

LA ECUACION
CLINICA-RADIOLOGIA-HISTOPATOLOGIA
EN EL DIAGNOSTICO
DE LOS TUMORES OSEOS

Dres. DAVID ISRAEL CRESPO y DAOIZ MENDOZA

Todos los que nos han precedido en el uso de la palabra han señalado, explícita o implícitamente, la importancia de la ecuación clínica-radiología-histopatología en el diagnóstico de los tumores de los huesos; y creemos que es procedente y de suma utilidad exponer ese hecho haciéndolo punto focal de un planteamiento, reafirmando el concepto de la trascendencia que tiene una adecuada y estrecha colaboración de los distintos sectores del arte médico para contribuir a ese diagnóstico.

Hay que agregar que, en ocasiones, el laboratorio aporta datos de gran valor y muy probablemente, cuando la investigación histoquímica aplicada a los tumores óseos alcance su pleno desarrollo, quizá la ecuación tendrá cuatro factores en vez de tres.

Aunque este planteamiento es común a casi todos los temas médicos, en algunos de ellos su significación es mayor que en otros. Es así en nuestro caso.

Asimismo, y como corolario, surge de este enfoque la justa valoración de posibilidades positivas y negativas de cada una de las disciplinas médicas que se aplican en cada caso particular.

Podría parecer ocioso este objetivo por obvio pero pensamos que no es así, pues la colaboración que preconizamos como una norma de contenido metodológico y sistemático, de absoluta reciprocidad, no siempre es realizada en la magnitud debida en el diagnóstico de los tumores óseos; y porque no hay absoluto estado de conciencia sobre las reales contribuciones y limitaciones de las distintas especialidades en este tipo de diagnóstico.

Subrayamos: *no importa que se admita esta verdad; importa la manera de comprender y sentir esta verdad; importa que se esté con ella en íntima relación; que sea vivencia permanente frente al problema diagnóstico de toda lesión tumoral ósea.*

Avalamos esta opinión con el juicio expuesto por Jaffe, que ha enfatizado este problema en su última y reciente obra, llegando a diagramarlo, y de la que nos permitimos transcribir los párrafos siguientes:

“De acuerdo a nuestro parecer, todo lo concerniente con los tumores óseos, deberá realizarse de acuerdo con lo que llamamos la vista tridimensional de ellos.”

“Esto es posible solamente en la extensión en que el clínico, el radiólogo o el patólogo, individualmente, sean capaces de ver el problema diagnóstico no solamente desde su ángulo, sino desde los otros dos.”

Y Jaffe diagrama así este concepto (fig. A)



pues este diagrama (fig. B)

TRES VISTAS UNIDIMENSIONALES



conduce a errores.

En nuestro medio, el Prof. Bado enseña en sus clases... “Es gracias y exclusivamente al empleo de tres palabras que se puede construir la frase del diagnóstico: la clínica, la radiología y la histopatología. Oír una sola palabra y gracias a ella pretender extraer el significado de la frase es, en el mejor de los casos, apresuramiento y, en todos, exponerse a errores que pueden ser graves.”

Como ejemplos demostrativos de esta verdad, presentamos algunas observaciones extractadas entre muchas lesiones tumorales de los huesos que, encaradas aisladamente, desde un punto de vista exclusivamente individualista, parecían manifestaciones de determinado tipo lesional, pero que, a la luz de un “enfoque tridimensional” permitieron el correcto diagnóstico de las mismas.

Observación N° 1

Clínica	Radiología	Anatomía patológica	Diagnóstico clínico-radio-patológico
♂ 20 años. Traumatismo puño izquierdo. Dolor e impotencia funcional. Tumefacción puño. Estado general: s/p.	Característica de tumor de células gigantes o mieloplaxoma.	Hemangiopericitoma con metaplasia ósea.	Hemangiopericitoma de epífisis inferior de radio.



Fig. 1.—Caso 1. Imagen radiolúcida localizada en la region epifisometafisaria del radio que sopla el hueso, sin destruir la cortical, ni invadir la articulaci6n, con ligero trabeculado en su interior, característica de tumor de células gigantes o mieloplaxoma.

