

RESECCION SUBTOTAL DE MAXILAR INFERIOR POR ADAMANTINOMA QUISTICO

Dr. Barsabás Ríos
(Tacuarembó)

E. P., de 29 años.

Enferma que hace aproximadamente 10 años vimos por tumoración de maxilar inferior, de origen óseo, que clínicamente impresionó como adamantinoma. La paciente rehusó entonces la intervención. Hace dos años reaparece la enferma pero entonces su tumoración ha alcanzado un desarrollo tal que entendemos desborda nuestras posibilidades quirúrgicas. Logramos que acepte el pase al Instituto de Radiología de Montevideo, para estudio y tratamiento en medio apropiado.

Antes de completada la observación pre-operatoria, la paciente, contra voluntad médica, deja el Hospital y vuelve a Tacuarembó, donde, asimismo, nos elude. El 20 de Octubre de 1949, se nos presenta espontáneamente, y ante los trastornos mecánicos para la deglución, etc., que su tumor le crea, nos dice que está resuelta a operarse, siempre que lo hagamos nosotros, en el Hospital local.

Intervención.

Dres. B. Ríos y E. Abdo.

Anestesia de novocaína al 1 %. Incisión de la cara en curva, siguiendo la prominencia máxima de la tumoración, partiendo a izquierda la región temporal y terminando a derecha a unos tres centímetros por fuera de la comisura labial, sin sección del labio. Se hacen dos amplios colgajos de piel y partes blandas, trabajando, en lo posible, junto a la cápsula del tumor. Las incisiones mucosas se sitúan en el surco interno que forma el tumor con la lengua, y en el externo con el labio y mejillas. Lograda la liberación del tumor por abajo, seccionamos la mandíbula bastante a derecha de la línea media. En la parte que no se extirpa, queda implantado el último molar. La sección del maxilar permite su movilización y liberación interna parcial. Por último se ataca la articulación témporo-maxilar. En este momento se abre espontáneamente la cápsula tumoral y sale líquido viscoso claro. Completada la extirpación se hace hemostasia, se regulariza a dere-

cha el muñón residual de mandíbula, a efecto de cubrirlo bien con la sutura mucosa. Hacemos una especie de capitonado de la barbilla para mantener su forma. La sutura de mucosa se hace con catgut, la de la piel con hilo, dejando drenaje de las fosas pterigoideas. No se hizo transfusión de sangre antes, ni durante



Fig. 1. — Aspecto de la lesión.

ni después de la operación. La intervención duró dos horas. Se inyectó penicilina en los primeros días siguientes.

La tolerancia operatoria fué perfecta. Hubo incontinencia de saliva al principio. Alta, curada, a los quince días.

La pieza operatoria fué traída al Instituto de Radiología. Se acompañan fotografías de la misma y micro-fotografías histopatológicas en que aparecen la cápsula fibrosa y el epitelio adamantino que reviste la cavidad quística. Se transcribe el informe del Profesor Dr. Héctor Ardao, a quien debemos estas ilustraciones:

Informe Anatómo-Patológico. Pieza Operatoria: Hemi ma-

xilar Inferior. Examen macroscópico: El maxilar aparece sopla- do en la casi totalidad por una formación que ha crecido entre sus dos tablas. El corte corresponde a una formación quística a contenido en parte coloideo. Examen microscópico: Se observa en las paredes una membrana capsular a la cual adhiere en la superficie interna, en partes, trozos de un tejido constituido por células estrelladas anastomosadas, que recuerdan a las del órgano adamantino. En consecuencia se trata de un Adamantinoma Quístico, del hemi maxilar inferior izquierdo. Héctor Ardao”.



Fig. 2. — Aspecto de la lesión.

Las otras fotografías corresponden a la paciente antes y a los dos meses de la operación. Su estado actual a más de un año de operada, es excelente. Cumple sus tareas de Lavandera y se niega a venir a la capital para que le reconstruyan su maxilar.

