

TUMORES A MIELOPLAXO DE LOS HUESOS

P. BARCIA y N. CAUBÁRRERE

A propósito de los tumores a células gigantes, queremos traer al seno de esta Sociedad, algunos de nuestros casos de tumores a mieloplaxos que hemos visto evolucionar sea por curación espontánea sin ningún tratamiento, sea por tratamiento radioterápico o por el quirúrgico.

Para entendernos dentro de un cuadro tan complejo, nos parece conveniente dividir los tumores a mieloplaxos en tres tipos:

- a) los que tienen las apariencias de los quistes simples de los huesos;
- b) los que presentan las características de los tumores a mieloplaxo propiamente dichos y
- c) los que tienen algunas características del sarcoma óseo.

No es esta una clasificación precisa y tiene sus inconvenientes, ya que no siempre la naturaleza verdadera del tumor corresponde a sus aspectos clínicos o radiográficos, sino que por el contrario, muchas veces nos parece encontrarnos frente a tumores de apariencia clínica y radiográfica benigna y la evolución hace ver que son malignos; pero tiene el valor de ser una clasificación de orden práctico que corresponde a realidades con las que todos hemos tropezado y que, como no constituyen entidades bien diferenciables, ni por sus signos clínicos, ni por sus signos radiológicos, ni tampoco — en muchos casos — por el examen histológico de un trozo sacado por biopsia, nos parece que debe permanecer dentro del gran capítulo de los tumores a células gigantes.

Como cada uno de los grupos merece consideraciones especiales, los analizaremos aisladamente.

1º *Tumores a células gigantes que constituyen una variante de las osteitis distróficas.*

Veremos casos: a) curados espontáneamente, sin intervención y sin fractura; b) curados después de fractura; c) curados por el simple raspado; d) curados por raspados e injerto; e) curados por Radioterapia.

El éxito se obtiene con cualquier procedimiento lo que los aproxima más de los verdaderos quistes.

(Presentan numerosas radiografías).

2º *Tumores a células gigantes con los caracteres clínicos y radiográficos propios a esta forma de neoplasia benigna.*

Hemos visto:

a) Recidivados después del raspaje e injerto;

b) Curados por amputación o curados por raspaje e injerto.

c) Curados por Radioterapia.

d) Mejorados por Radioterapia y recidivados obligando a un raspaje quirúrgico.

e) Mejorados por Radioterapia, recidivados provocando fractura, nueva mejoría por Radioterapia y nueva fractura que exige amputación. Haciendo surgir la duda de que esta tercera recidiva ya se trata de un sarcoma.

(Presentan radiografías correspondientes a estos casos).

3º *Tumores a células gigantes con caracteres que los separan de la neoplasia benigna y los llevan a considerar como "Variantes de las neoplasias óseas malignas".*

Sólo hemos visto dos casos, mejor dicho, uno, porque el otro es dudoso. Nos referimos al que va a presentar el Profesor Agregado Diego Lamas, y que creemos debe figurar en este grupo dada la forma como había invadido la articulación.

Estas radiografías corresponden a otro caso que consideramos dentro de este grupo por la forma como la lesión invade las partes blandas y rompe la superficie articular. No se le aplicó radioterapia y el cirujano hizo un raspaje que tuvo el inconveniente de provocar una fractura que ha imposibilitado la marcha desde entonces y ya hace más de 3 años de intervenido.

Terminado este desfile que nos ha permitido ver buenas y malas curas con todas las técnicas, expondremos el criterio que

puede considerarse *del momento*, en lo referente a tratamiento de los *tumores a mieloplaxos*. Por supuesto que nadie que tenga experiencia y haya apreciado la complejidad del grupo puede pretender que haya un criterio de tratamiento único. Este tiene que variar según los tres grupos enunciados.

1er. *Grupo*. — Los tumores a mieloplaxos, variantes de las distrofias, permiten la expectativa sobre todo cuando se trata de chicos. Decidida la intervención, sea porque la lesión progresa o porque hay peligro de una fractura, hay quien cree más conveniente ir a la intervención quirúrgica, y quien considera que sólo se debe llegar a ella después de haberse convencido que la Radioterapia no es capaz de parar la osteolisis y de facilitar la regeneración ósea.

Lo que nosotros agregaríamos a esta idea, que es la que impera en la literatura actual, es que, cuando no se ha obtenido la regeneración después de 2 series de Radioterapia, es inútil insistir.