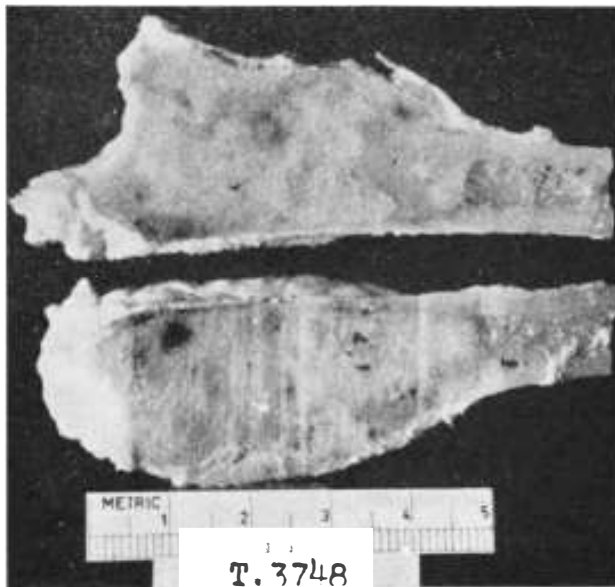


Fig. 2.—Pieza quirúrgica del caso 1, seccionada longitudinalmente que permite apreciar el aspecto sólido y fibroso del tejido tumoral, así como su extensión hacia la diáfisis.

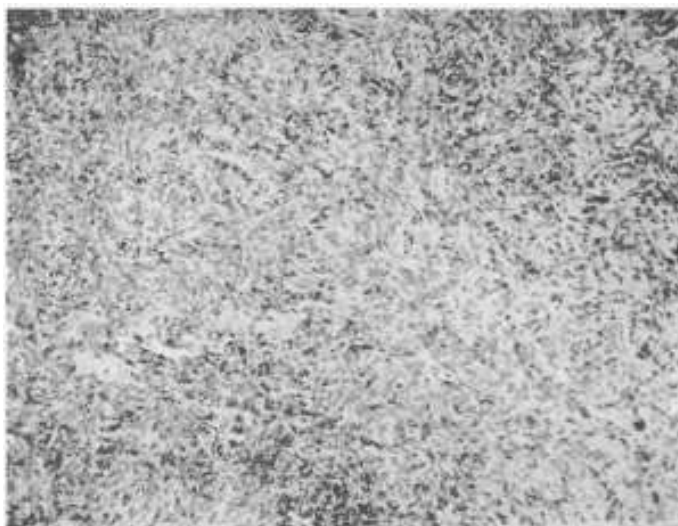


Fig. 3.—Microscópicamente se aprecia un tejido caracterizado por su riqueza en capilares, los cuales se encuentran rodeados por manguitos de células periteliales. Se observan, además, pequeños focos de metaplasia ósea.

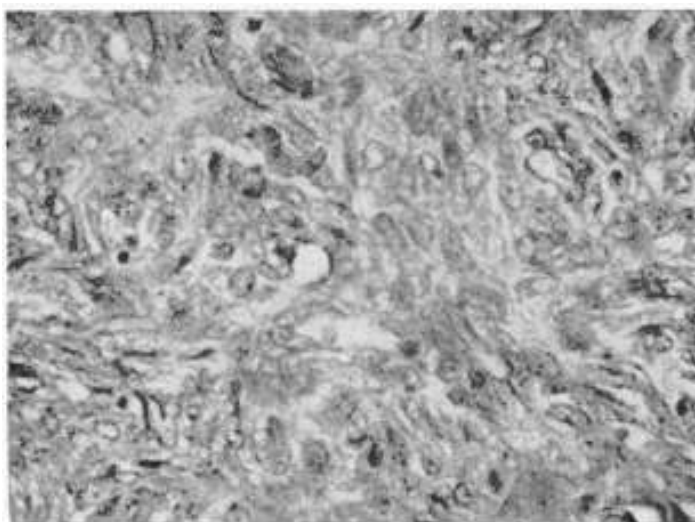


Fig. 4.—Detalle histológico del campo anterior para mostrar la hiperplasia celular perivascular.

