

*TUMORES OSEOS CRANEO-FACIALES A CELULAS
GIGANTES*

Dr. N. L. Caubarrere

(Prof. Agreg. de Radiología)

En 1938, presentamos a esta Sociedad una serie de casos de estos tumores a células gigantes que habíamos tratado con radioterapia; uno de ellos con el Prof. Prat y los otros con el Prof. Barcia. En algunos con éxito y en otros habíamos fracasado. Todos ellos se referían a la localización en la epífisis de los huesos largos, característica fundamental, de este tipo de tumores.

Ahora hemos creído oportuno mostrar una localización que se puede considerar como muy poco común; el cráneo y los maxilares, siendo más frecuentes en estos últimos que en el primero.

Unos de los del cráneo con una larga evolución, pues ha sido tratado en 1935, tres más recientes y dos últimos todavía en tratamiento.

Deliberadamente hemos dejado pasar todo este tiempo sin presentarlos, pues más de una vez se ha dicho que con la sola radioterapia no se puede estar tranquilo y que pueden recidivar después de mucho tiempo. Sin embargo uno de ellos tiene ya más de 10 años de tratado y lo vemos sin novedad que haga pensar en recidiva.

Todos tienen características radiológicas bastante típicas y además *a todos* se le han hecho biopsias y la anatomía patológica ha demostrado que se trataba de verdaderos tumores a mieloplaxo.

CASO N° 1. — R. T., 21 años. Consulta porque a raíz de un traumatismo en la región frontal se le ha producido una tumefacción poco dolorosa, que crece progresivamente y se extiende hacia los lados con unos 5 cms. de diámetro más o menos y que en ciertas zonas aparece de menor consistencia.

En un Servicio Dermatológico se le hace una reacción de Wassermann que resulta positiva. Sometido a tratamiento específico se nota que la tumefacción no regresa. Frente a la dificultad diagnóstica y sin otro antecedente que el traumatismo, se piensa en la posibilidad de un tumor óseo primitivo. Examinado por el Prof. Schroeder, le hace una biopsia y comprueba en el examen anatómo-patológico algunas células gigantes con una estroma que hace pensar en un tumor a mieloplaxo.

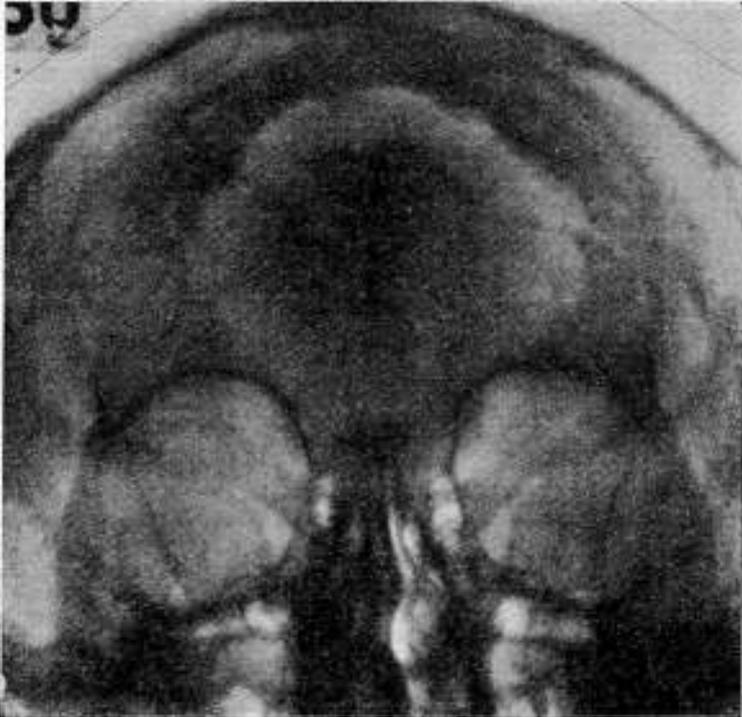


FIG. 1. — La expansión del tumor provoca la desaparición de los senos frontales, conservándose nítidamente los contornos de ambos rebordes orbitarios.

