

TRATAMIENTO DE LOS TUMORES BENIGNOS

Para este tipo de lesiones se dispone de una serie de métodos, en general simples, bien ordenados, de técnica precisa y de resultados constantes.

La complejidad aparece y aumenta cuando la designación de "benigno" para determinada lesión no es clara, o mejor, es dudosa (designación conjugada, no obstante, por la clínica, la radiografía y la histopatología); y es entonces que aquellos procedimientos pueden volverse complejos a su vez y complicarse la técnica, hasta llegar a parecerse a la utilizada para los tumores malignos; y correr riesgos el resultado final.

Hay que saber que más de una vez estaremos realizando un tratamiento para tumores "malignos", en una lesión que es en realidad benigna, o viceversa, pero que no lo aparenta y en donde la confusión es inevitable. Hay que disminuir al máximo esta eventualidad y ese es, sin duda, el resultado de la experiencia.

Los métodos utilizados en el tratamiento de los tumores benignos son quirúrgicos o físicos: roentgenterapia; este último con indicaciones limitadas y precisas.

Los quirúrgicos pueden resumirse en:

- Trepanación.
- Vaciamiento. Curetaje.
- Relleno de la cavidad con injerto. Autógeno u homólogo (preferible el autógeno y esponjoso).
- Extirpación del tumor (exóstosis, por ejemplo, en su base de implantación).
- Exéresis de la lesión y del hueso huésped. Resección ósea parcial, más o menos extendida, seguida de reconstrucción de la continuidad del sector esquelético considerado, gracias a trasplantes óseos, autógenos, homólogos o a prótesis metálicas o de otra naturaleza; acrílicas, por ejemplo.

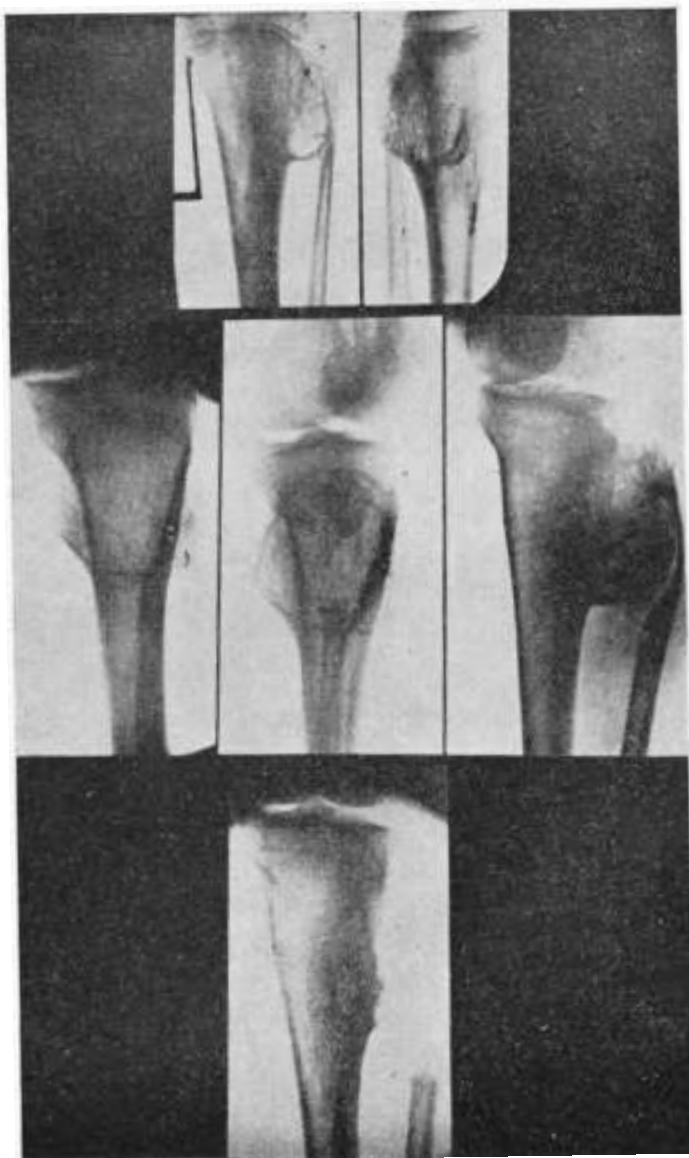


Fig. 2.—Osteocondroblastoma benigno de tibia,
Arriba: a los 6 años de edad. En el medio: a los 9 años.
Abajo: después de la resección.

Por último, en otros casos, que luego citaremos en particular, para extirpar la lesión es necesario también extirpar todo el sector de miembro distal a ella: amputación o desarticulación.

Veamos ahora qué tratamiento o método se aconseja, según el *tipo* de tumor benigno considerado; qué es lo que inspira la elección de procedimiento, su oportunidad y los resultados que hemos observado.

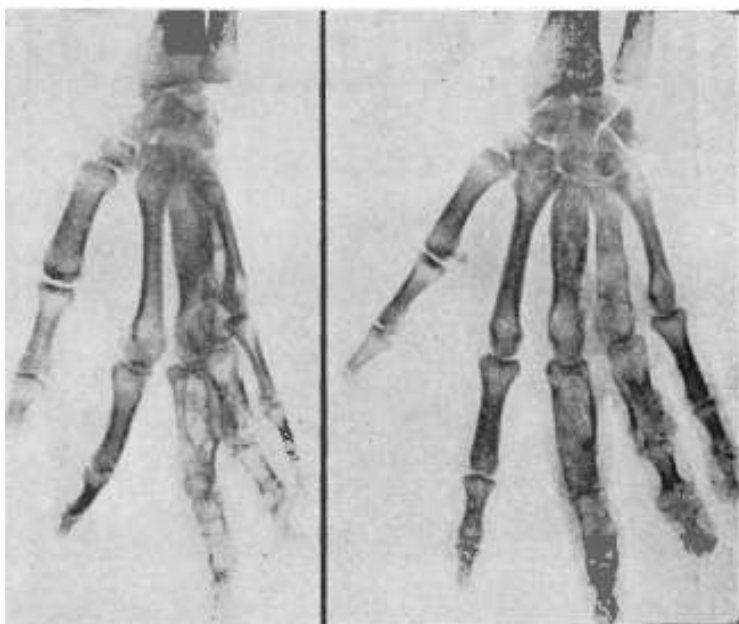


Fig. 3.—Condrolastomas benignos múltiples.

a) OSTEOLASTOMAS BENIGNOS

Pediculado o sesil; único, raramente múltiple.

Extirpación con resección de la base de implantación si molesta por su volumen o síquicamente, o si se fractura, eventualidad rara, o si se inflama la bolsa serosa que a veces lo recubre.

No hemos observado nada particular en la evolución inmediata o alejada. No recidivan y su transformación maligna es excepcional. Personalmente no conocemos ningún caso.



Fig. 4.— Condrolastomas benignos de las falanges del índice y del medio. Abajo: después de la operación.

b) OSTEOCONDROBLASTOMAS BENIGNOS
(los más frecuentes)

Pediculados (exóstosis) o con base de implantación más o menos extendida. Únicos o múltiples.

El tratamiento es como para los ósteoblastomas benignos.

Existe aquí la posibilidad de transformación maligna y hay muchos casos descritos en la literatura, 10 a 14 %; nosotros también registramos un caso.