Comentario.

Hemos traído éste caso, no por su interés en sí. En efecto, tanto la anatomía patológica como la clínica de los adamantinomas, entendemos que están correctamente establecidas. Lo trae.



Fig. 3. — Aspecto de la lesión.

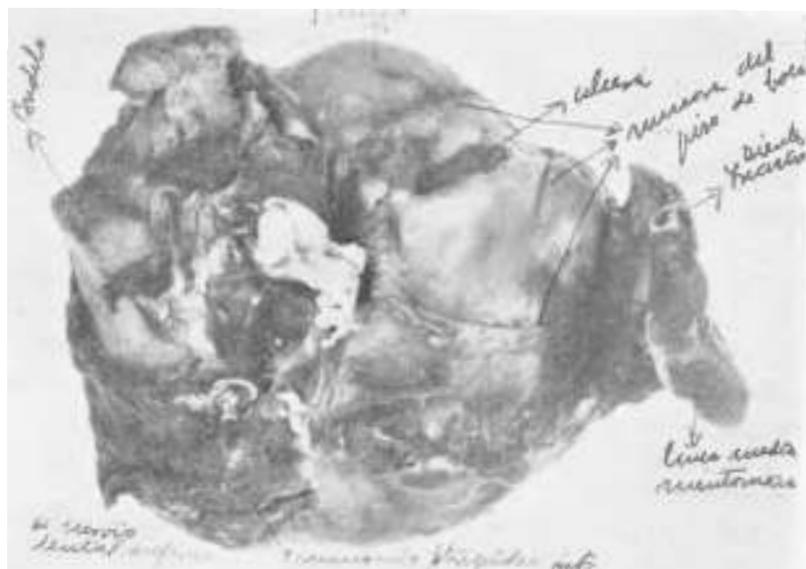


Fig. 4. — Aspecto macroscópico de la pieza operatoria.

mos porque él tuvo para nosotros el significado un poco inquietante de una verdadera aventura quirúrgica, de esas a que nos vemos forzados por imperio de las circunstancias, tan a menudo, los cirujanos del interior. Y traemos, además, este caso, porque interesa comparado con otro publicado en los “Anales de Cirugía” de Abril de 1949 por Daniel Catlin del Memorial Hos-

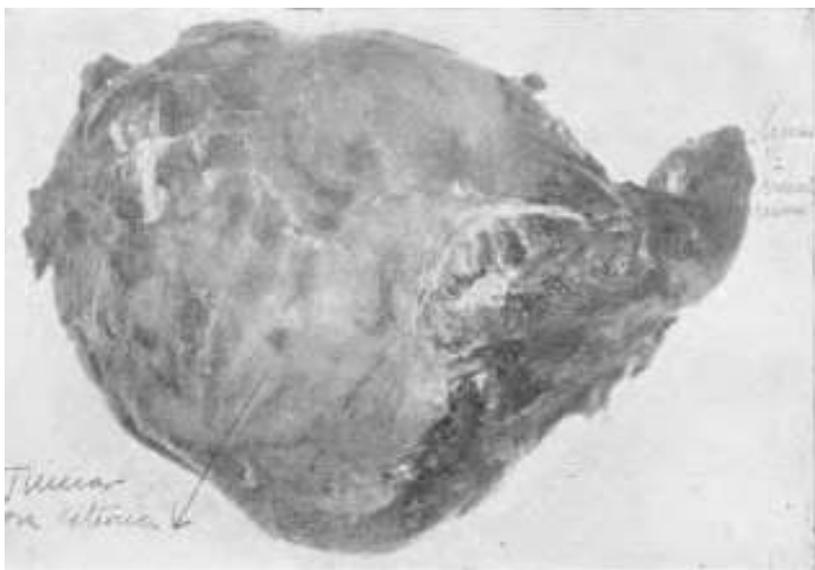


Fig. 5. — El tumor visto por su cara externa.

pital, de New York, con el título de “Adamantinoma del Maxilar Inferior”.

