

**TUMOR A MIELOPLAXOS DE LA EXTREMIDAD  
INFERIOR DEL RADIO**

**A. FOSSATI**

*Observación resumida* (5608). — E. E. F., soltera, 27 años. Pando. Ingresó al Sanatorio Español el 7 de marzo de 1935 por una tumefacción en la extremidad inferior del antebrazo, parte externa y superior de la muñeca, hacía cuerpo con el hueso radio, era indolora, no crepitaba, no había calor ni circulación general. Una radio (fig. I, febrero 1935), muestra una falta de tejido óseo en la parte yuxtaconjugal de la extremidad inferior del radio. No había ganglios ni epitrocleos ni axilares. La enferma acusaba dolores en el 8º espacio intercostal y en la cadera, muslo y pierna derechos que la hacían claudicar. El examen clínico no daba signos de ninguna clase en ambas regiones y los resultados de varias radiografías eran absolutamente normales. Esto repetidas veces y a épocas distintas, para concluir sobre este renglón, diremos que estos trastornos han desaparecido del todo con poca o ninguna terapéutica. Estado general excelente; órganos y eliminaciones normales. Diagnostico sarcoma, e indico intervención, primero resección biópsica y luego tratamiento de acuerdo con el resultado histológico observado.

8 de Marzo de 1935, opera Fossati, ayuda Pract. Barros. Una tentativa de anestesia del plexo braquial (Kulempkbaff), fracasó (Punción del vértice pulmonar con ligero esputo hemoptoico sin secuelas ulteriores). Eter. Incisión sobre el borde postero-externo del radio, se aborda el tumor, se aísla del periósteo y con escoplo, sección neta encima y debajo en tejido óseo sano a 2 cms. y medio de la cara articular y 7 por encima, mecha 48 horas y cierre lo más completo posible. Yeso antibraquial y mitad pro-

ximal de la mano. Evolución y cicatrización normales y rápidas.

El examen histológico efectuado por el Prof. Lasnier dice "tumor a mieloplaxos".

La remito al Dr. Leborgne en el Hospital Pereira Rosell, el que está de acuerdo en efectuar un tratamiento roentgenoterápico.

La masa tumoral extirpada estaba formada por todo el tumor con un pequeño cilindro de hueso sano en cada extremidad, largo de unos 4,5 cms. y 2,5 de ancho. No creímos indispensable rellenar el hueco sub - perióstico, ya con un injerto óseo, ya con pequeños fragmentos osteo - periósticos a la Delageniere, por suponer que podríamos vigilar la regeneración ósea y dirigirla conservando una buena posición y longitud adecuada; pero la estada de la enferma en campaña, de donde solo de tiempo en tiempo venía a aplicarse los Rayos X nos lo impidió, perdiendo nuestro control, quizás si hubiéramos rellenado el espacio se hubiera conseguido una mejor posición evitando la gran deformación final. La enferma usa siempre un aparato de yeso, primero fijo y luego de quita y pon hasta el alta de esta etapa.

Lamento no poder mostrar la radiografía inmediata al acto operatorio, donde se veía la sección neta ósea en la zona reseca y el resto del tejido normal; ya en la fig. 2 efectuada al iniciar el Dr. Leborgne el tratamiento y a los 18 días de la operación se nota un principio de regeneración ósea lateral y del lado distal del hueso, que deforma la nitidez de la imagen anterior. Se hace el tratamiento y la enferma cura bastante bien (1). Una radiografía fecha 6 de marzo de 1936, fig. 3 nos lo muestra: el hueso bastante regenerado y en una posición aceptable, los huesos del carpo bastante calcificados y ya que en exámenes anteriores estaban bien decalcificados. Desde entonces no había sabido nada de esta enferma, cuando con motivo de esta exposición, solicito datos y recibo su visita, con una cantidad de datos y un stock de placas que hacen más interesante y sugestiva la evolución de este proceso. Junto con esto una nota del Dr. Leborgne, a cuya deferencia se deben estas últimas radios, en que me comunica que la enferma ha tenido una recidiva, que le ha hecho de nuevo roentgenoterapia, que la considera curada, creyendo que esta cura tiene trazas de ser definitiva. En efecto la placa de la fig. 4 (11 de

---

(1) Con un resultado estético y funcional bien aceptables.

