

Instituto Traumatológico

CONSIDERACIONES A PROPOSITO DEL TRATAMIENTO

DE LOS TUMORES A MIELOPLAXAS

Dres. José Luis Bado y Hebert Cagnoli
Director Cirujano de Guardia
Asistente - Jefe de Sala

Entre los diferentes blastomas que pueden desarrollarse en el esqueleto, los que lo hacen a expensas de las células a mieloplaxas, conocidos desde Nelaton con el nombre de sarcomas, e individualizados en la actualidad bajo el término genérico de mieloplaxo-blastomas o tumores a células mieloplaxas, ocupan un lugar de preferencia, no sólo por su relativa frecuencia, sino por los debates que se han suscitado alrededor de su origen y de las incertidumbres que ofrecen desde el punto de vista de su evolución.

Su tratamiento no está todavía perfectamente legislado y es así que es común comprobar que al lado de aquellos autores que los consideran como una neoformación benigna y, por consiguiente, los tratan como tal, existen otras opiniones, que parecerían también tener derecho a ser oídas, por la experiencia que trasuntan, que temiendo siempre por la evolución incierta y por la comprobación relativamente frecuente de "transformaciones malignas", los consideran como una verdadera neoplasia maligna y recomiendan una terapéutica radical y hasta mutilante.

Está muy lejos de nosotros la idea de pretender aportar nada definitivo al problema, que seguramente necesitará todavía años de observación y de experiencia. Pero juzgamos de interés, sobre todo teniendo en cuenta la escasez de bibliografía nacional, hacer conocer a nuestros colegas de la Sociedad de Cirugía, dos casos de tumores a mieloplaxas localizados en la extremidad inferior del radio, que hemos tenido oportunidad de tratar últimamente.

Las alternativas de su evolución y el resultado obtenido con

los diferentes tratamientos instituidos, sobre todo en uno de ellos, antes de decidirnos por una terapéutica mutilante, los hacen suficientemente interesantes como para distraer por unos minutos la atención de ustedes.

CASO N° 1. — E. F. de Ch., 34 años. Ficha N° 4242. — Domiciliada en el interior. Ingresa al Instituto de Traumatología en agosto 4 de 1942.

Consulta por una tumoración de la muñeca derecha que se acompaña de pérdida de fuerzas y deformación. Nos cuenta que a fines de diciembre de 1934, es decir, hace 8 años, durante un tratamiento por inyecciones endovenosas de salicilato por fenómenos reumáticos a nivel de ambas piernas, le aparece dolor en la muñeca derecha de poca intensidad y una discreta tumefacción. En enero de 1935, es decir, al mes y medio más o menos de haber aparecido los dolores, notó que la parte externa de la cara dorsal de la muñeca derecha, se ponía tumefacta, aumentando de volumen, aun cuando la función de la articulación permanecía normal. Consulta en esa oportunidad a un cirujano, que después de un estudio clínico y radiográfico, le practicó en marzo de 1935 una intervención bióptica, gracias a la cual se pudo afirmar el diagnóstico histológico de tumor a mieloplaxas.

La herida operatoria cicatriza rápidamente y a los 15 días se inicia la roentgenterapia, con sesiones de media hora hasta llegar al número de veinte sesiones en dos meses. La tumefacción cedió de tamaño y el dolor desapareció.

Dos años después, en 1937, la enferma tiene un traumatismo al caer al suelo, apoyando la mano derecha por la palma en extensión, y como sintiera dolor, ve de nuevo al médico que le repite las sesiones de roentgenterapia. Durante este tiempo la enferma nota que el puño se deforma cada vez más y la mano va asumiendo una posición de inclinación radial progresiva.

Después de las sesiones de roentgenterapia, la enferma se encuentra bien hasta setiembre de 1941. La enferma dice que se encontraba bien porque no tenía dolores, pero persistía una tumefacción discreta y la deformación. En setiembre de 1941 la tumefacción del puño y de la mano aumentaron visiblemente. Apareció de nuevo dolor y calor local. Cuenta que se le hizo una terapéutica a base de sulfatazol y que la tumefacción disminuyó. La enferma quedó con su muñeca dolorida, discretamente tumefacta y deformada, hasta marzo de 1942, en que la tumefacción tiene un nuevo empuje de crecimiento, acompañándose de nuevo de calor local y de dolor que aumentaba con el movimiento. Paralelamente, las fuerzas de prehensión de los dedos habían disminuído hasta anular casi la utilidad de la mano. En estas condiciones nos consulta en la policlínica y la vemos por primera vez.

EXAMEN: Estado general bueno. Enferma con discreto pániculo adiposo. Más bien delgada. Localizamos inmediatamente nuestra atención

en el miembro superior derecho, en donde se nota a nivel de la muñeca una tumoración del tamaño de una ciruela, redondeada, con base saliente en la cara dorsal y borde externo, llegando por dentro hasta el cúbito. La mano tiene una marcada inclinación radial y cierto grado de flexión palmar y la cabeza del cúbito se presenta saliente en el borde interno y en el dorso. El antebrazo se presenta en estado indiferente entre la posición de pronación y supinación.

En el borde externo de la muñeca sobre la extremidad inferior del antebrazo, lado radial, hay una cicatriz longitudinal de 8 ctms. de largo. La piel no presenta trastornos a nivel de la tumoración, aun cuando las venas están un poco aumentadas de volumen y más numerosas. El antebrazo derecho se presenta disminuido discretamente de volumen; atrofia de 1 ctm.

La palpación muestra que la piel que recubre la tumoración es caliente, desliza sobre los planos profundos, siendo adherente solamente a nivel de la cicatriz.

Los límites de la tumoración son bien marcados, sobre todo adentro por su cara dorsal, donde se nota un surco de separación neto con el cúbito. Su consistencia es semisólida, blanda y en algunos puntos su superficie lobulada. Indolora en toda su extensión. Forma cuerpo con la extremidad inferior del radio y los tendones del gran palmar, adductor del pulgar y gran extensor del pulgar, deslizan por encima de ella. En cambio, el extensor común de los dedos parece haber sido desplazado hacia adentro, hacia el surco que queda entre la tumoración y el cúbito.

Movilidad activa: los movimientos de pronosupinación están ausentes. La movilización de la articulación radiocarpiana está limitada. La extensión se hace en muy pocos grados o apenas, y la flexión alcanza a 30°. Los movimientos de lateralidad están ausentes. La realización de los movimientos es indolora.

Las fuerzas de los músculos de la mano están globalmente disminuidas. No hay adenopatías.

