

EL CASO DIARIO

Por el doctor Manuel José Luque.

Un fibro-sarcoma del maxilar inferior. Resección.

(Historia clínica quirúrgica).

Q. S. (enferma enviada por el doctor Senén Arenas) natural y vecina de Sátiva Norte, de 30 años, casada, hospitalizada el 9 de octubre de 1935, hilandera de profesión, ocupó la cama N^o 9 del Pabellón La Pola. Padre muerto hace algo menos de 30 años, a causa de una lesión sin importancia para el caso presente. La madre vive, pero parece que la mortifica una afección cardio-renal. Tiene cinco hermanas todas sanas, y un hermano que falleció recientemente, de 19 años, sin saberse la causa de la defunción. Ignora que entre sus familiares haya habido alguno que sufra, o haya tenido, enfermedad semejante a la que ella padece actualmente.

Ha vivido siempre en clima medio y tuvo las enfermedades eruptivas propias de la infancia; además, fiebre tifoidea, viruelas y disentería. Menstruó a los 13 años y su período ha sido a veces doloroso, y en ocasiones prolongado. Ha tenido seis partos normales y dos abortos, ambos de cuatro meses, el último de los cuales hace cuatro años.

En relación con su estado actual, cuenta que cuando niña tuvo un golpe en la región dentaria inferior derecha, y que ese sitio quedó un tanto engrosado, justamente sobre el reborde. Hace cinco años le extrajeron las tres molares posteriores e inferiores de ese lado, sin que se presentaran complicaciones graves, salvo un dolor muy agudo que apareció en los días subsiguientes a las extracciones. A los dos meses el engrosamiento alveolar mencionado se extendió, en forma ya de una masa apreciable, a la región lateral derecha del piso bucal. Tres meses más tarde, sobre la cara externa del maxilar, en la parte media y propagado hacia el ángulo, apareció un núcleo de consistencia dura que resaltaba sobre el resto del neoplasma, que fue tomado por ella y sus familiares como un "lobanillo" (sic) y que se trató con fuertes masajes.

A pesar de ellos, lejos de observar mejoría, anotó que la masa en cuestión crecía lentamente deformando la cara de manera ostensible. De un año a esta parte, el aumento ha sido más rápido aún; se presentó abundante salivación, una sensación de "atirantamiento" en la

región cervical y, sin ser un dolor verdadero, un "fastidio", un "peso" sobre ese lado de la cara.

Al examen objetivo, el tumor tenía el tamaño aproximado de una naranja, más o menos regular, lobulado, redondo, hacia cuerpo con el hueso, era ligeramente depresible en algunos puntos y se hallaba colocado en la rama horizontal del hueso, entre la sínfisis y el ángulo. La piel, de coloración normal, se deslizaba fácilmente sobre él. No existían anestias, ni ganglios apreciables a la palpación, ni impedimento para hablar, masticar o deglutir.



Q. S. antes de la intervención.

Reacciones de laboratorio.

Análisis de sangre: "Reacción de Wassermann en la sangre, negativo total. H.8. de la escala de Jeanselme. (Fdo.) *Rueda*. Octubre 31 de 1935".

"Tiempo de coagulación: en tubos, 8 minutos; en láminas, 12 minutos. (Fdo.) *Rueda*. Noviembre 3 de 1935".

"Examen coprológico: Parásitos y quistes 1 huevo de áscaris por

preparación. Encontramos además amibas histolíticas forma tetrágena. (Fdo.) Rueda. Octubre 29 de 1935”.

Estudio radiológico.

“Octubre 29 de 1935. Servicio del doctor Manuel José Luque.

El examen radiológico de la paciente Q. S. (Pabellón La Pola) enviado por Ud., ha dado el siguiente resultado: En la radiografía del maxilar inferior existe un tumor del tamaño de una naranja que proviene de la parte transversa del hueso, la cual se encuentra destruida, y el tejido neoformativo presenta un aspecto muy irregular, aunque todavía está encapsulado. *Radiológicamente parece tratarse de un osteosarcoma central del maxilar inferior.* (Fdo.) E. Otero”.



Radiografía del fibrosarcoma del maxilar inferior de la enferma Q. S.
Servicio del doctor Manuel José Luque.

Con esos datos, ¿en qué entidades pensamos? Estudiemos en primer término aquellos neoplasmas con los cuales tiene muy poca semejanza el tumor que consideramos.

No podría pensarse en un odontoma, porque ellos se desarrollan cuando la dentición todavía no ha concluido. Es decir, que son tumores de jóvenes, y por ello escribe Broca: "todo tumor que aparece en los maxilares después que ha terminado la evolución dentaria, no es un odontoma".

