

Trabajo de la Clínica del Prof. García Lagos

FIBROMAS MÚLTIPLES DE LOS HUESOS DEL ANTEBRAZO

Roberto - V. CANTÓN

Colaboración histológica del Br. E. CASTRO

El enfermo cuya historia vamos a leer, ha sido operado en su servicio del H. Maciel, en diversas oportunidades, por el Profesor García Lagos, quien nos ha cedido gentilmente este caso para su estudio y presentación a esta Sociedad.

Zenón F., de 22 años, ingresa por primera vez al servicio, procedente de Santa Rosa (Canelones) el 31 de agosto de 1932.

Viene por tumores múltiples en su antebrazo izquierdo. Dice que desde que tiene uso de razón, notó una tumefacción dura, del tamaño de un huevo de gallina, en el 1/3 superior del antebrazo, borde cubital, tumoración indolente, que permanecía invariable, sin limitar en modo alguno la función de su miembro. A los 15 años, sin que hubiera variado esa tumoración, ingresa al Hospital Español, donde lo opera el Dr. Fossatti. Sale de alta a los 20 días, cicatrizada su herida en buenas condiciones.

A los dos meses de la intervención, observa que aparecen tumefacciones múltiples, duras, indolentes en diversas zonas del antebrazo operado. A los seis meses, nota que tiene dificultad para la extensión de los dedos que se va acentuando progresivamente hasta que la mano queda en actitud de garra. Desde entonces esas masas tumorales no experimentan variación.

El *examen* del enfermo, desde el punto de vista general es normal, sujeto bien desarrollado; psiquismo normal; no hay astenia ni disminución de fuerzas. Reacción de Wasserman negativo H^s. No hay antecedentes familiares de importancia; ni sus padres y hermanos tienen alteración en sus miembros.

Inspección. — Presenta a nivel de su antebrazo izquierdo en su 1/3 medio y superior, en las 2 caras y preferentemente sobre el borde interno, diversas tumoraciones, de distinto volumen, que deforman considerablemente este segmento de miembro, que se presenta enormemente aumentado de volumen. En su 1/3 inferior a unos 3 dedos por arriba de la interlínea radiocarpiana, el antebrazo adquiere un aspecto normal, semejante al del lado opuesto. Es

posible flexionar el antebrazo hasta el ángulo recto, en actitud intermedia entre la pronación y supinación; ésta se halla suprimida. Sobre el borde interno, cicatriz operatoria normal. Llano en garra, en flexión y adducción; solamente, si se flexiona previamente el puño, es posible extender activamente y más pasivamente los dedos, pero sin llegar a la extensión completa. Sensibilidad normal; no hay dolor espontáneo. La medición del antebrazo no señala acortamiento.

Palpación. — Tumorações múltiples de antebrazo, de diverso volumen, que forman cuerpo con el hueso, de una dureza elástica, indolentes a la presión, alternando con otras irregulares de consistencia ósea. Integridad completa de piel y masas musculares; haciendo movilizar activamente los dedos, se observa que los tendones deslizan sobre las tumoraciones profundas, sin limitación alguna. No hay trastornos de compresión vásculo-nervioso. No hay espesamientos musculares ni induraciones cicatriciales; la actitud en garra es originada por el levantamiento de los músculos por las tumoraciones profundas, que alejan su superficie de inserción extremas. Se solicita datos anteriores al Dr. Fossatti, quien deferentemente los envía, conjuntamente con el resultado del examen, histológico y radiografías, historia que dice lo siguiente:

Zenón F., 15 años, soltero, uruguayo, Santa Rosa, Canelonés, ingresa a la Sala Suñer del Hospital Español el 4 de agosto de 1925. (1981).

Gran exóstosis del tercio superior y medio del cúbito izquierdo, ocupaba tres caras del hueso, respetando solo la cara inter-ósea, permeable parcialmente a los rayos X y notada dos años y medio antes sin aumentar de tamaño, indolora, libre a la piel. H^s. "Periostitis exostósica". Dr. Hormaeche. No recuerda traumatismo.

