

TUMOR A MIELOPLAXAS CURADO QUIRÚGICAMENTE

José - L. BADO

Se trata de una joven de 18 años que yo había operado hace ya 5 años de una secuela de poliomielitis — pie balante — fijándole el pie por triple artrodesis, según la técnica de Rivarola.



Fotografía N.º 1
Perfil de la lesión antes del tratamiento.

En enero de 1935 viene a verme de nuevo quejándose de dolores a nivel del codo izquierdo y cierta molestia dolorosa que le impide

la ejecución amplia de los movimientos. Al examen, compruebo un aumento de volumen del olécrano sin modificaciones de la piel.

El olécrano se presenta agrandado en totalidad, doloroso a la presión, sin modificaciones en la consistencia.

La articulación del codo está libre; hay, no obstante, una li-



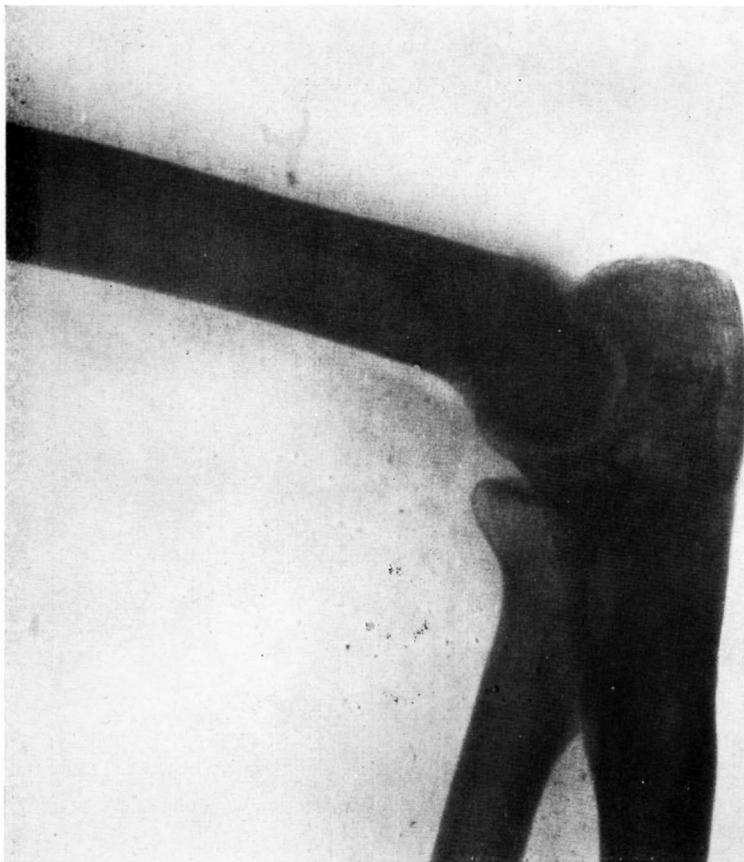
Fotografía N.º 2

Frente de la lesión antes del tratamiento.

mitación de unos 30º en el movimiento de flexo - extensión. No hay adenopatías epitroclear, ni axilar. Exámenes biológicos negativos. La radiografía muestra una lesión quística que ocupa toda la extensión del olécrano, que está ensanchado, como soplado, y con clara tabicación interna; sin reacción perióstica. Cortical intacta, fracturada cerca del borde posterior.

Diagnóstico clínico: tumor a mieloplaxas y decidimos intervenirla quirúrgicamente.

La operación consistió en el abordaje del tumor por una incisión posterior. Después de atravesar una delgada cortical, se cae en una cavidad llena de un contenido sólido, de aspecto fungoso,



Fotografía N.º 3
Perfil de la lesión después del tratamiento.

de color rojo pardo muy hemorrágico, friable, caracteres todos, macroscópicos de tumor a mieloplaxas.

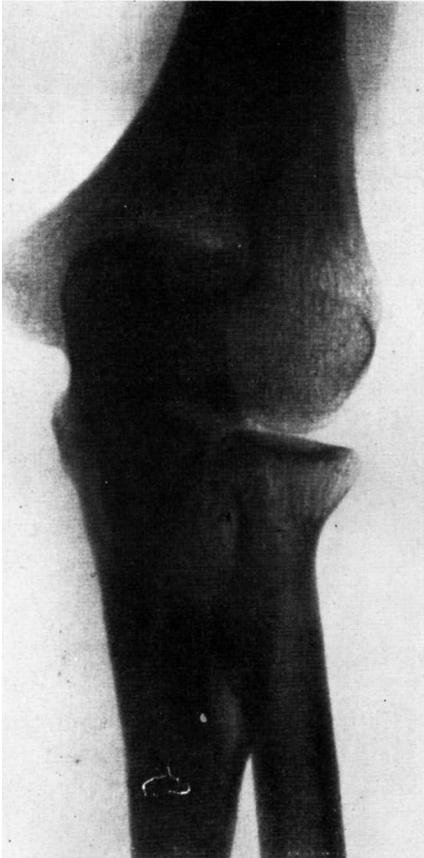
Se vacía completamente la cavidad. Cureteado cuidadoso; la pared interna de la cavidad es lisa y sangra abundantemente. Sacamos de la cara interna de la tibia del lado sano (no polio-mielítico) una cantidad de ingertos, osteoperiósticos, virutas finas, con las que llenamos la cavidad. Sutura de la herida por

planos. Aparato de yeso que inmoviliza el codo en ángulo recto.

Evolución: post operatorio inmediato sin incidentes.

Examen histológico: Prof. Lasnier, tumor a mieloplaxa.

Dejamos el yeso 6 semanas. Cuando lo sacamos, herida cu-



Fotografía N.º 4

Frente de la lesión después del tratamiento.

rada "per priman"; articulación del codo, con movimientos limitados. Indicamos movilización activa y pasiva y termoterapia.

Hemos tomado radiografías del codo cada tres meses y asistido a la curación radiográfica de la lesión (presenta placas), La cavidad se ha ido llenando, progresivamente, los injertos han perdido, poco a poco, muy lentamente, su individualidad y la

última placa tomada tres años después de la intervención, muestra que en lugar de la antigua cavidad, hay hueso con los caracteres casi normales, con reaparición de la estructura ósea.

Los injertos apenas se adivinan ya, han desaparecido substituídos por la nueva trama ósea.

Clínicamente, como Vds. ven, el codo tiene aspecto normal y su movilidad y función es completa.

Dr. Etchegorry. — Dado lo interesante del tema y a pedido de los Drs. Fossati y Barcia que prometen ocuparse de él en próximas sesiones, queda este punto en discusión en la orden del día.