Las cosas pasan como si con la Radioterapia obtuviéramos la destrucción de una parte de los elementos que provocan la osteolisis (la célula gigante). Las que son refractarias a una buena dosis no reaccionan aunque éstas las aumentemos posteriormente. Para no hablar en términos de especialista y sí en lenguaje que sea susceptible de ser controlado por cualquiera que sepa mirar una radiografía, queremos decir que, cuando en estos casos se obtiene un cierto grado de regeneración ósea pero se nota la persistencia de algunas lagunas, es inútil pretender su desaparición por nuevas aplicaciones. Constatada la falta de reacción regenerativa lo que conviene, — en este primer grupo —, es esperar la evolución ulterior y si el hueso no va rellenando las zonas de osteolisis no insistir con un medio terapéutico que puede no destruir el enemigo, pero sí a las defensas.

Hay que tener un poco de paciencia y de experiencia porque hay casos, como algunos de los que mostramos, en los que la regeneración se ha hecho lentamente en los primeros momentos para hacerse más activa después.

Insistir, pero no insistir demasiado, es la frase que debe guiar en el tratamiento radioterápico de esta clase de lesiones.

2º *Grupo*. — En esta clase de lesiones, en las cuales se conservan los caracteres de la neoplasia benigna, lo que se aconseja

con mayor entusiasmo es lo mismo que ha hecho el Dr. Bado en el caso que nos presentó. Pero si ese es el tratamiento que más resultados ha dado, no excluye el Radioterápico. Por eso hoy en día, se tiende a estas conclusiones. Es más conveniente pensar en la cirugía en los casos que son fácilmente abordables y en los que el acto quirúrgico no tropieza con ningún inconveniente ni deja suponer una cura prolongada, habiendo seguridad en conservar la función. En cambio en aquellos casos que por su extensión o su situación dificultan el acto operatorio, pudiendo llegar a exigir un tratamiento muy largo con inmovilización prolongada o en los que hay peligro de que la reconstitución funcional no sea completa, no debe de dejar de pensarse en la Radioterapia. También merecen que se considere las probabilidades de cura que pueden aportar los medios radioterápicos, ciertos casos en los que el acto quirúrgico supone una intervención de importancia, como pasa en ciertas localizaciones de la columna vertebral y en algunas craneanas.

Nosotros agregaremos lo mismo que en el grupo anterior: *No olvidar que el único inconveniente de la Radioterapia está en persistir.*

3º En cuanto al tercer grupo, las dudas son muchas porque ya se trata de casos muy vecinos al sarcoma y sobre los cuales sería necesario extenderse ampliamente si queremos hablar de posibilidades radioterápicas.

Dr. Vázquez - Rolfi. — En primer término deseo felicitar a los doctores Fossati, Barcia y Caubarrère por el importante aporte que han traído a esta sociedad sobre el siempre interesante tema de los tumores a mieloplaxas y en el que nos exhibieron los resultados obtenidos uno con la cirugía, otros con la radioterapia. Yo personalmente he tenido oportunidad, gracias a la gentileza de los doctores Barcia y Caubarrère, de examinar y estudiar detenidamente la importante colección que ellos poseen de tumores a mieloplaxas tratados por la radioterapia, algunos de los cuales hemos visto hoy, y confieso que hay allí algunos resultados verdaderamente alentadores.

Sin embargo frente a los tumores a mieloplaxas yo me siento inclinado hacia la terapéutica más radical, vale decir la quirúrgica por numerosas razones. En primer lugar, la clasificación

misma de estos tumores es hoy día, como bien lo han precisado los doctores Barcia y Caubarrère bastante vaga e imprecisa y en su mismo aspecto radiológico no ofrecen, en ciertas oportunidades, caracteres precisos que nos permitan afirmar si se trata de una osteodistrofia, de un tumor a mieloplaxas o de uno de esos tipos que los americanos han denominado tumores del "bordeiline", es decir, tumores de la frontera con la malignidad o tumores más vecinos de los sarcomas que de los tumores a mieloplaxas y que evolucionan siempre hacia la malignidad.

Se comprende pues que dada la diversidad de lesiones que pueden presentarse con el mismo cuadro radiológico sea imposible precisar claramente si lo que se irradia es un quiste simple, un tumor a mieloplaxas o un "bordei line" y comprenderemos también las diferencias en el tratamiento, pues en unos casos se obtendrán espléndidas curaciones mientras en otros el resultado será mediocre o malo.