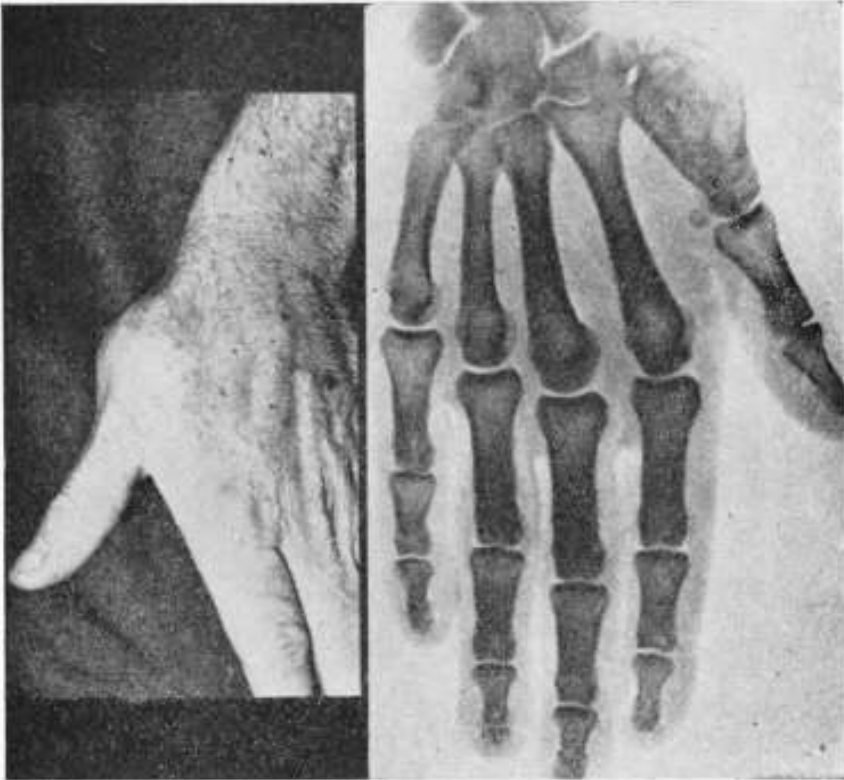


Fig. 5.—Condrolastoma benigno del primer metacarpiano. Fue necesario resear los $\frac{4}{5}$ proximales del hueso y trasplante de hueso ilíaco. H. Cl. 532.

e) CONDROBLASTOMAS BENIGNOS

La localización más habitual es en las falanges, metacarpianos o metatarsianos. Únicos o múltiples; esta última forma es frecuente. Centrales, en general, o periféricos, más raramente.

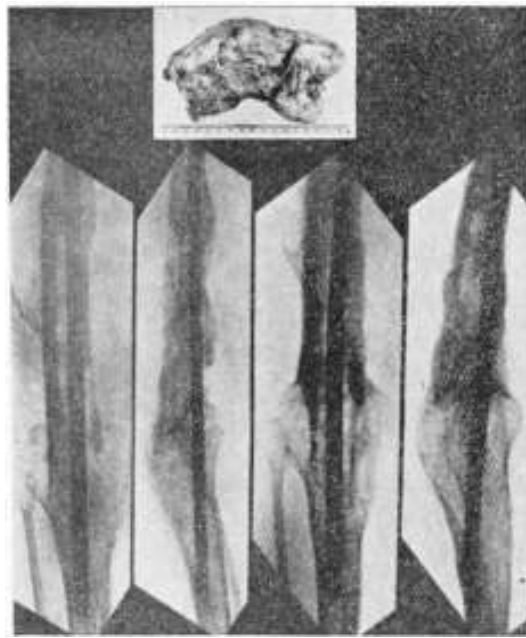
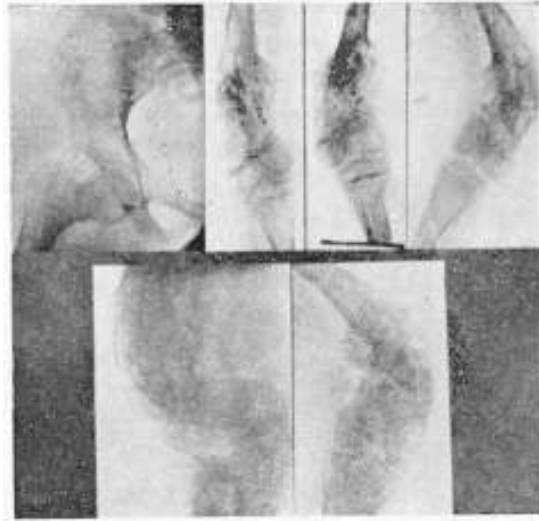


Fig. 6.—Condrolastoma benigno de la extremidad inferior del fémur desarrollado en una condromatosis múltiple. Arriba: hueso ilíaco con una lesión discreta. La lesión del fémur a los siete años cuando la vimos por primera vez. Vuelto a ver a los tres años: la lesión más desarrollada, con gran deformación. La pieza de resección. Luego de la resección y trasplante de tibia y Kuntscher. Al año.

Los enfermos pueden consultar por una complicación: la fractura y entonces su volumen no es muy desarrollado.

El tratamiento indicado en estos casos es el vaciamiento con curetaje cuidadoso y relleno de injertos. Si se logra el vaciado y curetaje de todas las logias, aun de las más pequeñas, el resultado será siempre bueno, sin recidivas. Hemos observado así casos de hasta más de 12 y 14 años de evolución.

Por el contrario, si aquello no se logra, pueden recidivar y exigir intervenciones complementarias, una o dos.

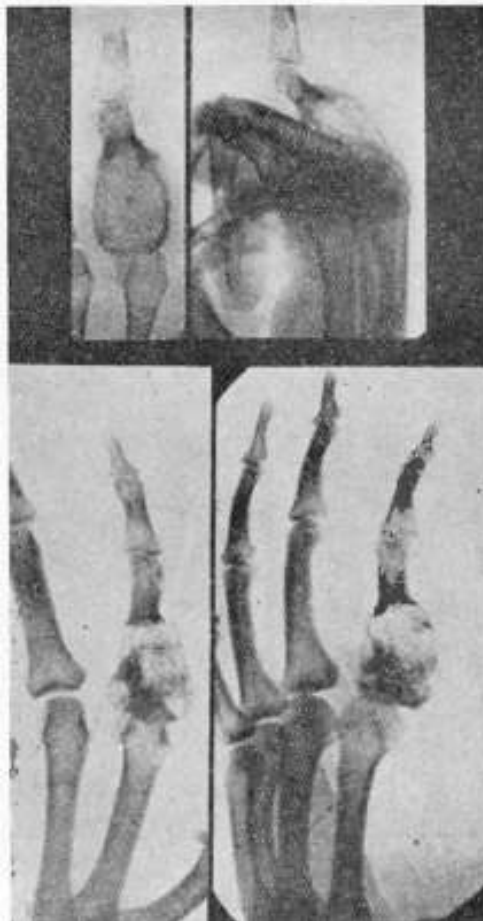


Fig. 7.— Condrioplastoma benigno muy desarrollado.
I^a falange del índice. Amputación.

Si el tumor ocupa la epífisis y es muy vecino a la cortical subcondral articular, se pueden observar rigideces articulares variables, limitaciones discretas de la función, sobre todo en los dedos.

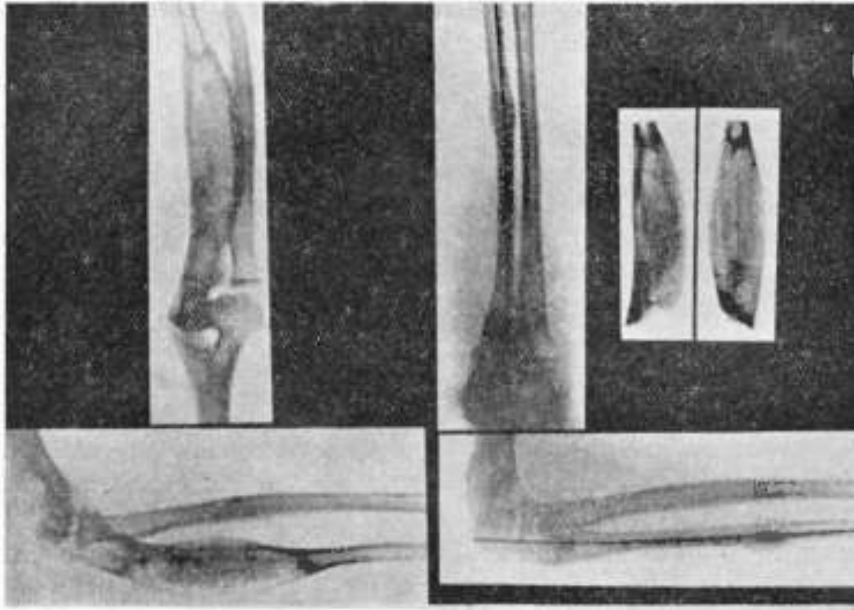


Fig. 8.— Fibroblastoma benigno del codo. H. Cl. 342.
Resección: trasplante del peroné y Kirchner.