—Como lo establece la historia, quisimos, con justa estimación de nuestras posibilidades, que esta enferma se tratara en un medio especializado, de capacidad incuestionable, y la enviamos al Instituto de Radiología. Sin embargo, ella y las circunstancias, se obstinaron en que hiciéramos la operación nosotros, con nuestros pobres medios.

Al mismo tiempo, recibíamos los “Anales de Cirugía”, con el caso de Catlin.

Este cirujano hizo traqueotomía previa, ligadura de las dos carótidas externas, anestesia con pentotal endovenoso, y oxígeno en ciclo cerrado a través de la traqueotomía; mil quinientos cen-



Fig. 6. — Corte horizontal del hemimaxilar inferior. Se observa la cavidad quística atrás, luego una logia con coágulos sanguíneos y más adelante el hueso compacto de la sínfisis mentoniano.

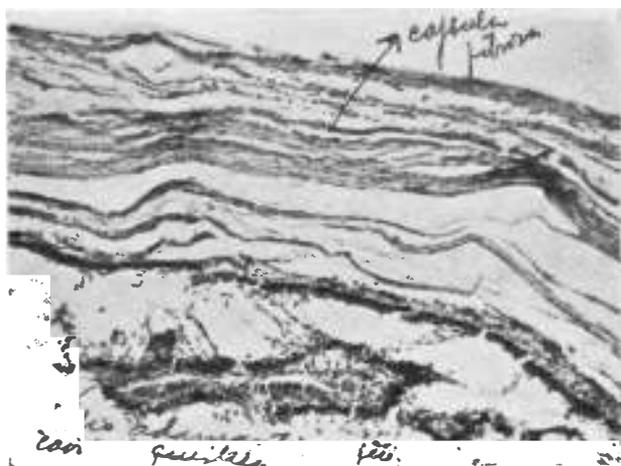


Fig. 7.
Microfotografía
Adamantina

tímetros cúbicos de sangre total y quinientos centímetros cúbicos de suero durante la intervención, que duró cuatro horas.

En el caso de Catlin, la resección del maxilar fué total, y empleó una técnica bien descrita en la publicación. Ante ese relato, pensamos, con inquietud, en las dificultades que nos plantearía nuestro caso. No tenemos sangre para transfusión.

Procederíamos con anestesia local.

Todo se hizo sin embargo, con felicidad, en dos horas. No

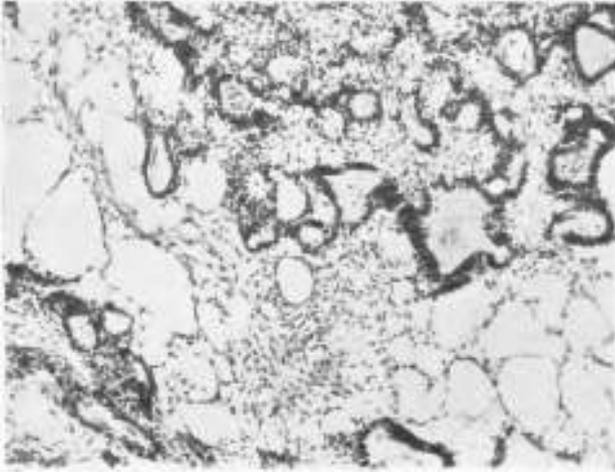


Fig. 8.
Microfotografía.
Adamantinoma.



Fig. 9. — Aspecto de la enferma después de la cicatrización.

sentimos en ningún momento la necesidad de la traqueotomía, ni estimamos necesaria la ligadura de las carótidas.

