

TUMORES MIXOIDES DE LOS HUESOS (*)

(A propósito de dos observaciones)

Dr. Jorge García Novales

Bloodgood en 1920 describió una serie de tumores derivados del mesénquima esquelético, que designó con el nombre de "Mixoma de los huesos". Desde entonces y hasta la actualidad, en tanto que algunos clínicos y patólogos describen como tales a ciertos tumores esqueléticos, otros dudan de su existencia dada la rareza de los casos conocidos.

Hemos creído de interés describir dos casos clínicos, para replantear en primer término la discusión histogénica de estos tumores y asociarnos luego en definitiva, con el concepto que la escuela argentina de Brachetto Brian tiene sobre ellos.

En nuestra opinión debe establecerse previamente una distinción entre los Mixomas puros y los llamados tumores de origen cartilaginoso, asociados con áreas mixomatosas (condromixomas, condromixosarcomas o fibromas condromixoides).

El Mixoma puro, tumor de origen mesenquimatoso, está formado por células con múltiples prolongamientos anastomosados y entre cuya trama se encuentra una sustancia fundamental, muy lábil a los fijadores y con marcada apetencia para los colorantes básicos. Tiene una individualidad histopatológica tal, que merece ser considerado como uno de los tumores específicos que toman desarrollo en las células de la línea conjuntiva del esqueleto. En este sentido la discordancia entre los autores se refiere a aceptar la existencia o no de estos tumores. Es así que Lichtenstein expresa que, "Nunca ha encontrado un neoplasma esquelético que merezca la designación de Mixoma puro del hueso". No obstante en el pri-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 5 de octubre de 1955.

mero de nuestros casos, todo el tejido tumoral tiene las características antes mencionadas y no existe traza alguna de otros elementos celulares. El estudio histológico fué efectuado por Brachetto Brian, en cuya conocida clasificación están ubicados los Mixomas benignos y malignos, como tumores esqueléticos genuinos derivados de la línea conjuntiva.

Pero donde el problema adquiere mayor complejidad es cuando en un tumor, las áreas mixomatosas alternan con zonas de tejido fibroso o cartilaginoso. A este respecto los autores se pronuncian en forma dispar.

Coley cree que el tejido mixoide de estos tumores es en realidad un producto de la degeneración cartilaginosa y ello explicaría su presencia en tumores compuestos esencialmente de tejido condromatoso o condrosarcomatoso.

Lichtenstein expresa que si bien es verdad que Bloodgood reportó un número de tumores, muchos de sus casos son discutibles. Uno de ellos parece corresponder al "Fibroma condromi-
xoide" de Jaffe. Otros parecen tratarse de condrosarcomas. Continúa manifestando que es sabido que algunos condrosarcomas pueden degenerar y reblandecerse en zonas y que estas zonas tienen histológicamente una apariencia mixoidea. No encuentra pues razones para destacar en una clasificación este hecho secundario, que a su juicio no altera el comportamiento clínico del tumor.

Geschickter y Copeland manifiestan que contrariamente a las opiniones mencionadas, compartidas también por Ribbert, Kolodny y otros, la sustancia mixomatosa de estos tumores no es un producto de la degeneración cartilaginosa, sino la predecesora de las formas condrales ulteriores; el tejido cartilaginoso y el óseo se desarrollarían a partir del tejido mixomatoso primitivo. La existencia de quistes mucoides y de cavidades con líquido sinovial siruposo, en asociación con áreas mixomatosas, no constituiría tampoco un fenómeno degenerativo, sino que estaría en relación con el papel embriológico que el tejido conectivo primitivo - mixomatoso desempeña en la formación de las cavidades articulares normales. Existirían por consiguiente, para estos autores, una serie graduada de cambios histológicos que a partir del tejido conectivo embrionario y de acuerdo con la cantidad y

el grado de actividad celular, configurarían una variedad de tumores que pueden clasificarse como Mixomas puros, condromixomas o fibrocondromixomas, con o sin signos de malignidad.

OBSERVACION 1ª. — Hombre de 38 años que consulta en noviembre de 1952, por dolores en tercio superior de pierna cuya evolución se remonta a dos años y medio; desde hace dos meses los dolores se exacerban y son de carácter permanente. Su enfermedad ha evolucionado sin repercusión general alguna.

Clínicamente, el único elemento positivo es la existencia de dolor espontáneo y provocado a la palpación sobre la mitad externa de la metafisis superior de la tibia.

La operación reveló la existencia de un tumor muy friable, que se rompía al pinzarlo, de color rojo vinoso.

Histológicamente (Brachetto Brian) estaba constituido exclusivamente por tejido mixoide, con zonas hemorrágicas; no se observaban signos de malignidad histológica. Se trataba pues de un tumor con caracteres histológicos tan definidos, que haría problemática su ubicación en una clasificación que no admita la existencia del Mixoma como tumor primitivo de los huesos.

