

TUMOR DE PARED TORACICA

Dres. L. Benedetti*, F. Breitman**, M. T. Rosanova***

CASO CLINICO

Un niño de 9 meses y medio de edad, fue derivado al Servicio de Mediano Riesgo de este hospital por tumoración torácica lateral derecha.

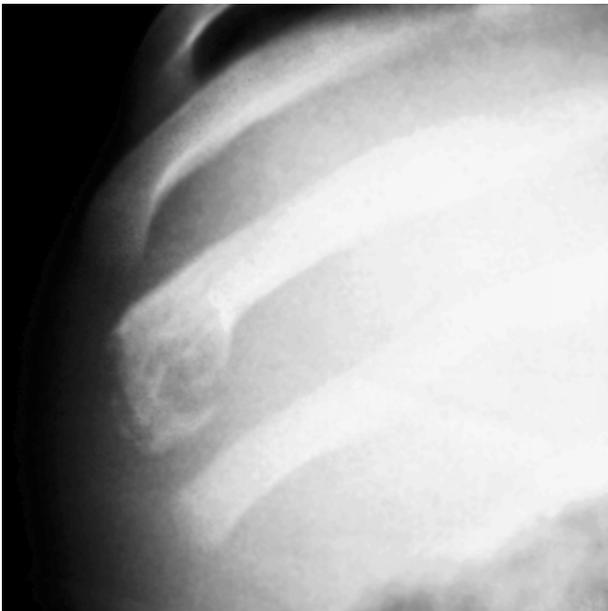
Según lo referido por la madre la tumoración tenía aproximadamente 1 mes de evolución, sin signos aparentes de flogosis, poco dolorosa y de consistencia dura. Había presentado una disminución del tamaño en las últimas semanas, siendo al momento de la consulta de aproximadamente 2.5 cm. por 1.5cm., poco dolorosa, sin signos de inflamación, adherida al plano óseo y de consistencia dura.

El paciente era eutrófico y se encontraba en buen estado general, a pesar de estar cursando un cuadro de bronquitis obstructiva leve. El resto del examen no mostraba otros datos de interés.

Nacido de término, de un embarazo controlado, permaneció internado 7 días en neonatología por dificultad respiratoria, requiriendo 5 días de ARM. Presentó luego buen progreso pondoestatural y adecuada maduración. Tiene antecedentes de episodios de bronquitis obstructiva a repetición.

A los 8 meses de edad presentó un cuadro de melena y síndrome purpúrico, con un recuento plaquetario de 35000/mm³ al ingreso, que posteriormente descendió a 16000/mm³; el hematocrito fue de 20%; requirió transfusión de glóbulos rojos y gammaglobulina a 2g./kgr. con evolución favorable. Permaneció internado durante 6 días; el diagnóstico al egreso fue de púrpura trombocitopénica idiopática (PTI).

Se realizó la siguiente radiografía de parrilla costal:



Figuras 1 y 2: Se observa ensanchamiento de la 9ª costilla derecha, en la unión con el cartílago, mostrando irregularidades con imágenes heterogéneas.

* Becaria Clínica Médica; ** Servicio de Mediano Riesgo;

*** Servicio de Infectología.

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

■ ¿Qué diagnósticos plantearía?

- 1) Tumor primitivo de costilla (hueso o cartílago):
 - Malignos: Osteosarcoma, tumor de Ewing, condrosarcoma, histiocitosis (poco probables por la edad y evolución no progresiva y en el caso de osteosarcoma por la localización).
 - Benignos: Osteocondroma (no es compatible la imagen radiográfica).
- 2) Tumor metastásico:
 - Neuroblastoma, leucemia (poco probables en relación al excelente estado general y semiología negativa).
- 3) Hematoma organizado: fue la impresión diagnóstica más probable, por la coincidencia de la PTI y el inicio del tumor, probablemente secundario a algún traumatismo menor agregado.

■ ¿Que estudios realizaría?

A pesar de la baja probabilidad, dado que era imposible descartar enfermedad maligna, se solicitaron también Rx. de huesos largos, cráneo y columna lumbosacra que resultaron todas normales.

El hemograma arrojó en primera instancia: Glóbulos Blancos (G.B.) 15600/mm³: Neutrófilos Segmentados 38%, Linfocitos 55%, Eosinófilos 2% y 5 % de células linfoides compatibles con blastos. Velocidad de eritrosedimentación (VSG) 14mm. Esto motivó la interconsulta con hemato-oncología que sugirió una punción de médula ósea, la cual fue normal. Nuevos hemogramas no mostraron células malignas.

También se realizó: Calcemia: 9.6mgr/dl, FAL 464UI/L (valor de referencia 150-346UI/L).

■ ¿Qué conducta adoptaría?

En acuerdo también con los servicios de Traumatología y Cirugía, se consideró la indicación absoluta de biopsia incluyendo inmunomarcación para histiocitosis (CD1a, PNA y S100). Con el informe anátomo-patológico se obtuvo el diagnóstico de osteomielitis aguda. El cultivo arrojó *S. aureus meticilino-resistente*.

Si bien presentó como complicación infección de la herida quirúrgica por el mismo germen, la evolución fue favorable, completando 8 semanas de tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol y rifampicina, indicadas según antibiograma.