El resto del examen clínico s/p.

RADIOGRAFIA (Fig. 1). Se observan dos cosas fundamentales: un desplazamiento global de la mano hacia el lado radial con luxación dorsal e interna del cúbito y un proceso lítico que toma la extremidad inferior del radio, la epífisis y la metáfisis, sin un límite neto del lado diafisario. Del lado epifisario, en la vertiente carpiana hay apenas una delgada cáscara ósea que le forma frontera a la interlínea articular, que en algunas partes presenta soluciones de continuidad. La lesión no tiene límites por el lado externo. La zona que debería ocupar primitivamente la extremidad inferior del radió, está ahora modificada en su estructura presentando amplias lagunas de osteolisis separadas por surcos gruesos e irregulares.

Teniendo en cuenta que ha sido una lesión modificada en su aspecto anatomo radiográfico por el tratamiento roentgenerápico prolongado, y a pesar de la imagen atípica que interpretamos debida a esa causa.

creemos que se trata de un tumor a mieloplaxas de la extremidad inferior del radio.

ANALISIS BIOLOGICOS: urea en el suero 0.30. Calcemia 12 mg. 5. Fosfatemia 4.38. Fosfatacemia, unidades Bodansky, 4.68. Glóbulos rojos 4.200.000. Glóbulos blancos 4.700. Hemoglobina, 92 %. Valor globular 0.90. Wassermann negativo. Presión arterial 11 y 7.



FIG. 1. — Caso Nº 1. — Radiografía de la lesión. Se observan dos cosas fundamentales: un desplazamiento global de la mano hacia el lado radial con luxación dorsal e interna del cúbito y un proceso lítico que toma la extremidad inferior del radio, la epifisis y la metáfisis, sin un límite neto del lado diafisario. Del lado epifisario, en la vertiente carpiara hay apenas una delgada cáscara ósea que le forma frontera a la interlínea articular, que en algunas partes presenta soluciones de continuidad. La lesión no tiene límites por el lado externo

Con diagnóstico de tumor a mieloplaxas modificado, seguramente con transformación maligna local, decidimos hacer una resección amplia del tumor con el objeto no solamente de extirparlo, sino de aprovechar la operación para corregir la deformación de la mano.

Agosto 20 de 1942. OPERACION. Anestesia general, penthotal sódico. Cirujano: Dr. Bado. Ayudantes: Dres. Vázquez y Cagnoli y Pte. Valls.

Primero, incisión sobre el borde cubital de la mitad inferior del antebrazo. Se llega al cúbito, se rujinan sus caras y se extirpa en una extensión de 12 cms. Se secciona luego su epífisis y se conserva el segmento de cúbito extirpado para utilizarlo como injerto. Sutura por planos. Crin en la piel. Incisión dorsal mediana que se extiende desde la parte media del segundo metacarpiano y llega por encima del tumor hasta la unión del tercio medio con el tercio inferior del antebrazo.

Se separan los tendones del extensor que está rechazado hacia adentro y *cuya vaina está invadida*. El largo extensor del pulgar está rechazado también hacia adentro. Se circunscribe el tumor por su cara dorsal externa

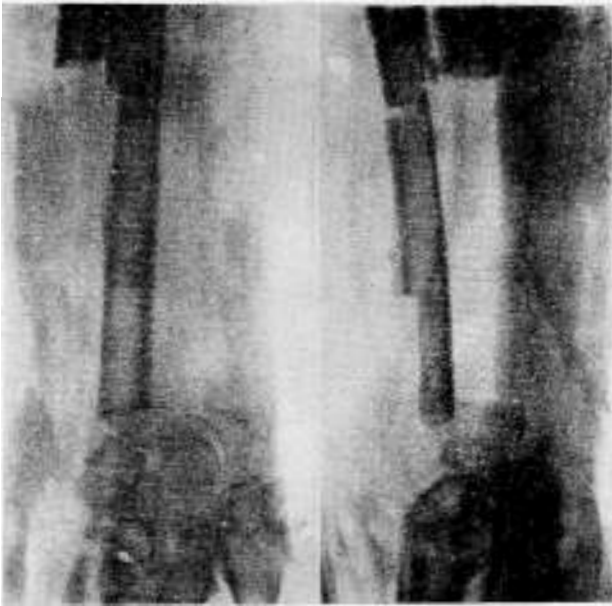


FIG. 2. — Caso N° 1. — Radiografía tomada inmediatamente después de la operación. El injerto está bien colocado del lado del radio, pero se ha desplazado de su lecho carpiano.

e interna, decolándose bastante bien los planos suprayacentes. Se abre la interlínea radiocarpiana. El cartilago del radio está sano. Se seccionan los ligamentos articulares y se comienza a decolar la cara anterior del mor. A este nivel se nota que los planos anteriores están invadidos por la lesión. Se termina la separación de la cara anterior de la extremidad inferior del radio y se secciona en su diáfisis más o menos a 1 cm. y medio por encima de la lesión aparente.

Se labra en los dos extremos del injerto cubital un encastre a ex-

pensas de una de sus caras y que corresponderá a los encastrés análogos labrados en el carpo y en la extremidad inferior del radio. Se coloca el injerto cubital fijándolo en sus dos extremos con puntos de catgut cromado.

Cierre por planos, previa sulfamida en el foco. Crin en piel y yeso comprendiendo el codo.

El tumor extirpado está representado fundamentalmente por una gran cavidad quística llena de masas carnosas, con las características



FIG. 3. -- Caso N° 1. — A los 2 meses. Hay un proceso de osteólisis muy marcado a nivel de la extremidad superior del injerto y en la extremidad inferior del radio. La lesión ha recidivado localmente.

macroscópicas de un mieloplaxoma. Su límite inferior lo constituyen las cáscaras cartilagosas. Se envía al Prof. Brachetto Brian para su estudio histológico.

Setiembre 1º — Postoperatorio sin incidentes. La radiografía (fig. 2) tomada inmediatamente después de la operación muestra que el injerto está muy bien colocado del lado radial y que se ha desplazado en su lecho carpiano.

En octubre 24 la herida está cicatrizada; se sacan los puntos; moviliza muy bien sus dedos. Hay una amplia movilidad a nivel del foco

operatorio y la radiografía (fig. 3) tomada en esta fecha muestra un proceso de osteolisis muy marcado a nivel de la extremidad superior del injerto. En éste y en la extremidad inferior del radio. En ese momento recibimos el informe del estudio histológico del Prof. Brachetto Brian, que nos dice: "Sarcoma fibroblástico, seguramente mieloplaxoma transformado".