En cuanto a la técnica operatoria en sí, pensamos que, en

los grandes tumores, poco cuentan los procedimientos sistemati-
zados que, si bien conviene conocer, hay que tener la suficiente
independencia de acción para liberarse de su tiranía y sugestión,
y realizar lo que la experiencia personal y el propio sentido qui-
rúrgico aconseja.

Finalmente, concluimos de este caso, que los cirujanos que
actuamos en medios limitados, debemos saber eludir, animosa-
mente, las inhibiciones que pudieran resultar de alardes técnicos
y recursos que suelen no estar a nuestro alcance, pero que pueden
ser perfectamente superados.

SEÑOR PRESIDENTE. En consideración el trabajo presentado.

DOCTOR STAJANO. — ¿Me permite?...

Debo felicitar al doctor Barsabás Ríos, médico del interior, que
sin grandes recursos, como manifestó, acometió una intervención que
realmente es una gran intervención, y se enfrentó con las dificultades
que podían surgir de una cirugía que no es la habitual ni corriente.

En realidad, el adamantinoma que él operó es un adamantinoma la-
teral de un hemi-maxilar, y procedió a la cirugía racional para esos tumo-
res, que es la resección del maxilar.

Tengo en evolución un caso de una enferma que conoce el doctor
Chifflet, y que fué operada en el período en que los adamantinomas quís-
ticos sólidos se operaban por vía endobucal y en forma fragmentaria; se
operaba, se hacía curetaje y se iba sacando el tumor por medio de ese
curetaje, que era más o menos amplio.

Es evidente que la membrana del adamantinoma, mismo no siendo
maligna, tiene un poder de recidiva extraordinario, y esa membrana
finita que contiene ese líquido claro del tumor adamantinoma, recidiva
por inclusión en una forma desesperante.

Esa enferma fué operada, no sé si catorce o quince veces, y llegó
a hacer una recidiva tratada por vía endobucal con curetajes sucesivos.
Llegó a hacer una formación quística adamantina en la fosa pterigo ma-
xilar. Fué en esa época que la conocimos a esta enferma con el doctor
Chifflet, y tuvimos que hacer la extirpación completa del tumor, y extir-
par asimismo la bolsa. Le hicimos una resección del maxilar, en una
operación sucesiva, porque en un segmento que tenía en la parte yuxta-
tumoral primitiva había hecho una recidiva. Se quedó con la articulación
témpero maxilar y un hemi-maxilar completo. Se le hizo injerto de cos-
tilla para suplir la pérdida del maxilar, pasó diez años curada.

La vimos el año pasado con un tumor adamantino en el lado opuesto.
Nuevo tumor en una zona predispuesta; invadía casi hasta la mitad de la

línea media, y entonces el problema que se nos presentaba, era resecar el resto del maxilar, suprimir también la costilla que se le había injertado. El problema era el piso de la boca, que sin los músculos genioglosos podía irse la lengua para atrás y provocar la asfixia. Esta es la razón por la cual en ese caso se hizo la tráqueotomía. A esa enferma tuvimos que resecarlo el resto del maxilar, le hicimos una resección lejos del tumor, dejamos la parte vertical del maxilar y con el doctor Nario le hicimos una prótesis con vitalio. Se hizo la operación de resección con ese molde metálico. Recubrimos ese maxilar metálico con mucosa, cerramos la cavidad bucal prolijamente, cerramos con hilo de lino la superficie externa sobre el material metálico, y esa enferma está marchando relativamente muy bien, y hace ya unos cuantos meses.

Esto demuestra que el quiste adamantino es recidivante. Además, la técnica presentada es justa. Las operaciones parciales son malas porque son recidivantes.

No tengo nada más que agregar, que no sea felicitar al comunicante porque la suya fué una empresa muy interesante.

DOCTOR LARGHERO. — ¿Me permite?...

Creo que la comunicación que ha presentado el doctor Barsabás Ríos, tiene dos partes muy interesantes. La primera, se refiere a la solución del problema, solución que me parece inobjetable. Creo que las circunstancias en las cuales tuvo que operar, le permitieron resolver el problema de esa enferma con la simplicidad con que se puede resolver habitualmente. Lo hizo muy bien.