Evolución clínica excelente. Visto por última vez a los dos años, no ha vuelto a tener dolores y la cavidad está prácticamente llena de hueso normal.

OBSERVACION 2ª. — Niña de 9 años, que consulta en julio de 1952, por dolor y tumefacción en pie izquierdo con una evolución que se remonta a varios meses y en relación con un traumatismo en su iniciación.

Clínicamente presentaba una tumoración del antepié, localizada en el área del primer metatarsiano y haciendo cuerpo con él sin alteración de las partes blandas vecinas. No había sintomatología regional ni general.

En la intervención, se practica la resección completa del primer metatarsiano, trasplantando en su lugar un segundo metacarpiano refrigerado de cadáver. La base del trasplante se encastra en una gotera que se labra en la primera cuña.

Macroscópicamente el tumor es de color gris amarillento y de consistencia lardácea. Histológicamente (Brachetto Brian) el blastoma está constituido por tejido mixoide con signos de malignidad.

La evolución inmediata se cumplió sin incidentes y la radiografía tomada a los tres meses, muestra la estructura densa del hueso trasplantado en medio de la desmineralización difusa del esqueleto del pie. A los dos años y medio, la evolución clínica ha sido favorable. La estación de pie y la marcha son normales. Radiográficamente, el hueso huésped se ha asimilado completamente modificándose su estructura al ensancharse las láminas corticales. Se observan alteraciones degenerativas de

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

la metatarso - falángica, fruto de la incongruencia articular entre la cabeza del segundo metacarpiano trasplantado y la primer falange del dedo gordo.

Esta observación ofrece algunos hechos que merecen destacarse: es así que si en determinadas circunstancias es difícil el diagnóstico etiológico clínico - radiográfico de los tumores del esqueleto, esta dificultad es mayor en el caso de neoplasmas poco frecuentes como son los Mixomas. En segundo término, que el diagnóstico de Mixoma maligno efectuado por un patólogo de gran experiencia, confiere importantes proyecciones al tratamiento instituido. En efecto, Bloodgood cuando describió el Mixoma, manifestaba que aún en aquellos considerados como benignos, había una marcada tendencia a la recidiva y a las metástasis, aconsejando la amputación inmediata cuando el diagnóstico era confirmado histológicamente. Por esta razón, Coley exige la intervención de un experto patólogo, dado que un diagnóstico de Mixoma, equivaldría a una importante mutilación como tratamiento de exéresis. En nuestras observaciones, el diagnóstico de Mixoma fué planteado por un patólogo de indiscutible versación y a pesar del tratamiento conservador, la evolución alejada no ha confirmado el pronóstico pesimista de Bloodgood.

Finalmente, desbordaría los límites de esta comunicación, todo comentario sobre la biología, indicación y resultados de los injertos de huesos homólogos, pero es de interés anotar que el trasplante sucediendo inmediatamente a la cirugía de exéresis, resolvió el importante déficit funcional en el apoyo y la marcha que hubiese resultado de la resección completa del primer metatarsiano.

RESUMEN

Presentamos dos observaciones de tumores esqueléticos, cuya histología patológica efectuada por un experto patólogo, confirma la existencia de Mixomas puros del hueso.

En ambos casos el tratamiento de exéresis fué conservador y la evolución alejada no confirmó el pronóstico que Bloodgood plantea para estas lesiones.

Finalmente, el trasplante exitoso de hueso homólogo efec-

tuado en uno de ellos, previno la secuela funcional resultante de la resección completa del primer metatarsiano.

BIBLIOGRAFIA

- PLOODGOOD, J. C. — "Bone Tumors. Myxoma Central y Periosteal". Ann. Surg., 72: 712, 1920.
- BLOODGOOD, J. C. — "Bone Tumors. Metastasis to Lungs from a Pure Myxoma". Ann. Surg. 77: 106 - 1923.
- BRACHETTO - BRIAN, D. — "La clasificación adoptada en el "Comité para el estudio de los tumores óseos". Prensa Med. Argent., 28: 2185-1941.
- COLEY, B. L. — "Neoplasms of Bone and Related Conditions", New York, 1949, Paul B. Hoeber Inc., pp. 117.
- LINCHTENSTEIN, L. — "Bone Tumors". St. Louis, 1952; C. V. Mosby C°, p.p. 20 - 62.
- GESCHICKTER, Ch: F. and COPELAND, M. M. — "Tumors of Bone". Lippincott C°, 1919, p.p. 127.

Dr. Stajano. — El Dr. García Novales, presenta un caso de gran interés de Patología general del tejido conjuntivo. Evidentemente que los tumores conjuntivos, ya sea de las partes blandas, tabiques aponeuróticos o del resto de los miembros, imponen una cautela muy grande en lo que respecta al pronóstico, pese al diagnóstico inmediato hecho en el momento de la extirpación.