Si el desarrollo del tumor es mayor y su volumen grande, con deformación (tumores evolucionados, mucho tiempo transcurrido), es necesario recurrir a la resección seguida de reconstrucción por trasplante, como en nuestro caso N° 532, fig. 5.

En otros casos, teniendo en cuenta la localización (falange tercera de la mano o del pie), la fractura o la infección y fistulización después de operaciones anteriores, es aconsejable la amputación o desarticulación que liquida rápida y definitivamente el problema sin mayor invalidez. Hay que recurrir al mismo tratamiento mutilante en los casos de localización en la mano y dedos, múltiple y deformantes.

d) FIBROBLASTOMAS BENIGNOS

Si está muy localizado, central y de pequeño volumen, quizás sea suficiente la extirpación del tumor y el relleno de la cavidad con injertos. En los pocos casos en que nos ha tocado actuar, como en el N^o 342 de fibroblastoma del cúbito, la lesión era muy extendida, tomaba casi todo el tercio medio del hueso y fue necesario recurrir a la resección seguida de trasplante de peroné (fig. 8).

e) MIXOBLASTOMAS BENIGNOS

Cuando son centrales —ocupan en general la metafisis y están localizados en huesos tubulares grandes, como la tibia, el fémur, el radio—, el tratamiento es el curetaje y el relleno de la cavidad con injertos. La evolución es muy favorable, pero pueden recidivar.

Si la localización es en uno de los huesos que constituyen el esqueleto del pie o de la mano y sorprendidos en una etapa de evolución más avanzada, o son periféricos, conviene entonces extirpar el hueso huésped con el tumor y proceder al trasplante para reconstruir la solución de continuidad, como en nuestro caso N^o 9 en donde el mixoblastoma estaba localizado en el primer metatarsiano.

Este último caso fue interpretado por el histopatólogo, en un primer examen, como tumor de baja malignidad y exámenes ulteriores lo clasificaron definitivamente como mixoblastoma benigno. La enferma, de 9 años de edad, fue seguida hasta 6 años después de la operación y no presentaba ninguna molestia ni ningún signo clínico o radiográfico de recidiva.

f) HEMANGIOBLASTOMAS BENIGNOS

Cuando están localizados en los huesos de los miembros, el tratamiento conservador: curetaje, relleno o resecciones limitadas seguidas de trasplante, está indicado.

En el angioblastoma localizado en el cuerpo vertebral, la irradiación da buenos resultados.

En cuanto a los “lipoblastomas” y algunos tipos de tumores llamados “neuromas”, no nos referimos por no haber tenido la posibilidad de observar ningún caso.

No consideraremos tampoco el tratamiento de los llamados “quistes solitarios” porque no son verdaderos blastomas y su descripción estará a cargo del Dr. Lorenzo. Lo mismo haremos con el llamado “fibrogranuloma metafisario”.

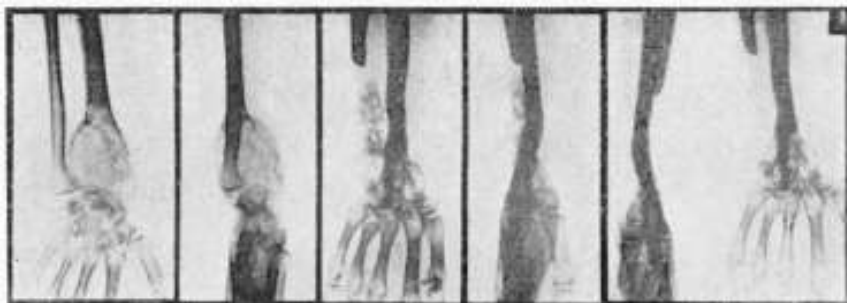


Fig. 9.—Mieloplaxoma extremidad inferior del radio. H. Cl. 162. Resección y trasplante del cúbito; recidiva en partes blandas. Visto a los doce años. Pronosupinación completa.

g) MIELOPLAXOMAS. TUMORES A MIELOPLAXAS
(NELATON, 1860)

Es necesario diferenciar los de “malignidad local” de aquellos francamente benignos. Es apenas necesario insistir que esta diferencia sólo puede apoyarse en el trípede clínico, radiológico e histopatológico.

En las localizaciones abordables preferimos, cualquiera que sea el tipo, la resección amplia seguida o no de sustitución o trasplante óseo.

Cuando el mieloplaxoma está localizado en la extremidad inferior del radio, por ejemplo —localización bastante frecuente— procedemos a la resección del tercio distal del hueso y a su sustitución con un fragmento equivalente del cúbito, provocando al mismo tiempo la fusión del extremo distal del trasplante con el carpo, como en el caso N^o 162, que fue seguido a través de una evolución de más de 12 años y después de una

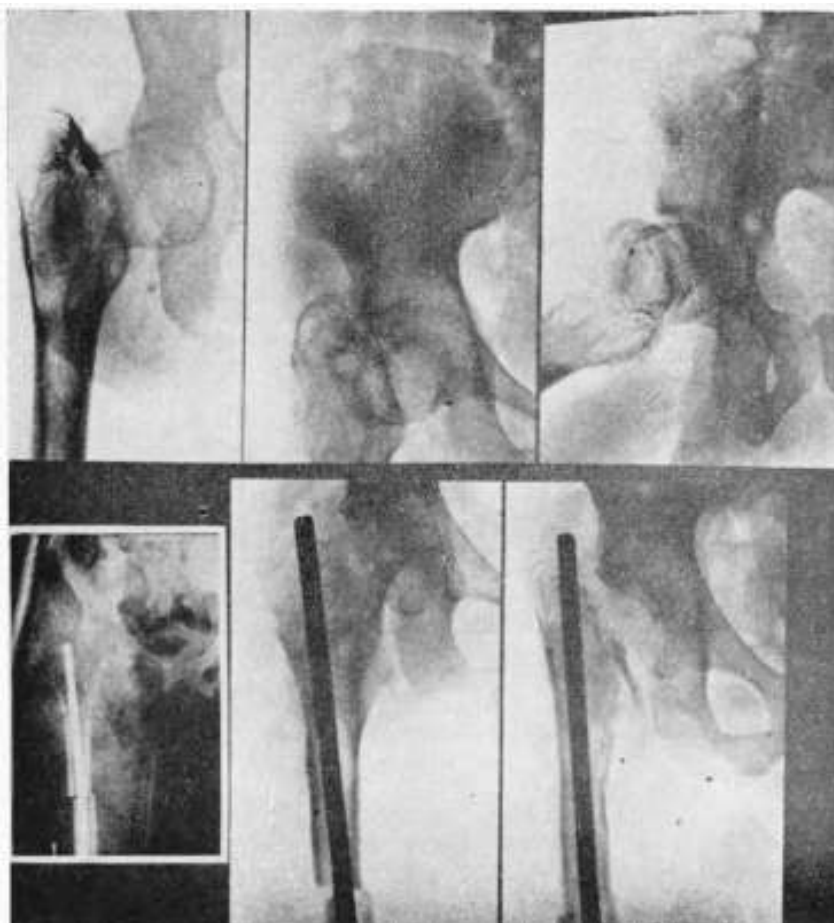


Fig. 10.—Mieloplaxoma extremidad superior del fémur. H. Cl. 263. Resección tercio superior fémur, trasplante macivo, homólogo refrigerado. La epífisis y el cuello se reabsorbieron a pesar de la artrodesis.

recidiva en partes blandas, curó definitivamente. La invalidez que queda se debe exclusivamente a la pérdida de la flexo-extensión de la muñeca, ya que se conservan los movimientos de pronosupinación.