Consideramos indicada la amputación y así se lo proponemos a la enferma.

Noviembre 13 de 1942. — **Operación.** — Anestesia penthotal sódico.

irujano Dr. Bado; ayudantes Dr. Caritat y Pte. Valls. Amputación del tercio inferior del húmero con la técnica tendinoplástica. Alcoholización de los nervios previa novocainización. La radiografía de la pieza muestra mejor que la placa tomada previamente a la operación, el proceso osteolítico que invade la extremidad inferior del radio y el superior del injerto.

La herida operatoria de la amputación evoluciona sin particularidades y la enferma es dada de alta curada a la 4 semanas.

La volvemos a ver al año de la operación. en noviembre 16 de 1943. La enferma se encuentra muy bien. No ha tenido ninguna recidiva local de la lesión a nivel del muñón y en el examen clínico no se encuentra ninguna cosa particular. Algún tiempo después hemos tenido noticias por el médico de la localidad, de que la enferma se encuentra muy bien. Hemos averiguado de nuevo, y la señora se encuentra en perfecto estado de salud, casi a los 4 años de la intervención.

CASO N° 2. — I. R., 24 años. Ficha 10309. Domiciliada en la Capital. Ingresa al Instituto Traumatológico en enero 30 de 1944.

Nos consulta por un tumor que nota desde hace algo más de un año a nivel de la muñeca derecha. Su atención se despertó por primera vez a consecuencia de un traumatismo leve. Desde entonces nota que crece de una manera continua y progresiva, y que en estos últimos tres meses ha aumentado el ritmo de su crecimiento.

Como síntomas subjetivos acusa cierta dificultad en los movimientos de la muñeca y dolor que al principio fué discreto, haciéndose más intenso en los últimos meses, pero sin llegar a tener la intensidad suficiente como para obligarla a tomar calmantes. No presenta ningún otro síntoma de orden general.

Antecedentes: un hermano que está enfermo de tuberculosis pulmonar. En su anamnesis personal no hay ningún dato de interés.

Examen: comprobamos una tumoración localizada en el tercio inferior del antebrazo derecho del lado radial, del tamaño de una mandarina mediana, de forma redondeada, algo alargada, en el sentido vertical; la piel que recubre la tumoración tiene un aspecto normal; resbala perfectamente bien sobre la tumoración y no presenta desarrollo vascular anormal. El tumor es duro a la palpación; tiene la dureza de hueso.

Liso, aunque con discretas salientes irregulares, romas. Indoloro. Termotacto discretamente positivo. La tumoración es perfectamente fija, inmóvil. Parece formar parte constitutiva del radio. La movilidad de la muñeca está discretamente limitada, sobre todo en la extensión. El resto de los movimientos son completos. Hay una discreta disminución de las fuerzas de prehensión. No hay ganglios y el resto del examen clínico es negativo.

Radiografía (fig. 4): muestra una lesión localizada en la extremidad inferior del radio, tomando la epífisis y la metáfisis, bien limitada del lado diafisario.

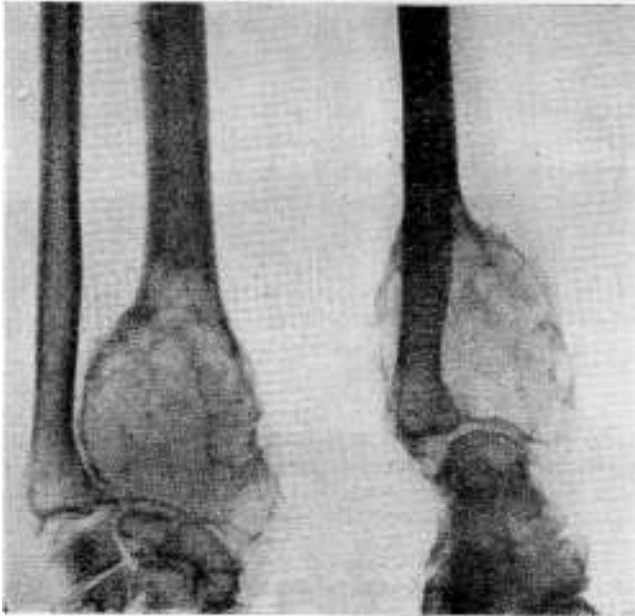


FIG. 4. — Caso Nº 2. — Lesión localizada en la extremidad inferior del radio, tomando la epífisis y la metáfisis, bien limitada del lado diafisario. Características radiográficas de los tumores a mieloplaxas.

diafisario y que tiene las características radiográficas de los tumores a mieloplaxas.

Exámenes biológicos: urea en el suero 0.35. Calcio sanguíneo 10 mg. 70. Fósforo 3.25. Fosfato, unidades Bodansky, 9.83. Examen de orina normal. Wassermann negativo.

Teniendo en cuenta la extensión del tumor, su volumen y sobre todo recordando la evolución de nuestro caso anterior, decidimos hacer una

operación radical, pero limitada; es decir, decidimos extirpar el tercio inferior del radio con el tumor.

En febrero 9 de 1944. — Operación. — Anestesia general con éter. Cirujano Dr. Bado; ayudantes Drs. Vázquez y Pedemonte. Previo garrot, se hace una incisión dorsal sobre el tumor, invadiendo hacia abajo discretamente sobre el dorso de la mano y hacia arriba sobre el tercio medio del antebrazo.

Se libera la cara dorsal del hueso, aislando y separando los tendones

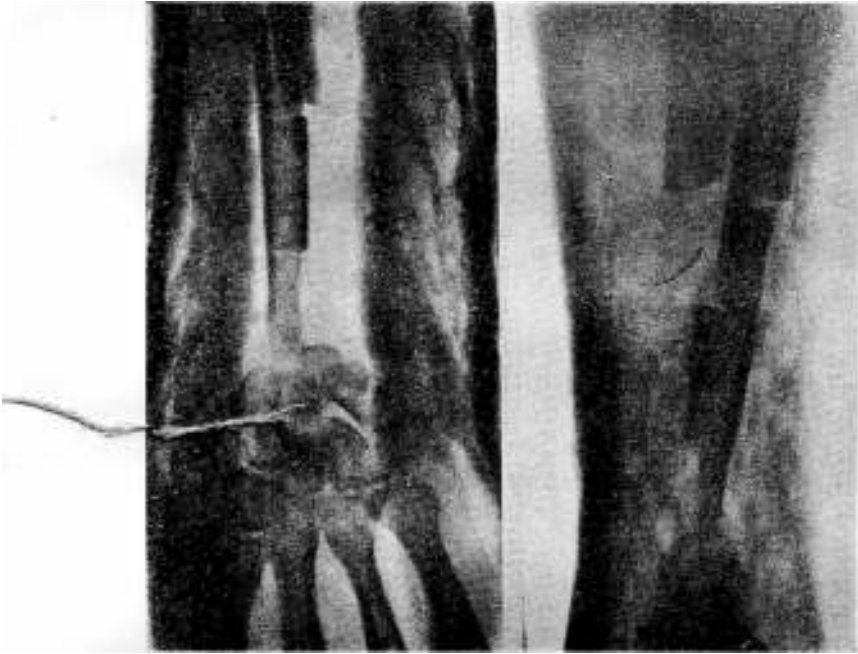


FIG. 5. — Caso N° 2. — Radiografía tomada inmediatamente después de la operación.

