urgencias por presentar dolor torácico constante, de 2 meses de evolución, en hemitórax derecho. En la radiografía de tórax se detecta una tumoración de apariencia extrapleuraral, con expansión cortical y destrucción parcial de la cuarta costilla derecha. La TAC confirma la existencia de una tumoración parietal, con destrucción de la costilla adyacente, que muestra un adelgazamiento irregular y cierto grado de reacción perióstica (fig. 1). Se realiza biopsia de la tumoración, informándola al patólogo como tumor de células gigantes. A través de una toracotomía derecha se encuentra una tumoración de unos 6 cm de eje mayor, dependiente de la cuarta costilla, que parece infiltrar parcialmente el músculo serrato mayor y que protruye hacia el interior del tórax, pero sin infiltrar parénquima pulmonar. Se extirpa la tumoración en bloque, con márgenes de seguridad de 2-3 cm, junto con las costillas tercera-quinta y parte del serrato; el defecto se reconstruye con malla doble de Marlex. El informe de anatomía patológica confirma el diagnóstico anterior. El paciente se encuentra bien y libre de enfermedad un año después de la intervención.

El TCG es una neoplasia de origen desconocido que se da con mayor frecuencia en mujeres y en la tercera-cuarta décadas de la vida, siendo el síntoma más frecuente el dolor, que puede ir acompañado de la aparición de una masa y de fractura patológica³. El aspecto radiológico es inespecífico, dando imágenes líticas expansivas, con un margen entre el tumor y el hueso normal, caracterizado por

una alteración gradual de la densidad. Se ha establecido un sistema radiológico de estadiificación (según el adelgazamiento cortical, la erosión y la invasión de tejidos blandos), que puede tener significado pronóstico³. Macroscópicamente el tejido tumoral es grisáceo y friable, con un límite entre el tumor y el hueso adyacente habitualmente neto. Histológicamente el TCG muestra dos patrones celulares característicos⁴: células redondeadas mononucleadas que pueden mostrar un índice mitótico elevado, y células multinucleadas (en ocasiones con cientos de núcleos), generalmente sin mitosis. Debe establecerse el diagnóstico patológico diferencial con otras lesiones que muestran gran cantidad de células gigantes (principalmente con el quiste óseo aneurismático, osteosarcoma, fibroma no osificante, quiste óseo solitario y el "tumor marrón" del hiperparatiroidismo). Los TCG tienen la posibilidad de dar metástasis con aspecto histológico benigno, especialmente pulmonares (aunque también se han comunicado casos en otras localizaciones), con una incidencia del 0-7%, sin que esté claro el mecanismo implicado⁵; es por ello que se debe realizar un seguimiento a largo plazo. Los tratamientos más utilizados son el curetaje y la resección en bloque, con unos índices de recidivas del 28 y el 7%, respectivamente, siendo esta última el tratamiento de elección, en el caso de que su localización lo permita⁶. En su rara presentación costal debe realizarse una exéresis amplia con suficiente margen de seguridad, para asegurarnos de que no dejamos restos tumorales. La radioterapia ha venido dando una alta incidencia de sarcomas postratamiento, reservándose para los casos inoperables, aunque parece que con la nueva radioterapia de supervoltaje el índice de sarcomas postradiación es muy bajo y disminuye en gran medida las recidivas.

J.C. Vázquez-Pelillo, E. Peña González y P. León Atance
 Servicio de Cirugía Torácica.
 Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

1. Dahlin DC, Unni KK. Bone tumours: general aspects and data on 8542 cases. Springfield: Charles C. Thomas, 1986; 119-139.
2. Gallillard J, Dahan M. Tumeurs primitives de la paroi thoracique. Paris: Editions Techniques - Encycl Med Chir, Poumon, 1990; 6.

3. Campanaci M, Giunti A, Olmi R. Giant-cell tumours of bone. A study of 209 cases with long term follow up in 130. Ital J Orthop Traumatol 1975; 1: 249-277.
4. Revell PA. Pathology of bone. Berlín-Heidelberg: Springer-Verlag, 1986; 286-288.
5. Kay RM, Eckardt JJ, Seeger LL, Mirra JM, Hak DJ. Pulmonary metastases of benign giant cell tumor of bone. Six histologically confirmed cases, including one of spontaneous regression. Clin Orthop 1994; 302: 219-230.
6. McDonald DJ, Sim FH, McLeod RA, Dahlin DC. Giant-cell tumor of bone. J Bone Joint Sur (Am) 1986; 68: 235-242.

Calidad de vida relacionada con la salud en neumología

Sr. Director: En relación a la carta de Díez-Herranz: "Calidad de vida en neumología"¹, queremos manifestar los siguientes aspectos:

Estamos de acuerdo en que los cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) no tienen en el momento actual un papel bien definido en la práctica clínica diaria. Sin embargo, es importante remarcar que aportan aspectos del enfermo y de la enfermedad que normalmente no analizamos y que pueden y deben tener una función complementaria a los parámetros convencionales. Actualmente, se están elaborando versiones simplificadas del SF-36 y del Saint George's, aunque no están aún publicadas. Nuestra opinión es que los cuestionarios de la CVRS tienen una aplicación clara en áreas donde sea muy importante evaluar la percepción individual de salud y donde las medidas convencionales no aporten datos suficientes. De este modo, tendría interés analizar el impacto sobre la CVRS de tratamientos como rehabilitación, curas paliativas, y tratamientos farmacológicos que siendo escasamente eficaces tienen importantes efectos adversos. También estos cuestionarios tienen aplicación en la evaluación de pacientes con una enfermedad crónica que altera severamente su capacidad funcional y donde los factores psicosociológicos modulan fuertemente la actitud del paciente frente a la enfermedad. Finalmente, otra aplicación de los cuestionarios de CVRS es en estudios longitudinales o transversales de salud en poblaciones diversas (diabéticos, EPOC, HTA, etc.). Sin embargo, no tendría sentido utilizar estas medidas de CVRS cuando la enfermedad o el tratamiento tienen un marcador de respuesta objetivo y específico, como un tratamiento antibiótico en la neumonía²⁻⁴.

En cuanto a la referencia de Díez sobre los problemas de comprensión derivados del nivel sociocultural o de posibles déficit sensoriales, en nuestra experiencia debemos decir que producen una limitación mínima, inferior al 0,5%, lo que coincide con otros autores. Muchos de estos problemas pueden ser solventados cambiando tácticas, como leerle al paciente el contenido del cuestionario.



Fig. 1. Imagen de TAC donde se aprecia una tumoración parietal con destrucción de la costilla adyacente, que muestra un adelgazamiento irregular. La masa presenta un componente de partes blandas que afecta a la musculatura.