Un factor que es muy necesario tener en cuenta en la elección de los tratamientos es el factor tiempo de duración, que en el caso de la radioterapia es bastante largo amén de oneroso, lo que ya lo pone fuera del alcance de muchos pacientes, especialmente en la clientela pobre, la cual es restituida más rápidamente a sus ocupaciones por la terapéutica quirúrgica, sin olvidar por otra parte que los largos períodos de las aplicaciones espaciadas pueden hacernos perder un tiempo precioso o mostrarnos que esta terapéutica, se ha mostrado ineficaz después de uno o dos años de tratamiento. Otra cosa que debemos considerar en la terapéutica radioterápica es la posibilidad de irradiar un tumor maligno o vecino a la malignidad o que evolucione hacia ella con el consiguiente peligro de irradiar esta clase de tumores. Uno de los casos citados por los doctores Barcia y Caubarrère, es un ejemplo de ello. Se trataba de un tumor a mieloplaxas típico en su aspecto radiológico, que después de un largo tiempo de radioterapia, empezó a evolucionar rápidamente hacia la destrucción, por lo cual hube de amputarle el miembro afectado. La operación primero y el examen histológico después indicaron que se trataba de un sarcoma infiltrando ya las partes blandas vecinas. Ante casos de esta índole me pregunto yo sino hubiera sido más eficaz, una intervención quirúrgica que revelando el carácter de la lesión por el examen histológico — único medio de aclarar la

naturaleza del proceso tumoral —, nos hubiera llevado a practicar el tratamiento necesario cualquiera que él fuere, que el largo tratamiento radioterápico que nos hace perder un tiempo precioso, para recurrir finalmente a la terapéutica más radical, y cuando existen las probabilidades de la diseminación del proceso tumoral con su consiguiente interrogante.

En consecuencia creo que la cirugía cumple más acabadamente con la finalidad terapéutica permitiendo: 1º el diagnóstico exacto de la lesión por su observación directa macro y microscópicamente, siendo ésta última el verdadero y único juez que nos asegura sobre el carácter de la lesión; 2º La extirpación completa de la lesión y 3º el relleno de la cavidad dejada por el vaciamiento con material óseo, lo que pone al organismo en presencia de sales de calcio y fósforo en abundancia como para reparar rápidamente la pérdida sufrida, alcanzando así más brevemente de lo que lo hacía espontáneamente la textura anatómica que permita su pronto restablecimiento funcional. La sola falta de la biopsia hace que el tratamiento radioterápico sea un tanto ciego pues sólo contamos con el diagnóstico radiológico de la lesión que ya vimos, es muy poco preciso.

Por otra parte son estos tumores en su inmensa mayoría fácilmente abordables por el cirujano, pues se localizan generalmente en las extremidades de los huesos de los miembros, no necesitándose para su intervención operaciones muy traumatizantes.

A propósito de los injertos óseos con que se rellena la cavidad tumoral una vez vaciada, quiero insistir sobre sus características. El injerto no debe ser uno sólo, grande y voluminoso, verdadero mazacote óseo, en el cual los procesos de reabsorción primero y rehabilitación después, son por su misma maza, lentos en sumo grado y que se transforman a veces por su mismo volumen en cuerpos extraños que el organismo expulsa. La cavidad debe rellenarse con virutas óseas o escamas de hueso colocadas dentro de la cavidad en forma apretada, de manera de formar una verdadera malla de substancia cálcica, injertos susceptibles de sufrir rápidamente los “remaniéments” que lo transformen fácilmente en hueso definitivo. En uno de los últimos números del “Journal of Bone and Joint Surgery”, creo que es en el de abril de 1938, apareció un artículo de Swift y Hallok, cirujanos

del New York Orthopedic Hospital, a propósito del tratamiento quirúrgico de las cavidades fibroquísticas de los huesos — entre las cuales entran los tumores a mieloplaxas —, en el cual se muestran decididos partidarios de la terapéutica quirúrgica la afección que nos ocupa, después de haber probado largo tiempo la terapéutica por las irradiaciones. Citan en su colección un caso interesante de tumor operado y recidivado que resumiré sucintamente: se trataba de un voluminoso tumor a células gigantes de la mitad inferior del cúbito, de 4 años de evolución y q había sufrido durante ese tiempo un largo tratamiento radiote-rápico que resultó infructuoso. Fué entonces operado y vaciad rellinando la cavidad con virutas óseas, presentando al año de loperación, la recidiva de la tumoración por lo cual fué nueva-mente intervenido en la misma forma.