Observación N° 2

Clínica	Radiología	Anatomía patológica	Diagnóstico clínico-radio-patológico
<p>♂ 33 años. Desde 7 meses atrás dolor discreto de rodilla, extr. inferior de fémur derecho. Desde 6 meses atrás tumefacción de crecimiento progresivo; más dolor. Estado general: s/p.</p>	<p>Característica de blastoma maligno yuxtacortical osificante. (Osteoma parostal de G. y C.)</p>	<p>Lesión benigna fibromatosa con metaplasia ósea y cartilaginosa.</p>	<p>Blastoma maligno yuxtacortical osificante. Fibroblastoma maligno con metaplasia ósea.</p>



Fig. 5 y 6.—Caso 2. En la extremidad inferior del fémur, sobre la superficie poplítea y lado externo metafisario, se observa una neoformación yuxtacortical, de densidad ósea, a contorno periférico polilobulado bastante bien delimitado, y que no invade el cortical osificante (sarcoma parostal) o blastoma maligno yuxtacortical osificante.

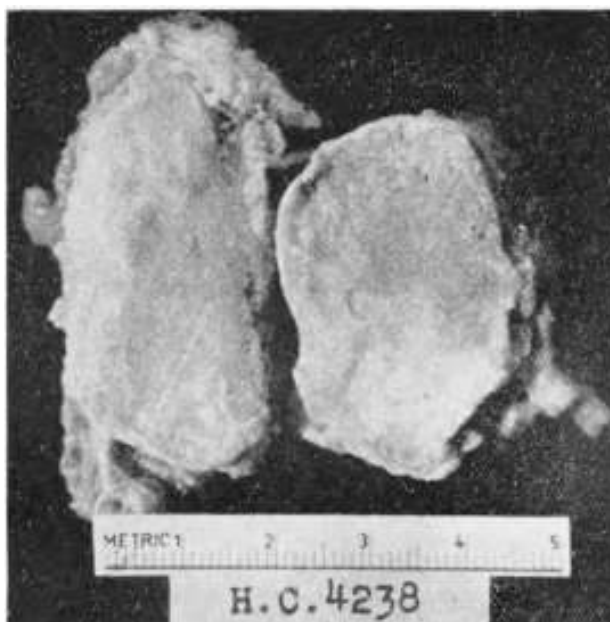


Fig. 7.—Pieza quirúrgica del caso 2, seccionada longitudinalmente. Se observa el límite preciso del tumor así como el aspecto sólido del tejido ósteofibroso que lo constituye.

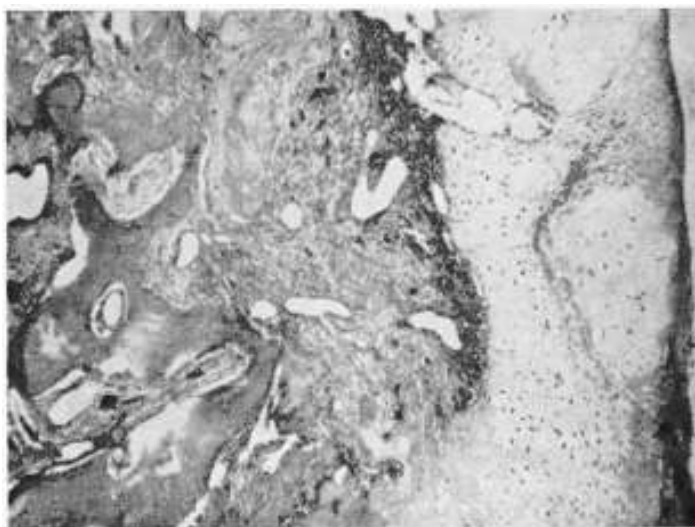


Fig. 8.—Obsérvese los caracteres microscópicos de un fragmento cortical de dicha lesión. Se aprecia el tejido fibrocelular en cuyo seno se han formado una trama de trabéculas óseas. En la periferia se encuentra una capa de tejido cartilaginoso con áreas de osificación encondral.

Observación N° 3

Clínica	Radiología	Anatomía patológica	Diagnóstico clínico-radio-patológico
<p>♂ 7 años. Traumatismo de clavícula. Sospecha de fractura patológica.</p>	<p>Características de quiste óseo aneurismático con fractura patológica.</p>	<p>1º) Quiste óseo simple. 2º) Quiste óseo aneurismático. (Angioblastoma benigno.)</p>	<p>Quiste óseo aneurismático de diáfisis de clavícula con fractura patológica.</p>



Fig. 2.—Caso 3. En la parte media de la clavícula, se observa una imagen radiolúcida, con fractura patológica y, alejada de la superficie ósea, una fina lámina de densidad ósea que circunscribe el proceso, dando el aspecto típico visible en el quiste óseo aneurismático.