que la surcan. Se abre luego la interlínea radiocarpiana notándose que el cartílago diartrodial está ya perforado a nivel de la estiloides radial. Se secciona luego la cápsula y los ligamentos de la articulación radiocubital inferior y se termina de seccionar la cápsula de la articulación radiocarpiana en la parte anterior. Se tiene así toda la extremidad inferior del radio o sea el tumor en su polo inferior, liberado y se comienza la separación de las partes blandas a nivel de su cara anterior. Se secciona por último el radio a nivel de su tercio medio más o menos a $1 \frac{1}{2}$ cmt. del límite visible superior del tumor, practicando la sección en escalón a expensas de la cara dorsal. Luego se reseca el cúbito al mismo nivel y se hace con el segmento de cúbito extirpado un injerto que se solidariza por

un lado con la extremidad inferior del radio, fijándolo con dos puntos de catgut cromado, a nivel del punto de sección, y por otro a nivel del carpo, en una ranura tallada a sierra gemelar donde se introduce su extremidad inferior.

Hemostasis, cierre por planos. Aparato de yeso que se abre longitudinalmente.

En febrero 15, es decir, 6 días después de la operación, damos de alta a la enferma para seguir su evolución en policlínica. Las primeras

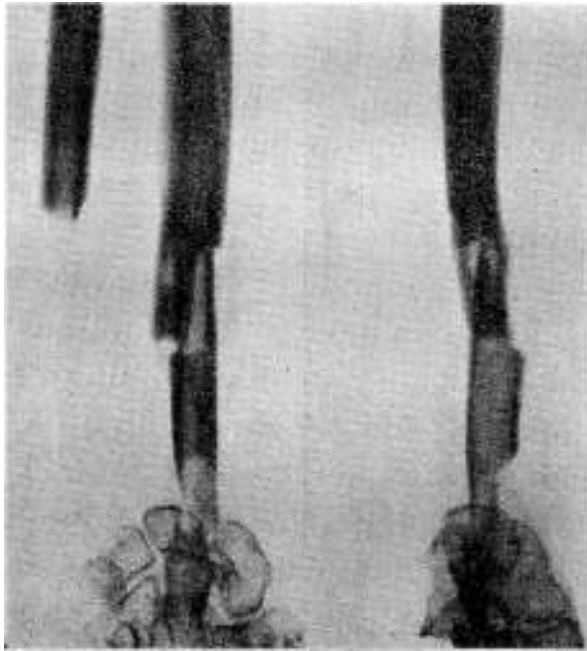


FIG. 6. — Caso N° 2. — Ausencia de recidiva local; ausencia de imagen de consolidación del injerto en su extremidad radial y en su extremo carpiano; desmineralización difusa del esqueleto.

48 horas se habían caracterizado por una tumefacción bastante acentuada de los dedos y de la mano que pasó rápidamente. La radiografía de control (fig. 5) hecha inmediatamente después de la operación, muestra una buena unión del injerto a nivel de la extremidad inferior del radio y ofrece dudas sobre la superficie de contacto entre la extremidad inferior y el carpo.

En marzo 23, a los 44 días, se saca el aparato de yeso. La herida está cicatrizada per primans, se sacan los puntos y se renueva el aparato de yeso, incluyendo el codo. Mientras tanto, el Profesor Brachetto Brian,

a quien mandamos la pieza para su estudio histológico, nos manda el informe, que es el siguiente:

“Protocolo de anatomía patológica.

“Caracteres microscópicos. Inclusión en parafina; coloraciones con hemalumbre eosina y Van Gieson. El tejido neoplásico se dispone formando zonas ricas en mieloplaxas separadas por tejido de aspecto fibrocelular.

1º Las zonas de mieloplaxias están constituidas, en ciertos puntos, por un acúmulo sumamente rico de mieloplaxas de forma y tamaño irre-

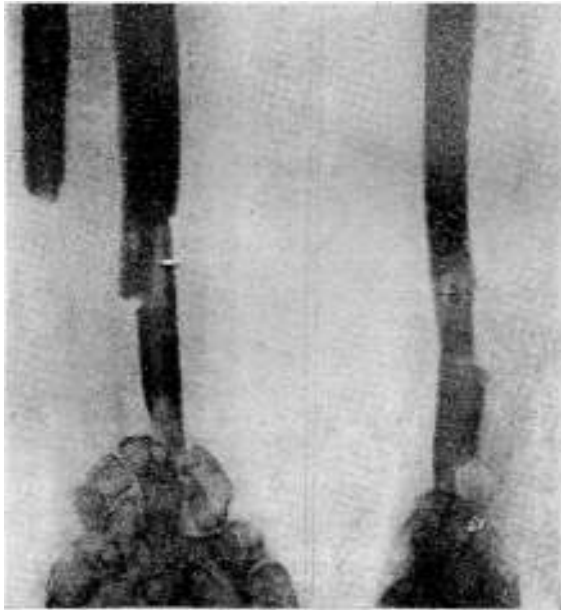


FIG. 7. — Caso Nº 2. — A los 11 meses de la operación. Se ha obtenido la consolidación de la extremidad radial del injerto, pero no así de su extremo carpiano.

gulares, la mayoría de tipo adulto y senil, con escasos vasos y de tanto en tanto, alguna cariocinesis en los elementos fibrocelulares mononucleados vecinos. En la periferia de los nódulos mielopláxicos las células mononucleadas son más abundantes; llaman la atención por su extrema variabilidad de forma y tamaño, la existencia de algunos núcleos grandes y deformes, así como la presencia de algunas cariocinosis escasas. Se ve también algunas células fusocelulares mononucleadas con fenómenos regresivos en sus núcleos (sobre todo picnosis).

