

SOBRE TUMORES A CÉLULAS GIGANTES DE LOS HUESOS

Domingo PRAT y Alfredo PERNIN

La interesante comunicacion de los Dres. Barcia y Caubarrère efectuada en la sesión del día 10 de junio, sobre los tumores a células gigantes de los huesos (tumores a mieloplaxos) nos ha inducido a presentar a la Sociedad de Cirugía dos casos de estos tumores.

Uno de ellos fué tratado hace 22 años y luego nuevamente, hace dos años; el otro es reciente, se trata de un enfermo recomendado por el propio Dr. Barcia y que está aún en asistencia en nuestro Servicio del Hospital Maciel (es el caso que figura en la otra presentación de hoy sobre el mismo tema y que haré en colaboración con los Dres. E. Prat y N. Caubarrère).

El estudio radiográfico, que debemos agradecer, fué efectuado en el Servicio de Rayos X del Hospital Maciel y en el Laboratorio Radiológico del Dr. Barcia.

He aquí la historia clínica del primer caso.

J. B., de 24 años, uruguayo, labrador, domiciliado en Canelones, viene a vernos por una tumefacción de la rodilla derecha el 15 de enero de 1916. Se considera enfermo desde hace un año y su enfermedad le empezó con un dolor en la rodilla derecha al realizar los movimientos. Ese dolor sólo lo sentía cuando hacía fuerza, pero continuó trabajando. Hará unos 6 meses, además de su dolor, notó una pequeña tumefacción en esa misma rodilla.

Desde hace 4 meses los dolores han aumentado de intensidad al punto de impedirle continuar en sus tareas de la labranza. El reposo aminora mucho sus dolores, sin embargo, a veces éstos continúan después de acostado hasta media noche. Como no obtiene mejoría resuelve ingresar al Hospital Maciel.

Examen. — La rodilla derecha presenta una tumefacción que la aumenta considerablemente de volumen. La tumefacción está localizada sobre el cón-

dilo externo del fémur y es del tamaño y forma de una esfera de unos 8 cm de diámetro; tumoración de consistencia dura, ósea y de superficie bastante regular con algunas saliencias. La piel de aspecto normal, libre, sin circulación suplementaria. Hay aumento de la temperatura local. La flexión de la articulación se hace bien, pero la extensión es dificultosa. La compresión de la tumoración es dolorosa y muestra además una crepitación apergamada. La presión continuada da intensa impresión de crujido de laminillas óseas, perceptible no solo al tacto, sino mismo al oído. Hay ganglios inguinales, pequeños e indoloros, en ambos lados. Atrofia muscular evidente del muslo y de la pierna.

Circunferencia del muslo derecho a 20 cmts. por encima del borde superior de la rótula = 40 $\frac{1}{2}$ cmts.

De la rodilla derecha al mismo nivel = 39 cmts.

De la pierna derecha a 10 cmts. de la tuberosidad anterior de la tibia = 29 cmts.

Mismas medidas del miembro inferior izquierdo: Muslo = 50 cmts.

Rodilla = 36

Pierna = 31 $\frac{1}{2}$

Radiografía. — Se observa un tumor óseo a desarrollo en el cóndilo externo del fémur y que toma la mayor parte de la extremidad inferior de este hueso, con los caracteres de un proceso que no podemos diferenciar, entre el sarcoma y el quiste simple de hueso.

● *Operación* II/10/916. — Dr. Prat. Anestesia al éter. Incisión longitudinal sobre el lado externo del fémur derecho. Se cae sobre la cara externa del tumor condiliano, que es de consistencia blanda. Al perforar la pared externa del tumor, se cae sobre una vasta cavidad que toma todo el cóndilo externo y extremidad inferior de la diáfisis femoral. Un clam de Doyen metido en la cavidad, se introduce hasta sus anillos. Se evacúa una gran cantidad de líquido sanguinolento oscuro y coágulos. No hay membranas hidática, ni epitelio contra la pared quística del hueso. Se limpia bien la cavidad con gasas y compresas y entonces comprobamos que la pared ósea sangra intensamente, a chorro, al punto de que para obtener la hemostasis, hay que realizar un taponamiento muy apretado. Se achica la brecha operatoria con unos puntos de crin.

A los tres días se extraen las mechas y la cavidad ósea, vuelve a sangrar intensamente, lo que nos obliga a un nuevo taponamiento. A los 6 días la hemorragia ha cedido en gran parte y le hacemos un taponamiento parcial dejando un drenaje, pues la cavidad ósea tiende a infectarse.