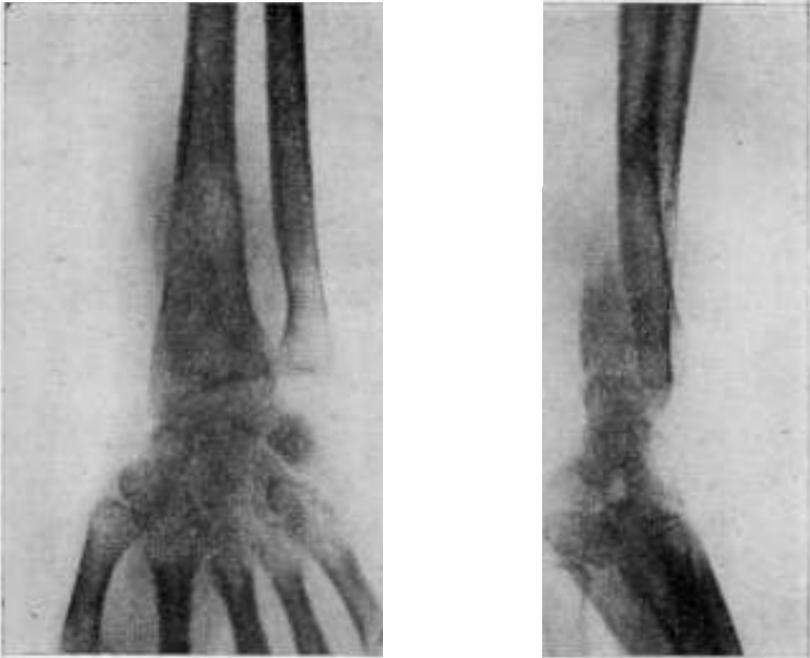


Fig. 1.—Frente y perfil de la lesión en febrero de 1935.

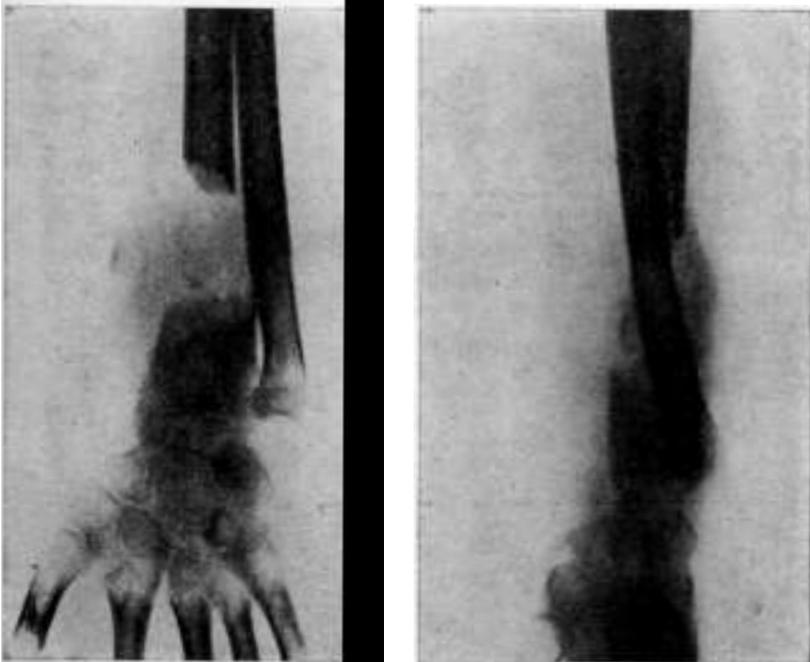


Fig. 2.—Frente y perfil de la lesión a los 18 días de la operación.

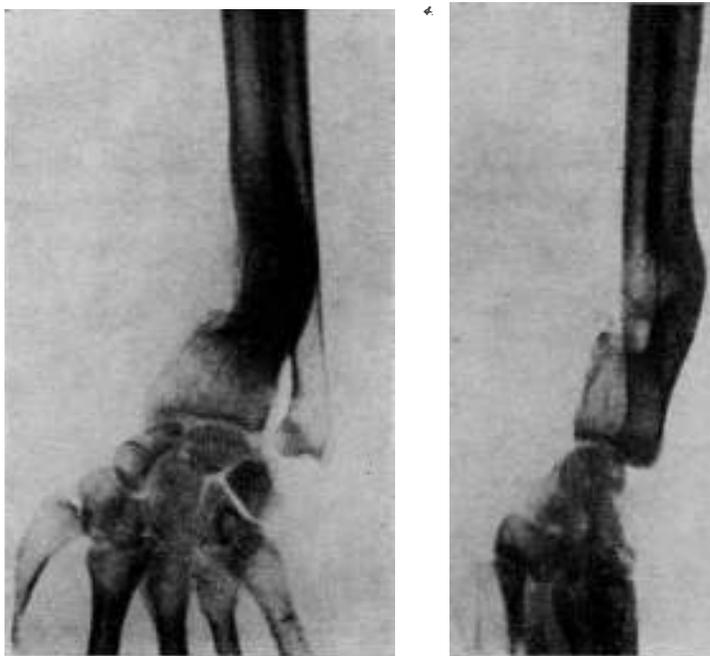


Fig. 3. — Frente y perfil de la lesión en marzo de 1936.

