

SOBRE TUMORES A CÉLULAS GIGANTES DE LOS HUESOS

Tumor a células gigantes de la columna cervical

D. PRAT, E. PRAT y N. CAUBARRÈRE

HISTORIA. — Atilio B., 16 años, uruguayo. Procedente de Colonia. Ingresó al H. Maciel por raquialgias cervicales que comenzó a sentir hace 3 meses a consecuencia de una caída.

Dolores bastante intensos que el enfermo localiza en el raquis cervical, con irradiaciones al hombro y brazo derechos, a tipo neurálgico. Además tiene dificultad para efectuar los movimientos del cuello: rotación, inclinación lateral, etc.

Como antecedentes, una adenitis bacilar a los 5 años.

Examen: cabeza ligeramente inclinada hacia la derecha. Hombro derecho algo caído con relación al izquierdo. Asimetría facial. Hueco supraclavicular derecho, menos profundo que el izquierdo. Movimientos activos de flexión, rotación hacia la izquierda e inclinación muy limitados. La palpación muestra la atrofia del trapecio y del esternocleidomastoideo del lado derecho. En la profundidad y aplicado contra el lado derecho de la columna cervical desde la 3ª a la 6ª vértebra cervical y formando cuerpo con ella una tumoración ovoidea, alargada en el sentido antero posterior de consistencia dura como el hueso, uniforme a superficie lisa regular que no adhiere, a los planos blandos músculoaponeuróticos que lo rodean. Las apófisis transversas están incluidas en la tumoración. Inmóvil, indolora. En ambas regiones carotídeas se palpan adenopatías duras de tamaño variable.

En el vértice del pulmón derecho hay submatidez y una respiración sopiante. Radiológicamente constatamos la presencia de una sombra del vértice con las características de las lesiones bacilares.

No hay trastornos nerviosos ni circulatorios de los miembros superiores. Examen de orina, normal. Reacción de Wassermann negativa. Reacción de Casoni, negativa.

Clinicamente se plantean los diagnósticos de: en primer término tumor a mieloplaxos, luego espondilitis tuberculosa o sifilítica.

Las radiografías de frente y perfil no aclaran mucho el diagnóstico y se resuelve la intervención quirúrgica.

Operación. — Dres. D. Prat, E. Prat, Cirio Font. Posición latero ventral izquierda. Incisión de 10 cent. de largo teniendo como centro la tumoración. Sección de piel, celular y aponeurosis. Disociación de planos musculares que reposan sobre la tumoración. A la palpación ya notamos que el tumor no

tiene la dureza que apreciamos a través de la piel. Ahora es blando casi renitente. Con la legra levantamos una cáscara blanda y fina de tipo cartilaginoso y nos muestra que el interior está lleno de una masa como de fungusidades pero de bastante consistencia. Abierta la cavidad del tumor empieza a sangrar bastante y al querer resecar una pequeña parte de la corteza viene un grueso chorro de sangre. Con la cureta hacemos el vaciado, del contenido tumoral, que por ser blanduzco se hace fácilmente. Sangra muy intensamente a pesar de haber hecho la hemostasis provisoria sigue sangrando al quitar el taponamiento de gasa. Esto nos hace pensar de que se trata de un tumor a mieloplaxos. Se taponan bien cohibiendo la hemorragia. Recogemos material óseo y fungoso para examen. Cierre de la herida sobre la mecha con puntos de crin. Se inmoviliza la cabeza con una corbata enyesada toraco-cervical.

Evoluciona bien y a los 5 días hacemos una ventana en el yeso y quitamos la mecha. No sangra.

El informe anatomopatológico informa: "Tumor a mieloplaxos muy vascularizado".

2ª Operación: Prof. D. Prat, Pract. Pignata. Con anestesia local se saca un trozo de hueso de la cresta de tibia de 7 cent. de largo por 1 de ancho.