Intervención: 2 de agosto de 1925; Fossatti y B. Cuenca; éter; liberación y extirpación al escoplo, Phelp (ácido fénico y alcohol), cierre total, solo una mecha provisoria. Cura completa. Análisis histológico (?).

Vuelve en setiembre de 1936 con su exóstosis completamente reproducida y una lesión de la piel que ve el Dr. Camou, que la medica y cura; su exostosis disminuye de tamaño. Alta con sol, iodo, etc.

Vuelve el 20 de julio de 1927 con diagnóstico de otro lado de osteocondroma del cúbito izquierdo; enorme reproducción con las mismas características de antes. Se indica exploración biopsica y conducta terapéutica según resultado de la misma, no acepta, pide el alta el 29 de julio de 1927.

En las radiografías remitidas por el Dr. Fossatti N^o 0062 (ver placas) obtenida un año después de la primera intervención, se observa ensanchamiento del antebrazo por tumoración, permeable a los rayos. Muesca sobre el cúbito en su 1/3 superior, respondiendo a la parte del hueso resecada. Hay un pequeño espolón óseo en la parte inferior de esa muesca. Cúbito engrosado con reacción perióstica; se observan pequeñas cavidades en el hueso.

(1) No hemos encontrado el examen biopsico; pero seguramente por el diagnóstico anotado en la hoja clínica, debe haber sido de exóstosis simple. Las placas adjuntas fueron al año de la primera operación.



PLACA N.º 1

Rad 0062. 1 año después de la 1.ª intervención (Dr. Fossatti). Se observa la sombra de una gran tumoración. Muesca sobre el cúbito. Engrosamiento irregular del otro hueso con cavidades en su 1/3 superior.

El enfermo es portador de otras radiografías obtenidas en el año 1927, en el laboratorio radiológico del Dr. Escuder Núñez; se observa una sombra opaca a los rayos que responde a una gran tumoración asentando en la parte postero-interna del antebrazo y en relación con el 1/3 superior del cúbito. Muecas sobre éste en sacabocado, múltiples, algo dentelladas. Proliferación ósea cortical irregulares e implantadas perpendicularmente sobre el cúbito, a base ensanchada y que penetran en la masa tumoral. Zonas de decalcificación y condensación. Radio normal. Articulaciones proximales, indemnes.

El diagnóstico emitido por ese laboratorio dice: *Fibro sarcoma perióstico*. Placa 2581. Set. 1932. Obtenida en el Servicio, cinco años después que la anterior. Se observa deformación marcada en ambos huesos en sus 3/4 superiores, incurvados, múltiples espinas óseas a forma de exostosis de diversa forma y volumen, densas como el hueso en que se implantan, emergen del contorno de ambos huesos e invaden el espacio interóseo fusionándose entre ellas. Zonas de decalcificación y condensación. Se observan cavidades irregulares. Articulaciones del codo y puños normales. Mano en garra.

Se obtienen radiografías de otros huesos del esqueleto, normales.

Dada la evolución a largo plazo y el informe biopsico suministrado por el Dr. Fossatti, se decide un tratamiento operatorio conservador, y condicionado al examen histológico a practicar.

Intervención. Set. 6/32. Prof. García Lagos y Dr. Rocca.

Anestesia general. Eter. Banda de Esmarch.

Incisión sobre las tumoraciones. Se pueden clivar perfectamente las partes blandas. Se llega a la tumoración de aspecto fibroso, que está implantada sobre el cúbito.

Se rugina y se puede así desprender del hueso una masa que deja un



PLACA N.º 2

Año 1927. (Lab. E. N.) Gran tumoración en relación con el cúbito.

Muecas múltiples sobre éste, dentelladas, en sacabocado.