Dada la localización y su gran desarrollo en el diploe del frontal, que lo insufla hacia adentro y hacia afuera, como lo muestra la placa de perfil; la no existencia de infiltración de las zonas vecinas y el trabeculado muy característico de los tumores a mieloplaxo que mostraba la biopsia nos apresuramos a iniciar el tratamiento por los Rayos X.

En pocas sesiones se nota que este tumor es muy radiosensible, como lo muestra el estudio radiográfico seriado y además la tumefacción que era blanda y saliente se reduce, adquiriendo los caracteres de hueso duro, y sin rugosidades.

CASO N° 2, — T. P., 39 años de edad. Consulta a un cirujano porque desde hace un par de meses nota una tumoración en el cráneo, parte posterior del lado izquierdo a nivel del hueso occipital, y por cefaleas intensas. No tiene ningún antecedente personal y se ha considerado siempre sana. Clínicamente se palpa una tumefacción que se puede saber si está relacionada con el hueso, siendo en algunas zonas bastante blanda.



FIG. 2

Se piensa en la posibilidad de un tumor de las partes blandas y se interviene con fines de hacer una biopsia.

La radiografía en la incidencia frente placa nos muestra una imagen osteolítica del occipital a contornos nítidos y sin ningún trabeculado en su interior.

El aspecto radiológico es el de un tumor osteolítico cuyo origen primitivo o secundario es muy difícil de resolver; se piensa más bien en

un tumor primitivo dada la falta absoluta de antecedentes de la enferma y su perfecto estado general.

El estudio anatómico patológico efectuado por el Prof. Lasnier demostraba que se trataba de un tumor a mieloplaxo por lo que se decide intentar el tratamiento por los Rayos X.

En pocas sesiones las cefaleas desaparecieron por completo y la calcificación del hueso se hace paralelamente a la regresión de los síntomas clínicos.



FIG. 3. — Después de la radioterapia la imagen osteolítica se ha calcificado. ●bsérvese como reaparecen los senos frontales.

Las placas son bien elocuentes en cuanto a la buena calcificación ósea que se ha conseguido.

CASO N° 3. — C.E.S., de 25 años de edad, casada, sin antecedentes de importancia, consulta a un dentista porque desde hace tiempo nota una tumefacción del maxilar inferior y el canino e incisivo lateral izquierdo, presenta anormal movilidad.

El dentista ante el aspecto de los dientes que están clínicamente sanos la tumefacción densa que aparece en la zona vestibular y hacia adentro, más o menos del tamaño de una gruesa nuez, hace el diagnóstico de posible tumor primitivo óseo. Descartado el quiste radicular por el estado de las piezas dentarias y no habiendo signos de proceso infla-

matorio en el reborde alveolar plantea la posibilidad de una intervención por lo que nos consulta.

El diagnóstico, descartada las formaciones de origen dentario nos quedaba entre el tumor maligno o benigno; el primero era muy difícil

