

## OSTEOSARCOMA COSTAL

### HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

#### *Historia Clínica.*

*Servicio del profesor Manuel José Luque. — Sala San Francisco.*

Cama N° 19.

Junio, 21|44. — Agosto, 24|44.

Nombre: A. R.

Natural de Ramiriquí —clima templado— (Boyacá).

Procedente de Bogotá donde trabaja desde hace varios años como electricista.

Viene al hospital por un tumor localizado en la región intervértebro-escapular derecha.

*Antecedentes familiares.*—El padre murió hace 20 años a la edad de 45. Era dado al alcohol y enfermó del estómago a consecuencia de lo cual murió después de 10 años de enfermedad. La madre vive, se conserva bien aun cuando sufre de ataques periódicos de ictericia; de sus hermanos 4 murieron recién nacidos, los otros 5 que son mayores que él, gozan de buena salud.

*Antecedentes personales.*—Nacido a término, tuvo las enfermedades propias de la infancia; tifo a los 16 años con convalecencia de dos meses, disentería durante la cual hizo deposiciones blancas con estrías de sangre. Ha tenido dos chancros aparecidos entre dos y tres días después del contacto carnal. Ultimamente ha padecido frecuentes afecciones bronquiales.

*Examen clínico.* — Raza blanca, tipo longilíneo, constitución asténica, estatura 1,59 cms., peso 110 libras, estado de nutrición bueno.

*Aparato circulatorio.*—Tensión: Mx 13, Mn 7. Ruidos cardíacos normales, macicez cardíaca normal.

*Aparato respiratorio.*—Sano. La auscultación del pulmón derecho en sus dos tercios superiores es imposible debido al tumor.

*Aparato digestivo.*—Dientes en mal estado; lengua átona, húmeda, apetito normal, deposiciones cada tercer día, con frecuencia tiene vómitos a cualquier exceso alimenticio; al examen físico el estómago se encuentra moderadamente dilatado, descendiendo hasta tres dedos debajo del ombligo; dice el enfermo que experimenta dolores en la región epigástrica, que irradian hacia atrás, hacia el sitio del tumor y no tienen relación con las comidas. El hígado, de tamaño normal; el bazo, no es percutable.

*Aparato génito-urinario.*—Nada anormal; tiene dos hijos sanos que actualmente cuentan 2 y 1 año de edad respectivamente.

*Sistema nervioso.*—Sano.

*Descripción de la lesión.*—Se inició hace dos años por una pequeña "bolita" que apareció espontáneamente; en un principio inmóvil, más tarde era posible movilizarla con los dedos. Localizada en la región vértebro-escapular derecha, de consistencia blanda se ponía tensa al inclinar el cuerpo hacia delante manifestándose entonces por ligera sensación molesta. Dadas sus pocas manifestaciones, el enfermo se olvidó de ella hasta que hace tres meses comenzó, por su tamaño, a hacerse visible aún con vestidos y este concepto estético lo obligó a acudir en busca de curación.

Al examen encontramos un tumor del tamaño de una naranja grande, liso, de contornos regulares, del aspecto de un lipoma pero sin las lobulaciones de éste, inmóvil, dando la sensación de estar adherido a la columna vertebral. Los movimientos de la escápula y el hombro no le ocasionan ninguna modificación; la piel, enteramente sana allí, resbala fácilmente sobre él y no existe la llamada "piel de naranja".

#### *Datos de Laboratorio.*

##### *Orina:*

Albúmina : No hay

Glucosa : No hay

Sedimento : Leucocitos, células de descamación.

