

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.

La mayoría de cuestionarios son autoadministrados, y sólo en algunos casos, como en el CRQ, se aconseja que sea realizado por un entrevistador entrenado. La ventaja de los cuestionarios con entrevistador es que optimizan al máximo la respuesta; la desventaja, evidentemente, es el tiempo de entrevista. Es aconsejable que el entrevistador sea siempre la misma persona y no necesariamente debe ser el médico responsable, y ni mucho menos es necesario un psicólogo (en nuestro caso es una enfermera que colabora con nosotros). En cuanto a la cuantificación, no es complicada; deben seguirse las indicaciones de cada cuestionario y puede realizarse cualquier persona. Recientemente, el grupo de calidad de vida y EPOC de la SEPAR ha publicado un manual donde se presentan los principales cuestionarios de CVRS validados en nuestro país⁷.

Los aspectos psicoemocionales relacionados con la enfermedad están contemplados en todos los cuestionarios específicos, tanto de asma como de EPOC, y también en algunos de los genéricos. No es tan claro, sin embargo, que se contemple el efecto del tratamiento directamente, a pesar de que éste queda implícito en el propio cuestionario cuando se plantea como estudio longitudinal.

Es cierto que las medidas de CVRS se relacionan débilmente con los parámetros de función pulmonar y de ejercicio. Los coeficientes de correlación oscilan entre 0,1-0,5; pero estas correlaciones no son muy distintas a las que se encuentran en las medidas tradicionales entre sí (FVC o FEV₁ y ejercicio, por ejemplo)⁸, y además son estadísticamente significativas. Sin embargo, sí se ha demostrado que los cuestionarios específicos de CVRS, y también algunos genéricos, tienen una gran sensibilidad a detectar cambios.

Para resumir, diremos que los cuestionarios de CVRS de que disponemos en la actualidad, probablemente no tienen aún una aplicación en la práctica diaria, pero sí en estudios de coste-efectividad, en ensayos clínicos o en estudios poblacionales de salud, aunque siempre como una evaluación complementaria a los parámetros tradicionales y nunca sustitutoria.

R. Güell* y M. Perpiñá**

*Departament de Pneumologia.
Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau.
Barcelona. **Servicio de Neumología.
Hospital Universitario La Fe. Valencia.

- Díez-Herranz A. Calidad de vida en neumología. Arch Bronconeumol 1996; 32: 375.
- Quality of life and clinical trials [editorial]. Lancet 1995; 346: 1-2.
- Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. The New Engl J Med 1996; 334: 835-840.
- Spijker B. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. Filadelfia-Nueva York: Lippincott-Raven, 1996.
- Grupo de Trabajo Calidad de Vida y EPOC. Calidad de vida relacionada con la salud en la EPOC. Instrumentos de medida en España. Barcelona: Ed. MCR S.A., 1996.
- Curtis JR, Deyuyo RA, Hudson LD. Health-related quality of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 1994; 45: 162-170.

Tuberculosis lingual: a propósito de un caso clínico

Sr. Director: La afectación de la lengua por bacilos ácido-alcohol resistentes es rara^{1,2}. Por lo general aparece en pacientes con enfermedad tuberculosa pulmonar o laríngea (forma secundaria); la forma primaria es prácticamente excepcional y se diferencia clínicamente por presentarse en colectivos más jóvenes, y por ser lesiones indoloras y de localización preferente en encías³.

