

CARTAS AL DIRECTOR

Condrosarcoma de esternón

Sr. Director: El condrosarcoma de esternón es la patología ósea más frecuente a ese nivel, aunque es una entidad extremadamente rara, por lo cual, presentamos un caso.

Varón de 63 años, con antecedentes de úlcus duodenal y estenosis mitral embolígena con varios accidentes cerebrovasculares, que han dejado como secuela una hemiparesia izquierda de predominio crural.

Consulta por haber notado hace 7 meses, la aparición de una tumoración levemente dolorosa, localizada sobre manubrio esternal que ha ido creciendo lentamente. A la exploración el paciente mantiene un buen estado general, presentando en la región del manubrio esternal, una tumoración dura e irregular, de unos 12 cm de diámetro sin alteración de la piel suprayacente. No se palpan adenopatías loco-regionales. La analítica general fue normal.

La TAC demostró una masa tumoral con calcificaciones en su interior, que ocupaba todo el manubrio esternal y parecía infiltrar partes blandas (fig. 1).

Se practicó punción biopsia que se informó como neoformación cartilaginosa compatible con condrosarcoma bien diferenciado. Fue intervenido quirúrgicamente practicándosele una resección radical del tumor (fig. 2) en bloque con los tejidos circundantes y reconstrucción del defecto de la pared torácica con un parche de teflón vascular, cubierto con aproximación de los pectorales mayores.

El postoperatorio fue bueno salvo pequeño bamboleo de la pared anterior del tórax, sin compromiso respiratorio, que persistió durante los tres primeros días. El paciente fue dado de alta en buena situación general.

Las neoplasias primitivas del esternón son muy raras, menos del 1% de los tumores óseos primitivos¹ y en su mayoría malignas²⁻⁴, siendo los condrosarcomas las más frecuentes¹.

Aunque la clínica puede ser muy variada², en la mayoría de los casos el dolor y la tumoración son los únicos síntomas. El hallazgo

radiológico más frecuente es una masa mal delimitada, dependiente de la porción medular del esternón que destruye la cortical del hueso y presenta calcificación moteada de la matriz tumoral¹.

El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, aunque puede resultar difícil ya que no existe un límite claro entre las lesiones benignas del cartílago y aquellas de baja malignidad³. La biopsia preoperatoria está contraindicada por muchos autores, y si se realiza, debe extirparse después la piel de la zona de la punción o incisión. Globalmente el condrosarcoma esternal tiene mejor pronóstico que el de costilla, su conducta depende fundamentalmente del grado histológico y del tamaño.

Los tumores con más de 10 cm de diámetro tienen mal pronóstico, con una supervivencia a los 10 años del 31,3%. Aquellos con diámetro menor de 6 cm tienen buen pronóstico con supervivencia del 87% a los 10 años, mientras que entre 6 y 10 cm queda un grupo de tumores con pronóstico intermedio y una supervivencia a los 10 años del 62,6%¹. Las metástasis son raras y tardías, se localizan con mayor frecuencia en pulmón, hueso, pleura y tejido celular subcutáneo¹.

Puesto que la radioterapia y la quimioterapia han resultado ineficaces, hasta ahora^{2,3}, el tratamiento de elección consiste en la resección radical del tumor, en bloque con los tejidos circundantes. También pueden realizarse resecciones locales de carácter paliativo que, lógicamente conllevan un peor pronóstico. La pared torácica puede reconstruirse mediante distintas técnicas^{2,4,6}.

Algunos autores utilizan prótesis rígidas, cuyos principales problemas son la dificultad de la fijación de los extremos y las infecciones sobreañadidas. La más aceptada consiste en un sandwich de dos estratos de marlex con relleno de metilmetacrilato. Si el defecto es pequeño suele cubrirse con transposición de los pectorales o bien de la fascia lata.

M.J. Roca Calvo, F. Suero Molina y N. Mañes Bonet

Servicio de Cirugía Torácica. Fundación Jiménez Díaz. Clínica Ntra. Señora de la Concepción. Madrid.

1. McAfee K, Pairolo PC, Bergstrahl EJ et al. Chondrosarcoma of the chest wall: Factors affecting survival. *Ann Thorac Surg* 1985; 40:535-540.
2. Jibah E, Sabaratnam S, Gautam N. Primary sternal tumours. *Scand J Thor Cardiovasc Surg* 1989; 23:289-292.
3. Pritchard DJ, Lunke RJ, Tayalor WF, Dahlin DC, Medley BE. Chondrosarcoma: A clinicopathologic and statistical analysis. *Cancer* 1980; 45:149-157.
4. McCormack P, Bains MS, Beattie EJ, Martini N. New trends in skeletal reconstruction after resection of chest wall tumours. *Ann Thorac Surg* 1981; 31:45-50.
5. Arnold PG, Pairolo PC. Chest wall reconstruction experience with 100 consecutive patients. *Ann Surg* June 1984; 725-730.
6. Peabody NC, Mass F. Chondrosarcoma of sternum; report of a six year survival. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1971; 61:636-639.

Nódulos pulmonares cavitados. Forma poco usual de presentación de la tuberculosis

Sr. Director: La tuberculosis pulmonar presenta una gran variedad de manifestaciones radiológicas. En el gran espectro de posibilidades, los nódulos pulmonares múltiples y cavitados son una forma poco usual de presentación¹⁻⁴.

A continuación se describe un caso de un varón de 17 años, sin ninguna enfermedad conocida, que presentaba una imagen radiológica poco usual de nódulos pulmonares múltiples cavitados como manifestación pulmonar de una diseminación hematogena tuberculosa.

Varón de 17 años que refiere un mes antes de su ingreso un cuadro de amigdalitis purulenta acompañado de adenopatías submaxilares. Se trató con antibioticoterapia, mejorando el estado general y la fiebre. Siete días más tarde tuvo un episodio de hematuria macroscópica con urinocultivo negativo. Dos semanas después se inició un cuadro de



Fig. 1. TAC: masa tumoral con calcificaciones en su interior.

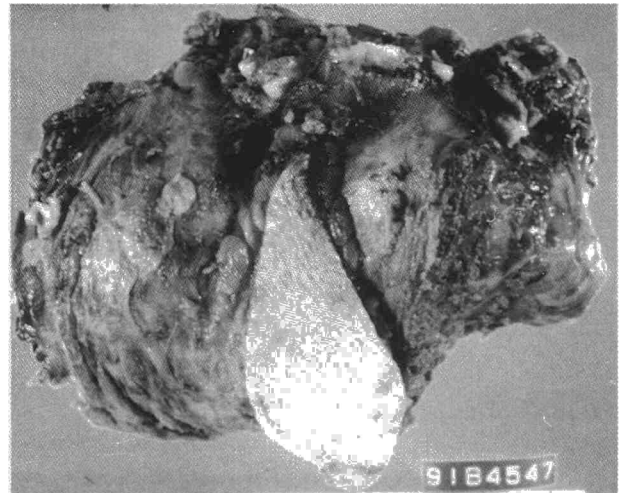


Fig. 2. Tumor resecado en bloque.