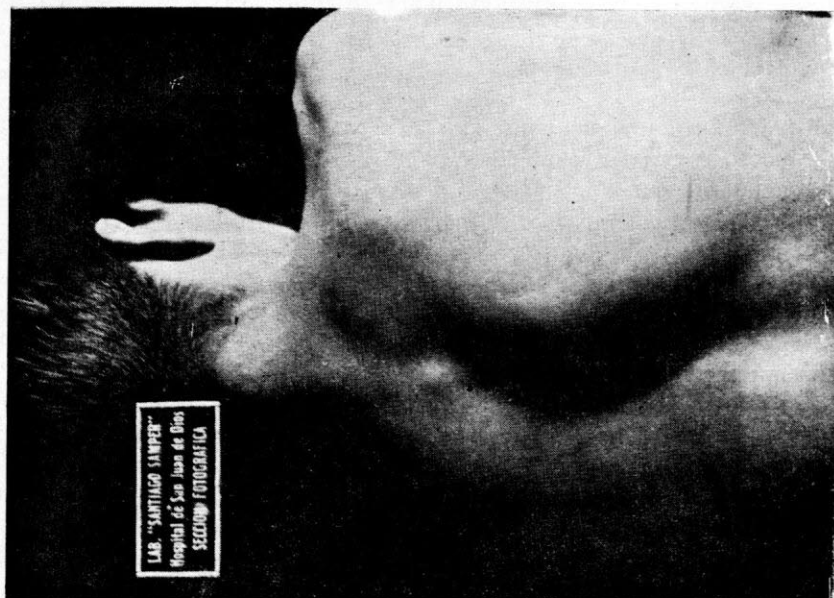
##### *Sangre:*

Hematías : 3.600.000 por  $\text{mm}^3$

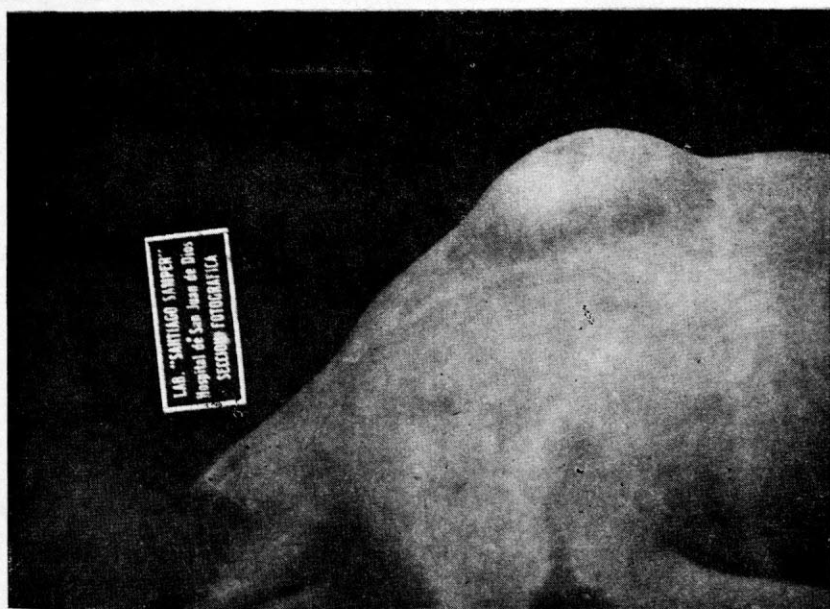
Leucocitos : 10.800 por  $\text{mm}^3$ .

Hemoglobina : 70%

Valor globular : 1.02



A. R. Sarcoma costal. Visto de frente.



A. R. Sarcoma costal. Visto lateralmente.

*Fórmula leucocitaria.*

## Elementos normales:

Polimorfonucleares neutróf.	75%
Polimorfo-nucleares eosinófilos	2%
Polimorfo-nucleares basófilos	0%
Linfocitos pequeños	20%
Linfocitos medios	1%
Reacción de Wassermann y Kahn	(—)

## Elementos anormales:

Metamielocitos neutróf. 3%

*Radiografía.* (Examen radiológico N° 1). En el examen radiológico del tórax se observa destruida la parte interna del arco posterior de la VII costilla del lado derecho; a esta misma región corresponde el tumor que presenta el paciente en la espalda y en este tumor aparecen sombras calcáreas. En los campos pulmonares no aparece nada anormal y el corazón y la aorta muestran su configuración habitual.

Por la imagen radiológica hallada considero que se trata de un osteocondroma de la séptima costilla. E. Falla O. (Fdo).

(Examen radiológico N° 2). El estómago es de tamaño y formas normales y no hay ninguna lesión orgánica en sus paredes. La evacuación se inició rápidamente; la imagen del duodeno es normal. E. Falla. (Fdo.).