2º Las zonas constituidas por células de aspecto fibroblástico, que separan los nódulos de células mielopláxicas, contienen en su estructura,

además de los fibroblastos, células de núcleo grande, esférico u ovoide, y otros elementos mononucleados de menor tamaño. A este nivel se encuentra una producción más o menos abundante de fibras colágenas las cuales no se ven en el seno de los nódulos mielopláxicos. En algunas zonas del tumor hay, además, apreciable cantidad de linfocitos y células linfocitoides. En esta zona los vasos capilares son más abundantes y de mayor diámetro que a nivel de los nódulos mielopláxicos; no se ve

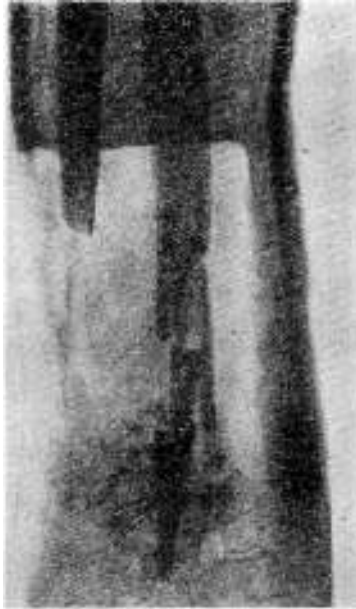


FIG. 8. — Caso N° 2. — Radiografía después de la segunda intervención en la que se ha colocado un nuevo injerto que une la extremidad del injerto primitivo a los huesos del carpo.

sino escasos focos hemorrágicos. En ciertos lugares del tumor el tejido del estroma monocelular sufre una evolución xantelásmica.

Diagnóstico: mieloplaxoma con discreta atipía y evolución xantelásmica del estroma mononucleado.

Consideraciones: se trata de un auténtico mieloplaxoma; pero existen en algunos lugares del estroma monocelular del tumor, expresiones de atipia citoplasmática y nuclear, circunstancia que debe tenerse presente para una posible recidiva o bien para una posible evolución francamente maligna. (Fdo.) Brachetto Brian".

En mayo 20 de 1944, es decir 3 meses y 10 días después de la operación, cortamos de nuevo el yeso. La unión del injerto a nivel del radio parece sólida, pero no así a nivel del carpo. Hacemos nuevo yeso. Lo cortamos recién el 27 de julio, es decir, 2 meses después, y comprobamos una amplia movilidad del injerto a nivel del foco carpiano. La radiografía (fig. 6) presenta tres cosas interesantes a destacar: primero, la ausencia de recidiva local; segundo, la ausencia de imagen radiográ-

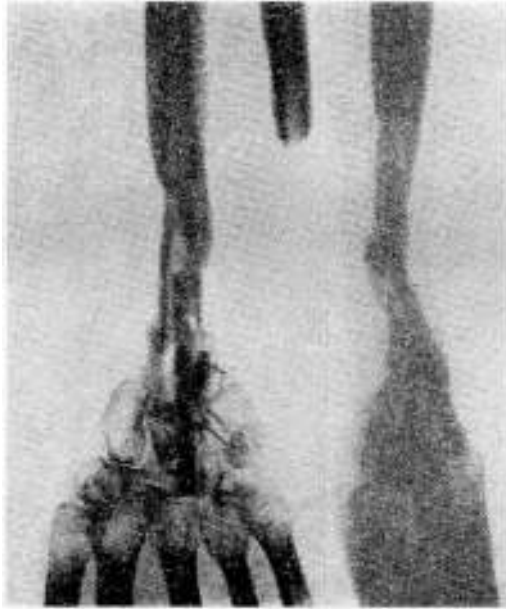


FIG. 9. — Caso N° 2. — A los 3 ½ meses de la segunda operación, y a los 15 de la primera. Se ve nítidamente el injerto colocado últimamente y una fusión ósea promisoriosa entre el injerto primitivo y el extremo inferior del radio y entre ambos injertos entre sí.

fica de consolidación del injerto en su extremidad radial y en su extremo carpiano y una desmineralización difusa del esqueleto.

Temiendo por el resultado buscado con la operación, es decir, temiendo por la recidiva local y la ausencia de consolidación de los focos que unen el injerto con su extremo radial y por su extremo carpiano, continuamos esperando y prolongamos la inmovilización enyesada.

A los 2 meses, es decir, en setiembre 13, volvemos de nuevo a cortar el yeso y se saca una nueva radiografía, en la que no se observa ni una regresión de las lesiones líticas ni tampoco una franca consolidación

radiográfica. Renovamos el aparato de yeso con la idea de dejarlo hasta que transcurran 3 meses más.

En enero 9 de 1945, es decir, a los 11 meses de la operación, cortamos el aparato de yeso y hacemos un nuevo estudio clínico y radiográfico (fig. 7), que nos muestra que la consolidación se ha obtenido clínicamente a nivel de la extremidad radial del injerto, pero que hay una amplia movilidad a nivel del extremo carpiano.

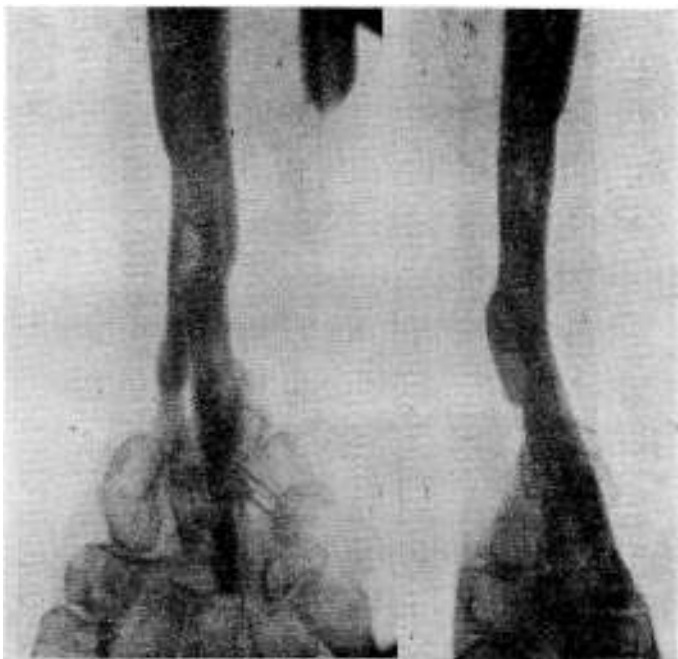


FIG. 10. — Caso N° 2. — A los 6 meses de la segunda operación y al año y medio de la primera. La osificación se ha obtenido completamente y en los dos extremos del injerto.