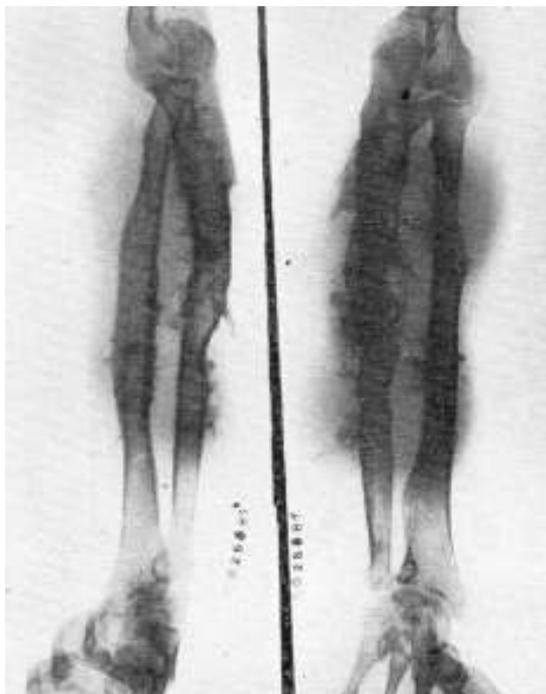
Proliferación ósea cortical, irregulares e implantadas perpendicularmente al hueso, penetrando en la masa tumoral.

lecho poroso, irregular, con espinas óseas múltiples. Se extirpan así 5 nódulos del mismo tipo anatómico que el anterior, sobre ambas caras del antebrazo. Se extirpan los nódulos más voluminosos; se palpan pequeñas nudosidades múltiples que se abandonan para tratar ulteriormente y de acuerdo con el examen histológico. Este examen, practicado por el Dr. E. Castro dice lo siguiente:

Z. F., Sala San Luis. Fibromas del antebrazo.

Primera observación, año 1932.

Era men macroscópico. — Varios fragmentos de tamaño y forma irregulares, de 1 cmt. a 6 cmts. de diámetro medio, sólidos, duros, poco elásticos.



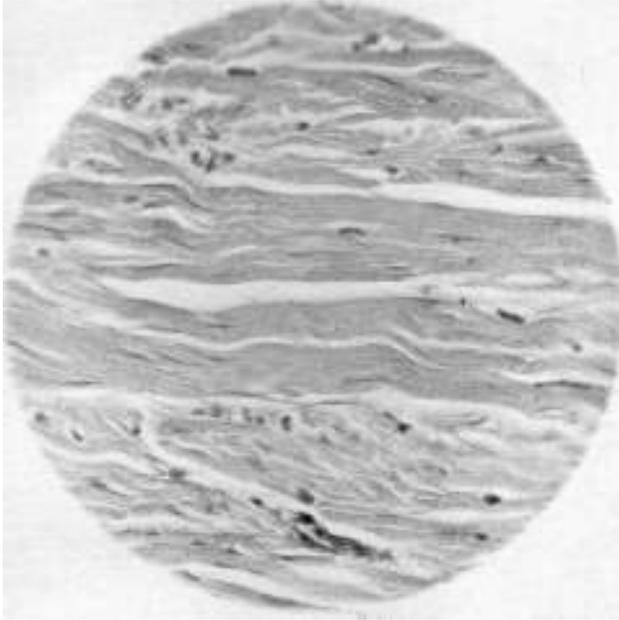
PLACA N.º 3

Rad. C 2581. Obtenida cuando ingresaba por 1.^a vez en el H. Maciel. Set. 1932. Deformación notable de ambos huesos — incurvado — y retorcidos sobre su eje. Múltiples espinas óseas a forma de exostosis, densos como hueso, se implantan en los dos huesos. Por más detalles ver descripción en el texto.

No se le reconoce cápsula propia; están separados por tejido laxo de los planos vecinos, a los que rechazaban periféricamente sin infiltrarse. Son de color blanco algo anacarado. La superficie presenta pequeños levantamientos abollados. Al corte aspecto denso, de papa cruda, con manojos de haces fibrosos que se entrecruzan intrincadamente. No se observan vasos sanguíneos. El aspecto del corte es absolutamente homogéneo, propio de los fibromas.