Dos años más tarde aparece un tumor a células gigantes en la extremidad inferior del radio en el mismo antebrazo que fué también operado de idéntica manera, curando después definiti-vamente.

En este caso vemos que el reproche hecho a la radioterapia de no evitar la recidiva de la tumoración, es falso, pues ella puede recidivar aun después de operada. Los autores citados recurren al empleo de los pequeños injertos o virutas de hueso para rellenar la cavidad, porque dicen, este andamiaje óseo en cuyos intersticios se deposita la sangre y la fibrina coaguladas, es rápidamente infiltrado por un tejido fibrovascular de crecimiento rápido, medio conjuntivo osificable que cuenta con una gran cantidad de material cálcico y fosfórico. Al cabo de la segunda semana es posible ver histológicamente en esta masa, la formación de delgadas capas de hueso nuevo que envuelve y rodea a los pequeños injertos, así como delgados puentes óseos que unen un injerto al otro, transformando rápidamente esta malla ósea en hueso esponjoso definitivo. Hemos visto en esta sociedad el caso presentado por el doctor Bado en la sesión anterior de un tumor a mieloplaxas del olécrano tratado de idéntica manera y que adquirió en breve tiempo la textura anatómica normal. Pero sin embargo, al declararme decidido partidario de la terapéutica quirúrgica en los tumores a mieloplaxas no deseo significar de ninguna manera que soy enemigo del tratamiento radioterápico. Los dos métodos son excelentes auxiliares tera-

péuticos cuya eficacia ha sido probada y discutida largamente, y creo que lejos de combatirse se complementan. Cada uno de ellos tienen sus indicaciones perfectas y si bien es cierto que me inclino preferentemente hacia la cirugía, reconozco que la radio-terapia debe ser empleada en aquellos casos de localizaciones profundas, difícilmente abordables como ser los casos de lesiones vertebrales, sacras, craneanas, etc. o en aquellos sujetos que por su edad o estado general precario no puedan ser sometidos a un tratamiento quirúrgico.

Dr. Nario. — Cuando se discuten temas de esta índole, de muy difícil solución, y con el fin de ir haciendo experiencia y sacar conclusiones de valor referente a cada caso y a la generalidad, creo que es fundamental el examen previo del tumor a tratar. Yo soy partidario de hacer anteriormente el examen histológico del tumor, pues aunque creo que el criterio histológico no es infalible, lo es mucho menos que el radiográfico que frecuentemente es falaz.

En consecuencia yo creo que conviene en estos casos hacer una incisión sobre el tumor y tomar un fragmento para biopsia, y si se presenta ya macroscópicamente como un tumor benigno, resecarlo totalmente y rellenar la cavidad. Según lo que he visto en mi último viaje a Norte América, la radioterapia post-operatoria en los tumores a células gigantes es de buenos resultados, pero insisto en que es necesario saber lo que se está irradiando y por lo tanto, la biopsia previa; sino se podría caer en la posibilidad de lo que ya ha sucedido en el tumor del enfermo del Dr. Lamas irradiado por los Drs. Barcia y Caubarrère, en el que se tiene la firme presunción que ha sido enormemente agravado, por esa terapéutica.

En general, en otros países, la biopsia es una exigencia indispensable, para plantear un problema terapéutico cualquiera en materia de tumores de los huesos. El estudio histológico permite apreciar la calidad y malignidad del tumor en un grado más preciso que la radiografía.

No creo que la radioterapia y la cirugía deban contraponerse a la otra sino marchar juntas auxiliándose mutuamente.

Dr. Fossati: Yo quiero hacer notar que se ha insistido mucho en la necesidad del examen biópsico del tumor, para establecer la calidad del tumor, y su grado de malignidad y yo creo que si bien el examen biópsico se aproxima más a la verdad, no es de un valor absoluto, ni mucho menos, pues no hay criterios histológicos seguros de benignidad o malignidad de un tumor y los errores son frecuentes y si no recuerdo mal el caso del Dr. Lama^s diagnosticado histológicamente como un tumor benigno, evolucionó luego como un sarcoma.