

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 hematógena 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.

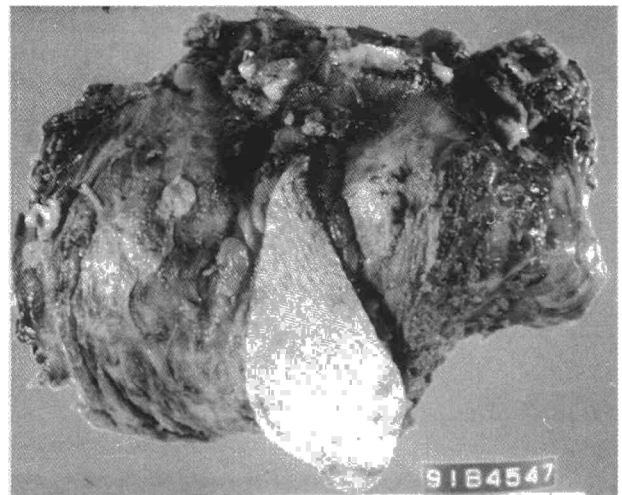


Fig. 2. Tumor resecado en bloque.

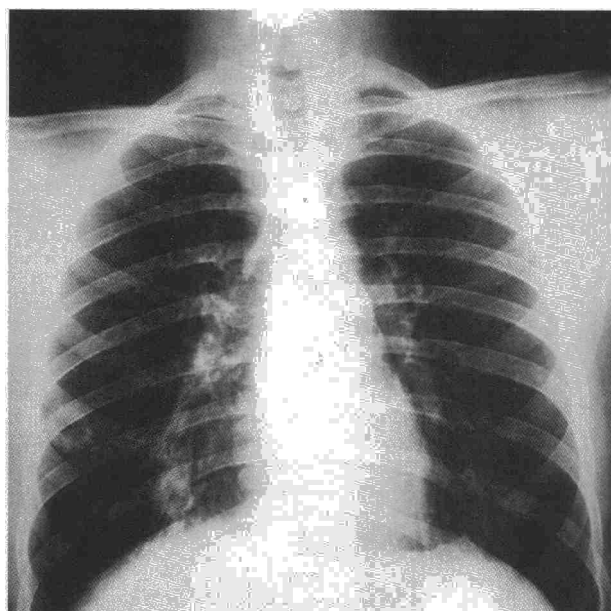


Fig. 1. Radiografía simple postero-anterior de tórax, mostrando los tres nódulos pulmonares cavitados en hemitórax derecho.

tos con expectoración amarillenta escasa sin dolor torácico ni fiebre, pero acompañado de intensa astenia y anorexia, motivo por el que acude al Servicio de Urgencias.

No presentaba antecedentes personales de interés.

A la exploración física presentaba una TA 120/70 mmHg y temperatura 36,8 °C. Se encontraba consciente, orientado, bien hidratado y nutrido. Se le palpaban unas adenopatías retrocervicales bilaterales de 1 cm de diámetro libres, con una adenopatía en ángulo inframandibular izquierdo adherida a planos profundos. La auscultación cardiorrespiratoria era normal y la palpación abdominal mostraba un abdomen blando y depresible con hepatoesplenomegalia de 3 cm. El resto de exploración por aparatos era normal.

Exploraciones complementarias: la radiología simple de tórax (fig. 1), mostraba en hemitórax derecho tres imágenes nodulares cavitadas de pared fina, una de localización parahiliar, otra pegada a la pared costal y otra en lóbulo inferior. La ecografía abdominal mostraba una hepatoesplenomegalia con una ecogenicidad normal. Leucocitos con número y fórmula normal, hematíes, hemoglobina, hematocrito e índices corpusculares normales. Plaquetas adecuadas. Perfil bioquímico normal. Cuantificación de inmunoglobulinas normales. Hemocultivos negativos. Sedimento de orina 100-120 hematíes por campo. Poblaciones linfocitarias normales. Serología para VIH y VHB negativas. Anti HAV positivo, C3 y C4 normales. Factor reumatoideo negativo, VDRL negativo. Proteinograma normal. Mantoux negativo. ECG y ecocardiograma normales.

La sospecha diagnóstica primera fue de embolismos sépticos pulmonares, granulomatosis de Wegener o tuberculosis. Dado lo atípico del curso clínico y la poca información que aportaban las pruebas complementarias se practicó cervicotomía con extracción de la adenopatía inflamatoria; asimismo se recogió orina para cultivo en medio de Lowenstein, dando positivo. El cuadro se eti-

quetó de TBC con diseminación hematógena y se inició tratamiento con tuberculostáticos. El paciente presentó buena evolución, desapareciendo las imágenes radiológicas, así como la hematuria y la hepatoesplenomegalia.