En un caso, N^o 263 (fig. 10), el mieloplaxoma estaba localizado en la extremidad superior del fémur. Se hizo una resección de la mitad proximal del hueso con el tumor y se tras-

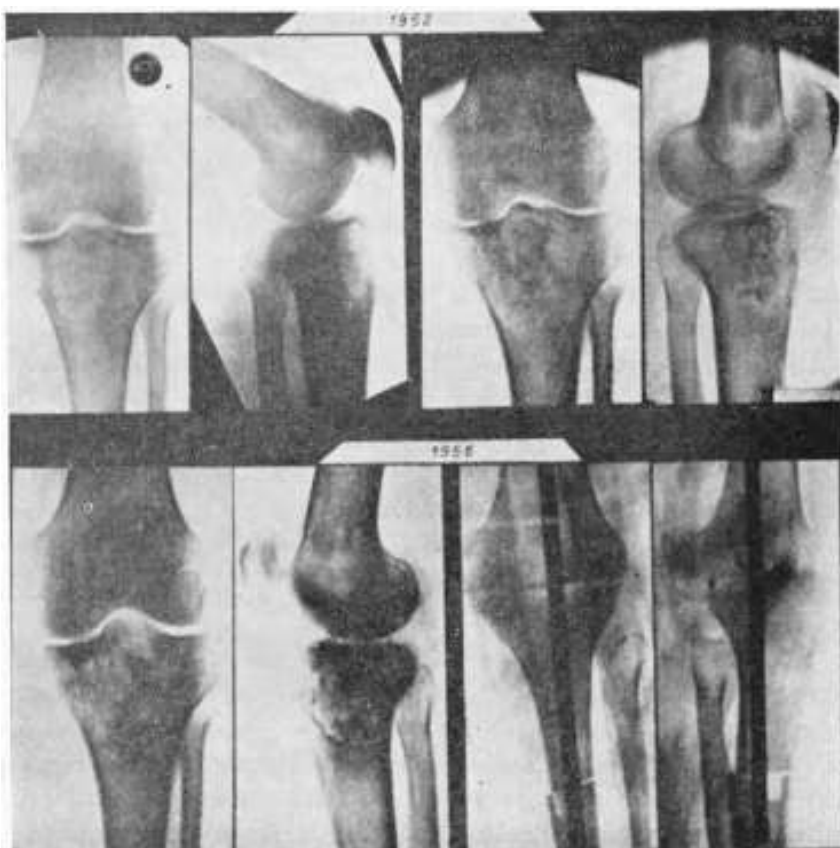


Fig. 11.—Mieloplaxoma extremidad superior de tibia. Resección: trasplante hueso homólogo refrigerado y Kuntseher. El tumor había sido tratado en 1952 por cureteado, relleno de injerto y roentgenterapia. En 1956, dolores y persistencia de la lesión.

plantó hueso homólogo de cadáver refrigerado, de 17 cms. de longitud. La extremidad superior del injerto se reabsorbió hasta la base del trocánter desapareciendo la epífisis y el suelo del hueso trasplantado. La extremidad distal se fusionó rápidamente. El enfermo lleva en la actualidad 3 años de la operación.

Cuando está localizado en la extremidad distal del fémur o en la extremidad proximal de la tibia, la brecha que queda luego de la extirpación, puede ser reparada de la misma manera

o por desdoblamiento de la extremidad del hueso vecino, como lo aconseja Merle D'Aubigné, y como nosotros lo hemos realizado también en algunos casos.

Creemos que está indicada la roentgenterapia solamente en aquellos casos en donde el abordaje y la sustitución es difícil (columna).

Como veremos al tratar los tumores malignos, es frecuente atribuir la transformación del mieloplaxoma en fibroblastoma maligno, a las irradiaciones en tratamientos incorrectos o imperfectos que determinan fenómenos de radionecrosis, y a las intervenciones quirúrgicas parciales localizadas repetidas. En nuestra experiencia tenemos tres casos que confirman esta opinión.

Veamos un ejemplo.

CASO N° 143.— Localización en la extremidad inferior del fémur. Tratado doce años (1939); antes curetaje y luego roentgenterapia. En 1951, recidiva local. Resección amplia seguida de trasplante autógeno. Histopatología. Fibroblastoma maligno. Fallece antes del año con metástasis pulmonares.

En casos de mieloplaxomas que han sido tratados con intervenciones parciales repetidas o en aquellos otros sometidos a prolongados tratamientos por irradiación y que no obstante persisten con sintomatología clínica y radiográfica y en donde el estudio biopsico muestra un franco atipismo del estroma, está indicada la cirugía radical; amputación, con esperanza de sobrevivencia larga.

h) "ORGANO ADAMANTINO"

Diremos dos palabras a propósito de un tumor que también está en la frontera entre lo benigno absoluto y lo discretamente maligno y que es debido a la proliferación blastomatosa de tejidos foráneos, en este caso del "órgano adamantino". Se localiza en general en los maxilares; fuera de él es posible encontrarlo en la tibia, aunque es excepcional.

En nuestro país, existe un caso descrito por Cagnoli, en 1931, localizado en la diáfisis de la tibia.

En la Sociedad Argentina de Ortopedia, en 1957, los doctores Slullitel presentaron un caso análogo, en una enferma de 22 años, en la que se hizo primero una resección amplia pero en donde la recidiva obligó a amputar el miembro.

En caso de diagnóstico precoz, como en el del Dr. Cagnoli, la resección seguida de trasplante puede dar resultados favorables. En ese caso que lleva en la actualidad 29 años de evolución, se hizo primero vaciamiento, curetaje y relleno. El vaciamiento y curetaje fueron incompletos y el tumor siguió evolucionando en algunas logias, lo que obligó, en un período de tiempo breve, a la resección completa del sector esquelético enfermo seguida de trasplante masivo.

En el Comité Argentino de Tumores se estudiaron 12 casos localizados en el maxilar inferior.

En resumen:

En los blastomas benignos el tratamiento conservador da buenos resultados y las exéresis seguidas de grandes trasplantes, aun homólogos, en casos de resecciones más o menos extendidas, conducen a resultados muy satisfactorios, tanto más y más rápidamente cuanto más joven es el enfermo.

Personalmente preferimos esta manera de actuar a aquella que sustituye la pérdida de sustancia, una vez extirpado el tumor, con prótesis metálica o de otro tipo.

Como veremos luego, no se puede decir lo mismo del procedimiento aplicado a casos de blastomas malignos.

TUMORES MALIGNOS

Los métodos utilizados en el tratamiento de los tumores malignos son también quirúrgicos, físicos: roentgenterápicos, cobaltoterápicos; o químicos (quimioterapia).

Los quirúrgicos pueden resumirse en:

- Resecciones óseas amplias hasta hueso sano, por lo menos en apariencia, y sustitución por trasplantes de hueso autógeno, u homólogo o materiales inertes, prótesis metálicas o de otra naturaleza.
- Amputaciones o desarticulaciones.

El resultado obtenido en el tratamiento de los tumores malignos es desalentador. Tal es la opinión a que podemos llegar de acuerdo a nuestra experiencia personal y que, por otra parte, es unánime.

En el último Congreso Argentino de Cirugía (octubre de 1959), a propósito del tratamiento de los tumores malignos de los huesos, uno de los relatores, Oleaga Alarcón, citó un trabajo de Benedetti y col., en donde se menciona una estadística global de diferentes autores, en la que se valora de manera comparativa el resultado de este tipo de blastomas:

Tratamientos quirúrgicos, practicados como único tratamiento en 602 casos, ofrecen sobrevividas de 4 a 5 años solamente en 14,4 %.