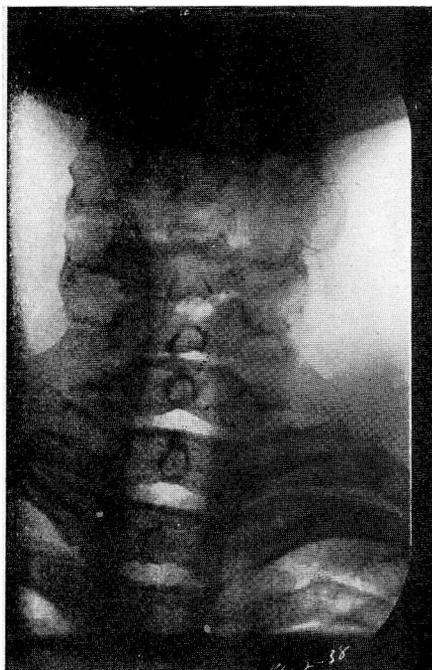
Se desinfecta la herida del cuello se reabre su brecha, se colocan tres fragmentos del injerto que se hunden bien y se fijan con una mecha superficial que se saca a los 6 días. A los 20 días la herida está casi cerrada. Pensamos quitar el yeso, hacer una radiografía y luego radioterapia.

Comentarios. — Este caso de tumor a células gigantes o a mieloplaxos de la columna cervical, es mucho más interesante que los demás casos presentados de esa misma afección a esta sociedad, por la gran rareza de estos tumores y la gran dificultad de su diagnóstico.

Cuando estudiamos este enfermo el diagnóstico de su afección lo planteamos entre la espondilitis tuberculosa, la sifilítica y el tumor a células gigantes. El examen clínico del paciente así como su estudio radiológico permiten establecer un doble carácter a su lesión; una acción destructiva del hueso u osteolisis y una intensa neoformación tumoral hiperostósante. Si bien la osteolisis la podíamos explicar por un proceso tuberculoso de la columna cervical; no se comprendía la hiperostosis concomitante en el Mal de Pott, lo que nos llevaba, a desechar completamente la tuberculosis. Sin embargo las lesiones radiológicas de tipo bacilar constatadas en el vértice derecho nos obligaban a insistir en la tuberculosis tratando de explicar las diversas lesiones del enfermo por el mismo agente ya instalado y localizado en el pulmón. El carácter francamente tumoral óseo de las lesiones cervicales, su aspecto radiológico contrario a la clásica lesión tuberculosa y la

ausencia de absceso, en un proceso con tanta destrucción y tan avanzada evolución, nos hicieron descartar radicalmente la tuberculosis no obstante la lesión bacilar del pulmón. En la sífilis y en el tumor a células gigantes pensamos por la neoformación ósea, por su hiperostosis y por su concomitante osteolisis.

En lo que se refiere a la sífilis del raquis, sabemos bien que el segmento privilegiado para su localización es la columna cer-

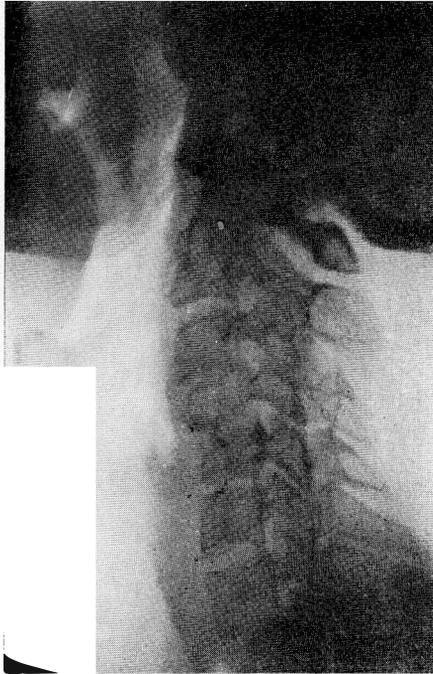


RADIOG. N.º 1. — La lesión de frente

vical. Ahora bien la sífilis se caracteriza por sus dolores osteócopos a predominio nocturno, cosa que nuestro enfermo no presentaba, pues sus dolores eran continuados y constantes. Hubiéramos pasado este dato por alto, si el enfermo hubiera acusado algún antecedente de sífilis, adquirida o hereditaria pero, en cuanto a esto, nuestro enfermo era bien categórico: no tuvo antecedentes sifilíticos y su examen no reveló nada que pudiera hacer sospechar una sífilis hereditaria. Por otra parte sus reacciones biológicas de la sífilis fueron todas completamente negativas; quedaba pues para establecer ese diagnóstico la localización y la

neoformación ósea tumoral, con su correspondiente osteolisis, que no constituían datos de valor para establecer un diagnóstico positivo y por eso lo desechamos.

