



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico para sus graduados en provincia**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

## ERRORES EN EL DIAGNOSTICO DE TUMORES DE HUESO Y

### LESIONES OSEAS PSEUDO-TUMORALES

Dr. Juan Fortune H.

Nuestra posición de integrantes del Registro Nacional de Tumores Oseos, nos ha permitido detectar cuáles son los puntos débiles en el proceso de diagnóstico de los Tumores de los huesos y lesiones que los simulan.

Estos errores se pueden agrupar en dos:

#### I ERRORES POR IGNORANCIA DE CIERTOS HECHOS DE PATOLOGIA GENERAL. -

- 1.- Un número apreciable de lesiones óseas de aspecto quístico en enfermos menores de 15 a 20 años, sigue siendo considerado como tumores de células gigantes desde la partida, no obstante el hecho confirmado que este tumor es raro por debajo de los 20 años, muy raro entre los 10 y 15 años, y casi inexistentes por debajo de los 10 años.

Lesiones quísticas de los huesos, en estos dos primeros decenios, muy probablemente corresponden a quiste óseo simple o a quiste óseo aneurismático.

- 2.- Otro error frecuente: pensar de partida en un tumor primitivo, frente a una lesión ósea de aspecto tumoral en un paciente sobre los 50 años; casi con seguridad se trata de una metástasis o de un mieloma.

Por el contrario, es también un error pensar en una metástasis, cuando la lesión ósea ocurre en un enfermo por debajo de los 30 años; con seguridad se trata de un tumor primitivo.

- 3.- La existencia de células gigantes en una lesión ósea, no es sinónimo de tumor de células gigantes; prácticamente no existe lesión ósea, que no presente células gigantes en su estructura histológica, y a veces, en cantidad muy superior a las que se suelen presentar en el genuino tumor de células gigantes, como por ejemplo: condroblastoma, osteoblastoma, quiste óseo aneurismático, etc.
- 4.- La miositis osificante induce a frecuentes y gravísimos errores de diagnóstico., cuando se le confunde con un sarcoma osteogénico, por ejemplo: la confusión es muy fácil desde el punto de vista radiológico y aún anátomo-patológico.

Es responsabilidad del clínico informar al radiólogo y al patólogo del antecedente de traumatismos óseos o musculares; que probablemente ayuden a esclarecer el diagnóstico.

- 5.- Debe considerarse que los aspectos celulares de benignidad o de malignidad, pueden ser muy escasos o muy difíciles de reconocer. Por lo demás, estos aspectos no tienen un valor absoluto; hay un sinnúmero de hechos clínicos y de biología general, que desconocemos, que le restan el carácter categórico al aspecto histológico. Así tenemos por ejemplo: el condroma del esqueleto de las manos o de los pies, pueden tener un aspecto histológico inquietante y no son condrosarcomas; en cambio si un condroma u osteocondroma del tronco (vértebras, pelvis) presenta esos mismos aspectos inquietantes y aún más, a veces muy "tranquilo", debe ser considerado como un condrosarcoma. La evolución clínica lo demuestra casi siempre así.

El tumor de células gigantes, de ubicación inhabitual (vértebras, por ejemplo), se comporta con una gran agresividad; en cambio, sarcomas periostales, como el sarcoma osteogénico yuxta-cortical, el fibrosarcoma perióstico, son de evolución evidentemente más benigna que su representante central.

- 6.- Es muy frecuente el triple error clínico, radiológico y anátomo-patológico al confundir una histiocitosis X con una osteomielitis; la triple información de los especialistas respectivos será imprescindible para hacer el diagnóstico.

## II ERRORES IMPUTABLES A UN MANEJO DEFECTUOSOS DE LOS ENFERMOS

- 1.- No divida jamás una muestra destinada a examen, con el objeto de enviarla a otros tantos patólogos. Puede ocurrir que ninguno o uno sólo de los fragmentos sea verdaderamente representativo del tumor; se expone así, a recibir 3 ó 4 informes todos correctos pero todos distintos.

Envíe toda la muestra a un sólo patólogo; frente a dudas razonables, reconsidere el caso conjuntamente con el radiólogo y patólogo; exija nuevos cortes y deje al patólogo la iniciativa de consultar el problema con otros patólogos de mayor experiencia.