Sobre 225 casos tratados con roentgenterapia, las sobrevividas de 4 a 5 años se observan en el 10,1 %.

Sobre 414 casos en donde el tratamiento fue asociado, las sobrevividas de más de 5 años se observan en el 26,5 %.

Es necesario agregar de inmediato que se trata de cifras obtenidas en una estadística global de diferentes autores, en donde no existe una clasificación histopatológica en todos los casos.

De una manera general las cifras no alcanzan ese valor, y las sobrevividas después de los 5 años no llegan al 10 %.

El término medio de sobrevividas después del tratamiento quirúrgico mutilante, no sobrepasa 2 años; al cabo de ese tiempo los enfermos mueren por metástasis y caquexia.

Los Dres. Mondelfi y Derqui, en una contribución presentada en el mismo Congreso, sobre el tratamiento de los sarcomas "esqueletogénicos", afirman que son de pronóstico muy malo y que de acuerdo a su experiencia en 118 casos, "no puede llegarse a ninguna conclusión sobre el mejor tratamiento"; confiesan que "están totalmente desorientados".

El Dr. Piqué, en la misma oportunidad, se muestra partidario de las grandes mutilaciones: amputaciones en el tercio medio del fémur o del húmero en los casos localizados por debajo de la rodilla o del codo.

Desarticulaciones de la escapulohumeral o de la cadera cuando están radicados en el tercio inferior o tercio medio del húmero o del fémur.

Desarticulación interilioabdominal o interescapulotorácica en lesión de ubicación alta.

Afirma que en casos de desarticulación interilioabdominal no ha tenido mortalidad operatoria, y cita la estadística de Pack.

de 96 casos, con la misma ausencia de mortalidad postoperatoria. En cambio, el Dr. Oleaga Alarcón, sitúa la mortalidad en un 15 %.

Vamos a resumir brevemente los resultados de nuestra experiencia de acuerdo a los diferentes tipos histológicos de los blastomas malignos.

OSTEOBLASTOMA MALIGNO

Hemos observado 24 casos de los cuales 12 fallecieron por metástasis pulmonares dentro del año de evolución. Uno fue seguido hasta 2 años después de la amputación. El 30 % de ellos no aceptaron el tratamiento mutilante propuesto, y esto tanto más cuanto más precoz es el diagnóstico y menos grave aparentemente, para los familiares, es la lesión.

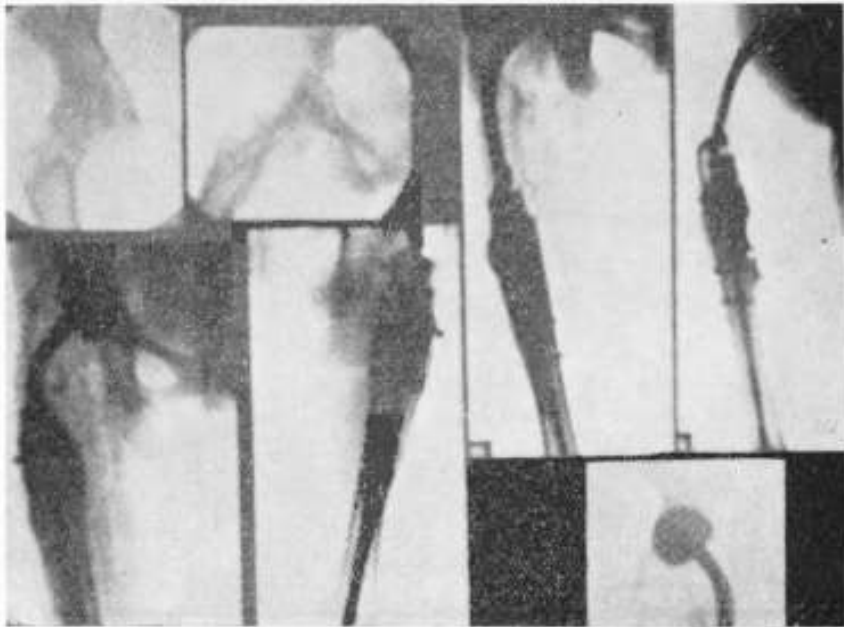


Fig. 12.—Fibroblastoma maligno de la extremidad superior del fémur. Catorce años de edad. Resección y sustitución prótesis de acrílico que se rompe al año (D.). Nueva prótesis que tiene desde hace doce años.

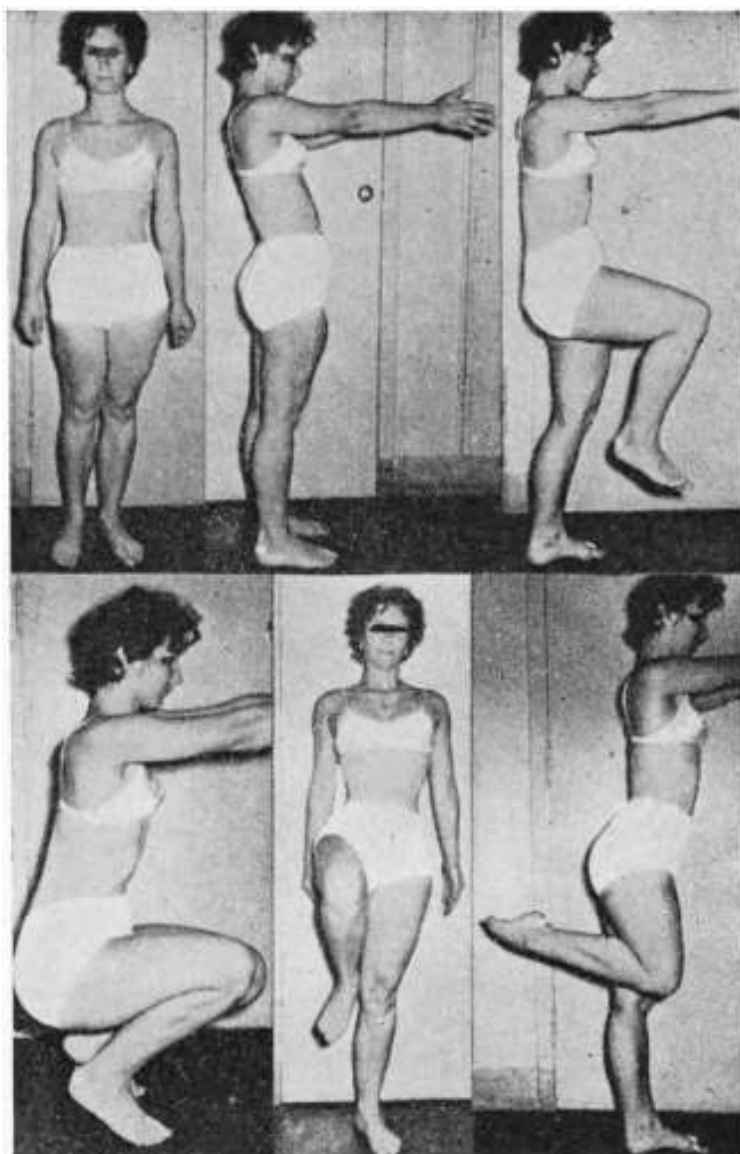


Fig. 13.— Enferma de la figura anterior, doce años después de la operación.

En un caso, por ejemplo, de un enfermo de 18 años, N^o 142, tenía una evolución clínica de 2 meses. El blastoma estaba localizado en el tercio inferior del fémur. Se hizo una amputación subtrocantérica y el enfermo falleció a los 2 años con metástasis pulmonares.