La otra cosa interesante que nos ha mostrado, es el trabajo de "Anales de Cirugía"; evidentemente, la situación es diferente, como lo hacía notar Stajano, porque se trataba de un adamantinoma mediano. Pero esa técnica tan complicada nos hace recordar que a veces leemos algún trabajo y sugestionados todavía por el pensamiento de que siempre es superior lo del extranjero, tenemos en ciertas ocasiones problemas, precisamente por hacer las cosas más complicadas, como las hacen los de afuera.

Nosotros debemos comenzar a conocernos y a este respecto me permito hacernos un reproche: más de uno de nosotros sabe como opera fulano de tal en París, o en Nueva York, o en Washington; pero creo que hace años que no lo veo operar a Del Campo o a Chifflet, y lo mismo les ha de pasar a ellos. No nos vemos operar entre nosotros, y nos asombramos de lo que hacen fuera del país.

Esta es una especie de invitación a que nos conozcamos más nosotros, aquí, entre nuestras paredes.

DOCTOR MERNIES. — ¿Me permite?...

Desde luego que la solución del caso ha sido perfecta; pero cuando se trata de las resecciones parciales del maxilar, hay un elemento que es realmente importante hacer intervenir, y es dejar que la articulación dentaria se haga perfecta en el resto del maxilar. Y para eso nosotros tenemos un auxiliar formidable que es el dentista, que nos hace la sutura

y deja que se haga la cicatriz, con una articulación perfecta del resto de la dentadura que le queda en el maxilar superior e inferior.

Nada más quería decir, ya que en un enfermo que tratamos hicimos intervenir al dentista y la articulación es tan perfecta que el enfermo no quiere de ninguna manera venir a someterse a otra prótesis para corregir el hundimiento que le queda en la cara. Con respecto a la masticación, la función es perfecta.

DOCTOR ETCHEGORRY. ¿Me permite?...

Me parece que es muy ajustado lo que expresa el doctor Mernies. Hay que tener en cuenta en cualquier resección del maxilar, sea por adamantinoma o lo que sea, el resultado funcional ulterior. En ese sentido, la intervención del cirujano plástico es necesaria.

En Chile vi la resección de un adamantinoma, y el doctor Alessandrini me hizo extrañar al final, al ver que estaba limpiando la pierna y sacaba un cilindro de piel que coloca en el lecho del maxilar para hacer más fácil a posteriori la prótesis. En una palabra, trata de que en ese cilindro que coloca en el lecho se coloque la prótesis, que se une y vive mejor que cuando no hacía esa maniobra.

Parece que es una cosa nueva, y quiero decirlo como adelanto, porque a lo mejor el doctor Alessandrini no está contento ya que le fracasó el procedimiento. Pero quiero referirme a que no siempre los injertos de hueso prenden tan bien como parecería desprenderse de lo que dice el doctor Stajano, en el caso de esa enferma que también conocía el doctor Chifflet, y todo el Pasteur, porque recorrió durante veinte años los corredores de ese Hospital Pasteur. Y creo que soy el único cirujano que no intervino en ella.

Quiere decir, pues, que no es tan simple el problema, así como parece a primera vista. Por eso me parece muy acertado lo que dice el doctor Mernies, de que al lado del cirujano que reseca, tiene que haber alguien que se preocupa de cómo va a ser esa mandíbula para ver si puede masticar o no.

Nada más.

DOCTOR CHIFFLET. — ¿Me permite?...

Creo que el doctor Ardao, al terminar la discusión, hará algunos comentarios sobre la necesidad de que la cirugía del maxilar sea de equipo. El doctor Ardao tiene experiencia vivida en su viaje a Inglaterra, y seguramente tiene la autoridad necesaria como para insistir.