Decidimos entonces preparar la piel y el enfermo para hacer un nuevo retoque operatorio, es decir, un nuevo injerto, que buscará la solidaridad del primitivo con el carpo, alentados por la ausencia de recidiva local.

Y el 9 de febrero de 1945, es decir, exactamente un año después de la primera operación, la volvemos a operar. Cirujano: Dr. Bado; ayudante Pte. Mussio. Anestesia general éter y CO². A través de una ventana practicada en el aparato de yeso, hacemos una incisión dorsal sobre la antigua cicatriz en su mitad inferior. Se llega fácilmente a la zona de la pseudo artrosis y a la vecindad inmediata del injerto y del carpo.

Se comprueba una amplia movilidad entre el extremo del injerto y el macizo carpiano. Con la sierra de Albee se talla un canal de 6 cmt. de largo por $\frac{1}{2}$ cmt. de ancho, que toma en extensión la mitad del injerto.

Tallamos con la misma sierra un injerto de las mismas dimensiones de la cara interna de la tibia izquierda, que colocamos en el canal labrado previamente y en el que encaja perfectamente. Además, en el extremo del nuevo injerto, en su vecindad con el carpo, ponemos numerosos pequeños fragmentos óseos.

Cierre por planos y cierre de la ventana de yeso.

Hace un postoperatorio sin incidentes y a los 5 días es dada de alta

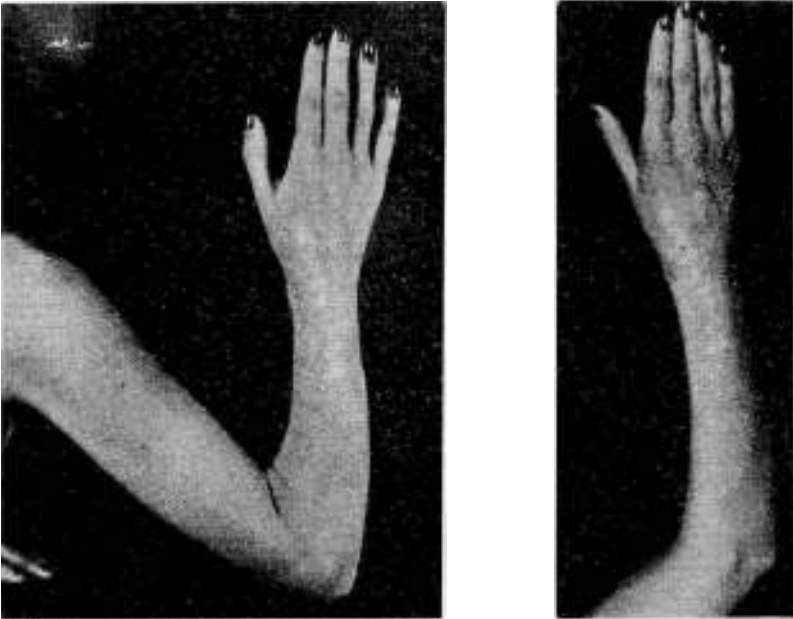


FIG. 11. -- Caso Nº 2. — Fotografías que muestran la buena posición de la mano con relación al antebrazo. Tomadas en el momento del alta, al año y medio de la operación.

a policlínica, previo control radiográfico (fig. 8) que muestra que el injerto recién colocado está en buena posición.

El 26 de mayo de 1945, es decir, 3 meses y medio de la segunda operación, cortamos el yeso y comprobamos con satisfacción que los dos extremos del injerto están sólidos. En la radiografía (fig. 9) se ve nítidamente el injerto colocado últimamente y una fusión ósea promissora entre el injerto y el extremo inferior del radio y entre el injerto antiguo y el nuevo y entre éste y el carpo. Hacemos no obstante un nuevo apa-

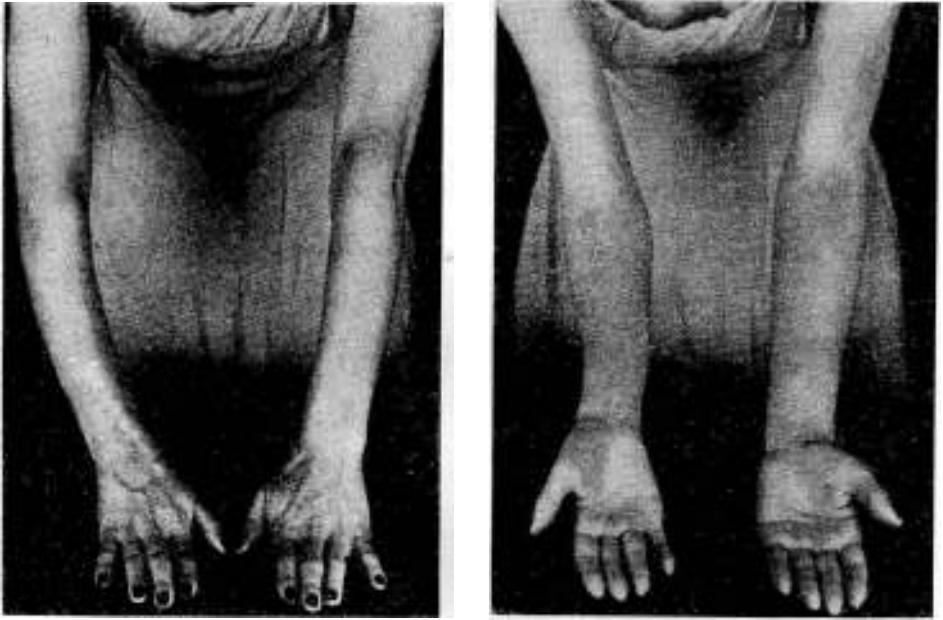


FIG. 12. — Caso Nº 2. — Las fotos muestran la conservación de la función de pronosupinación.

rato de yeso antebraquial que llevará dos meses más, insistiendo mientras tanto en la movilización de los dedos, que es normal.

En agosto 23 de 1945 cortamos de nuevo el aparato de yeso. El foco clínicamente continúa sólido y la nueva radiografía (fig. 10) muestra una mayor osificación de los dos injertos y de sus extremos vecinos a los huesos huéspedes. La enferma mueve muy bien sus dedos. Tiene la mano en discreta posición de extensión con relajación al antebrazo y posee los movimientos de pronosupinación completos.