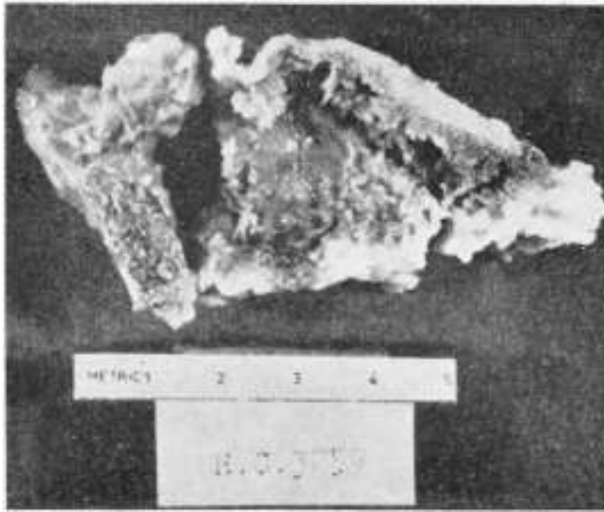


Fig. 10.— La pieza anatomopatológica fue interpretada primitivamente de quiste óseo simple, pero luego, al ser estudiado el caso en conjunto, y con nuevos elementos histológicos de juicio, se llegó al diagnóstico definitivo de quiste óseo aneurismático.

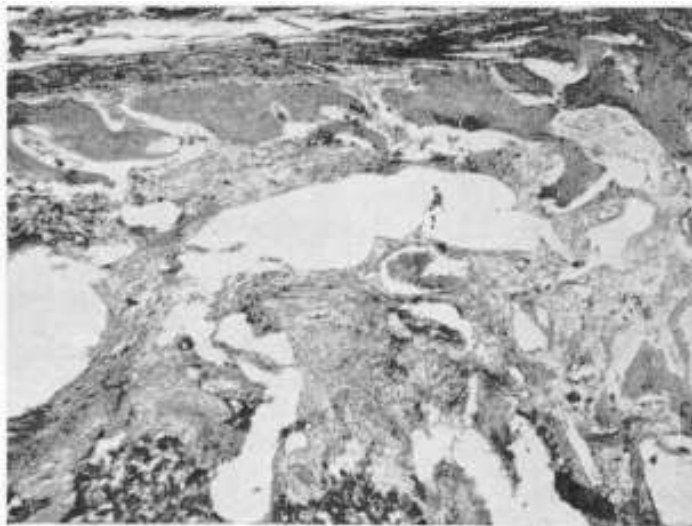


Fig. 11.— Pared del quiste en la cual se aprecia las cavidades vasculares situadas en el seno de un tejido fibroso con zonas muy ricas en células gigantes multinucleadas.

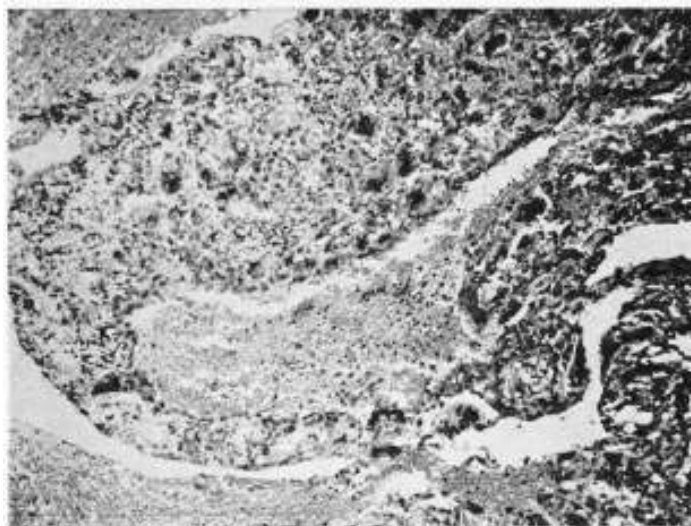


Fig. 12.—Caracteres histológicos de una zona de la pared del quiste mostrando las cavidades vasculares rodeadas por un tejido con numerosas células gigantes multinucleadas.