OSTEOMIELITIS AGUDA (O A)

La OA afecta principalmente huesos largos (fémur, húmero y tibias); menos comúnmente se observan localizaciones en vértebras o huesos de la pelvis y costillas. O'Brien y col. describen la localización en costilla en uno de los pacientes que presentaba una forma multifocal. Chau y col. describen un grupo de 41 pacientes, de los cuales uno tuvo localización en costilla, de presentación similar a nuestro paciente, en el que se debió realizar diagnóstico diferencial con patología tumoral, siendo el diagnóstico final de osteomielitis subaguda.

Los niños afectados presentan dolor además de fiebre, irritabilidad, somnolencia y signos locales de inflamación. Sin embargo hasta un 50% puede presentarse con dolor vago y elevación térmica mínima o nula.

Para el diagnóstico el recuento de G.B. en aproximadamente un tercio de los casos es inespecífico, ya que puede ser normal o minimamente elevado. Los principales parámetros de laboratorio utilizados para el diagnóstico y seguimiento son la VSG y la proteína C reactiva (PCR). Esta última aumenta en el 98% de los casos, con incremento y disminución mucho más rápidos que la VSG, reflejando mejor la efectividad de la terapia y prediciendo la recuperación en forma más sensible. La VSG tiene una sensibilidad del 72% al 92% según las series.

El diagnóstico microbiológico se confirma en el 50 a 75% de los casos. Los hemocultivos pueden ser positivos hasta en un 60% de los casos. La punción aspirativa es una importante herramienta y debería hacerse de rutina. La biopsia a cielo abierto debe realizarse en pacientes con sospecha de etiologías específicas como tuberculosis, hongos o tumores.

En la radiografía las primeras manifestaciones son el aumento de los tejidos blandos, seguidos por el depósito de nuevo hueso perióstico. No se ven cambios destructivos hasta después de 7 a 10 días. A medida que avanza la lesión, la combinación de radiolucencia más el depósito de nuevo hueso perióstico genera imágenes semejantes a neoplasias. Las lesiones líticas se ven más comúnmente en las formas crónicas. El centellograma está indicado cuando existe sospecha clínica de OA sin evidencia radiológica. El centellograma con Tc 99m es altamente específico y sensible (aprox.94%), detectando cambios ya a las 24hs. del comienzo de los síntomas. El centellograma con Gallium es más específico, pero no más sensible. La tomografía y la resonancia tienen mayor sensibilidad, siendo especialmente útiles en localizaciones como vértebras. Ambas tienen la desventaja de ser afectada su imagen por la presencia de metal en el área de infección o cerca de ella.

Como terapia empírica son de elección la cefalotina y la cefuroxima (en menores de 3 años no vacunados contra H. Influenza tipo B). En recién nacidos o inmunosuprimidos debe asociarse un aminoglucósido para lograr una mejor cobertura para enterobacterias. También puede utilizarse cefalosporinas de tercera generación, hasta la documentación bacteriológica. La duración del tratamiento es de 4 a 6 semanas. El cambio de terapéutica endovenosa a oral depende del estado toxoinfeccioso, la compliance y no tanto de los parámetros de laboratorio ya que la VSG se normaliza tardíamente. Los antibióticos por vía oral deben ser utilizados al doble o triple de la dosis usual.

El drenaje quirúrgico está indicado ante la mala evolución clínica, evidencia de absceso persistente del tejido blando o sospecha de infección articular asociada.

LECURA RECOMENDADA

- E. Chau, R.Kohler, J. Cottalorda, D. Rosenberg, R. Bouvier. Ostéomyélite subaiguë pseudo-tumorale. Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. 2000; 86 (1):74-9.
- Arndt C. Neoplasms of bone. Behrnan R., Kliegnan R., Jenson H. Nelson Texbook Pediatrics. 16th Edition 2000. Sanders W. Cruzay.
- A. Karwowska et al. Epidemiology and outcome of osteomyelitis in the era of sequential intravenous-oral therapy. *Pediatr infect dis.* 1998;17:1021-1026.
- H.Peltola, L. Unkila-Kallio et al. Simplified Treatment of Acute Staphylococcal Osteomyelitis of Childhood. *Pediatr.* 1997; 99:846-850.
- J.T. Mader, . Osteomielitis. Infecciones de Huesos y Articulaciones. Mandel, Douglas y Bennett. Enfermedades Infecciosas. Principios y Principios. Cuarta Edición. Editorial Panamericana. 1997.
- L. Unkila-Kallio et al. Serum C-Reactive Protein, Erythrocyte Sedimentation Rate, and White Blood Cell Count in Acute Hematogenous Osteomyelitis of Children *Pediatr.* 1994;93:59-62.
- C. Prober. Current antibiotic therapy of community- acquired bacterial infections in hospitalized children: bone and joint infections. *Pediatr Infect Dis J.* 1992;11:156-.
- H.Faden, M. Grossi. Acute Osteomyelitis in Children. *ADJC* 1991;145:65-69.
- P. Vaughan et al. Acute Haematogenous Osteomyelitis in Children. *J Pediatr Orthop.* 1987;7:652-55.
- S. Nade Acute Haematogenous Osteomyelitis in Infancy and Childhood. *J Bone Joint Surg (BR).* 1983;65-B:109-119.
- T. O'Brien et al. Acute Haematogenous Osteomyelitis. *J Bone Joint Surg (BR).* 1982;64-B:450-53.
- N.J. Blokey et al. Acute Osteomyelitis in children. *J Bone Joint Surg (BR).* 1970;52-B:77-87.