En este momento le sacamos las fotografías (fig. 11 y 12) que adjuntamos, y la damos de alta curada.

Consideraciones

Se trata de dos casos de tumores a mieloplaxas de localización análoga, pero muy diferentes en cuanto a su tiempo de aparición, a la terapéutica aplicada primitivamente y a sus modalidades evolutivas.

El primer caso correspondió a un tumor a mieloplaxas de 8 años o más de evolución, tratado con roentgenterapia, que había

tenido períodos de tiempo cortos en los que se había supuesto que estaba curado; con empujes de crecimiento periódico y que al cabo de ese tiempo, es decir, ocho años, en el curso de un nuevo empuje de crecimiento, es intervenido quirúrgicamente y extirpado. La observación macroscópica de la lesión ya hacía suponer que ésta había abandonado los límites del hueso, invadiendo las partes blandas vecinas y el estudio histológico confirma la impre-

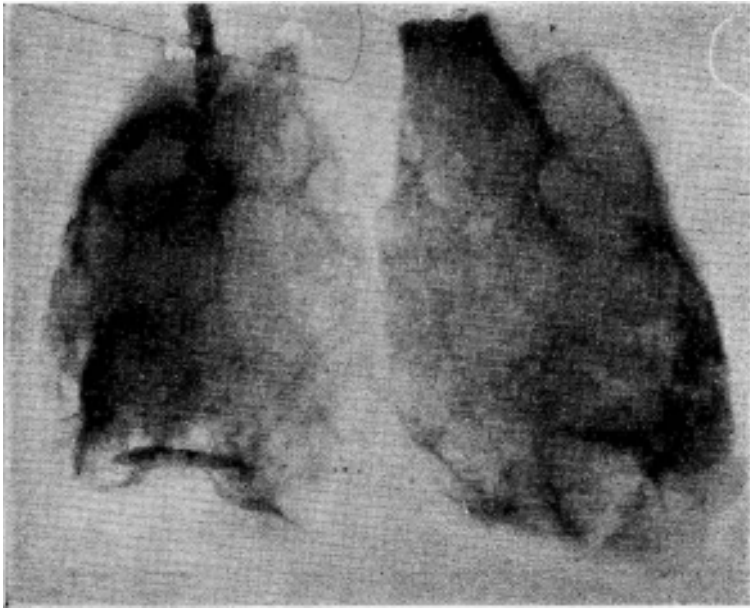


FIG. 13. — Radiografía de la pieza. — Caso N° 2.

sión de malignidad que se había tenido durante la operación. Por otra parte, la evolución radiográfica inmediata a la operación estaba también de acuerdo.

La conducta terapéutica hubo de ser modificada, teniendo en cuenta estos elementos de juicio, y fué necesario recurrir al sacrificio del extremo distal del miembro: amputación del brazo.

El segundo caso se refiere también a un tumor a mieloplaxas, en una mujer joven, pero de una evolución más corta: un año, que no fué tratada con roentgenterapia, que fué sometida de manera primitiva a la resección completa, seguida de injerto y cuya evolución nos pone a cubierto de toda sospecha de recidiva

local. Esto, desde el punto de vista de la lesión en sí; pero desde el punto de vista del miembro y de la función, la operación ha permitido la conservación de la mano en buena posición con relación al antebrazo y la posibilidad de los movimientos de pronosupinación.

Del estudio de estos dos casos no se pueden sacar, desde luego, conclusiones generales. Pero creemos que ellos contribuyen con su elocuencia a demostrar que tienen razón aquellos que considerando el tumor a mieloplaxas como un tumor benigno pero de malignidad local, es decir, capaz de recidivar y en última instancia, transformarse en un tumor con todas las características del tumor maligno propiamente dicho, aconsejan su extirpación completa, seguida de los procedimientos de reparación inspirados por la anatomía y la función del sector esquelético en el que está localizado.

Todos sabemos, y hemos tenido oportunidad de observar algunos casos de tumores a mieloplaxas, tratados con roentgenterapia y que han sido considerados como curados durante un período de tiempo bastante largo, pero que en un determinado momento de su evolución, después de años, de muchos años a veces, desmienten el optimismo con que se les había considerado, con nuevos empujes evolutivos, esta vez con caracteres de real malignidad.

Se desprende fácilmente cómo una operación de exeresis local, tendrá tanto más probabilidades de ser seguida de éxito, cuanto más alejada esté de este período, lo que significa que ella debe ser planteada como operación primitiva, sustituyéndose de una manera definitiva a la terapéutica incruenta de la roentgenterapia y al tratamiento menos resuelto del curetaje seguido o no de injertos.

Por último, si tuviéramos que resumir brevemente nuestra experiencia en el tratamiento de los tumores a mieloplaxas, diríamos que de acuerdo al concepto anatómico y biológico actual, que de ellos se tiene, aquel debe ser en todos los casos en que técnicamente sea posible, el de la exeresis completa del tumor. La única limitación que reconocemos para esta manera de actuar, es aquella que impone la localización anatómica. En estos casos se podrá recurrir a la roentgenterapia, porque no se puede hacer otra cosa.

Dr. Prat. — Al encarar los tumores a mieloplaxos, hay que tener presente ciertas orientaciones fundamentales. Los radiólogos se declaran autorizados a realizar tratamientos de rayos X y dicen que tienen resultados muy buenos, excelentes. Lo que nosotros hemos comprobado en la práctica, es que muchas veces estos resultados son solamente temporarios, muy a menudo estos casos recidivan y recidivan con lesiones más avanzadas cada vez y se transforman a veces, en verdaderos tumores malignos. Ahora bien, el hecho de que se trate sistemáticamente estos tumores por radioterapia, no acompaño este criterio por otra razón: por considerar que, teniendo en cuenta lo que dice el Dr. Matteo, que el tumor tiene dos elementos; el mieloplaxo, elemento característico y además el estroma que suele presentar variedades muy grandes. Por eso creo, que es fundamental para la clínica y para los cirujanos, poder establecer un diagnóstico, lo más exacto posible, lo más estricto posible de la verdadera naturaleza del tumor a mieloplaxos y en ese sentido esto suele a veces ser difícil. En las dos interesantes observaciones de los Dres. Bado y Cagnoli, se presentan lesiones que pueden simular malignidad ósea que aun para mí, que tengo experiencia clínica en el diagnóstico del tumor a mieloplaxos, se pueden presentar dudas justificadas, porque hay una destrucción osteolítica tan grande, que simula bastante al sarcoma osteolítico. Por eso, me permito indicar una conducta general: creo que el cirujano debe establecer el tratamiento quirúrgico fundado, ya sea, en un diagnóstico preciso obtenido con la biopsia extemporánea o con el examen realizado en la lesión extirpada, porque entonces, se pondrá bien de manifiesto el elemento característico que es el mieloplaxo, que se encuentra tanto en los tumores a mieloplaxo como también en tumores de otra clase, tumores a veces benignos y hasta en el quiste simple de hueso. Pero tiene importancia capital el estudio del estroma conjuntivo que acompaña al mieloplaxo, que puede ser hasta un sarcoma típico. Esto es fundamental porque la extirpación quirúrgica permite establecer la naturaleza histológica del estroma y del mieloplaxo, de manera que ese examen le da la orientación al cirujano, para saber lo que tiene que hacer: extirpación parcial amplia o en otros casos ir a la amputación. Acompaño a los comunicantes en su orientación y creo que hoy por hoy, debemos insistir en esa táctica terapéutica: hacer la investigación quirúrgica e histológica de la lesión, para estar seguros de que clase de tumor es, no fundándose solamente en el mieloplaxo sino también en el estroma, que puede ser maligno o bien de un tipo de sarcoma; eso orientará el tratamiento.