Nos quedaba finalmente por considerar el diagnóstico tumor a células gigantes y aquí nos encontrábamos en una situación de perplejidad, porque esta afección en esa región especial, pocos datos positivos o afirmativos podía suministrarlos. Pensa-



RADIOG. N.º 2. — La lesión de perfil

mos en el tumor a mieloplaxos, por la juventud del enfermo y el carácter de sus dolores neurálgicos rebeldes, pero más por el carácter tumoral hiperostósico con una gran geoda, en su interior, a bordes policíclicos. Su evolución tórpida y fría hacía pensar también en un proceso tumoral de ese tipo; pero confesamos que bastante nos molestaban para el diagnóstico la presencia de una profusa adenopatía cervical, que parecía más bien constituir un argumento en favor de un proceso inflamatorio frío, como la tuberculosis que habíamos descartado completamente. Aceptamos el diagnóstico de tumor a células gigantes, sin poderlo afirmar ni

asegurar en ningún síntoma positivo y establecimos que no es tanto autorizados a instituir un tratamiento de prueba contra la sífilis, puesto que el enfermo no tenía antecedentes, lo mejor era realizar la operación, que nos serviría de biopsia del tumor y al mismo tiempo de terapéutica. Admitimos también una posibilidad remota de tumor maligno, tal como un sarcoma, aunque la evolución del proceso no autorizaba a tal diagnóstico. Operamos pues al enfermo y ya en el acto operatorio tuvimos la casi certeza de que se trataba de un tumor a células gigantes, porque el tumor era encapsulado y por la gran hemorragia que originó.

El examen histológico realizado por el profesor Lasnier confirmó el diagnóstico de tumor a mieloplaxos. Tan pronto como supimos la naturaleza exacta del tumor, le hicimos la aplicación de injertos dentro de la cavidad, sin tener la seguridad de haber hecho la evacuación completa de su contenido. Esperamos poder completar su terapéutica ulterior con aplicaciones de radioterapia y será un placer para nosotros comunicar el resultado que obtenemos a la Sociedad de Cirugía.

Para terminar esta comunicación, consideraremos dos cuestiones fundamentales en la patología de los tumores a mieloplaxos: una se refiere al criterio diagnóstico y la otra al tratamiento. En lo que se refiere al diagnóstico hay que tener muy presente que se le establece como tal, no por la simple constatación de algunos mieloplaxos en el campo visual de una preparación microscópica sino cuando estos mieloplaxos se presenten en cantidad numerosa por toda la preparación, repartidas uniformemente por todo el tumor y predominando sobre todos los elementos anatómicos como lo puso muy bien de manifiesto Delbet. No hay que olvidar que el diagnóstico surge del equilibrio concomitante de la profusión de las células gigantes y de las características del estroma que apesar de estar constituido por fibroblastos semejantes a los del sarcoma no tiene sus precisas características, en cuanto a monstruosidad celular, carioquinesis, etc.

Como el diagnóstico verdadero surge del estudio bio - anatomico fisiológico, de estos dos elementos, la célula gigante y el estroma; es por eso que creemos que en todo tumor que sospechemos el diagnóstico clínico de un tumor a mieloplaxos, debe hacerse la operación o la biopsia, que en estos tumores no tiene inconveniente y sí ventajas y así se podrá establecer un diagnóstico preciso, que permitirá una terapéutica adecuada y rápida.

Con esto queremos establecer de acuerdo con el criterio general de la terapéutica actual, que todo tumor a mieloplaxos debe ser tratado primitivamente por la cirugía, para su biopsia y tratamiento; tratamiento auxiliado por los injertos y complementado eficazmente por la radioterapia profunda. Ahora bien creemos que tanto una como otra, frecuentemente fracasarán en un porcentaje elevado de casos.

La radioterapia usada primitiva y precozmente, creemos que no tendría mejores resultados que la cirugía y nos basamos para decir esto, en la serie de casos presentada por el Dr. Barcia a esta sociedad donde a través de hermosas radiografías, hemos podido seguir la evolución de unos cuantos casos pudiendo constatar que en enfermos en que se había obtenido una curación aparente, la lesión tumoral aminorada o reducida, persiste aun radiológicamente, lo que quiere decir que para nosotros esa cura no es aún indefectible y absoluta. Por eso, hoy por hoy en el estado actual de nuestros conocimientos creemos que la conducta lógica, es hacer la operación precoz y la biopsia diagnóstica; si se confirmase esto, hacerle injertos, complementando todo con la radioterapia una vez que hayan prendido los injertos y cicatrizado bien la herida operatoria.