*Diagnóstico clínico.*—En presencia del caso descrito y con los exámenes ya anotados hicimos el diagnóstico de:

*Osteosarcoma costal.*

Se decidió la intervención quirúrgica, y después de preparar al enfermo y hallados aceptables los exámenes de rigor como tiempo de coagulación, recuento globular, etc., se procedió al acto operatorio.

*Intervención quirúrgica.*

Junio, 16|44.

Tensión arterial: Mx 12 Mn; 8

Pulso: 85 al minuto.

Temperatura: 36,5

Anestesia general con mezcla de Sleich.

Cirujano: Prof. Manuel José Luque.

Primer ayudante: señor Bernardo Montes D.

*Descripción del acto operatorio.*

Se hizo una incisión circunscribiendo la masa neoplásica en conjunto y dejando el segmento de piel adherido al tumor; en seguida seccionamos las costillas a alguna distancia de él, desinsertando los músculos intercostales lejos del neoplasma y seccionando igualmente los demás planos musculares que en el sitio indicado formaban la región de la espalda. Por último, desarticulamos las cabezas costales de la articulación costo-vertebral, sacando todo en un bloque.

Sobra agregar que sangró en abundancia y que fue necesario el taponamiento. Cerramos parcialmente con crines, dejando dren de gasa.

*Diagnóstico anatomopatológico.*—Enviada la pieza al laboratorio Santiago Samper, la sección de anatomía patológica contestó:

Examen N<sup>o</sup> 03710. Descripción macroscópica. La pieza se compone de una masa de tejido semi-firme, parcialmente encapsulada. Dimensiones: 10,5 x 8 x 4,3. Al corte la superficie de sección presenta núcleos cartilaginosos; color rojo gris, aspecto granuloso.

Diagnóstico microscópico: *Osteosarcoma*.

El material enviado para examen muestra un tumor maligno de origen conjuntivo desarrollado a expensas del periostio. El polimorfismo y las variaciones de tamaño de los elementos neoplásicos son poco marcados; ordinariamente predomina la forma alargada. Se observa hiperchromatismo y son escasas las figuras de división indirecta; con frecuencia se confunde el tumor con las paredes de los vasos sanguíneos. Se ven áreas de necrosis hemorragia y edema, (Fdo.) M. Sánchez Herrera.

*Post-operatorio.* — *Primer día.* — Durante la intervención quirúrgica el enfermo recibió 300 c. c. de plasma por vía intravenosa, luego se aplicaron 1000 c. c. de suero dextrosado al 5%, gota a gota por vía intravenosa. El pulso fue de 125 por minuto; no hubo hipertermia.

*Segundo día.*—Lengua húmeda, pulso de 90 por minuto, tensión; 11 y 7, temperatura 38°. Se ordenó suero (500 c. c.). Se permitieron los alimentos líquidos en poca cantidad.

*Tercer día.* Tensión: Mx 12, Mn 7, orina normal, no ha hecho deposición desde el día de la operación. Se quitan las mechas que ya se habían retirado un poco el día anterior; se ordena un lavado intestinal. En la noche la temperatura ascendió bruscamente hasta 40°, hubo sudor, ansiedad y pulso fuertemente acelerado. Se le aplicaron 500 c. c. de suero y sulfanilamida a la dosis de 3 Gms. en las 24 horas.

*Cuarto día.* — La temperatura bajó, orina normal, pulso 80, buen apetito, no hace deposición.

*Quinto día.* — Estado general bueno; el enfermo inicia la alimentación corriente en el hospital.

*Sexto día.* — Los ganchos de la herida han desgarrado la piel debido a los movimientos del brazo que efectúa el enfermo descuidadamente; por esta razón se resuelve quitarlos y dejar que en las partes donde no se ha alcanzado la cicatrización por primera intención se logre ésta por segunda intención.

*Séptimo día y siguientes.* — Se continúa haciendo curación todos los días con aplicación local de pental. La cicatrización marcha correctamente.

El 10º día se presenta otro ascenso brusco de temperatura semejante al que hallamos el tercer día, con ansiedad, alteración del estado general, etc. La temperatura dura dos días alta y luego baja espontáneamente.

