

PAPILOMA PENETRANTE DE PIE IMPLANTACION OSEA (*)

Dr. Alberto R. Aguiar

La siguiente observación anatómo-clínica corresponde a un enfermo estudiado y tratado en la Clínica Quirúrgica del Prof. Abel Chifflet del Hospital Pasteur.

Por sus características clínicas anatómicas y evolutivas no comunes, nos ha parecido de interés traerlo a consideración de esta Sociedad en la media hora previa.

HISTORIA CLINICA. B. G., 66 años, 6ª sección Tacuarembó.

Sin antecedentes de importancia.

Hace 6 años tumoración de la planta del pie derecho en la raíz del 5º dedo, muy dolorosa, que alcanza el tamaño de una arveja, a crecimiento lento. Al año de su aparición consultó médico y dice que se la extirpó. No tenemos datos de la intervención.

Unos meses después se reproduce en el mismo sitio, con los mismos caracteres, siempre dolorosa, y es de nuevo extirpada quirúrgicamente, según el enfermo, pero tampoco sabemos nada de esta segunda intervención.

Unos meses después se reproduce nuevamente y es extirpada por tercera vez según afirma el propio enfermo, pero lo mismo que en las anteriores, no tenemos ningún dato de lo que se le hizo. Luego de esta intervención la herida no cicatriza, se infecta, y persiste como una úlcera que drena escasa cantidad de pus. Reaparece la tumoración con los mismos caracteres que las anteriores, teniendo en el momento del ingreso alrededor de 1 ½ años de evolución (a partir de la última intervención).

No hay repercusión general, no han existido otros fenómenos locales. En estas condiciones ingresa al servicio y lo vemos por primera vez.

Examen. Apirético. Buen estado general. Micro-adenopatías inguinales, ganglios libres, indolores. No se palpan adenopatías en otros territorios ganglionares del miembro inferior.

(1) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 23 de setiembre de 1953.

La lesión está constituida por una masa vegetante, abollonada, con tres o cuatro vegetaciones mayores, que asienta en la raíz del 5º dedo, sobre la cara plantar, invadiendo el 4º espacio interdigital, al mismo tiempo que disloca en parte hacia adentro al 5º dedo. Mide en total unos 5 cms. de diámetro. La piel está a este nivel ulcerada a bordes netos, y la masa vegetante que viene de la profundidad la empuja y contacta con los bordes de la ulceración; estos bordes son completamente decolables y si se insinúa un estilete entre éstos y la masa vegetante, se rodea dicha masa en toda su circunferencia, existiendo entre ambos restos de necrosis colectados y pus. En profundidad la masa está fija al plano óseo.

El 5º dedo no se moviliza activamente. La movilidad pasiva muy limitada despierta dolor, lo mismo que las maniobras de palpación de la lesión. La movilidad, sensibilidad y reflejos son normales.

Resto del examen s/p.

Radiología. Rad. N° 0664.

Radiológicamente, lesión destructiva de 1ª falange de 5º dedo. Se hace biopsia de la lesión: Papiloma córneo.

Operación. Prof. Chifflet. Dr. Labrot.

Anestesia general. Incisión circunscribiendo la tumoración. Se efectúa una amputación parcial de ante-pie, con resección de los tres últimos metatarsianos con sus falanges correspondientes.

Hemostasis y cierre de piel, que no fué total pues quedó una brecha de unos 5 cms. para injertarse posteriormente.

Evolución. Drena escasa serosidad puriforme varios días. Finalmente, al mes, cicatrización total de la herida.

Alta definitiva.

Estudio anatómico

Descripción macroscópica. — La pieza comprende IV y V metatarsianos y los 3 últimos dedos, resecaados en un block.

Separadamente se ha resecaado el III metatarsiano. Existe un proceso vegetante y papilar a gruesos lóbulos, brotantes, que ha decolado la piel por su periferia y aflora a la superficie emergiendo de la profundidad y determinando una amplia ulceración cutánea.

En algunos puntos el borde cutáneo deprimido se fija, adhiere y se continúa en la profundidad con la base del tumor. Al corte, abundante cornificación superficial y en la profundidad un ribete blanquecino que llega a contacto del tejido óseo, especialmente sobre la falange proximal del 5º dedo. Rarefacción ósea, con as-

pecto poroso, de 1ª falange. La articulación metatarso-falángica está respetada.

Metatarsianos macroscópicamente normales.

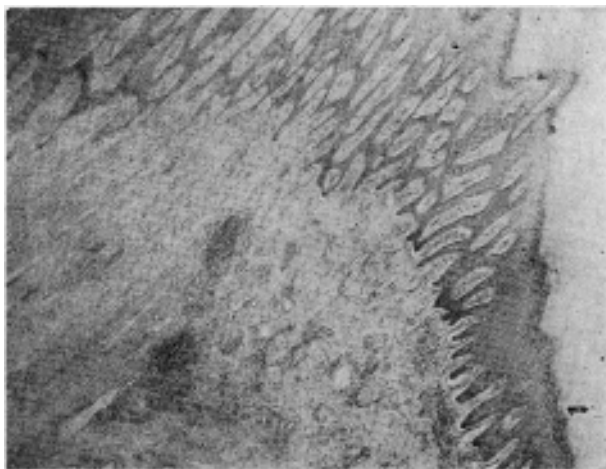


Fig. 1. Vista topográfica. Proliferación epitelial papilar con cornificación superficial. Focos de infiltración celular