Otro caso, N^o 145, de 17 años, también de evolución clínica de 2 meses, el tumor estaba localizado en el tercio superior de la tibia. Se hizo, primero, una resección parcial seguida de plastia, hueso autógeno, y como a los 5 meses se notara recidiva, se hizo una amputación subtrocantérica. Falleció al mes por metástasis.

Otro enfermo, de 11 años, N^o 146, al que se le practicó también una amputación subtrocantérica, falleció 3 meses después con metástasis pulmonares.

Otro enfermo, de 14 años, N^o 467, blastoma de la extremidad superior de la tibia, amputación subtrocantérica, falleció 5 meses después con metástasis pulmonares.

En resumen:

El osteoblastoma maligno es uno de los blastomas más malignos de los que nacen en el hueso y su tratamiento, que debe ser quirúrgico, precoz y mutilante, ofrece muy pocas esperanzas de sobrevida más allá de los 3 años.

CONDROBLASTOMA MALIGNO

Los primitivos son más malignos que los secundarios. Estos últimos, según algunos autores, pueden alcanzar hasta el 25 % de los casos y pueden desarrollarse aun después de un período de benignidad de hasta más de 30 años. El caso N^o 57 de nuestra estadística era secundario a una enfermedad de Ollier, el enfermo tenía 46 años, el blastoma se había desarrollado en la extremidad superior del húmero.

Son frecuentes los casos de reimplantación y desarrollo del tumor en los tejidos blandos contaminados durante la operación.

En un caso hemos practicado resección segmentaria con recidiva local y muerte por metástasis, N^o 150.

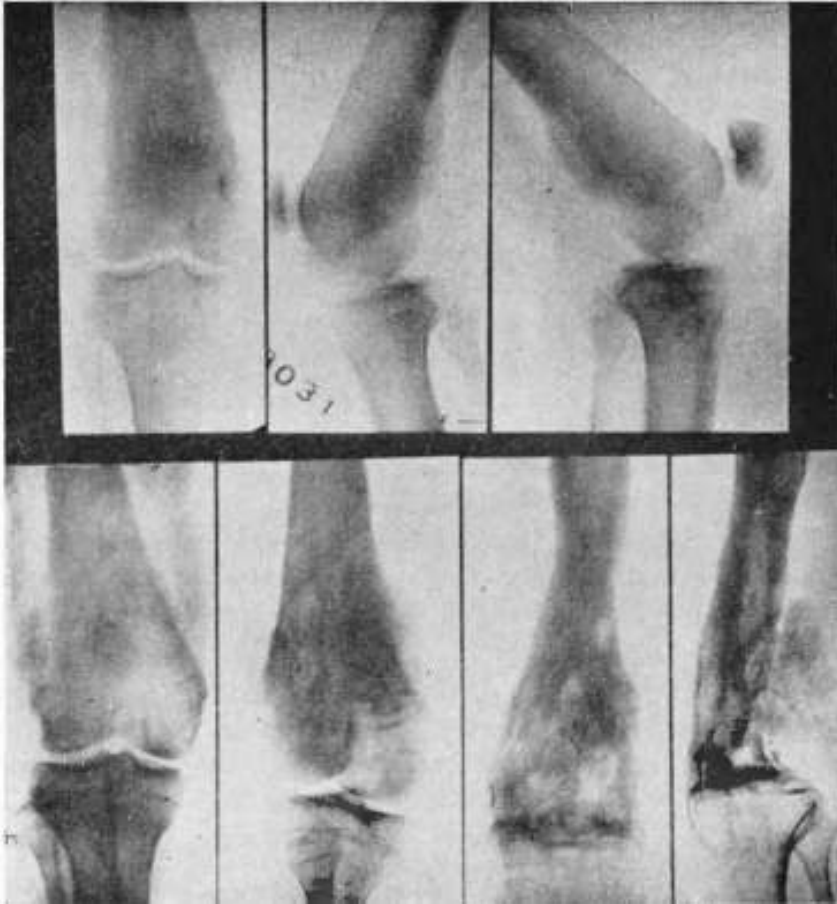


Fig. 14.—Fibrosarcoma maligno con osteogénesis. Sarcoma parosteal. H. Cl. 47. Resección e injerto macivo homólogo. El tumor recidivó en el injerto. Amputación.

Según la opinión de la mayoría de los autores, se observan sobrevidas en este tipo de tumores después del tratamiento quirúrgico mutilante, de más de 5 años, y hasta 7 y 10, que luego recidivan y hacen metástasis.

De una manera general, el pronóstico es un poco más favorable que para los otros blastomas malignos. Se admite que alcanza el 12 % el número de enfermos que pueden considerarse curados de manera definitiva.

En nuestra estadística, en un total de 12 casos, 5 fallecieron antes de los 2 años y uno, de diagnóstico dudoso, alcanza una sobrevivida larga. De los otros 5 no hay datos. En 5 hemos realizado amputación, en uno roentgenterapia y amputación, en 4 solamente roentgenterapia por el tipo de localización.

FIBROBLASTOMA MALIGNO

En este tipo de tumores destacamos la propagación rápida a los diferentes elementos articulares.

El tratamiento quirúrgico, amputación o desarticulación, da resultados malos.

En nuestra estadística de 17 casos estudiados, 9 fallecieron antes de los 2 años de la operación, con metástasis pulmonares, uno después de los 3 años. Otro con osteogénesis abundante, continúa vivo después de 3 años. En 6 no hay datos suficientes.

En un caso, N^o 82, localizado en la extremidad superior del fémur, se practicó una resección del trocero proximal del hueso con el tumor. El enfermo volvió a los tres años con recidiva en el hueso ilíaco y metástasis pulmonares.

Es necesario hacer un subrayado para el *fibroblastoma maligno con osteogénesis*, llamado también "sarcoma yuxtacortical" por Yaffe. Se localiza en general en la extremidad inferior del fémur, pero puede observarse también, como en uno de nuestros casos, a nivel de la extremidad inferior del peroné o en otros huesos. Tiene una fisonomía clínica y radiográfica bastante característica; parece algo más benigno y pueden esperarse sobrevividas más largas después de la amputación.

Hemos observado un caso (fig. 14) en donde se hizo una tentativa de extirpación local seguida de plastia, con recidiva del tumor sobre el injerto, que fue necesario amputar después y que en el momento actual está en evolución.

Hemos observado también una evolución espontánea, es decir, sin tratamiento, que viene a nosotros 4 años después de la aparición de los primeros síntomas y que falleció al poco tiempo con metástasis pulmonares (fig. 15).

En otro, N^o 204, localizado en la extremidad inferior del peroné, tratado con amputación del tercio inferior del fémur, vive 3 años después (fig. 16).

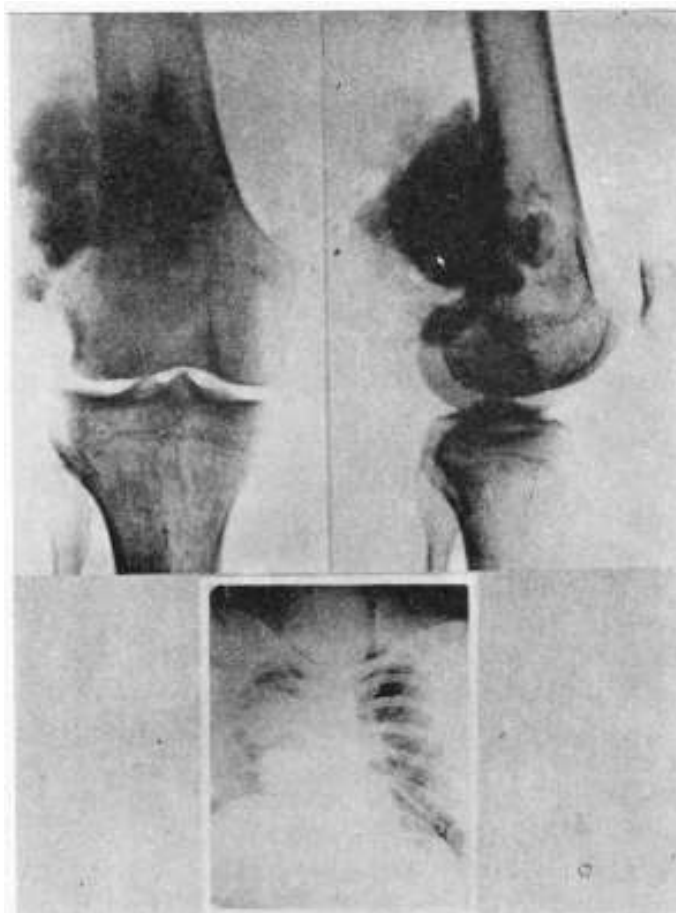


Fig. 15.—Fibrosarcoma maligno con osteogénesis. Evolución espontánea de cuatro años. Al cabo de ese tiempo: metástasis pulmonar. H. Cl. 527.