Observación N° 4

Clinica	Radiología	Anatomía patológica	Diagnóstico clínico-radio-patológico
<p>♂ 13 años. En tratamiento de osteoartritis bacilar de cadera derecha. Hallazgo radiológico de lesión en metafisis inferior de fémur derecho. Buena evolución hasta el momento.</p>	<p>1º) Lesión blastomatosa maligna? 2º) Fibrogranuloma metafisario.</p>	<p>Fibroblastoma maligno con mieloplaxas de baja malignidad histológica.</p>	<p>Fibrogranuloma metafisario o fibroma no osteogénico.</p>



Figs. 13 y 14.— Caso 4. En la region metafisodiafisaria del fémur en posición excéntrica, se aprecia una imagen radiolúcida, a contorno interno nítido y denso, y que en la periferia, en la proyección radiográfica lateral, interrumpe la cortical en algunas partes. Se planteó, en primera instancia, la duda de si no podía ser una lesión tumoral maligna. Pero un nuevo análisis permite fundar el diagnóstico radiológico de fibrogranuloma metafisario.

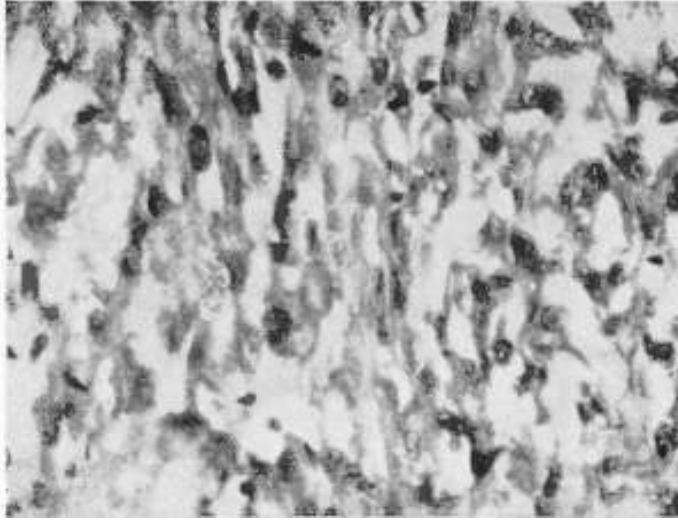


Fig. 15.— Caso 4. Obsérvese el aspecto fibrosareomatoso de la lesión con numerosas mitosis que hizo sospechar erróneamente una lesión maligna.

De todo lo planteado, no pretendemos deducir que las opiniones del clínico, el radiólogo y el anatomopatólogo, son equivalentes en cuanto a su importancia para cada caso en particular, en el diagnóstico de la naturaleza de un tumor óseo, que en igual proporción, cada uno de ellos tiene la última palabra para el exacto diagnóstico.

Creemos sí, como quedó demostrado con los ejemplos presentados, que una posición dogmática individualista del clínico, radiólogo o histopatólogo en el enfoque diagnóstico, puede conducir a los más graves errores de consecuencias a veces irreparables para el enfermo.

Que cada uno de ellos, frente a un determinado caso, pueda tener la razón, no implica que siempre la tenga.

Y siempre, o casi siempre, en cambio, el análisis conjunto de los tres en función de equipo diagnóstico, conducirá a una síntesis diagnóstica exacta.

Diríamos entonces que, el único dogma aceptable, es este último.

Pensamos que el estudio de una lesión tumoral ósea es un viaje en tres etapas que se desarrolla con una secuencia temporal y espacial sistemática.

Decimos etapas, pero sin darle al término un sentido de división, de diversificación del proceso diagnóstico, sino como instancias que se cumplen en dicho proceso, con sentido de unidad, alrededor del enfermo.

La clínica, primera etapa, primera expresión de relación entre el enfermo y el médico, ve el complejo patológico en su exterioridad.

La radiología, segunda etapa, que sigue a la anterior, ve el conjunto lesional en su interioridad.

La histopatología, tercera etapa, que completa la unidad diagnóstica, ve el conjunto lesional en su intimidad.

La correlación sistemática y reversible de estas tres instancias, nos muestra y define la realidad del caso en estudio en su total integridad.