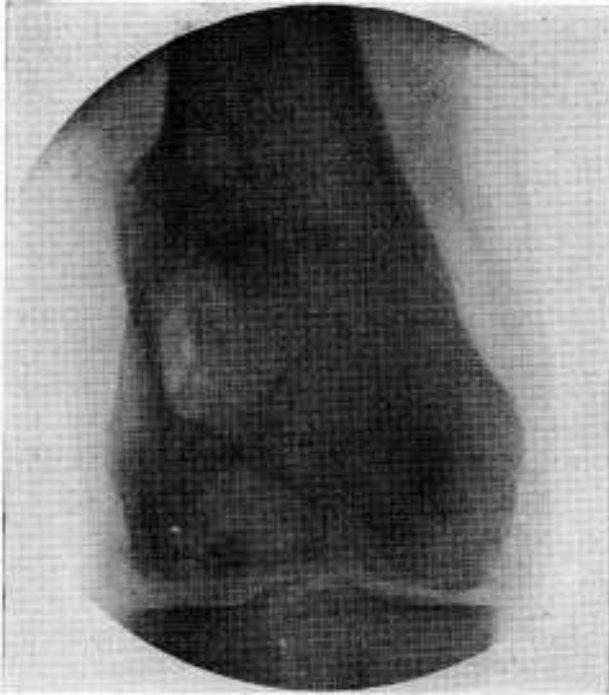
Hace temperatura durante veinte días, temperatura que oscila entre 38°, 38° $\frac{1}{2}$ y 39°. La cavidad empieza a granular con una enorme lentitud y siempre con tendencia a la hemorragia, entre tanto el enfermo está en reposo en cama.

La cavidad siguió cerrando muy lentamente pues recién a los tres meses de operado se encontraba en condiciones de ser dado de alta. A medida que cicatrizaba su cavidad ósea, se abultaba su extremidad femoral.

Caminaba bastante bien y conservaba los movimientos de la rodilla en un grado satisfactorio. Lo seguimos vigilando y observando de vez en cuando

para comprobar su cicatrización completa. Esta se obtuvo a los cinco meses; el enfermo reaunda sus tareas habituales y luego lo perdemos completamente de vista. Años más tarde vuelve a sentir molestias y dolores en la rodilla, la herida vuelve a abrirse dando una secreción sero-sanguinolenta. El enfermo reingresa a la Sala Maciel, Servicio del Prof. Lamas (Diciembre 1919).

2ª operación: Anest. éter. Incisión resecaando la antigua cicatriz. Resección de parte de la pared tumoral; se cae en una geoda ósea, en el cóndilo



RADIOG. N° 1. — La lesión de frente antes de operada.

externo, llena de sangre y de un tejido fungoso de color rojizo. La cavidad ósea *sangra abundantemente*, lo que obliga a realizar un apretado taponamiento. El examen histológico del contenido tumoral (hecho por el Dr. Caffera) dió *sarcoma*. En vista de esto, en cuanto cesó la hemorragia se le hicieron aplicaciones de radio en la cavidad tumoral.

La cavidad ósea se infectó, supuró y la cicatrización se hizo sumamente lenta. Como pasaban los meses sin que la cavidad se rellenara ni se calcificara el hueso, el Dr. Prat injertó en la cavidad del tumor un fragmento de costilla desperiostada. Fragmento proveniente de una pleurotomía practicada a otro enfermo.

Se le hacen radiografías que muestran la persistencia del injerto, con-

trariamente a la suposición de que éste sería reabsorbido rápidamente. Osificación y calcificación del hueso avanzaron rápidamente; el orificio drenaje tardó mucho más en cerrar, y antes de conseguirlo tuvo varios episodios de infección, entre otros una erisipela.

Después que la herida cicatrizó totalmente, se dedicó activamente a sus tareas, y así durante 17 años pudo hacer uso casi normal de su pierna en las pesadas tareas de la labranza; sentía solo algunos dolores cuando trabajaba mucho o hacía excesivos esfuerzos.

El 15 de Enero de 1936 reingresa a la Sala Maciel porque la rodilla



RADIOG. N° 2. — La lesión de frente, con un tubo drenando la gran geoda ósea.

vuelve a molestarlo con dolores; la rodilla y el extremo inferior del fémur han aumentado de volumen; la geoda ósea persiste y está fistulizada, dando su habitual secreción de otras veces. Una radiografía tomada en ese tiempo muestra: "Pinzamiento de la articulación de la rodilla. Decalcificación ósea; zonas de rarefacción y cavidades al nivel del extremo inferior del fémur".

