

Tumor de la región esternal

Dres. José Luis Martínez, Fabio Croci y Rogelio Belloso

Se presenta un caso de una rara variedad histológica de tumor maligno de la piel, originado en las glándulas sudoríparas y que presentó una marcada tendencia a la recidiva local.

La última de ellas afectó al esternón que debió ser parcialmente resecado.

Se muestra la técnica de reconstrucción empleada para cerrar el defecto esternal.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A", Hospital de Clínicas. Director Prof. A.R. Aguiar

En febrero de 1981 reaparición del tumor que se apoya ampliamente sobre el esternón. Se observa una importante hernia pulmonar. El 26/8/81 los autores realizan esternectomía parcial y reconstrucción parietal mediante la utilización de mallas de Marlex (R), metil-metacrilato y clavos de Kirschner: Abordaje torácico anterior resecando la cicatriz. Exposición de la región anterior del tórax y el tumor, movilizándolo sobre la zona esterno-costoclavicular, suficiente para efectuar la resección alta del esternón sin necesidad de incluir en la misma aquellas estructuras. Sección baja del esternón, ligando los vasos mamarios internos. Resección del 4o., 3o. y 2o. cartílago costales izquierdos, exponiendo la cara posterior del esternón y comprobándose la ausencia de infiltración de los tejidos del mediastino anterior. Sección transversal alta del esternón. Resección final del sector anterior del hemitórax derecho. Las cavidades pleurales no fueron abiertas.

Quedó de esta forma un amplio defecto parietal que se reconstruyó mediante sutura de una malla de Marlex (R) al borde de todo el defecto. Se perfora la tabla externa del sector esternal inferior con 2 clavos de Kirschner que recorren la medular y se enclavan en el sector superior. Mediante una franja de malla de Marlex (R) se reconstruye el sector de esternón resecado. Ambas mallas, con los clavos en el medio, son solidarizadas por el metil-metacrilato.

El post-operatorio transcurrió sin incidentes, no requiriendo ninguna medida especial del punto de vista respiratorio.

INTRODUCCION

El motivo de esta comunicación es hacer conocer un caso de tumor de la región esternal originado en las glándulas sudoríparas de la piel de la región con invasión secundaria del esternón.

Su tratamiento exigió la realización de una esternectomía parcial. En nuestro medio conocemos otro caso de esternectomía yuxtatotal efectuada por Ruiz Liard (5).

CASO CLINICO

B.R.C. - No. Reg. 229.287 - H. de C. - Hombre de 53 años, procedente del Interior, enviado al Servicio por el Dr. J. Laborde por un tumor recidivado de la región esternal. En 1960 presentó un tumor de 1 cm. de la pared torácica anterior ubicado sobre el 3er. cartílago costal derecho, que fue resecado con anestesia local; no hay histología. Recidiva en 1964, realizándose resección biopsica, planteándose la posibilidad de metástasis de un hipernefoma. Ingresó al H. de C. donde se descarta el tumor renal siendo sometido en 1965 a una amplia resección parietal realizada por el Dr. R. Rubio. El informe anatomopatológico del Dr. Cassinelli establece que se trata de un tumor cilindromatoso originado en las glándulas sudoríparas, de tipo mioepitelial. Nueva recidiva en 1972, realizándose otra amplia resección parietal, cubriéndose el defecto mediante rotación del pectoral contralateral (Dr. H. Ardao). El estudio histopatológico realizado por el Dr. Falconi muestra los mismos hallazgos que el examen previo. A las pocas semanas de la operación el paciente nota la aparición de una hernia pulmonar.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de octubre de 1981.

Prof. Adj.; Asistente; Prof. Adj. Clínica Quirúrgica. Facultad de Medicina - Montevideo.

Dirección: Cubo del Norte 3634, Montevideo (J.L. Martínez).

COMENTARIO

Es nuestro interés enfatizar 3 aspectos del presente caso que se refieren a la anatomía patológica, a la topografía y a la táctica y técnica empleadas.

En cuanto al primer aspecto digamos que se trata de un tumor muy poco frecuente, de naturaleza maligna, originado en las glándulas sudoríparas de la piel, observándose en general en el cuero cabelludo, aunque también se les puede ver en cara y tronco.

En lo que respecta a la topografía, el tumor se originó y recidivó en el sector pre-esternal. Su característica tendencia a la recidiva local, particular en este tipo histológico de tumores, es bien apreciada en nuestro caso. La causa de dicha recidiva obedece presumiblemente a una resección incompleta y siembra local en la primera operación, ya que en las sucesivas resecciones el patólogo siempre informó que en la superficie de sección no existía invasión tumoral.

La última recidiva afecta al esternón, el cual debió ser resecao parcialmente.

Los tumores de las paredes torácicas son poco frecuentes (3), constituyendo los del esternón el 10% del total (1). La mayoría son metastáticos y los tumores originarios se encuentran en pulmón, mama, riñón y tiroides (1)(6). Los tumores primitivos del mismo casi siempre son malignos, predominando los condrosarcomas. Los benignos son muy raros. Son aún menos frecuentes los tumores vecinos que secundariamente invaden el esternón, siendo absolutamente excepcional que un cilindroma de la piel de la región lo infiltre en forma secundaria.

Finalmente, en lo que respecta a los detalles táctico-técnicos nos interesa resaltar que la mayoría de los tumores esternales, y nuestra observación no constituye una excepción, requieren una amplia resección, lo que crea importantes problemas de estabilización torácica, con la consiguiente repercusión respiratoria. Ello exige, si se quiere evitar los inconvenientes derivados de una movilidad anormal, una correcta reconstrucción parietal.

En lo que respecta a esta reconstrucción, se enfatiza la gran diferencia en cuanto a la repercusión funcional que existe cuando se efectúan resecciones esternales totales frente a aquellas parciales. Toda vez que sea posible se conservará un sector esternal con sus conexiones a la caja torácica lo que minimiza el problema de la respiración paradójal. La esternectomía total está raramente indicada y sólo se justifica cuando el esternón está totalmente afectado por el proceso. En la serie de Martini (4), 8 tumores debieron ser resecaos ampliamente y todos ellos

requirieron reparación. En 7 se pudo dejar un sector del esternón lo que evitó la necesidad de un apoyo ventilatorio postoperatorio.

En nuestro caso, la reconstrucción se efectuó siguiendo las ideas propuestas por Le Roux (2).

SUMMARY

Tumor of the Sternal Region

The authors present a rare histological variety of malignant skin tumor originated in sweat glands that showed a definite tendency towards local recidivation.

The last recidivation affected the sternum that had to undergo partial resection.

The technique used to reconstruct the sternal defect is presented.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BELTRAMI V. and GIDARO G.: Resection and reconstruction of the sternum. Case report. *Thorax* 31: 350; 1976.
2. LE ROUX B.: Maintenance of chest wall stability. *Thorax* 19: 397, 1965.
3. MARTINEZ J.L.: Tumores de las paredes torácicas. *El Tórax* 21: 71, 1972.
4. MARTINI N., HUVOS A.G., SMITH J. and BEATTLE E.J. (Jr): Primary malignant tumors of the sternum. *Surg. Gynec. Obst.* 138: 391, 1974.
5. RUIZ LIARD, A.: Comunicación personal.
6. STELZER P. and GAY W.A. (Jr): Tumors of the chest wall. *Surg. Clin. N. Am.* 60: 779, 1980.