Esa cautela está certificada por el conocimiento de casos, algunos presentados a esta Sociedad, auténticamente benignos, tal el caso de un condroma de la última costilla operado hace muchos años, hecho el diagnóstico por el Profesor Larghero, de condroma. Fué resecado un tumor del tamaño de un huevo de perdiz más o menos y de evolución que nos fué dado pensar por el examen histológico que sería favorable. A los 10 o 12 meses, ese campesino de San Antonio, apareció nuevamente con un tumor en el punto de resección en la parte de costilla que quedaba, del tamaño de un puño, con circulación complementaria, recidiva que había invadido el fondo de saco pleural y adherido al diafragma, y decidí operarlo. Era la época que no había narcosis; por laparotomía se abordó el tumor por la parte abdominal, hice luego resección costal para poder tener los dos segmentos del tumor en mi poder y ese tumor adherente al diafragma impuso la resección de un rectángulo del diafragma. Es decir, que un tumor anatómicamente benigno, hizo una recidiva al poco tiempo, como un sarcoma. Ese enfermo fué tratado quirúrgicamente. Hizo una pequeña complicación pleural, pero que curó. Fue tratado por radioterapia y se le perdió la vista. Lo vimos a los varios años curado, sin recidiva.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Otro tipo de tumor benigno recidivante, es el tumor conjuntivo benigno, auténticamente benigno, como el lipoma más inocente; yo pienso y siempre enseño que puede ser recidivante (algunos casos). Los tumores de las aponeurosis y los tabiques, es otro gran capítulo. Recuerdo el caso de un tumor de una mujer madura, en pleno tabique de separación de la logia anterior y posterior del brazo: resultó un fibroma de tabique.

Al poco tiempo recidiva el tumor progresando hacia arriba, en todo el resto del tabique, recidiva que llegó hasta la aponeurosis del córaco-braquial; hice una resección completa y ese tumor era un tumor conjuntivo más joven, no era un fibroma, era un fibroma, en parte, mixoma en otros. Este caso fué presentado a la Sociedad. Lo perdí de vista un año; cuando quise saber de la enferma, tenía un tumor que tomaba todo el tabique del infra escapular, levantaba la escápula como una cabeza de feto enorme y ocupaba la axila. La trataron con radio; tunelizando luego radioterapia, con una radio dermatitis esclerosa, y quedó con el brazo en adducción al cuerpo; el tumor levantaba la escápulo hacia atrás y decidí operar. Para ello seccioné la sinequia cicatrizal hecha por la radioterapia para poder abrir la axila y hacer la extirpación del tumor, con las aponeurosis infra escapulares y toda la zona,infra escapular. Tuve la suerte de poder quitar hasta la espina del omóplato, dejando supra escapulares, extirpando toda la pieza, es decir toda la zona infra espinosa del omóplato, con toda la parte muscular a él relacionada.

La pieza anatómica fué muy prolijamente estudiada y dió fibroma, condroma, mixoma, verdadera mezcla de tumores conjuntivos con distintos grados de evolución. Esta enferma está curada y ha pasado de esto, más de 25 años, la sigo viendo.

La patología del tejido tumoral conjuntivo es muy voluble, muy incierta, puesto que la recidivancia de un tumor benigno histológicamente se hace en forma cada vez más joven, de manera que yo trato de enseñar a los que están a mi lado de que un tumor conjuntivo benigno, por benigno que sea, hay que vigilarlo muy de cerca, porque las recidivas no son excepcionales.

Y podría seguir hablando con numerosos casos que conservo documentados, pero no quiero prolongar. Insisto en la volubilidad del tejido conjuntivo, hoy benigno, a los 15 días, un mes, dos meses, puede cambiar su estructura; de ahí la multiplicidad de clasificaciones respecto a estos tumores que no son de naturaleza definitiva y estable, sino evolutiva. Es lo que quería decir para aportar elementos de juicio a comunicación tan interesante.

Dr. García Novales. — Me es grato expresar al Prof. Stajano mi agradecimiento por el comentario que motivó mi comunicación. El propósito que me inspiró a comunicar estas observaciones, coincide en un todo con el espíritu que animó al Prof. Stajano al hacer su comentario.

Creemos en primer término, que las dificultades diagnósticas que significan a menudo los tumores esqueléticos vinculados a la línea con-

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

juntiva, pueden ser obviados en cierto modo con la colaboración de un experto patólogo. Y esto es importante porque la indicación terapéutica puede imponer importantes mutilaciones en algunos casos o abstenciones peligrosas en otros, frutos de una interpretación equivocada de la imagen anatomo-patológica.

Finalmente, el problema de los Tumores Mixoides tiene aún vigencia e interés para el cirujano, el ortopedista y el patólogo, ya que los autores que se han ocupado del tema y a pesar de su versación y experiencia, no se han puesto de acuerdo en la ubicación que les corresponde dentro de las clasificaciones. Más aún, en tanto que algunos dudan de su existencia como tumores esqueléticos genuinos, otros la afirman tan convencidos, que manifiestan que basta el diagnóstico histológico de tumor mixomatoso para imponer la amputación del miembro enfermo.