¿Podría ser un epiteloma? Un cáncer de las partes vecinas, cara, lengua, suelo bucal, etc., que hubiera invadido el maxilar no es aceptable. Menos equivocado sería pensar en una propagación al maxilar, proveniente de la mucosa. Pero es casualmente lo que no se ve; comienzo en la mucosa. Cuando en ella tiene su iniciación anotamos una ulceración irregular que hace cuerpo con el hueso, de boides duros y espesos, que sangra fácilmente, con vegetaciones fungosas, desgarrables, blandas. Las piezas dentarias se aflojan y se caen. En la mayoría de las veces existen dolores, agudos comúnmente, que tienen la apariencia de neuralgias extendidas a toda la cara, o que siguen trayectos nerviosos diversos. El epiteloma del maxilar inferior se propaga rápidamente al suelo de la boca, a los músculos maseteros, a la glándula submaxilar, a la piel, etc., y los ganglios son tomados también con mayor o menor prontitud, en veces con precocidad desconcertante. Pronto aparece la caquexia cancerosa y la duración de la enfermedad en parecidas circunstancias es aproximadamente de 4 a 6 meses. Rechazada, pues, la idea de un cáncer, pensemos en otro neoplasma.

¿Lógicamente podríamos creer en un osteoma? Estos tumores aparecen, en lo común, en el maxilar superior. Cuando los hallamos en el inferior ocupan la rama horizontal, y esta característica estaría a favor de tal idea. Como también lo estarían el crecimiento lento y la indolencia absoluta. Mas, en general, el osteoma es de individuos mucho menores que la enferma que estudiamos; son más firmes y su consistencia no se modifica con el curso de su evolución. Consideraciones muy semejantes podríamos hacer en relación con el encondroma, el cual, como es sabido, cuando se forma en el maxilar inferior, se desarrolla en el espesor mismo del hueso.

¿Es un sarcoma? Aun cuando estos tumores pueden encontrarse a toda edad, ellos presentan un máximo de frecuencia entre 15 y 30 años. Y, si así fuera, ¿se trataría de un sarcoma perióístico, o sería un sarcoma central? Unos y otros se desarrollan en el maxilar inferior y en la bóveda palatina; pero el central, cuando se forma en el maxilar inferior, ocupa de preferencia la rama horizontal; el perióístico, el ángulo o la rama montante. Sea cualquiera su sitio, el aspecto del tumor es característico: son masas irregulares, boseladas, algunas veces enormes, rosadas, grisáceas, resistentes, si se trata de fibrosarcoma, y blandas si es la forma encefaloide.

En vía de discusión, admitiendo la hipótesis de un sarcoma central, y suponiendo igualmente que se trataba de un neoplasma oculto en el espesor del maxilar, ellos se manifiestan por dolores neurálgicos, frecuentemente atroces, especialmente durante la noche. Al mismo tiempo se aflojan los dientes y se caen, luego aparece una tumefacción ósea que crece lentamente. En el estado en que se halla el neoplasma, ya bastante voluminoso, natural era que en el caso de ser sarcoma, al hacerle presión se dejara deprimir y se sintiera la crepitación que llaman "apergamizada" los franceses. Nada de eso tenemos. Además, de ciertos momentos en adelante el crecimiento del neoplasma es rápido, lo que no hemos visto en el caso que analizamos; el tamaño alcanzado ha sido con el correr de los años. No existen, propiamente hablando, turbaciones funcionales; no hay dolores, no aparece la anestesia del nervio mentoniano, la masticación no está impedida, la saliva no sale fuera de la boca, la fonación y la deglución se verifican más o menos normalmente.

Quedarían dos neoplasmas en los cuales se puede pensar fundamentalmente: el epiteloma adamantino, llamado también adamantinoma, y el fibroma. Uno y otro se presentan entre los 10 y los 35 años; ambos se ven en la mujer y se sitúan con frecuencia en la parte media de la rama horizontal del maxilar inferior; los dos se manifiestan por una tumefacción ósea que conserva su dureza habitual; los tegumentos en el fibroma central y en el adamantinoma sólido, se conservan intactos, y los ganglios no son tomados en ninguno de los dos. No hay dolores, no existen anestias y solamente en el caso de tumor muy voluminoso se anotan molestias mecánicas para la masticación o la deglución.

Pero el epiteloma adamantino ocupa habitualmente la región del ángulo, y aquí principió por la parte media; con el correr de los días se va lobulando, la superficie se adelgaza, en forma como de concha, que da la crepitación apergamizada cuando se hace ligera presión sobre ella. Tiene también cierta tendencia a invadir la celda submaxilar, luego que ha roto la concha de que hemos hablado.