Debemos hacer también un pequeño capítulo aparte con los fibrosarcomas malignos secundarios a un mieloplastoma incorrectamente tratado.

Cuando nos referimos al tratamiento de este tipo de tumores, mieloplastomas, establecimos que era relativamente frecuente observar la evolución maligna del estroma hacia el fibrosarcoma maligno en aquellos casos de tumores que habían sido intervenidos quirúrgicamente, con intervenciones conservadoras

repetidas, tratados durante un período de tiempo largo por roentgenoterapia y que era esta circunstancia la que nos obligaba a ser relativamente radicales en el tratamiento de este tipo de tumores.

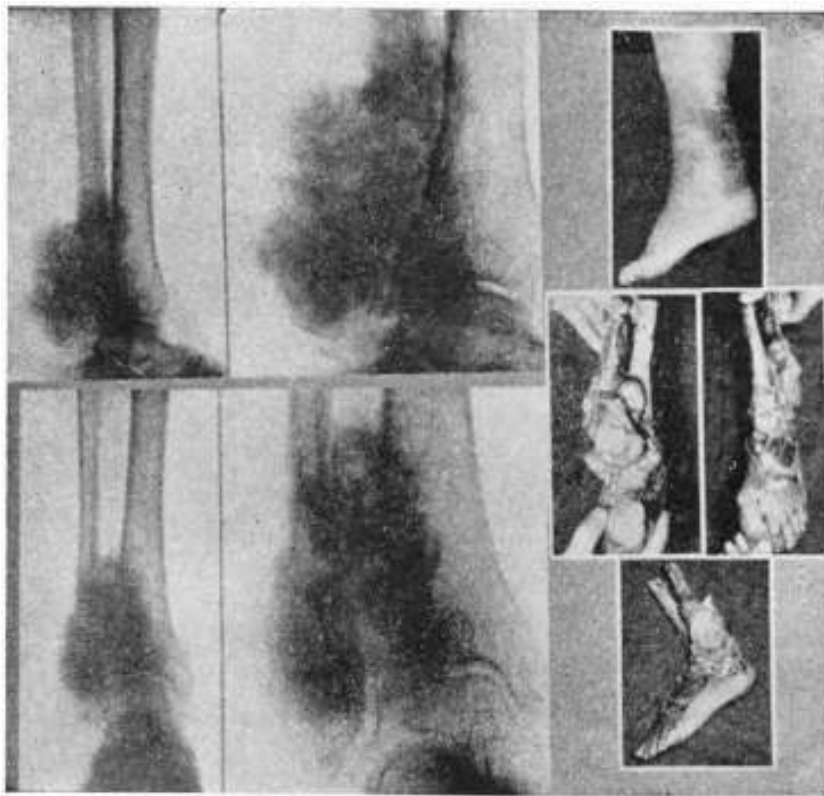


Fig. 16.— Fibrosarcoma maligno con osteogénesis, extremidad inferior del peronés. H. Cl. 204. Amputación: tres años después continúa sin novedad.

En nuestra estadística tenemos 3 casos de fibrosarcomas malignos secundarios a un mieloplaxoma que había sido tratado de aquella manera.

Hemos observado también un fibrosarcoma maligno, localizado en el ala ilíaca secundario a una enfermedad de Paget; la enferma fallece antes de los 2 años con metástasis pulmonares.

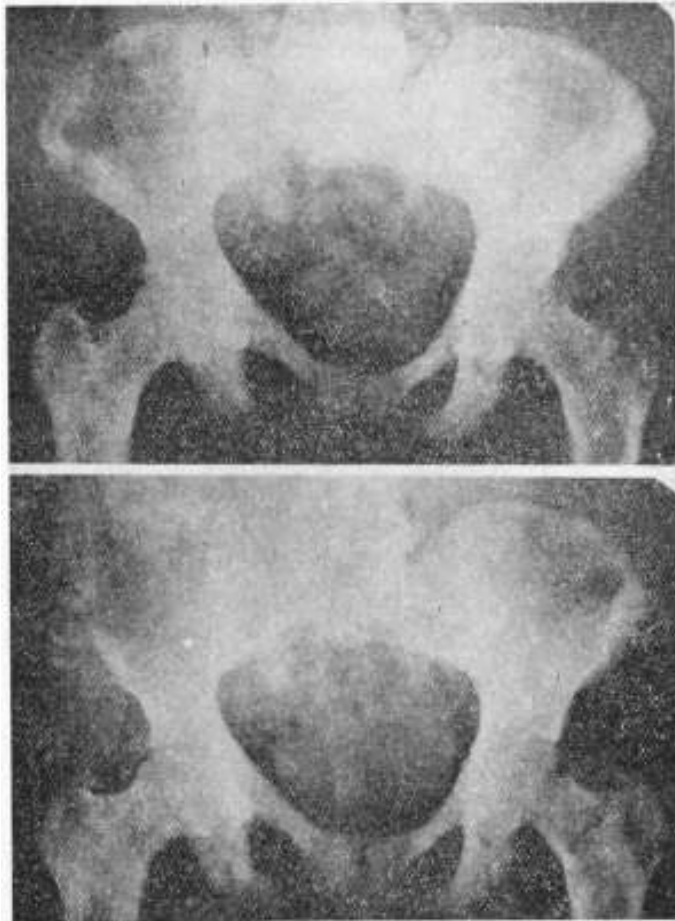


Fig. 17.—Fibroblastoma maligno del ala ilíaca, secundario en un Paget.

HEMANGIOBLASTOMA MALIGNO

Son susceptibles, en cierto grado, a la roentgenterapia, y entran, desde el punto de vista quirúrgico, en aquel grupo de tumores que deben ser tratados con terapéutica radical demoleadora, amputación o desarticulación. Su pronóstico es tan grave como el de los otros blastomas del sector esquelético, sobre todo aquellos de acentuada inmadurez histológica.

RETICULOBLASTOMA MALIGNO

Sin entrar en consideraciones de diferenciación histopatológica, consideramos que el pronóstico de estos tumores es malo y su evolución más corta aún que para los otros grupos. Los enfermos mueren en general con un cuadro de metástasis, que se hace precozmente en el esqueleto y en el pulmón.

En nuestra estadística de 13 casos observamos 10 muertes antes de 2 años. Una sobrevivida de 4 años (caso N^o 48) tratado con cobaltoterapia. Otro tratado con cobaltoterapia muere a los 2 meses, después de una gran mejoría clínica y de los otros tres no hay datos suficientes.

Dentro de esta calidad parece que los mejores resultados se obtienen con la roentgenterapia.

MIELOBLASTOMAS MALIGNOS (MIELOMAS)

De una manera general, el pronóstico de este tipo de tumores que escapa al tratamiento quirúrgico y que cae dentro del dominio exclusivo de la roentgenterapia o de la quimioterapia, es muy malo. En los mielomas solitarios el pronóstico puede ser mejor y la sobrevivida bastante más prolongada.

