

TUMORES DE PARED TORACICA

Dr Claudio Suárez Cruzat
Fundación López Pérez
Clínica Santa María

GENERALIDADES

- Pared Torácica tiene múltiples capas.
- Cada capa puede originar tumores.
- Cada tumor primario benigno tiene su contraparte maligno.
- Además existe tumores metastásicos (riñón, mama, colon, pulmón, sarcomas)
- Y por continuidad (pulmón, mama, timo)

GENERALIDADES

- Tumores Primarios 50% malignos
- Tumores malignos de pared constituyen el 5% de las neoplasias torácicas
- Modo de presentación
 - Masa palpable
 - Masa en radiografía
 - 3/4 asintomáticos
 - Dolor por compresión (B o M)

Estudio y Diagnóstico

- **TAC o RNM**
- **FBC y MDC en Ca Pulmonar T3**
- **Biopsia planificada y cuidadosa**
 - **Tumor < 5 cm:**
 - Excisional,
 - Sin reconstrucción mayor
 - **Tumores Mayores**
 - Tu Tejidos Blandos: Punción Biopsia
 - Tu Oseo: Biopsia Abierta ¿aguja?
- **La biopsia debe realizarse por planos que más tarde pueden y deben resecarse**

Tumores Benignos I

Superficiales

nevus

lipomas alta recurrencia

linfangiomas mal
delimitados, opérculo Tx

hemangiomas difícil
diferenciar de hemangiosarcoma

Profundos

Fibromas raros, firmes, crecen lento

Rabdomiomas raros,
Resección completa por recurrencia,
SIEMPRE Biopsiar masas musculares

Neurofibromas frec. múltiples,
Dolor o crecimiento advierten malignización,
Resecar pues la biopsia con aguja no es segura,
Cerca de columna reloj de arena

Q desmoides B o M x patólogo,
No metástasis, Recidiva frecuente.
Tratamiento Resección,
RT postop disminuye recurrencia

Tumores Benignos II

Tumores Oseos

Displasia Fibrosa 30% Tu Benignos de Pared Torácica,
Asintomática hasta fractura o compresión estructuras vecinas,
Malignización es rara, Resección Completa es curativa

Condroma Entre 20 y 40 años, artic. condrocostal y condroesternal,
Rx masa medular que adelgaza cortical o nada.
Marcove y Huvos: malignos más de 4 cm. Biopsia no siempre puede diferenciar.
Resección completa al diagnosticarlos

Osteocondroma y Osteoblastoma raros,
Crecen lento, desde la cortical, Masa palpable
Pueden no ser visibles si crecen hacia el interior del tórax (Rx),
Raramente se malignizan. Resección completa es el tratamiento

TUMORES MALIGNOS

TUMORES SUPERFICIALES

- Carcinoma basocelular
- Melanoma maligno

TUMORES PROFUNDOS

- Liposarcoma: Raro en tórax. Resección es el trat.
 - Angiosarcoma: usualmente en relación a RT tx o axila
 - Fibrosarcoma, Neurofibrosarcoma, Rabdomiosarcoma
- Comportamiento. Masa dolorosa de rápido crecimiento. Diagnóstico rápido y resección amplia dan los mejores resultados. Metas pulmón.
- Incisión determinada por la invasión cutánea:
- SI NO EXISTE: flaps piel, resección en block a un plano de distancia,
NUNCA ver plano del tumor

TUMORES MALIGNOS OSEOS

CONDROSARCOMA

- el más común.
- Ubicación generalmente anterior.
- Grado histológico es muy importante:
I buena sobrevida, III corta, II y III metas y recidivas.
- Tratamiento: Resección Amplia (1costilla, 5 cms)
Sobrevida: R Paliativa 14%, Limitada 60%, Amplia 96% a 10 años
Recidiva: R Limitada 60%, R Amplia 14% (CI Mayo, Marcove)

TUMORES MALIGNOS OSEOS

OSTEOSARCOMA:

Más frecuente en jóvenes y en huesos largos.

Más agresivo, metas precoces (pulmón)

Responde a RT y QT

Tratamiento sin metástasis: Cirugía radical vs QT y
Cirugía conservadora

Tratamiento con metástasis: QT y luego cirugía radical
(primero pulmón) o conservadora (primero tumor)

TUMORES MALIGNOS OSEOS

Sarcoma de Ewing

- muy raro, masa de crecimiento rápido, adolescentes varones, dolor, fiebre, leucocitosis, CEG

Serie Memorial N 62 / 40 años

48% sobrevivida a 5 y 10 años con QT más cirugía o RT

Mieloma o Plasmocitoma Solitario

Viejos, 20% tu pared torácica, Proteína de Bence Jones, >10% plasmocitos en médula ósea.

Tratamiento local y sistémico

(Burt, 1993, 75% de plasmocitomas solitarios desarrollaron mieloma múltiple en seguimiento prolongado)

INVASION POR VECINDAD

CANCER PULMONAR T3

5%, no indica irresecabilidad ni mal pronóstico, las metástasis linfáticas y a distancia dan pronóstico.

Tratamiento:

Resección en Block de Pulmón, Pared Torácica y LAM,
T3N0 75% a 5 años vs

28% con Pleurectomía + Pulmón

Radioterapia 9 meses (Grillo '66, Pairolero '82, Patterson '82, Sloan-Kettering '85, Mc Cormack'89)

Invasión de Vértebras: mal pronóstico

INVASION POR VECINDAD

- **CANCER de MAMA**

Generalmente en cánceres avanzados o recidivas locales después de tratamiento con y sin radioterapia

El Tratamiento quirúrgico es resección de pared torácica en block, malla protésica y mioplastía

La sobrevida depende del pronóstico del cáncer de mama al resecarlo, sin metástasis a distancia y sin ganglios de cadena mamaria o torácica interna es muy bueno, como tratamiento paliativo soluciona el dolor y la ulceración

(Mc Cormack '89, Suárez '95)

TUMORES METASTASICOS

- **CARCINOMAS:**

Se tratan sólo las metástasis únicas.

Origen mamario, renal, colon, gl salivales.

Resección ofrece 25% sobrevida a 5 años

- **SARCOMAS**

Son muy raros, el reporte de Burt indica 19% de sobrevida a 5 años en un grupo de 36 pacientes

NORMAS DE RESECCION

Ausencia de derrame pleural neoplásico

Márgenes amplios

2 a 3 cms de borde libre óseo y tejidos blandos

1 Costilla sana por arriba y por debajo

2 Cms en esternón

Pleura en block

Incluir piel si está adherida o hay biopsia previa

RECONSTRUCCION

REEMPLAZO DEL PLANO OSEO

⇒ Defecto menor de 5 cms de diámetro
NO REQUIERE PROTESIS

⇒ Defectos Mayores

Injertos óseos, fascia lata, músculos

Mallas sintéticas vicryl, marlex, prolene, gore-tex,
Silicona

Compuestos: Marlex+metacrilato

RECONSTRUCCION

REEMPLAZO DEL PLANO MUSCULAR

- Siempre se requiere músculo cubriendo planos óseos y mallas o prótesis
- Colgajos laterales (Desplazamiento)
- Colgajos pediculados
 - Latisimus dorsi o Gran dorsal
 - Recto abdominal
 - Pectorales
 - Otros (Serratos, intercostales)

RECONSTRUCCION

REEMPLAZO DEL PLANO MUSCULAR Y PIEL

- Indicados cuando falta piel por resección, compromiso tumoral, radioterapia previa

- Los más usados

Dorsal Ancho (L dorsi)

Recto

Abdominal