El examen histológico de varios fragmentos tomados de distintos nódulos muestra una estructura simple de haces fibrosos recios dispuestos en bandas entrecruzadas, en trama muy cerrada y entre ellos escasas células conjuntivas y algunos vasos sanguíneos finos, arteriolas y capilares.

Es un fibroma puro, a tejidos aduitos, rico en haces esclerosos, sobre



GRAN AUMENTO

Zenón F. — San Luis. 1.^a operación. Año 1932.
Osteo - fibroma del antebrazo.

todo en la periferia de los nódulos, sin nada que haga sospechar la malignidad de esta formación.

Segundo ingreso. — El enfermo vuelve nuevamente al servicio en Set. 3/35 por nuevas tumoraciones en el 1/2 medio del antebrazo y de aspecto idéntico a las anteriores; posiblemente responden al crecimiento de las nudosidades que no se trataron, que se han desarrollado lentamente.

Se envía al Instituto de Radioterapia, pero allí lo someten al tratamiento específico; el enfermo decide no continuar. Se opera Set. 6/35. Se extirpan 3 nódulos con la misma técnica que la vez anterior. Alta Set. 21/35; nuevo examen histológico que confirma el carácter benigno de la tumoración. Placas 6153. Set. 4/35. Se presenta con caracteres semejantes a las anteriores; el proceso propiamente óseo parece estabilizado.

Tercer ingreso. — Vuelve a ingresar en julio 23/37 por un nuevo empuje tumoral, presentándose con 3 tumoraciones, 2 en cara anterior de antebrazo 1/3 inferior en cara posterior 1/3 del cúbito, como se pueden apreciar en las fotografías. Estas tumoraciones presentan los mismos caracteres clínicos, de indolencia, lenta evolución. La mano tiene notable fuerza. Gruesas

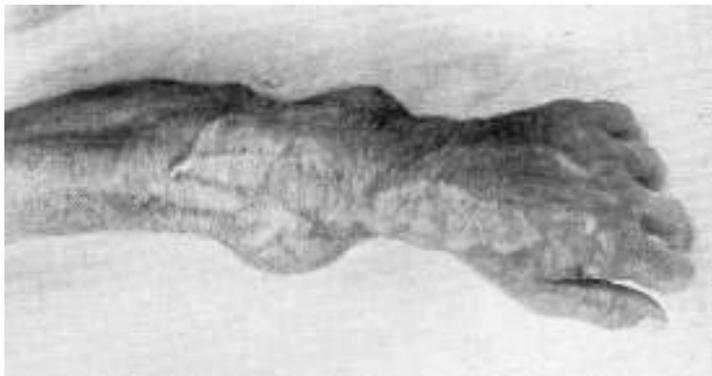


PLACA N.º 4

Se observa el proceso en pleno desarrollo con las características de hiperproducciones irregulares y cavidades.

venas surcan el antebrazo; no hay aumento de temperatura local ni crepitación apergaminada. Calcemia 0 gr. 100 por mil. Reacción de Wasserman H^s. Se obtienen nuevas placas E. 11208 (VII/37). En ésta se observan las neoformaciones de partes blandas y las mismas características del proceso óseo.

Intervención. — Julio 25/37 y agosto 3/37. Se interviene en 2 tiempos para disminuir el trauma operatorio de partes blandas. Profesor García Lagos y Dr. Cantón. Anest. local. Incisión sobre las masas tumorales. Fácil decolamiento de las partes blandas. Se extirpan masas tumorales implan-



Obtenida cuando su última intervención



Obtenida cuando su última intervención.

tadas sobre el hueso. Se practica ulteriormente electricidad pues la cronaxia realizada después de la intervención dió lo siguiente:

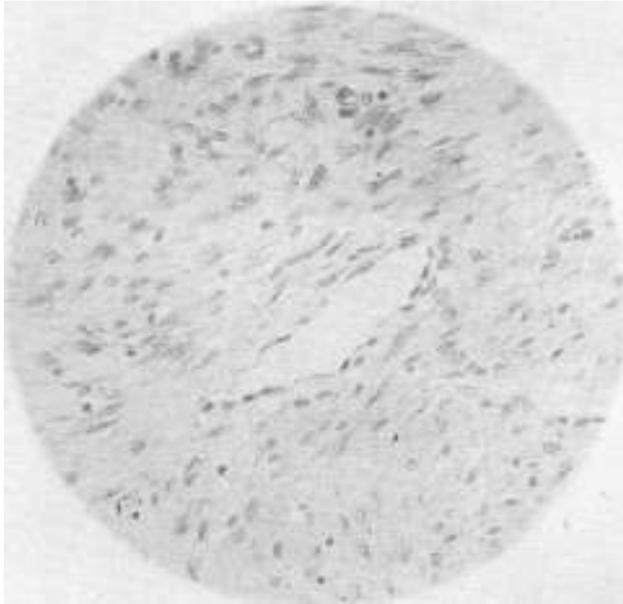
Radial y mediano intactos. El cubital está ligeramente tomado.

Nuevo examen histológico dió por resultado:

Agosto de 1937. *Examen macroscópico.* — Se extrajeron varios nódulos irregularmente redondeados, de 1 cmt. a 5 cmts. de diámetro. Blanquecinos, de superficie lisa, abollonada, sin cápsula propia; pero no adherente a los tejidos vecinos.

Al corte son sólidos, densos. Parecen algo más blandos y elásticos que los de la primera observación.

Examen histológico de varios fragmentos. Se observa la misma estructura fundamental de fibroma puro. Abundan mucho más las células jóvenes,



GRAN AUMENTO

Zenón F. — San Luis. 4.^a operación, Año 1937.
Osteo - fibroma del antebrazo.

fibroblasto, en vez del predominio de haces fibrosos de la primera observación. Fuera de ésto, el aspecto histológico es semejante, con los caracteres de neo-formación benigna fibromatosa. — *Enrique Castro*.

Consideraciones. — Hemos creído oportuno la presentación de este caso, pues amén de apreciar la evolución durante un largo lapso de tiempo de un caso interesante de patología ósea, de difícil interpretación, tiene algunas particularidades que conviene señalar:

1º La textura histológica de las neoformaciones; 2º su multiplicidad, 3º la extraordinaria alteración osteo - perióstica; 4º su localización, exclusivamente en un segmento de miembro.

Los fibromas de los huesos son raros; excepcionales los de los huesos largos. Los fibromas centrales son cada día más discutidos, como entidad clínica en favor de la osteosis fibro - geódica.

En cuanto a los fibromas periósticos de los huesos, que según Leriche sólo tienen de óseo, su implantación, existen muy pocos casos en la bibliografía y su identidad es discutida con los fibrosarcomas periósticos. En nuestro caso su naturaleza benigna es indiscutible por su evolución, indolencia, integridad de partes blandas y confirmada por el examen anatómico-patológico. Son fibromas puros sin trazas de calcificación ni osteogénesis.

Llama la atención singularmente su multiplicidad, asentando en zonas diversas de ambos huesos y desarrollándose siempre con idénticas características clínicas e histológicas, multiplicidad que constituye una verdadera fibromatosis perióstica de los huesos. Esta característica excepcional no la hemos hallado señalada.