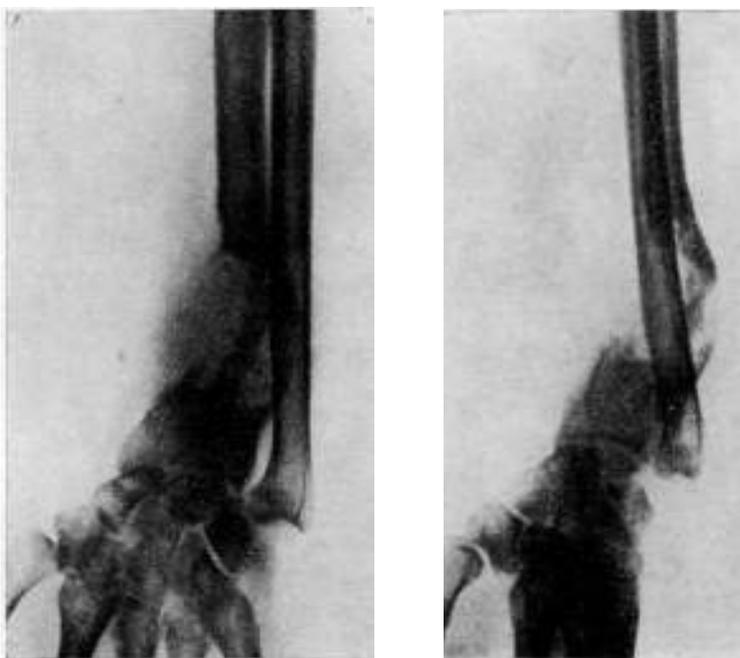


Fig. 4. — Frente y perfil de la lesión en marzo de 1937.

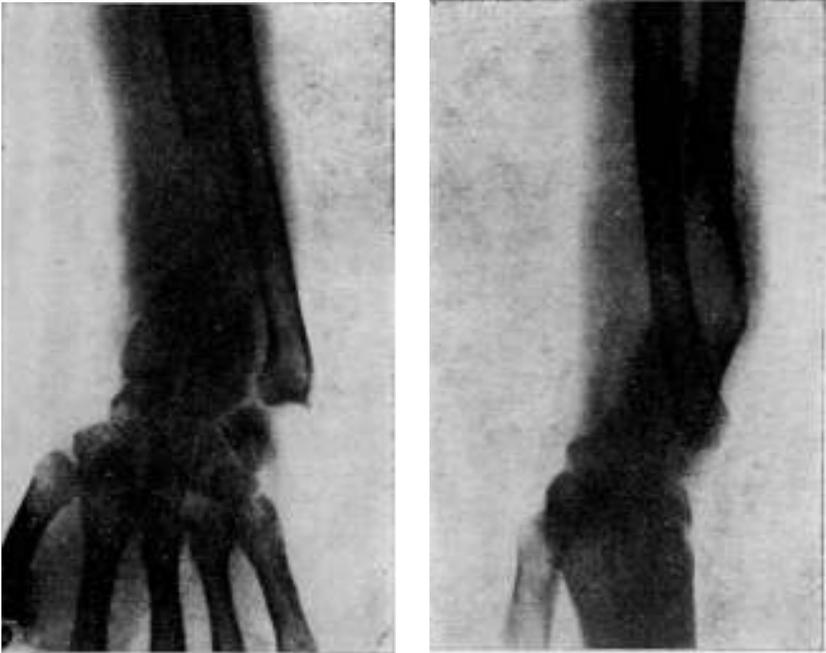


Fig. 5. — Frente y perfil de la lesión en junio de 1937.

