

## TUMOR DE PARED TORACICA

Dres. Luciano Korman, Marcelo Barrenechea y Fermín Prieto

El paciente de 4 meses de edad con leve taquipnea, ingresa por derivación con motivo de una radiografía patológica de tórax. La imagen muestra una opacidad notable, vagamente redondeada en el campo medio del hemitórax derecho y deformidad de la parrilla costal que consiste en distorsión de los espacios intercostales y lesiones osteolíticas de 3 costillas, sugiriendo un tumor sólido en ubicación posterolateral. (Figura 1) .

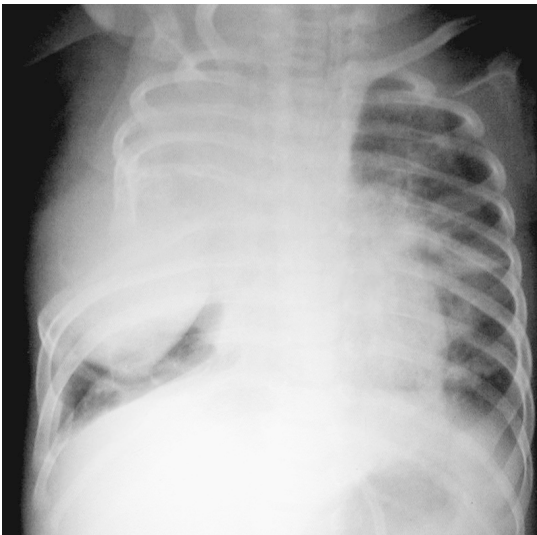


Figura 1

Nacido pretérmino, (31 semanas) de un embarazo gemelar y peso adecuado para edad gestacional (1500 gramos), tiene como antecedentes haber pre-

sentado dificultad respiratoria durante su internación en una unidad de neonatología y a los 2 meses de vida, luego del alta un cuadro de bronquiolitis.

Al ingreso el paciente se encontraba en buen estado general y sin dificultad respiratoria; su progreso pondero-estatural era satisfactorio: su peso actual de 4 kg.; al examen físico se advirtió asimetría torácica, por la presencia de una masa, dura a la palpación, con la que se reconocía además la irregularidad de la parrilla costal.

### ■ ¿Tiene una impresión diagnóstica?

La apreciación clínica de un tumor sólido de la pared costal, sin evidencia de derrame pleural y sin aparente desviación del mediastino asociado a las características de la imagen que en la radiología simple, mostraba una lesión osteolítica y/o la displasia de 3 ó 4 costillas y considerando esencialmente la corta edad del niño, dirigieron fuertemente la sospecha diagnóstica.

### ■ ¿Qué diagnósticos diferenciales plantearía?

Los tumores de la pared torácica son muy infrecuentes a esta edad; los originados en las partes blandas, como el rhabdomioma o el fibrosarcoma congénito, pueden provocar lesiones óseas en su evolución, si bien ello ocurre en etapas avanzadas, con mayor compromiso general y menos probablemente en tan corto plazo.

Los tumores de las estructuras óseas tales como osteocondroma, osteosarcoma, quistes óseos, tumor de Ewing o tumor de Askin, aún con expansión intratorácica, suelen tener origen en uno de los

huesos, en este caso una costilla no en varias. Estos tumores se presentan por otra parte en niños mayores o adolescentes.

■ **¿Propondría otro estudio de imágenes?**

Para una mejor definición sería útil un TAC, principalmente para ayudar a definir la estrategia terapéutica. (Figura 2)

■ **¿Con los estudios efectuados, cree necesario indicar la biopsia?**

En términos generales la biopsia es prescindible, pero en caso de pobre definición de las imágenes o de hechos clínicos que se aparten de las características del caso presentado, ésta podría estar indicada.