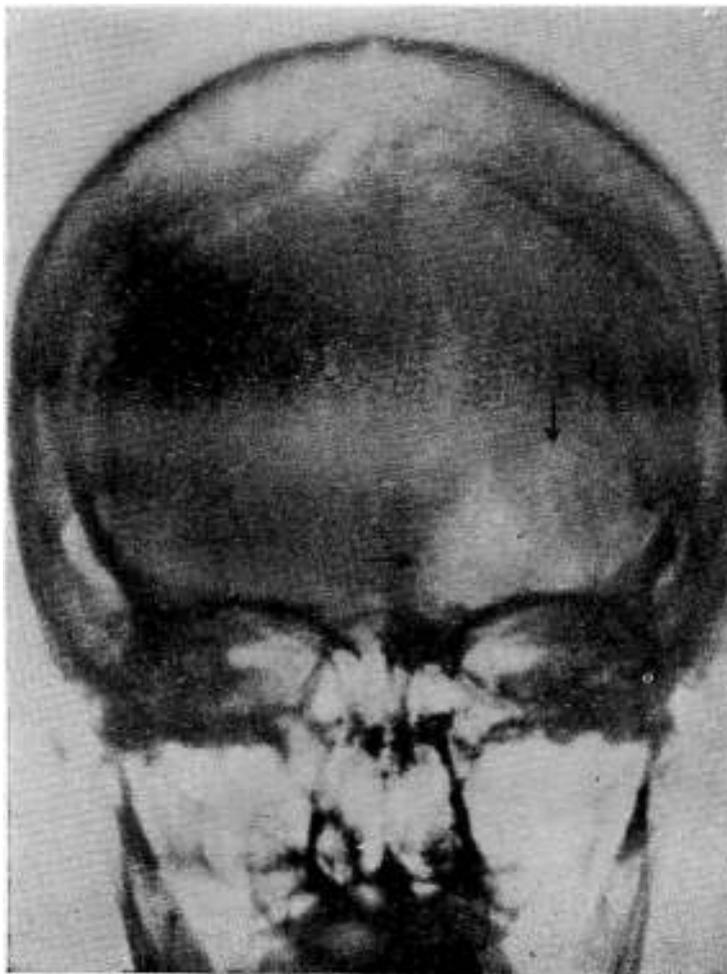
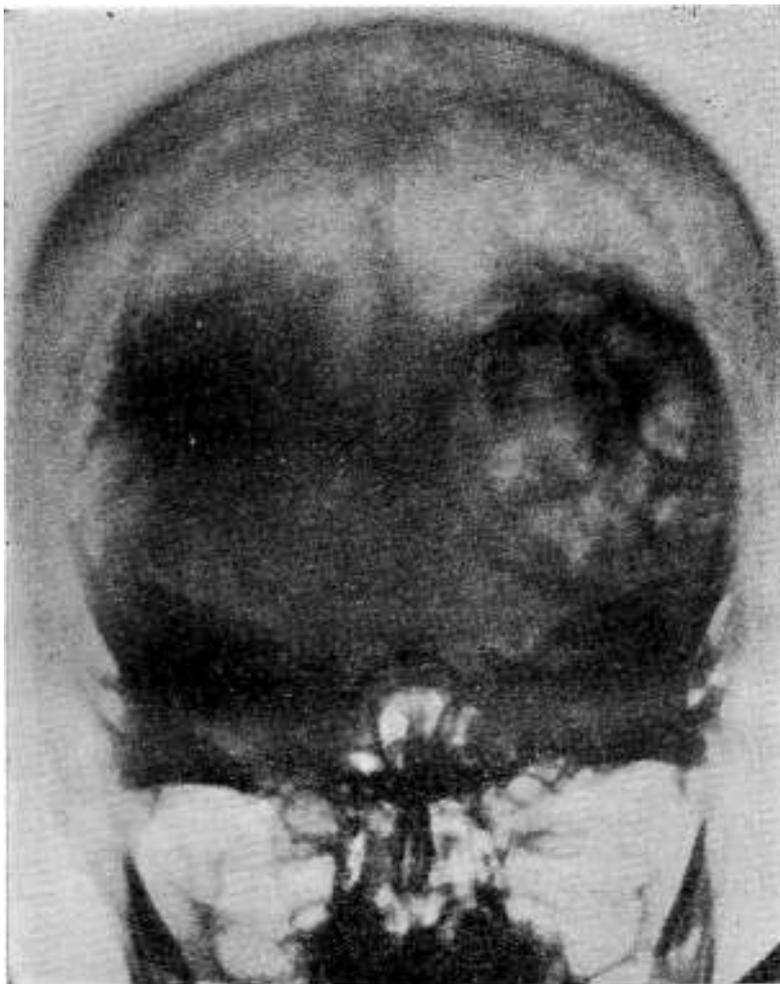


FIG. 4

por su lenta evolución, entre los benignos; el fibroma, quiste simple o tumor a células gigantes. La biopsia muestra la existencia de un tejido del tipo de tumor a mieloplaxo.