Deseaba decir lo siguiente: estoy de acuerdo con lo dicho por el doctor Barsabás Ríos, y con el doctor Larghero, en el sentido de que la cirugía hay que hacerla siempre, que no es necesario leer revistas extranjeras para llenarse de todos los detalles y los procedimientos, que muchas veces hacen técnicos que no tienen la habilidad manual o las posibilidades de conocimientos básicos que tenemos en nuestra escuela de cirugía.

Estoy seguro que los cirujanos americanos que improvisan o hacen

técnicas complicadas, no saben la anatomía que se sabe en el Uruguay. Y nosotros podemos subsanar y liquidar muchos problemas operatorios, con improvisación en el campo operatorio. Sin embargo, yo deseo anotar que cuando cirujanos de escuela hablan de la posibilidad de improvisación en el campo operatorio, esas frases no deben ser tomadas para que se difundan y para que hagan que los aventureros de la cirugía se metan en una cirugía de la que no pueden salir airosos.

Merced a una técnica perfecta se puede salir airoso de la extirpación de un maxilar; pero eso no puede ser tomado como ejemplo. Se puede ser oportunista y seguir el campo operatorio y terminar felizmente cuando se dominan los conceptos generales de anatomía y cuando se sabe cirugía general suficiente.

SEÑOR PRESIDENTE. — Yo comparto gran parte de lo expresado y especialmente, en concreto, sobre el mal que puede hacernos a muchos la lectura de revista de casuística con observaciones de casos aislados, cuyo tipo es "Anales de Cirugía". Y pienso que puede ser beneficioso para todos, expresar que aquella revista donde se tratan problemas de cirugía general, por ejemplo, el "British Journal of Surgery", es la que más nos conviene también a todos, esto dicho con todo el respecto que me merece Anales, a la que confieso que estoy suscrito.

En lo que respecta al caso que ha resuelto brillantemente el doctor Barsabás Ríos, yo creo que desde el punto de vista de la conducta operatoria no hay nada que objetar. Se trataba de un tumor que incorporaba todo el maxilar, que había salido de su ambiente, y se hizo una resección parostal, mejor dicho la hemi resección parostal del maxilar inferior.

En cuanto al segundo problema que se plantea —relativo a la reconstrucción y reparación funcional de este maxilar inferior— ha sido encarado con distintos criterios en el curso de estos veinte años. Los cirujanos alemanes fueron los primeros en recomendar la prótesis o férulas sobre la cicatriz de la mucosa de la boca dejada por la resección parostal (Schroder, Pfaff, etc.).

La prótesis, ya sea de gutapercha, de ebonita, de materiales plásticos, actualmente se ha dejado de lado, prácticamente en todas partes. No estoy informado sobre si en Alemania se usa o no actualmente, pero en los países anglosajones este problema ha sido resuelto en otra forma. La prótesis es antihigiénica, lleva a la ulceración de la mucosa, provoca dolor, no hay ningún enfermo que tolere permanentemente la prótesis reconstructiva de un hemimaxilar inferior, y no impide la retracción hacia adentro y hacia arriba del hemimaxilar opuesto, como lo señalaba el doctor Mernies.

En Inglaterra, por varias razones, el problema de la reconstrucción del hemimaxilar inferior fué encarado con mucha seriedad durante esta guerra. El tipo de casco que usan los ingleses en la campaña del Africa, parece haber sido responsable del alto porcentaje de fracturas del maxilar inferior y provocó repetidas discusiones entre las autoridades médicas.

El casco plano de los ingleses permitiría la herida desde atrás del maxilar inferior. Las injurias de los maxilares, desde luego comprendidas las fracturas expuestas de la mandíbula y las fracturas conminutas y con pérdidas de sustancia ósea, se trataban en las unidades de Cirugía Plástica. Actué en la N° 5 que dirigía Sir Harold Gillies y se llamaba Plastic and Jaw Unit.