La ausencia de los signos anotados como elementos negativos; la dureza, la consistencia uniformemente firme, la mucosa y los tegumentos sanos, la indolencia, el desarrollo lento, el sitio de su aparición con el antecedente del traumatismo como datos positivos, nos inclinaron a pensar en un fibroma, sin olvidar que en ellos es muy posible la transformación sarcomatosa, que fue anotada en el estudio radiológico. Con ese diagnóstico subió a la mesa operatoria.

Operación.—Partiendo del borde anterior del músculo masetero del lado derecho, seccionamos la piel, siguiendo el borde inferior del maxilar en una extensión de 4 centímetros aproximadamente. Cortamos y ligamos los vasos faciales. En seguida desprendimos las partes blandas que rodeaban las dos caras del hueso sin conservar el periostio en previsión de una regeneración ósea, que podría engendrar la reinciden-

cia del neoplasma. Luégo, con el cincel, a pequeños golpes, fuimos desprendiendo la parte posterior de la nueva formación que solamente se encontraba puesta allí y sin contraer adherencias. En seguida, seccionados francamente con la gubia el resto de la masa, que se fundía con el hueso justamente en la parte media de la rama horizontal. Finalmente, con la sierra en cadena, dividimos el maxilar en la vecindad de la línea media, hacia afuera de los músculos genianos para respetar las inserciones anteriores de la lengua. Terminamos retirando el bloque óseo. Suturamos la mucosa; igualmente suturamos la piel, después de poner drenaje filiforme con crines.

Cuidados postoperatorios.—Como es natural en estas operaciones, la herida se supuró, pero se hicieron curaciones hasta sanar. En el interior de la boca, en un principio, quedó destapada la sección posterior del maxilar, pero luégo, poco a poco, la cubrió la proliferación de la mucosa. La enferma salió por curación el 4 de diciembre.

No queremos terminar sin advertir que la paciente se preparó a la intervención, haciendo un tratamiento antidisentérico; y media hora antes de la operación se le aplicó un centigramo de morfina. Se anestesió con mezcla de Schleich, inhalando, con el aparato de Ombredanne, por la boca y la nariz, el doctor Hernando Cuéllar y Zorro al co-

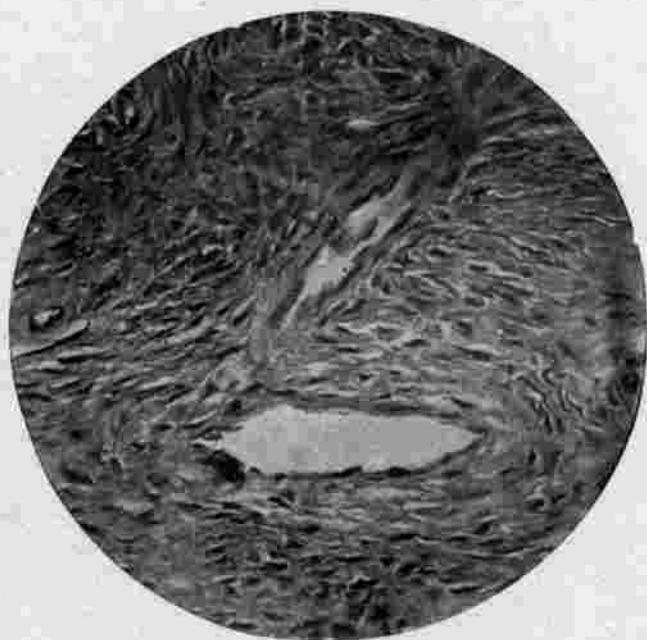


Q. S. después de la intervención.

menzar el acto quirúrgico. Luégo, el doctor Carlos Jiménez, valiéndose de una sonda que introdujo por una de las ventanas de la nariz, continuó la narcosis sin incidente alguno.

Estudio anatomopatológico de la pieza.

“Señora Q. S. Pabellón La Pola. Dr. Manuel José Luque.—El resultado del examen histológico practicado en un tumor del maxilar, es el siguiente: Los cortes muestran un tejido de naturaleza conjuntiva representado por células estrelladas o alargadas con aspecto fusiforme. Estos elementos están sostenidos por una sustancia muco-colágena, y es posible observar en algunos sitios pequeños fragmentos óseos embrionarios. También encontramos grandes células que aparecen con sus núcleos modificados; pero totalmente diferentes de los mieloplaxos.



Las células neoplásicas limitan en algunos puntos directamente los vasos sanguíneos que se presentan deformados. Conclusión: el tumor examinado, de naturaleza conjuntiva, podemos clasificar como un fibrosarcoma derivado posiblemente de despojos parodontarios correspondientes exclusivamente a la pulpa dentaria. Secundariamente, y por invasión, ha determinado la destrucción ósea que aparece representada en los cortes por pequeñas láminas impregnadas de oseína. — (Fdo.) Juan Pablo Llinás. — Bogotá, noviembre 19 de 1935”.