El estudio anatómico patológico la confirma.



Se comienza de inmediato las sesiones de radioterapia y se nota rápidamente que los dientes se fijan sólidamente el tumor regresa francamente.

Las placas sucesivas muestran la buena calcificación ósea, que se hace relativamente lenta, pero continuada.

Actualmente a más de 2 años del comienzo del tratamiento se puede considerar curada por el aspecto clínico y la reconstrucción ósea que muestra radiográficamente una buena calcificación.

Consideraciones

Geschickter y Copeland en su tratado sobre Tumors of Bone, año 1936, hacen ver lo poco frecuentes que son las localizaciones en el cráneo de estos tumores. Por otra parte dicen: "si es verdad que existe una verdadera asociación en los cambios patológicos entre los tumores a células gigantes y los procesos de reabsorción; los huesos del cráneo y cara, nos aportarían un dato de gran valor para sostener este concepto. Porque se sabe que ciertos huesos del cráneo, particularmente el frontal, parietal y la porción tabular del occipital — la que forma la bóveda — están formadas de membrana más bien que de cartílago, como lo son la mayoría de los huesos de la cara. Estos huesos no estarían directamente atacados en las osteítis fibrosa ni en el tumor a células gigantes".

Podríamos pensar que estos huesos de origen membranoso están recubiertos de periostio y que allí se encuentran células osteoclásticas, con potencialidad osteoblástica, pero en tales circunstancias presentan otras particularidades sobre las que no nos vamos a extender.

Las estadísticas del Johns Hopkins Hospital sobre el período de 3 años muestra solamente 22 casos de estos tumores desarrollándose en el cráneo; 2 en la fosa temporal, 6 en el maxilar superior y 14 en el inferior. En las porciones puramente membranosas del cráneo (frontal y hueso parietales no se recuerda ninguna).

Por lo tanto consideramos que nuestros casos tienen interés no sólo por la poca frecuencia con que se ve esta localización cráneo facial sino por su tratamiento exclusivamente radioterápico. Además la localización en frontal por haberse producido la reabsorción ósea por el mieloplaxo en un hueso derivado exclusivamente de membrana, lo hace más excepcional aún.

Consideramos de interés para la estadística de estos tumores su publicación.

En cuanto a la técnica, hemos seguido la conducta que preconizábamos en nuestra comunicación anterior hace 8 años. No empleamos grandes dosis y las aplicaciones serán espaciadas controlando, con radiografías seriadas la evolución; no hay que olvidar que con intervalos prudenciales de unos días entre las series de 2000 r. que se hacen con sesiones de 200 r. cada una (día por medio) alcanza para conocer la radiosensibilidad del tumor en el caso que no sea radiosensible estamos a tiempo para pasarlo al cirujano si resulta sensible continuaremos hasta que haya conseguido una regresión total, traducida por la aparición de un trabeculado óseo bastante nítido y muy próximo al aspecto normal.

Conclusiones

Presentamos 3 casos de tumores a mieloplaxo tratados exclusivamente con radioterapia, previa biopsia, dos de ellas, de localización en el cráneo (hueso frontal y occipital) y otros en el maxilar inferior; además mostramos dos casos de diagnóstico interesante localizados en el maxilar que tenemos en tratamiento y que los traeremos después de terminadas las aplicaciones.

Consideramos como lo hemos sostenido en otros momentos, que en los casos de estos tumores no hay que ser exclusivista en cuanto a la orientación terapéutica; creemos que frente a un caso que lleva diez años curado se puede considerar muy difícil la recidiva; estimulándonos para persistir con esta conducta.

Por otra parte cuando el tumor no es de fácil abordaje para el cirujano, bien vale la pena ensayar la radioterapia, que efectuada correctamente no presenta ningún riesgo para el enfermo.