Los americanos, parecería, con el casco enfundando toda la cabeza posterior y la cara, evitaban esa herida sobre el ángulo del maxilar, que frecuentemente era una herida con fractura conminutiva y con pérdidas extensas del maxilar inferior, las cuales obligaba a la reparación mediante reconstrucciones quirúrgicas secundarias.

En esas circunstancias, el problema no es distinto a este caso. No vamos a considerar el problema de la reparación de la mandíbula en las heridas de guerra, que ha sido resuelto por la Sanidad Militar Inglesa mediante el injerto de hueso esponjoso, tomado de la cresta ilíaca (Mowlem). Aun en ambiente inflamatorio, supurado, en osteomielitis fracturarias del maxilar inferior, abordando ampliamente el foco supurado, cureteando el tejido de granulación del foco, avivando las superficies óseas y bajo el signo de la penicilina administrada por vía sistemática, los fragmentos de hueso esponjoso tomados de la cresta ilíaca sobreviven y hacen un buen callo óseo.

Si antes el odontólogo realizaba toda la reparación protésica, ahora colabora con el cirujano: en la oclusión de la boca, fijación de las arcadas y en la reconstrucción autoplástica. Se ha vuelto cirujano dental. Este tipo de especialista ya se está formando en nuestro medio.

En el caso de las grandes resecciones quirúrgicas, a mi modo de ver el problema puede ser resuelto como en este caso, de acuerdo a lo que he visto y a los resultados que hemos obtenido en nuestro Servicio del Instituto de Radiología, mediante la resección de un gran fragmento de cresta ilíaca, cuyo ángulo es apropiado para la reconstrucción del maxilar o mediante fragmentos pequeños del mismo hueso que se implantan unos juntos a otros, tiempo después, en un nuevo acto operatorio, cuando se está a cubierto de la recidiva.

Una vez hecha la resección parostal y habiendo dejado el cóndilo en su sitio, con la seguridad de que no se trata de una enfermedad infiltrante, para lo cual hay que esperar un tiempo prolongado, se acude al cirujano dental, que debe colaborar estrechamente con el cirujano. Fijando las arcadas dentarias mediante alambres, coronas, o clavos externos, se puede reparar la brecha con un fragmento grande de cresta ilíaca, haciendo el avivamiento en la línea media sobre el mentón y sobre el cóndilo. La vía de abordaje es externa. Para masticar se confeccionará una prótesis. Los huesos que tenemos son hijos de la función que desempeñan, y ese hueso esponjoso al cabo de unos meses de masticación, se vuelve compacto.

DOCTOR BARSABAS RIOS. — Al doctor Stajano quería decirle que

mé parece que la traqueotomía no influye en cuanto al posible hundimiento. En este caso se le cortó hasta el labio. Quedó sólo una muscular y en ningún momento ha tenido trastornos. La traqueotomía da una mayor comodidad operatoria, pero no hay ningún riesgo de que se hundan las partes blandas y den una obstrucción del canal respiratorio.

Esta enferma se alimenta perfectamente con papillas. Es lavandera de hospital. La he querido mandar a Montevideo, y no quiere venir a reconstruirse su maxilar.

Por otra parte, si dió un poquito la impresión que actuamos con cierta irregularidad, quiero aclarar que esa enferma vino expresamente, enviada por nosotros, al Instituto de Radiología, a fin de que fuera intervenida en un medio especializado. Se proponía la intervención con un experto en cirugía dental. Así que nosotros hicimos lo posible por que las cosas se hicieran de la mejor manera posible. Si tuvimos que resolver por nuestra propia cuenta, fué porque la enferma nos dijo que si no la operábamos nosotros, no se operaba. Operamos nosotros forzados por las circunstancias.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE. — Tiene la palabra el doctor Artigas Escudero.

DOCTOR ESCUDERO. — (Lee).