- 2.- Somos testigos de desastres, en casos de tratamientos quirúrgicos mutiladores (amputaciones), o radioterápicos masivos, en casos que resultaron ser tumores benignos y a veces ni siquiera fueron tumores. El error fué cometido al no certificar la sospecha clínica y radiológica con una biopsia; los enfermos fueron amputados o irradiados sólo con la impresión dada por la imagen radiográfica que parecía suficientemente concluyente....! Sostenemos que es gravísimo error el realizar biopsias sin exploración radiológica previa; es un procedimiento viciado y sin valor, hacer diagnósticos puramente radiológicos sin biopsia aún es un error mucho

peor, el realizar tratamientos sin biopsia. Son varios los cirujanos que han amputado osteomielitis, miositis osificantes o granuloma eosinófilos. Cuíde se de no ser usted uno de ellos.

- 3.- Nuestra experiencia demuestra cómo son frecuentes los errores de diagnóstico en el Sarcoma de Ewing, tumor generalmente desconocido.

Recuerde....! el error de confundirlo con una osteomielitis es frecuente. Tenemos varios casos de Sarcoma de Ewing canalizados como osteomielitis y osteo - mielitis amputados como Sarcomas de Ewing.

- 4.- Radiológicamente la lesión ósea puede presentarse bajo 4 aspectos :

- a) La imagen presenta todos los caracteres propios de una lesión benigna. En este sentido, el diagnóstico es razonablemente seguro ( osteocondromas, condromas).
- b) Cuadros radiológicamente de aspecto benigno, pero que corresponden a un sarcoma óseo ( Sarcoma ostoogénico yuxta-cortical).
- c) El cuadro radiológico impone en forma imperativa el diagnóstico de una lesión ósea maligna ( Sarcoma osteogénico ).
- d) Por último, tumores histológicamente benignos, o lesiones destructivas no tumorales que presentan un aspecto radiológico de notable "agresividad".

Son estos últimos los que plantean los más graves problemas de diagnóstico y en ellos la información anátomo-patológica es doblemente imperativa.

- 5.- Es frecuente que se desestime hechos clínicos evidentes de tumor óseo, por el simple antecedente de un traumatismo.

No vacile en hacer un estudio radiográfico a la menor sospecha de lesión ósea.

Es mil veces preferible realizar muchos exámenes radiológicos "inútiles" a que pase inadvertido un sólo sarcoma osteogénico. La experiencia del Registro en este sentido, es trágica.

- 6.- En la misma línea se comete errores al interpretar los "dolores de crecimiento": muchos de ellos resultan ser sarcomas osteogénico o de Ewing.
- 7.- El Registro ha comprobado o cometido errores, cuando el patólogo o el radiólogo han transigido, aceptando documentación radiológica o histopatológica deficiente o en cantidad insuficiente.

No lo olvide .....! El patólogo está en su derecho al negarse a emitir un diagnóstico, si se le niega los antecedentes clínicos o radiológicos del caso en estudio.

- 8.- La biopsia debe ser extraída del tumor; de una parte representativa del tumor: zonas hemorrágicas o necróticas que al cirujano le impresionan como tejido sarcomatoso, no son informativas.

En la experiencia del Registro son varios los casos en los que la biopsia ha sido tomada fuera del tumor y aún, en el hueso sano homónimo.....!

- 9.- Preocúpese de controlar a sus enfermos operados, y durante un tiempo largo. El Registro ha comprobado como resulta imposible poseer una buena información en este sentido; es la única forma de adquirir una sólida y útil experiencia.

No olvide que el Sarcoma osteogénico, por ejemplo, exhibe un 20% de sobrevida en el primer año; un 15% a

los 2 años; un 12% a los 5 años y no más de un 7% a los 10 años.

En oncología en general, y en Sarcomas óseos en particular, ninguna estadística de sobrevivida que con temple menos de 10 años tiene valor alguno.

- - - - -

#### BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

- Dahlin C. David. Tumores Oseos. Ed. Toray. Barcelona 1969
- Lichtenstein L. Bone Tumors. Ed. The C.V. Mosby Co. St. Louis 19
- Ackermann L and Harlan Spjut. Tumors of bone and cartilage  
Armed Force Institute of Pathology  
Washington 1962.
- Jaffe, H.L. Tumors and Tumorous conditions of bone and joints.  
Ed. Lea Fnd Febiger. Philadelphia. 1958
- Sayago E. Carlos. Tumores malignos del esqueleto. 1964
- Revista de la Sociedad Chilena de Ortopedia y Traumatología.