La afectación metastásica es la causa más frecuente de nódulos pulmonares en la práctica hospitalaria^{5, 6}. Otra causa relativamente frecuente son los quistes hidatídicos, sobre todo en pacientes adictos a drogas por vía parenteral. Otras etiologías de lesiones cavitarias son los quistes hidatídicos, el lupus eritematoso sistémico, la granulomatosis de Wegener y el pulmón reumatoide⁵.

La historia clínica y una buena anamnesis son muy importantes para delimitar el cuadro clínico. En este caso, se incluyó en el diagnóstico diferencial la tuberculosis, por un lado, porque representa en nuestro país una causa muy importante de infecciones y patología no aclarada y por otro porque incluye un variado espectro radiológico donde los nódulos pulmonares cavitados aparecen como manifestación radiológica poco frecuente².

Los antecedentes personales del paciente, así como las pruebas complementarias no apoyaron el diagnóstico de ninguna entidad antes mencionada.

El diagnóstico de tuberculosis con diseminación hematógena se estableció al presentar un cultivo de orina positivo en medio de Lowenstein. El hecho de que el paciente presentara un Mantoux negativo se explica por la anergia tuberculínica, hecho que acontece hasta en un 50 % de los pacientes con diseminación hematógena de la tuberculosis¹. La hepatoesplenomegalia y la hematuria serían también manifestaciones de la diseminación hematógena de la infección en otros órganos, ya que se normalizaron al instaurarse tratamiento específico.

Queremos hacer hincapié en la variabilidad de las manifestaciones radiológicas pulmonares de la tuberculosis y la alta incidencia de la enfermedad en nuestro medio,

siendo los nódulos cavitados un diagnóstico a tener en cuenta.

M.D. Ferrer, M.L. Domingo y J. Galant
Servicio de Diagnóstico por la Imagen.
Hospital Dr. Peset. Valencia.

1. Khan MA, Daniel MK, Bruce B, Michel EW, Gerome SB, Gordon LS. Clinical and roentgenographic spectrum of pulmonary tuberculosis in the adult. *Am J Med* 1977; 62:31-38.
2. Serrano F, Moreno I. Manifestaciones radiológicas de la tuberculosis. *Arch Bronconeumol* 1983; 6:46-56.
3. Felson B. Radiología torácica. 2ª ed. corregida. Ed. Científico Médica 1985.
4. Parra G, Sanchez J, Argarra J, Serrano F. Nódulos pulmonares múltiples cavitados. Forma infrecuente de presentación de la tuberculosis. *Radiología* 1991; 33:209-210.
5. Pedrosa CS. Diagnóstico por la imagen. 1.ª ed. Tomo I. Madrid: Ed. Interamericana, 1986.
6. Reed JC. Radiología torácica. Patrones radiológicos y diagnóstico diferencial. 2.ª ed. Barcelona: Ed. Doyma, 1988.

Quilotórax y cirrosis hepática

Sr. Director: El principal origen de un quilotórax son los tumores malignos, fundamentalmente los linfomas y, en menor proporción, los traumatismos del conducto torácico¹⁻³. La cirrosis hepática es una causa infrecuente de quilotórax y para algunos autores representaría menos del 1 % de los casos¹. Recientemente hemos tenido la ocasión de atender a un paciente con cirrosis hepática, ascitis quilosa y un quilotórax derecho, que creemos interesante comentar.

Varón de 64 años de edad, con antecedentes de cirrosis hepática alcohólica y úlcus péptico, que ingresó en nuestro centro por descompensación ictero-ascítica de su hepatopatía. En la exploración física, el paciente estaba afebril y normotenso y destacaban estigmas de hepatopatía crónica, ictericia de piel y mucosas, con semiología de ascitis y de derrame pleural derecho. El resto de la exploración física era normal. La radiografía de tórax confirmó el derrame pleural derecho libre. En la analítica se apreció VSG 43 mm (1.ª hora); hematíes $3,84 \times 10^{12}/l$. Hgb 10 g/dl; Hto 29 %; leucocitos $16,4 \times 10^9/l$, con recuento porcentual normal; plaquetas $117.000 \times 10^3/ml$. Tasa de protrombina 42 %; Bi t/d 2,8/3; GOT 178 U/L; GPT 88 U/L; GGT 78 U/L; FA 373 U/L; alfa-feto-proteína 8,2 UI/ml; HBs Ag y anti-HBc negativos. Triglicéridos 0,64 mmol/l. Colesterol 3,64 mmol/l. La paracentesis dio salida a un líquido turbio amarillento con los siguientes valores bioquímicos: proteínas 1,5 g/dl; glucosa 6 mmol/l; LDH 160 U/l; colesterol 3,48 mmol/l; triglicéridos 3,60 mmol/l. La toraco-