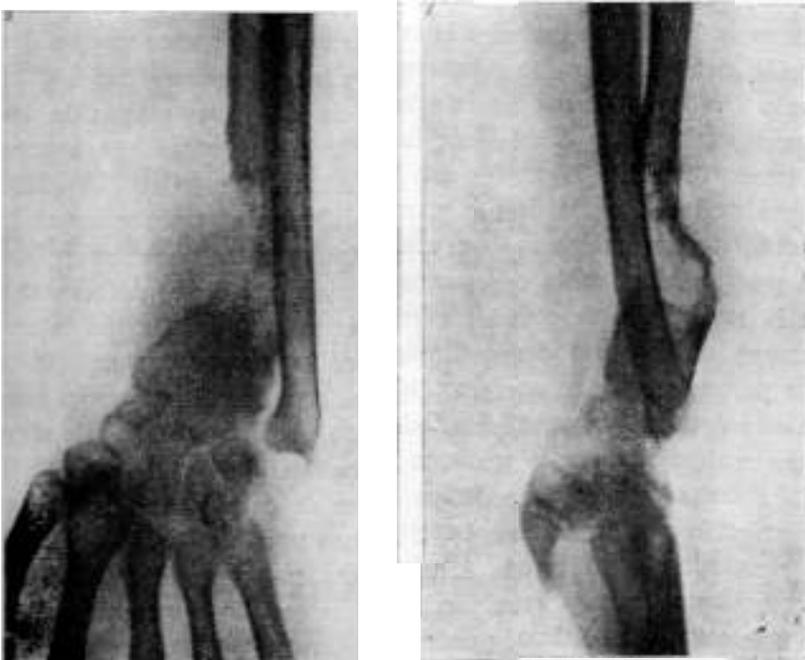


Fig. 6. — Frente y perfil de la lesión en agosto de 1937.

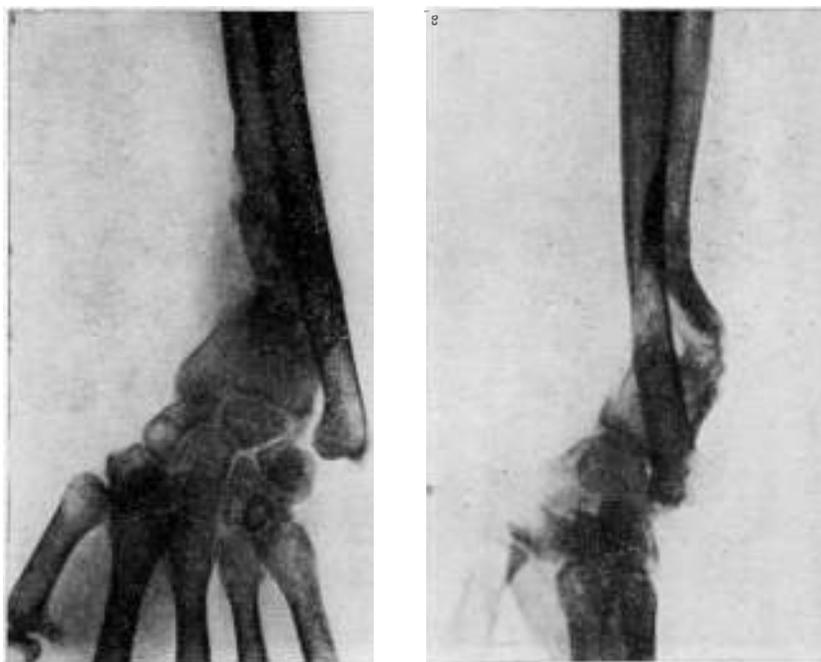


Fig. 7.—Frente y perfil de la lesión en marzo de 1938.

marzo de 1937) nos muestra la reaparición del tumor que ha destruido casi todo el hueso regenerado y las siguientes figs. 5 (3 de junio 1937) y 6 (fecha 14 de agosto de 1937), las etapas de destrucción tumoral y finalmente la de la fig. 7 en la que aparece el proceso tumoral liquidado con fecha 24 de mayo de 1938. Esta nueva destrucción del hueso y, probablemente por que no se ha podido vigilar bien la regeneración, incluyendo la región en buena posición, ha traído como consecuencia una gran deformación de la mano, que se encuentra completamente en flexión lateral externa con aspecto desagradable, con la extremidad del cúbito que parece amenazar perforar la piel, una verdadera mano zamba en valgus; y que apesar de todo esto, es bastante útil y le sirve para cualquier clase de trabajos manuales.

Pocos comentarios podemos hacer de este caso, bastando su descripción y radiografías, para darnos una idea de su evolución y resultados, pero puede servir para mostrar la utilidad del *Tratamiento actínico combinado con el quirúrgico*, por más que en este caso, este último, puede considerarse nada más que como

un recurso de asegurar el diagnóstico y la naturaleza del tumor, siendo el *rol más importante y eficaz el de la roentgenterapia*. Y si bien el resultado obtenido en la primera etapa, puede inclinarse a sostener que el acto quirúrgico tuvo un rol más efectivo, no lo es ya en la segunda, dado que el factor terapéutico *único* empleado fué la radioterapia. Tampoco debemos olvidar que un intenso tratamiento actínico post-operatorio fué incapaz de evitar la recidiva.

Claro está que los resultados obtenidos, son bastante recientes, para poder llegar a conclusiones francas y definitivas.