Varón de 44 años, con antecedentes de tabaquismo (30 cigarrillos/día), estilismo crónico, pancreatitis aguda en 1989 y neumonía derecha con derrame pleural en 1989. Acudió a la consulta de otorrinolaringología por odinofagia desde hacía 6 meses, no presentaba fiebre, síntomas respiratorios ni síndrome general. En la exploración tenía una tensión arterial 140/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 70 latidos/min y estaba afebril. Presentaba una lesión úlcero-vegetante de 3 cm en base de lengua en lado izquierdo que no cruzaba línea media y respetaba valécula; sin limitación de la movilidad, de consistencia firme; no había adenopatías accesibles a la palpación. La auscultación cardíaca era normal, en la auscultación pulmonar existía ligera disminución del murmullo vesicular en campos superiores. En el abdomen había una hepatomegalia de 2 cm, no dolorosa a la presión, sin ascitis, masas o esplenomegalia. Pruebas de laboratorio: 10,4 × 10 leucocitos/l (82,9 S, 12,7 L, 4,4 M); Hb 16,4 g/l; hematócrito 0,46; urea 13 mg/dl; creatinina 0,8 mg/dl. Proteinograma: normal. Proteínas totales 6,8 g/dl. Fósforo 3,4 mg/dl, anti-VIH 1 y 2 negativos. Dermorreacción de Mantoux 2 u: 5 × 2 mm. HBs-Ag negativo, anti-HBs y anti-HBc positivos. En las tres biopsias realizadas de la lesión de base de lengua existía un intenso proceso inflamatorio crónico con presencia de múltiples granulomas epitelioides no necrosantes, sin encontrarse elementos neoplásicos; en la tinción de auramina no se observaron bacilos ácido-alcohol resistentes. En la radiografía de tórax que se realizó a los 3 meses del inicio del estudio se observaron extensos infiltrados bilaterales en campos superiores y medios con zonas cavitadas en su interior. La tinción de auramina del esputo fue positiva, y posteriormente el cultivo en medio de Löwenstein del esputo y de las muestras recogidas de la lesión de la lengua fue positivo; creció *Mycobacterium tuberculosis*. Se inició tratamiento antituberculoso (isoniazida, rifampicina y pirazinamida) con buena tolerancia, con mejoría de las imágenes radiológicas del tórax y desaparición de la lesión vegetante de base de lengua a los tres meses de iniciado el tratamiento.

En las series más amplias de tuberculosis pulmonar, la afectación lingual está entre el 0,05 y el 1,5% de los casos. La afectación de la lengua sería debida a la propagación de gérmenes desde el tracto respiratorio alto o bajo (laringitis y/o lesiones bacilíferas pulmonares). La lengua presenta una resistencia natural a la infección tuberculosa que se atribuye a la acción de lavado de la saliva, al grosor del epitelio bucal, a la resistencia del músculo estriado a la invasión bacteriana y a la presencia de flora saprofita de la cavidad

oral; en general, el tracto respiratorio superior es resistente a la tuberculosis⁴; sin embargo, lesiones en esta zona pueden ocurrir, y ser el síntoma inicial en un paciente con tuberculosis pulmonar, como en nuestro caso. En las formas secundarias de tuberculosis lingual suelen ser patentes lesiones tuberculosas pulmonares, generalmente en forma de cavitaciones de alto poder bacilífero. En el diagnóstico diferencial de lesiones ulceradas, induradas y dolorosas de la cavidad oral, con o sin adenopatías satélites, no debe olvidarse el diagnóstico de tuberculosis, y así, realizar radiografía de tórax en el estudio inicial. La respuesta a la quimioterapia antituberculosa en esta entidad es excelente.

M. Calle Rubio, J.L. Rodríguez Hermosa
y J.M. Rodríguez González Moro
Servicio de Neumología.
Hospital General Universitario
Gregorio Marañón. Madrid.

- Weaver RA. Tuberculosis of the tongue. JAMA 1976; 235: 2.418.
- Pujol RM, Ravella A, Noguera X, De Moragas JM. Ulceración tuberculosa de la lengua. Arch Odontol Estomatol 1987; 3: 113-115.
- Antico A. Oral tuberculosis: primary localisation in an elderly non immunodepressed patient. Tuber Lung Dis 1995; 76: 176-177.
- Neumann JL. Retropharyngeal abscess in spinal tuberculosis. Am Rev Respir Dis 1974; 110: 508-511.

Las fibras de esparto contaminadas: causa de alveolitis alérgica extrínseca

Sr. Director: En referencia al editorial del último número de la revista titulado "Neumonitis por hipersensibilidad: nuevas entidades"¹, en el párrafo donde se comenta la espartosis, creo interesante añadir los siguientes comentarios al respecto, dado el auge que está teniendo este tipo de alveolitis alérgica extrínseca (AAE) en nuestro país:

1. En nuestra experiencia, varios pacientes (todos escayolistas) experimentan síntomas sólo cuando se exponen a determinados lotes de esparto, tolerando la exposición a otros lotes distintos. Este hecho nos hizo sospechar que debería de haber algo más que la propia fibra de esparto como causa de la enfermedad.

2. En el proceso de encharcamiento y posterior apilamiento, el esparto puede contener entre un 30-40% de agua y sufrir un proceso de calentamiento espontáneo hasta alcanzar temperaturas de 50 °C. Estas circunstancias son idóneas para el crecimiento y proliferación de ciertos actinomicetos termofílicos y formas vegetativas de hongos².

3. Los estudios inmunológicos mediante enzimoanálisis directo (ELISA) realizados por nuestro grupo³ detectaron títulos elevados de anticuerpos IgG específicos frente a un extracto de fibras de esparto suministradas por uno de los pacientes, pero también