Pero lo más digno de destacar es la profunda alteración de los huesos del antebrazo manifestándose con engrosamiento irregular, curvaturas de ambos huesos, cavidades múltiples y la extraordinaria proliferación osteo-perióstica a tipo de hiperostosis y de espolones óseos, exostosis de diverso volumen y orientación que emergen del contorno de ambos huesos, fusionándose entre sí y que le dan un aspecto que puede compararse gráficamente a una vara de tala. No responden a la distribución clásica de las exostosis. Son múltiples, pero no pueden considerarse, como lo que se conoce como enfermedad osteogénica, por su localización en un solo segmento de miembro, por su implantación perpendicular al hueso, en plena diáfisis, lejos del cartílago fértil; por la ausencia de acortamiento, que según la ley de Bessel-Hagen, existe en la casi totalidad de los casos de enfermedad osteogénica. En nuestro caso responde más bien al tipo de exostosis de origen irritativo.

Este proceso mórbido, que altera tan profundamente la estructura ósea, se desarrolla con intensa actividad, con característica de hiper-producción desordenada, durante el período de desarrollo de nuestro enfermo; terminado éste parece estabilizarse, como lo demuestran las radiografías sucesivas, obtenidas con largos intervalos, en las cuales no se constatan modificaciones apreciables. Por este carácter solamente, se aproxima a la enfermedad osteogénica. No se trata de un proceso inflamatorio específico, ni tumoral maligno, ni encuadra dentro de las osteodistrofias conocidas.

Se trata de una alteración de la actividad osteoformadora y guarda estrecha relación con las neoformaciones fibromatosas, dada su estricta localización en el antebrazo y su implantación, igualmente difusa sobre los dos huesos, pero sin que podamos precisar exactamente la verdadera naturaleza del proceso que vincula tan estrechamente los dos elementos de este síndrome, que podríamos calificar de fibromatosis exostósante, traducción simplemente objetiva de sus características predominantes.

No creemos que sean debidos al traumatismo operatorio, osificaciones en un periostio decolado e irritado, por su ausencia en la placa obtenida 1 año después de la 1ª intervención y su existencia, ya múltiples en las radiografías obtenidas antes de ser reintervenido, con su implantación difusa en pleno hueso y alejadas de la zona primitivamente operada; por otra parte, el tipo de osificación es completamente distinto. No se trata tampoco de osificaciones en los fibromas, pues el examen histológico no demuestra trazas de osteo - génesis.

No hemos hallado nada semejante en lo que hemos podido consultar y sometemos gustosos este caso a la autorizada opinión de los señores miembros de esta Sociedad.

El *pronóstico*, es irrefutablemente incierto para el porvenir, por la posibilidad de una degeneración maligna. Se cita por Moulounguet, un caso de osteosarcoma de la tibia, que después de operaciones parciales desde 1905, es amputado en el muslo en 1929. Histológicamente, fibroma cuando la 1ª intervención, fibro - sarcoma osificante cuando la amputación.

El *tratamiento* de acuerdo con la evolución y el resultado de las biopsias practicadas, ha sido conservador. Se ha limitado a extirpar las masas tumorales, sin realizar intervención alguna sobre el proceso óseo propiamente dicho, que permanece invariable después de las múltiples intervenciones. La mejoría funcional ha sido apreciable; no hay restitución integral de sus funciones motrices, pero tiene un miembro útil que le permite trabajar. El enfermo, que antes preguntaba si podría trabajar algún día, ahora solicita con insistencia el alta para reanudar sus tareas, que son pesadas y en las cuales debe emplear seriamente su brazo;

ha adquirido confianza en su miembro. Creemos que el resultado es suficientemente halagador como para justificar el tratamiento empleado (1).

Antes de terminar, deseamos agradecer al Dr. Fossatti su deferencia al brindarnos los datos que nos fueron sumamente útiles y al Dr. Cunha la contribución amplia del Instituto a su cargo para el estudio de este caso.



(1) Hemos tenido oportunidad de examinar nuevamente al enfermo, después de la presentación de esta historia a la Sociedad. Existe garra marcada de su mano; tumoración de cierto volumen sobre el lado cubital, últimamente operado. ¿Es una recidiva o extirpación en cierto grado incompleta? Es un enfermo que seguiremos estudiando y vigilando, pues creemos que no está terminado aún su proceso evolutivo.