En el caso N^o 87 de nuestra estadística, el cuadro clínico comienza con un tumor localizado en la extremidad proximal del cúbito. Fue tratado con extirpación, resección parcial de hueso y luego de 2 años aparecieron otras manifestaciones tumorales en la tibia y en el cráneo. Fue tratado con roentgenterapia y tuvo una sobrevivida de más de 13 años.

El Dr. Raúl Leborgne tiene un caso de mieloma localizado costal, tratado con roentgenterapia, con sobrevivida de 5 años, sin otras localizaciones.

Se ha recomendado la quimioterapia: fósforo radioactivo, colchicina, radioestroncio, mostaza nitrogenada, estiloamidina, pentamidina, uretano o etiluretano.

Nosotros no tenemos experiencia, pero de acuerdo con la opinión de Oleaga Alarcón, el uretano produce bastante mejoría del estado general, a la dosis de 6 grs. diarios y el autor cree que es gracias a su acción agregada al tratamiento roentgenterápico que se debe un período mayor de sobrevivida.

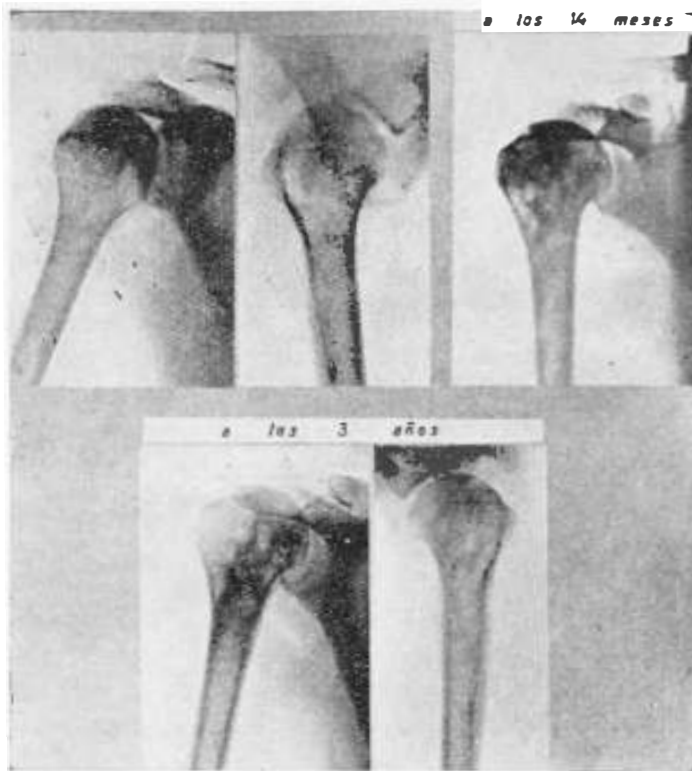


Fig. 18.— Reticuloblastoma maligno.
 Tratamiento: irradiación bomba cobalto. Sobrevida de tres años,
 luego metástasis pulmonar.

De acuerdo también al mismo autor las hormonas sexuales, asociadas o no a ACTH, tienen un efecto analgésico temporario. De la misma manera actúa la cortisona.

El único caso de lipoblastoma maligno de nuestra experiencia estaba localizado en el hueso iliaco y fue tratado con roentgenterapia. En general son tumores que tienen una evolución muy corta.

CORDOMA

Hemos observado un solo caso localizado en el sacro, tratado con roentgenterapia y cobaltoterapia. Todavía está en evolución después de 2 años.

Muchos autores aconsejan la extirpación quirúrgica luego del diagnóstico, que necesita ser precoz, y señalan sobrevividas de hasta 16 años. (Machuko, citado por Littman).

Es común que el cordoma recidive localmente y la extirpación de la recidiva se aconseja porque alivia al enfermo de sus molestias y prolonga su existencia. Shackelford y Rhode piensan que más que recidivas se trata de extirpaciones incompletas.

Recientemente, Pataro y col., precedido de un estudio estadístico, clinicorradiográfico, técnico operatoria, etc., citan un caso personal operado con resultado operatorio inmediato muy satisfactorio.

EPITELIOMAS (SECUNDARIOS A UNA OSTEOMIELITIS
CRÓNICA FISTULIZADA)

Hemos observado 3 casos, los 3 secundarios a una lesión crónica fistulizada (osteítis) de muchos años de evolución. En todos se practicó la amputación económica (si se me permite la expresión), seguida de vaciamiento ganglionar regional. Algunos autores aconsejan además hacer roentgenterapia complementaria.

En estos últimos tiempos han aparecido esfuerzos orientados en el sentido del tratamiento del tumor maligno de las extremidades por *perfusión*, con *agentes quimioterápicos*, e inspirados en el deseo de llevar directamente a los tejidos blastomatosos la acción destructiva y citolítica de sustancias especiales, en una proporción que por su toxicidad sería imposible hacer llegar hasta allí de otra manera. Es así, por ejemplo, que en este sentido Kremenz y Greech y col., de la Universidad de Tulane, de New Orleans, han publicado el resultado de veinte perfusiones en 17 pacientes con sarcoma de las extremidades. Los agentes quimioterápicos utilizados fueron: mostaza nitrogenada, mostaza fenilalanina, mostaza fenilalanina más trietileno-tiofosforamida, actinomicina D, 5 fluorouocil, citoxan, cloranbucil y carcinofilin.

Han tratado así un osteoblastoma maligno de la tibia con perfusión de mostaza nitrogenada asociado a la amputación, que falleció con metástasis pulmonar al año.

Un condroblastoma maligno, también con mostaza nitrogenada, asociado a la excisión, recidivó en poco más de un año, fue vuelto a operar y en el momento de la publicación estaba en observación.

Un sarcoma perióístico tratado con actinomicina D, asociado a la excisión, también recidivó.

Un osteoblastoma maligno del fémur, tratado con 5 fluorouracil, asociado a la excisión, murió con metástasis a los 2 meses.

Concuerdan de una manera general que hasta el momento actual pueden tenerse algunas esperanzas en este tipo de tratamiento, sobre todo en los melanomas y en los rabdomiosarcomas.

En el mismo sentido Sthelin y col., del Departamento de Cirugía Patológica y Bioquímica del M. D. Henderson Institute, de Huston, Texas, publica en "Anales de Cirugía", de abril del presente año, los resultados obtenidos en más de 100 perfusiones y concuerdan que los resultados más impresionantes observados luego en las piezas de amputación fueron obtenidos en el tratamiento de los melanomas. Un osteoblastoma maligno no respondió a la mostaza nitrogenada. Y en un caso de tumor de Ewing del fémur se obtuvo alivio temporario de los dolores con mostaza fenilalanina y actinomicina D, pero el enfermo falleció poco tiempo después.

En resumen, nosotros también, de acuerdo a nuestra experiencia limitada y modesta, deberíamos repetir como Mondolfi y Derqui que "estamos totalmente desorientados".

Debemos admitir que las resecciones parciales, aun en caso de diagnóstico precoz y de tumores malignos perfectamente catalogados desde el punto de vista histopatológico, *están contraindicadas*; que la recidiva es fatal, así como la difusión y la metástasis.

La sobrevida mayor, aunque en número muy limitado de casos, repetimos que apenas alcanza al 10 %, se observa después de las grandes mutilaciones y de diagnóstico precoz.

El drama comienza en el prólogo.

Una leyenda antigua afirma que los pájaros abandonan las torres que están por derrumbarse; en efecto, las alas de la

esperanza no descansan jamás sobre este tipo de lesiones; el prólogo permite prever el epílogo más o menos cercano, pero siempre fatal.

Parecería que como sobre la testa del Dragón del Apocalipsis, agregado al diagnóstico, fuera necesario escribir también las tres M simbólicas: misterio, malignidad, muerte.

La única oportunidad, quizás, la ofrece el diagnóstico precoz y la mutilación precocísima y extendida, por lo menos por ahora, mientras siga el misterio y la malignidad.