

# Carta al editor

Juan Rafael Oreamuno O.

Deseo referirme al artículo que sobre el Osteosarcoma Telangiectásico, se publicó en el último número de la Revista Acta Médica Costarricense Vol. 46 #1, con el que discrepo ya que deja en el pensamiento ideas poco claras o confusas, tal vez por la redacción del mismo.

1. El diagnóstico diferencial de una lesión de este tipo es primero con otras lesiones malignas. La primera posición es que se trata de osteosarcoma, después se le vera el "apellido".

Si no se aclara bien este punto, se curetearan lesiones malignas, tomadas por quistes óseos *aneurismáticos* o se amputaran estos antes de tener claro el diagnostico.

En el estudio general de los tumores malignos deben realizarse: arteriografía y resonancia magnética, no se habla de ellas, ni de posibilidad de realizar una cirugía de salvamento de la extremidad, tendencia actual. Se toma de la decisión de amputar de entrada. Limb Salvatage March-Abril 1990.CI. Orthopedics 153:81-1980 J. Bone and J. 70A: 307- 1988.

2. Actualmente no es posible o tolerable, salirse del protocolo del tratamiento de tumores malignos de hueso, en que se especifica que la mejoría en el índice de sobre-vida en estos tumores (osteosarcomas en general) obedece a la conducta de dar quimioterapia "múltiple" o sea varias drogas, (no solo dos), tanto en el pre-operatorio como en el post- operatorio.

Hay varios artículos que así lo comentan, no es un: "no del todo cuantificado", puede interpretarse como un: así pareciera.

3. La transformación sarcomatosa en la enfermedad de Paget es baja, solo el 10% de los Paget y esta en relación con la severidad de la enfermedad de fondo y con la cantidad de huesos afectados. La enfermedad de Paget como forma monostótica (1%) es muy rara, eso haría que tomarlo como primera posibilidad diagnostica sea un error. En el porcentaje total de OTS, derivados de Enfermedad de Paget, la mayoría corresponde en la Histología al OTS "clásico" junto con las lesiones del Paget, las variantes fibroblásticas y de células pequeñas. La telangiectásica es aun más rara. En general se trata de gente de mayor edad, la media es de 60 años.

(Electronic Fascicle of Armed Forces Institute of Pathology)

4. En el Osteosarcoma telangiectásico los radiólogos están de acuerdo en definir la lesión como: puramente lítica y que la reacción perióstica (Triangulo de Codman) está presente en el 78% de los casos. Su evolución, radiología y ataque al estado general, es totalmente distinta a las lesiones benignas del hueso.

Ocasionalmente puede confundirse con el quiste óseo aneurismático, en el microscopio, la frecuencia de fracturas patológicas es alta (25%) y la historia: de meses hasta 1 año. Evolución muy rápida teniendo en cuenta que es la variedad más indiferenciada y maligna de la familia de los osteosarcomas.

5. Esta variedad fue reportada 1º por el Dr. Swing y en nuestros días fue estudiada y totalmente diferenciada del llamado clásico por el Profesor Mario Campanacci del Instituto Rizzoli y no se le menciona.

Estos comentarios deben de ser tomados como crítica constructiva, en aras de una mejor comprensión de esta patología tan maligna en los artículos que sobre ella se publiquen, que se piense en la posibilidad de salvar una extremidad y reforzar el concepto de que los protocolos fueron hechos con criterios técnicos probados para mejorar la sobrevivencia.

Solo así podremos avanzar en el difícil arte médico.

<sup>1</sup> Miembro Academia Nacional de Medicina

ISSN 0001-6002/2004/46/2/57  
Acta Médica Costarricense, ©2004  
Colegio de Médicos y Cirujanos