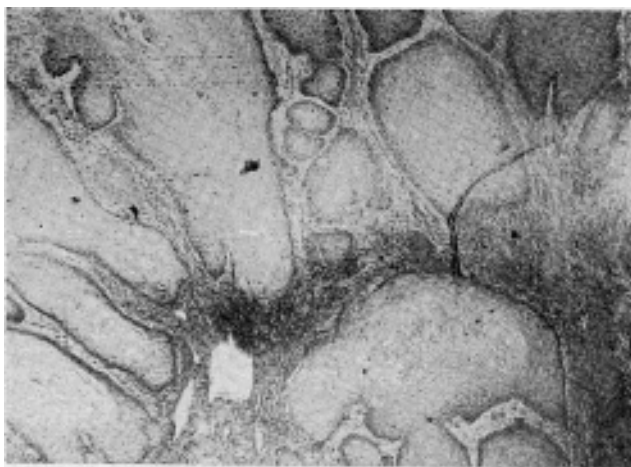


Fig. 2. — El corte de algunas papilas a mayor aumento. Infiltración celular intersticial

La impresión macroscópica es de que se trata de un papiloma en transformación maligna.

Estudio histológico. — El estudio histológico de los diversos fragmentos muestra un proceso de hiperplasia epitelial típico, muy extendido con cornificación superficial. (Fig. 1 y 2).

En la profundidad existe un tejido de granulación, con zonas de evolución fibrosa, abundante, muy infiltrado por polinucleares, linfocitos y células redondas mononucleares, que contacta, penetra y engloba el tejido óseo vecino. A este nivel se observan trabéculas

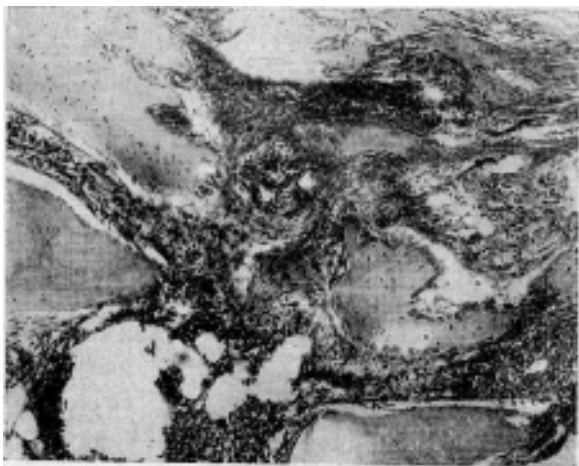


Fig. 3. — Tejido óseo con intenso proceso de osteomielitis



Fig. 4. — Trabécula ósea, con fenómenos de reabsorción. Esclerosis e infiltración inflamatoria del tejido medular

óseas, algunas fragmentadas, con fenómenos de reabsorción periférica, y envueltas por tejido de granulación infectado, con los caracteres de un proceso de osteomielitis crónico. (Fig. 3 y 4).

La proliferación epitelial, conservando sus caracteres típicos,

basales íntegras, llega hasta las proximidades de estas trabéculas, siempre separadas por bandas más o menos delgadas de tejido conjuntivo laxo y con infiltración inflamatoria. (Fig. 5 y 6).



Fig. 5. — Trabéculas óseas, osteomielitis. Hiperplasia epitelial típica en contacto mediato del tejido óseo

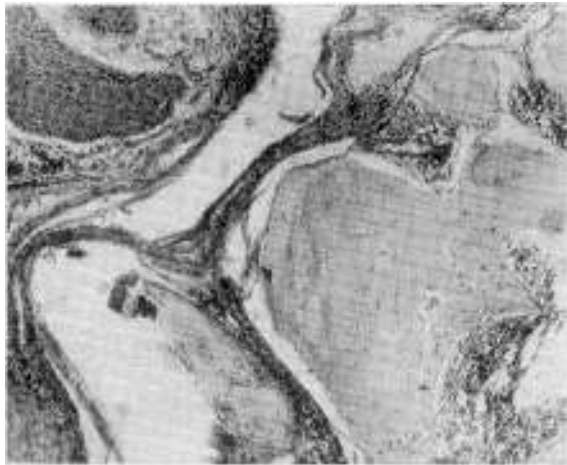


Fig. 6. — Mismo campo anterior a mayor aumento. El epitelio está separado del tejido óseo por delgada capa de conjuntivo laxo

En ninguno de los cortes examinados, de los distintos fragmentos, tomados en diferentes zonas del proceso, se encuentran elementos histológicos de malignidad.

De lo expuesto queremos destacar los siguientes elementos:

1º Del punto de vista clínico, la existencia de un tumor re-

petidas veces recidivado luego de resecciones que tenemos que interpretar como incompletas, agravado en el momento actual, por su extensión, la infección y determinando una impotencia funcional importante.

2º Del punto de vista anatómico resalta ante todo la impresión inmediata de historia y aspecto macroscópico que inclinan decididamente al diagnóstico de malignidad actual. Un elemento, sin embargo, llama la atención y es la falta total de adherencia a la piel vecina, que recalcamos como importante.

Aún más: el corte de la pieza, con una línea epitelial que llega en profundidad a contacto mediato del hueso, nos inclina en favor de una transformación maligna evolutiva actual.

3º Del punto de vista histológico las características de esa proliferación epitelial que llega a la vecindad del tejido óseo, y aunque determinada indudablemente por la modificación de las condiciones locales producidas a consecuencia de varias resecciones y de la propia infección, igualmente determina un aspecto poco común en una lesión de tipo benigno.

4º Finalmente, del punto de vista evolutivo, la resección ósea amplia, con extirpación total del proceso, pero al mismo tiempo económica sin recurrir a intervención mutilante del miembro, considerando y tratando como benigna la lesión, determina una rápida curación definitiva.