

## Tumores Pared Torácica

Marco Herrera-Rodríguez, John Miranda-Chavarría

Asociación Costarricense de Neumología y Cirugía de Tórax

### Frecuencia

Si bien los tumores de pared torácica no son muy frecuentes, y representan aproximadamente de un 2 a un 5% de todos los tumores del tórax, son de manejo complejo por lo que ameritan un estudio detallado y un abordaje exhaustivo para su corrección.

### Etiología

Los reportes de malignidad de los tumores primarios de la pared torácica, oscilan entre un 50 y un 80 %. En los estudios limitados a tumores esqueléticos, la incidencia de malignidad, es significativamente menor.

Debe tenerse en mente que los tumores pueden ser benignos o malignos, y estos primarios de la pared, o bien metastáticos. Siempre se debe buscar o descartar que se encuentre un tumor pulmonar subyacente, (T3 de pulmón), o uno lejano, (mama, riñón, colon y sarcomas), siendo estos tratados solo como paliación de los síntomas principalmente, no afectando en nada el pronóstico del tumor primario. Sólo el 2% de los tumores se originan en la pared torácica, y cerca del 50% provienen de los tejidos blandos.

### Diagnóstico

#### SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas más frecuentes de presentación son la sensación de aparición de masa y el dolor local o referido, que a veces pasan desapercibidos por el médico tratante, o son minimizados por el paciente, sin embargo están presentes hasta en un 40%

Puede existir historia de trauma reciente, que se asocia incidentalmente, no causalmente con el hallazgo del tumor, ya que se le brinda atención a esta parte de la economía debido al trauma, convirtiendo el tumor en un hallazgo; la historia clínica, es fundamental, para establecer la duración de la masa, su velocidad de crecimiento, otra sintomatología asociada, ya sea esta local o lejana al sitio de la aparición de la lesión.

#### Estudios de laboratorio y gabinete

En cuanto al laboratorio, los exámenes más comunes son el Hemograma, la fosfatasa alcalina, que puede darnos una idea

de la destrucción ósea, y los que se necesiten para completar el estudio de la enfermedad que se sospeche.

Los estudios de gabinete rutinarios son aquellos que delimitan y ubican la lesión, como las placas postero-anteriores (P.A.) y lateral (del lado afectado) del tórax. La tomografía axial computadorizada (TAC), con medio de contraste, es fundamental para ver las relaciones del tumor con estructuras subyacentes, sus dimensiones en los tres ejes, (P.A., lateral, y supero-inferior), también la densidad del tumor, así como la presencia de otros tumores dentro del tórax, y la presencia de adenopatías mediastinales.

El papel de la resonancia magnética nuclear (RMN), no supera a la TAC, pero es necesario realizarla en algunas circunstancias, como cuando el paciente es alérgico al medio de contraste, cuando se sospecha que hay infiltración del opérculo torácico, cuando hay infiltración de la axila, y cuando hay infiltración de canal raquídeo.

Las pruebas de función pulmonar, son especialmente útiles para evaluar la enfermedad pulmonar que ya posea el paciente, aunque aún con resecciones de pared mayores a 400 cm<sup>2</sup>, no hay variación significativa en la función pulmonar postoperatoria.

La gammagrafía ósea es importante para descubrir otras lesiones que no se ven en estudios radiológicos sencillos, y que pueden significar un cambio en la modalidad terapéutica que se vaya a implementar.

### Tipo de tumores

Los tumores primarios de la pared torácica, se presentan clínicamente como tumefacción, y dolor, manifestaciones que se encuentran hasta en un 40% de los pacientes.

Los tumores primarios benignos de la pared torácica son: condroma, osteocondroma, displasia desmoide y fibrosa, y la histiocitosis X.

Los tumores primarios malignos se enumeran a continuación: plasmacitoma, condrosarcoma, osteosarcoma, histiocitoma fibroso maligno, rhabdomyosarcoma, sarcoma de Swing, y tumor de Askin.

El osteosarcoma se presenta usualmente en gente joven, tiene crecimiento rápido, destrucción ósea mal delimitada, puede haber respeto por la cortical, calcificaciones intramurales.

Los tumores secundarios de la pared torácica (metastáticos) son el carcinoma de pulmón, debe siempre tenerse en cuenta, que la pared puede encontrarse afectada por un tumor pulmonar subyacente, que debe estudiarse y tratarse según su protocolo de manejo, las metástasis de tumores extratorácicos, en especial los provenientes de riñón, colon y sarcomas de otras localizaciones y la infiltración por carcinoma de mama.

### **Tratamiento quirúrgico**

El tratamiento de elección consiste en la resección radical primaria de la lesión en la mayoría de los casos.

El manejo quirúrgico, y la técnica de reconstrucción dependen del tamaño del tumor, de su estirpe histológica y de su localización. El objetivo siempre será la resección completa en bloque con márgenes de al menos 4 cm. en caso de los tumores malignos, y de al menos 2 cm. en los casos comprobados de benignidad. La biopsia por congelación de los bordes de tejidos blandos es recomendable, cuando se cuente con los medios. La resección debe incluir el espesor total de la pared, con todos los planos que esta contiene, debe también incluir los trayectos de biopsias y punciones. La recidiva, o la resección incompleta deben tratarse quirúrgicamente, siempre que no exista otro medio oncológico de tratamiento.

### **Tratamiento adyuvante**

La quimioterapia, y la radioterapia tienen un papel limitado en los tumores primarios malignos de la pared torácica; pueden desempeñar un rol importante en las recidivas locales de tumores sensibles, y de algunos secundarios.

Los sarcomas por regla general son indiferentes a estas variedades terapéuticas. Algunos tumores secundarios son sensibles a una o ambas formas de tratamiento, lo que debe individualizarse. El neuroepitelioma periférico y el rabdomiosarcoma, son sensibles a la quimioterapia de inducción, por lo que se recomienda aplicarla antes del procedimiento quirúrgico.

### **Referencias**

1. Shields, T. General Thoracic Surgery. Cuarta Edición. Williams & Wilkins. USA .1994
2. Pearson, F. Thoracic Surgery. USA. 1995
3. Pearson, F. Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery. Vol 4, No.1. Enero 1992
4. Benfield, J. Chest Surgery Clinics of North America. Febrero 1992.