Hay un elemento que tiene interés en este caso, me refiero a la primera observación que se comprobó el injerto invadido por el proceso maligno. Recuerdo que hace muchos años ya, encontrándome ante un caso de sarcoma osteogénico en una chica, en el cual la familia, en ninguna forma quiso ir a la amputación, se resolvió por el tratamiento conservador, haciendo una resección del tumor sarcomatoso y tuve la desgracia de que a resección quedó un poco más abajo del límite del sarcoma osteogénico de la tibia.

Sustituí la pérdida ósea con un injerto y la chica evolucionó bien, pero al poco tiempo, en la radiografía pudimos observar que se había producido una reproducción del tumor y que había tomado el polo superior del injerto. Quiere decir que cuando se deja el injerto en contacto con un resto del tumor maligno, generalmente este es invadido, como también ha pasado en esta observación. Eso es interesante y conviene destacar esta posibilidad; tratándose de tumores a mieloplaxos puros es otra cosa, pero cabe destacar el brillante éxito obtenido en sus dos casos por los Dres. Bado y Cagnoli.

Dr. Ardao. — Voy a ser muy breve. Sólo una pregunta al Dr. Bado. Considerando que los dos casos son brillantes por el resultado final yo preguntaría sin embargo si del punto de vista de la restauración no hay inconveniente en tomar el injerto del cúbito vecino. Supongo que durante esos meses en que el injerto de diáfisis compacta no aparecía fijado en las radiografías, el Dr. Bado habrá pensado alguna vez en la posibilidad del fracaso. Pensando en esta posibilidad que siempre existe yo preguntaría si no hay ventaja en tomar el injerto de otro sitio. Y tomar también hueso esponjoso, de mayor aptitud plástica, como es el de la cresta ilíaca por ejemplo. Para no dejar la mano desconectada del antebrazo y asegurar por otra parte un puño fuerte.

Dr. Bado. — Agradezco la atención con que la Sociedad nos ha oído y sobre todo las manifestaciones de los doctores Matteo, Ardao y del señor Presidente, sobre cuyo contenido deseo hacer una breve consideración, con el afán de poner las cosas en su verdadero lugar.

Salido de la confusión inicial y a través de todas las contingencias y posibilidades en que se puede encontrar la mieloplaxa, acompañando cualquier tipo de lesión del esqueleto, existe una lesión anatómica definida por la histología, que tiene una sintomatología clínica y un cuadro radiográfico determinados y que en sus tres aspectos, clínico, radiográfico e histológico, está dentro de lo que se acostumbra a llamar "tumores a mieloplaxas o mieloplaxa-blastomas".

Desde el punto de vista histológico están caracterizados por el predominio absoluto, la neoformación exuberante de la mieloplaxa; hay apenas un estroma de caracteres benignos, sobre todo colágeno, orientado hacia la evolución conjuntiva benigna.

Desde el punto de vista clínico constituyen cuadros de tumores benignos, de larga duración, sin manifestaciones de malignidad clínica y ofrecen una imagen radiográfica que cuando se acostumbra uno a verla, es absolutamente característica; característica en la localización (epifisaria) y característica en la estructura misma del tumor. No hay ningún tumor del esqueleto que sea epifisario o epifiso-metafisario y que ostenta esa estructura y que no sea un tumor a mieloplaxas.

Pues bien: frente a una lesión tumoral que presente esa imagen radiográfica tan característica, un cuadro clínico evolutivo de benignidad y un

diagnóstico histológico que dice "tumor a mieloplaxas con extrema pobreza en células y rico en fibroblastos, ¿qué se debe hacer desde el punto de vista del tratamiento? No planteamos el problema del tratamiento en el tumor evolucionado, perturbado por una terapéutica que no debía haber sido aplicada según nuestro criterio y en el cual ya existe una franca evolución maligna. Lo hacemos en un caso clínico y radiográficamente diagnosticado como tumor a mieloplaxas y en donde el diagnóstico es confirmado por la histología y que no ha sufrido nunca ninguna clase de tratamiento. ¿Qué se debe hacer, entonces, desde el punto de vista del tratamiento en estos casos?

Debe extirparse ampliamente el tumor y hacer luego una restauración plástica que variará según la topografía de la tumoración. Creemos que la radioterapia tiene dos grandes inconvenientes: se hace en general sin la confirmación previa histológica del diagnóstico, cayéndose así en el vicio de no saber a qué cosa se está haciendo radioterapia en realidad, y después se cree que la lesión está curada porque se observa solamente durante un tiempo, ya que las recidivas no las ve el radiólogo sino el cirujano.

Todos estamos de acuerdo en que la terapéutica debe ser la extirpación quirúrgica amplia, pasando por tejido sano, seguida de una restauración plástica que variará según las circunstancias.

Por último al Dr. Ardao, debo decirle lo siguiente:

La posibilidad del fracaso del injerto existe siempre, cualquiera que sea el hueso que se emplee como tal. El éxito depende en general de el hueso que "recibe" al injerto y que debe nutrirlo y reabitarlo. Para nosotros es lo mismo, el cúbito, la tibia, una costilla o cresta ilíaca, — no creemos en injertos con mayores aptitudes plásticas. Además, la resección de la extremidad inferior del cúbito permite la conservación de la pronosupinación aun después de la anquilosis radio carpiana y esto sí que es muy importante.

Era todo lo que tenía que decir.