El enfermo sale del hospital el día 20 de agosto, por curación.

#### *Breves consideraciones.*

En clínica se llama comúnmente “osteosarcoma” al sarcoma desarrollado sobre un hueso, aun cuando histológicamente esté formado de células que no sean realmente esqueletógenas (pericondrio, medula ósea, periostio) sino de un tejido conjuntivo de otra naturaleza, como el tejido conjuntivo banal, bien sea fuso-celular o globo-celular.

En nuestro caso, el estudio histopatológico comprobó plenamente el diagnóstico clínico cuando dijo: “El material enviado para examen muestra un tumor maligno de origen conjuntivo desarrollado a expensas del *“periostio”*”.

Mas aún: el origen perióstico nos hace pensar en el sarcoma osificante cuyo “polimorfismo y las variaciones de tamaño de los elementos neoplásicos son poco marcados, ordinariamente predomina la forma alargada”. (Prof. Sánchez Herrera). “Histológicamente los traveces óseos que produce el sarcoma osificante son incompletos, esbozados, pero formados sin embargo según el tipo general de osificación perióstica”. (Lecéne). Acuerdo en que se hallan el Prof. Sánchez Herrera y el gran cirujano francés.

El tratamiento de los tumores primitivos del esqueleto del tórax debe ser, en regla general, la extirpación amplia, practicada lo antes posible, pues es ella la que da las mayores probabilidades de curación, o al menos, las más prolongadas sobrevivencias.

El shock, la bronconeumonía, y especialmente la infección pleural son las causas habituales de la muerte después de la operación.

Los resultados lejanos, variables con la naturaleza del tumor extirpado, tratándose de sarcomas, no pueden considerarse como brillantes pues la mayoría de los operados presentan una reincidencia en el curso del primer año que sigue a la intervención. Sin embargo, en el tercio de los casos hay curaciones después de muchos años.

*Manuel José Luque*

### SUMARIO

- I El Prof. Luque presenta la historia clínica, con dos ilustraciones, de un joven con un tumor localizado en la región intervértebro-escapular derecha. Relata el examen de sus aparatos y especialmente describe la lesión, evolución y caracteres. Transcribe los **exámenes de laboratorio** practicados.
- II El examen radiológico (doctor Falla) dio el resultado de un "Osteocondroma" de la séptima costilla. Diagnóstico clínico (doctor Luque) "Osteosarcoma costal".
- III Describe la técnica quirúrgica seguida y el post-operatorio y anota que hubo fuerte hemorragia siendo "necesario el taponamiento".
- IV Diagnóstico anatomopatológico (doctor Sánchez Herrera). "Osteosarcoma".
- V Finaliza su estudio con unas "Breves Consideraciones", definiendo lo que en clínica se llama "Osteosarcoma", haciendo algunas anotaciones sobre la naturaleza histo-patológica, acuerdo en que se hallan el Prof. Sánchez Herrera y el gran cirujano francés **Lecene**.  
Da la regla general del tratamiento de estos tumores y el porvenir de los pacientes.

### SUMMARY

- I Professor Luque gives the clinical history sheet —with two illustrations— of a young man with a tumour localized on the right of the intervertebral-scapular region. He gives a summary of the examination of the organs and a special description of the lesion, its development and characteristics. The relevant laboratory tests are also given.
- II The radiological examination (Dr. Falla) showed an "Osteo-chondroma" (softening) of the seventh rib. Clinical diagnosis (Dr. Luque): "costal Osteo-sarcoma".
- III He describes the applied surgical technique and the treatment after performance of the operation and notes that there was an intense haemorrhage which made "plugging (tamponage) necessary".
- IV Anatomical and pathological diagnosis (Dr. Sánchez Herrera): "Osteo-sarcoma".
- V He completes his survey with some "Short Observations" defining what in clinical practice is called "Osteosarcoma", making some remarks regarding its histo-pathologic nature, a point upon which both Professor Sánchez Herrera and Lecene, the famous French surgeon, are in agreement.

The general procedure applied in the treatment of this kind of tumour and later condition of the patients are set forth.

Translation by Rafael Muñoz D. del C.