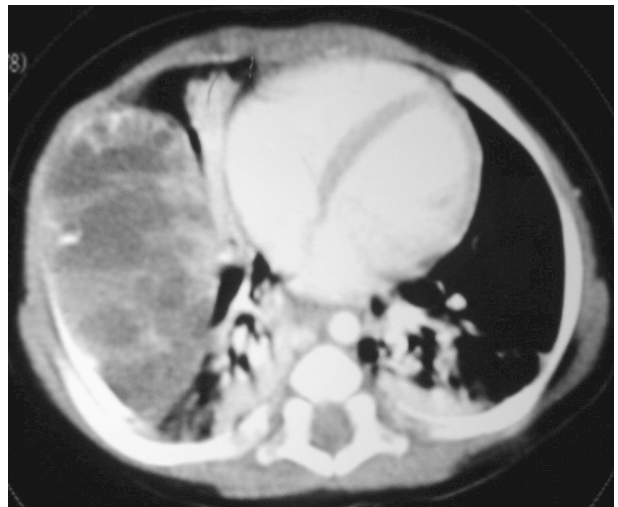


Figura 2

## HAMARTOMA MESENQUIMATICO DE PARED TORACICA (HM)

Es un tumor histológicamente benigno habitualmente presente al nacimiento formado por componentes normales del esqueleto. Se lo observa como una masa que deforma la pared torácica siendo palpable como un tumor duro; en su habitual crecimiento intratorácico suele provocar la compresión del pulmón subyacente y de acuerdo a su magnitud variable compromiso cardiopulmonar; el tumor no invade la pleura o el pulmón.

El diagnóstico prenatal es confiable, no configurando indicación de adelantar el nacimiento del niño.

En la clínica quirúrgica pediátrica en general, los tumores de la pared torácica son raros, predominando los malignos; el HM en cambio presenta características clínicas y radiológicas propias que permiten su fácil sospecha ;coincidiendo nuestra experiencia con las descripciones publicadas, basta con haber visto uno para reconocerlo como entidad típica.

Sus elementos característicos son : su presentación en el neonato o en las primeras semanas de la vida; la imagen típica en la radiografía simple como una masa densa asociada a deformidades de las costillas, las que se ven groseramente alteradas, ensanchadas, con pérdida de sus límites y con espacios intercostales abiertos. A veces se observan áreas radiolúcidas debidas a la formación de quistes o calcificaciones en medio de la masa. Comúnmente no suelen ser necesarios otros estudios ni biopsia para el diagnóstico.

La tomografía axial computada ayuda sin embargo para definir mejor sus límites y para evaluar la estrategia de la exéresis.

La sintomatología que habitualmente acompaña al HM es la insuficiencia respiratoria de variable gravedad dependiendo de la compresión del pulmón adyacente relacionada con el tamaño del tumor; ésta se incrementa a veces a niveles críticos ante cualquier interurrencia infecciosa viral o bacteriana. La masa suele presentar un crecimiento rápido.

Histológicamente el HM está básicamente formado por tejido mesenquimático, coexistiendo áreas de tejido mesenquimatoso embrionario con diferenciación e islotes de cartílago hialino maduro, áreas de osteólisis o de quistes óseos aneurismáticos. Un cuidadoso examen microscópico muestra la ausencia de elementos de malignidad. A veces las imágenes osteolíticas pueden generar cierta confusión respecto de la benignidad, por lo que es de rigor examinar la pieza completa.

El tratamiento del HM es quirúrgico sin demora ; consiste en la extirpación en bloque del tumor con márgenes de seguridad, incluyendo todas las costillas y los músculos involucrados Su resección insuficiente suele ser seguida de recidiva local. La extirpación completa es curativa.

La reparación de la pared torácica puede ser realizada generalmente con cierre primario, pese a extirpar tres o más arcos costales, como en el presente caso; en ocasiones puede necesitarse de una malla protésica para cubrir el defecto creado. En el postoperatorio mediato deberá vigilarse el posible desarrollo de escoliosis toracógena, el que dependerá de la magnitud de la resección costal efectuada.

### LECTURA RECOMENDADA

- Ravitch MM :Tumors of the chest wall, in Ravitch MM, Welch KJ, Benson CD, et al (eds) Pediatric Surgery . Chicago, year book,1979, p 428-431.
- Mc Carthy EF, Dorfman HD.; Vascular and cartilaginous hamartoma of the ribs in infancy with secondary aneurismal bone cyst formation. Am J Surg Pathol 1980; 4: 247-253.
- Brand T, Hatch EI, Schaller RT et al. Surgical management of the infant with Mesenchymal hamartoma of the chest wall. J ped surg: 1986; 21, 556-558.