Se colocan dos tubos en la fístula para practicar el lavado de la cavidad, primero con líquido Carrel, luego con sol. acuosa de tanino al 2%. La secreción cesa, así como los dolores, la fístula cierra casi completamente. El enfermo vuelve a su casa. Pero en julio de ese mismo año nuevamente viene

con la fistula ampliamente abierta; sufre dolores continuos. Después de tenerlo unos días en asistencia se resuelve aconsejar al enfermo la amputación, la cual es aceptada.

Agosto 12: Prof. D. Prat, Pract. A. Perini. Anest. general, éter. Amputación circular al nivel del 1/3 medio del muslo derecho. Alta en buenas condiciones el 25 de agosto de ese año.

El primer caso de tumor a células gigantes de la epífisis inferior derecha del fémur, con franco predominio del cóndilo externo, empezó en un joven de 24 años y que apesar de tener las características clínicas y radiológicas de los tumores a mieloplaxos, no lo diagnosticamos con precisión, porque en la época en que lo tratamos, año 1916, no se conocía aún tan bien como ahora estos tumores, que formaban parte integral de los sarcomas, con los que se les confundía habitualmente. Nuestro diagnóstico osciló entre quiste simple de hueso y sarcoma. Después de operado creímos que se tratara de un quiste simple, pero siempre nos llamó la atención su gran vascularización y tendencia a la hemorragia. Quedamos sorprendidos cuando el Dr. Caffera (hijo), estableció el diagnóstico histológico de sarcoma; pero, por la evolución y características radiológicas del tumor, nos convencimos después, que se trataba de un *tumor a células gigantes* o sea el también llamado tumor a mieloplaxos.

Radiológicamente, nuestro caso presenta las tres características del T. a C. G., es decir, que presentaba el *tumor epifisario circunscrito, aspecto multilocular o geódico, con tabiques y ausencia de reacción periostal.*

De estas tres características radiológicas de nuestro tumor, se destacaba, la naturaleza geódica del mismo, con los múltiples tabiques que dan un aspecto muy característico al tumor y que a veces lo hacen confundir con la hidatidosis ósea, como nos ocurrió en un caso. La evolución de nuestro caso ha probado una vez más, la *relativa benignidad* de estos tumores a células gigantes, pues a pesar de tantos años de evolución, con sus repetidos empujes o incidencias siempre quedaron éstos limitados a la lesión local, sin dar metástasis. Esto explica fundamentalmente su separación de los tumores malignos, como lo preconizó Lecène con harta razón.

En lo que se refiere al tratamiento, fuimos directamente a la terapéutica quirúrgica, aunque debemos confesar que cuando

lo tratamos por primera vez, no habíamos hecho diagnóstico de células gigantes.

Un hecho llamó la atención al operarlo, y es observación corriente en estos tumores, la *hemorragia abundante* que se produce al extraer su contenido ya rojizo u ocre, ya blanquecino, o cuando se raspa con la cureta la pared del tumor.

En nuestros dos casos de tumor a células gigantes del fémur y de la columna cervical constatamos esa hemorragia.

En el caso del fémur, dada su gran decalcificación y enorme lentitud en cicatrizar, así como la falta de osificación hiperostósica, resolvimos hacerle un injerto. Creemos que tal conducta favoreció mucho la osificación de la epífisis femoral y contribuyó eficazmente a la curación, que hasta ese momento había sido muy tórpida y lenta.

Esta aplicación de injerto en la cavidad de un tumor, creemos fué de las primeras realizadas en nuestro medio. Como ya lo hicimos notar creímos entonces que se trataba de un quiste simple de hueso y aunque esa terapéutica es habitual en esas lesiones, en aquella época aun no había sido preconizada casi.

Después de pasar perfectamente bien 12 ó 14 años, al parecer curado, nuestro enfermo vuelve a sufrir una reactivación del tumor lo que nos obligó a una solución radical, amputación del muslo.

No tentamos una resección parcial por la infección del foco, y por la geoda y gran rarefacción del extremo inferior del fémur. La amputación permitió que el enfermo curara en breve plazo y se reintegrara, con una pierna artificial a su vida normal.

No podemos acompañar esta presentación con su correspondiente examen anatomopatológico porque la pieza entregada en oportunidad al Laboratorio Central de las Clínicas, pese a repetidas búsquedas, no ha podido ser hallada.