

---

# GACETA MÉDICA DE MÉXICO.

---

PERIÓDICO

DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA DE MÉXICO.

---

CLINICA EXTERNA.

---

## Sarcoma del maxilar inferior. — Osteotomía linear. — Curación.

**S**os neoplasmas de la cara, más que los de las otras regiones del cuerpo, se prestan á consideraciones especiales por parte del cirujano, y deben preocuparlo en alto grado bajo el punto de vista de sus resultados operatorios. — Muy importantes estos tumores por las deformidades que determinan en el individuo, lo son también por las huellas cicatrizales que puede producir su extirpación.

En cualquiera otra región el cirujano combina sus incisiones y las practica con amplitud y franqueza, facilitándose de esa manera el manual operatorio. En las regiones de la cara creo que el cirujano debe economizarlas cuanto sea dable, aunque esto implique mayor laboriosidad en la operación. — Ciertamente que al lado de la deformidad ya sea ridícula ó repugnante que producen ciertos neoplasmas de la cara, es natural que se consideren como de muy poca importancia las huellas cicatrizales ó verdaderas deformaciones quirúrgicas, por decirlo así, que son consecutivas á la extirpación de esta clase de tumores; pero creo que el cirujano está obligado á procurar á su enfermo todas las ventajas operatorias posibles, sobre todo, si se trata de una mujer, cualesquiera que sea la clase social á que pertenezca. — Consideraciones de este orden me decidieron á operar de la manera que lo hice, á la enferma cuya historia paso á referir.

El 22 de Julio del presente año entró á ocupar la cama núm. 29 de mi sala en el Hospital Béistegui, la enferma Gregoria Hernández, de 54 años de edad y molendera de oficio. Revela antecedentes alcohólicos

y dice haber gozado de buena salud. No hay antecedentes patológicos hereditarios. — Llama desde luego la atención la notable deformidad que presenta la cara de esta enferma hacia el lado derecho y al nivel del cuerpo del maxilar inferior. Los labios se ven entreabiertos y separados por una masa carnosa que ocupando la cavidad bucal ha desviado la comisura labial del lado derecho estirándola, por decirlo así, hacia afuera, atrás y abajo; el labio inferior está muy abultado en su mitad derecha y algo invertido hacia afuera. — La enferma atribuye el desarrollo del tumor, á un golpe que recibió hace veinte años, durante un acceso de histeria. Poco tiempo después del golpe, notó un abultamiento al nivel de la cara externa del cuerpo del maxilar inferior del lado derecho. Este abultamiento fué creciendo poco á poco y de una manera muy lenta; los progresos de su desarrollo produjeron la desviación de los dientes hacia adentro y la masticación era cada día más difícil. El tumor había sido indolente, y sólo algunos días antes de su entrada al hospital empezó á causarle algunos dolores. — El aspecto general de la enferma es satisfactorio; su salud parece no haberse resentido durante el largo período de la evolución del tumor. En el momento de examinarla, el volumen del tumor dificulta la palabra y hace imposible la masticación. La palpación exterior da la sensación de una masa dura, resistente, alargada en el sentido antero-posterior; como del volumen de un huevo de gallina, de consistencia uniforme, de superficie lisa, haciendo cuerpo con el maxilar inferior; pero dejando libre el borde inferior de este hueso en toda su longitud y en una anchura como de 12 milímetros; explorando con atención este borde no se nota ni deformidad, ni cambio de consistencia, ni abultamiento, ni modificación alguna en su sensibilidad.

Abriendo la boca y separando la mejilla al nivel de la comisura, se descubre el neoplasma en toda su extensión, formando una masa carnosa surcada por vasos ramificados en su superficie, que le dan un aspecto lobular, y en algunos puntos porciones blancas, pequeñas y diseminadas que producen al tacto la sensación de crepitación huesosa. La presión constante del arco dentario superior, ha impreso un surco longitudinal en la superficie del tumor que presenta el aspecto como si estuviera formado por dos lóbulos, uno interno y otro externo, adheridos y confundidos con el cuerpo del maxilar. Hacia la parte anterior é interna del neoplasma los dientes están completamente desviados y como escalonados los unos encima de los otros; los dos últimos molares tienen su colocación normal. La parte posterior de la porción interna del tumor ha desviado un molar, po-

niéndolo en relación con la base de la lengua, que está desviada á su vez hacia atrás y á la izquierda; pero sin presentar cambio alguno ni en su coloración ni en su consistencia, notándose un abultamiento como edematoso en el piso de la boca del lado que corresponde al tumor. Los ganglios parotídeos y submaxilares no están infartados.

El diagnóstico que se formuló como resultado de la exploración fué: *sarcoma del maxilar inferior*.

El inteligente Profesor adjunto á la clase de histología Sr. Dr. Francisco Hurtado, hizo el estudio del tumor y con gusto transcribo la nota que me ha enviado y es como sigue:

“El examen enseña que el tumor es un sarcoma *fuso-celular*, bastante rico en elementos celulares, con una gran cantidad de vasos embriónarios, poca sustancia inter-celular y una proliferación activa de las células. Esto explica el desarrollo del neoplasma, así como el hecho de llenar parte de la cavidad bucal en la que no pudiendo ser contenido, produjo esta circunstancia la inversión y la hinchazón del labio inferior; hinchazón producida por obstáculo circulatorio y de ninguna manera por infiltración neoplásica. El tiempo transcurrido y el estado actual de la enferma certifican en este sentido.

**ELEMENTOS DEL NEOPLASMA.**—Las disociaciones enseñan que los elementos celulares del tumor son esféricos en su mayor parte; pero hay células fusiformes de contornos algo irregulares por la presión de las células vecinas, poseen uno ó varios núcleos, hasta cuatro. Su dimensión oscila entre 7,2 mm; la dimensión del núcleo es de 3,4 mm.

El protoplasma celular es homogéneo en algunas y en la mayoría finamente granuloso. El núcleo se tiñe vivamente por el carmín, la hematoxilina y el violeta de genciana; en varias células los núcleos disgregados ofrecen prolongaciones más ó menos irregulares, más ó menos estelares y muy semejantes á las formas correspondientes que reviste el núcleo celular en la importante formación llamada *cariokinésis*.

**ESTUDIO DE LOS CORTES.**—Es imposible formarse un juicio completo de la estructura de un neoplasma, por sólo el examen de los elementos de que está compuesto, haciéndose indispensable conocer el modo como dichos elementos se agrupan para formarlo. Por este motivo procedí á endurecer un pequeño fragmento, por los medios técnicos habituales, tiñendo los cortes con el picro-carmín, violeta de genciana y azafranina.

En casi todos los cortes se puede reconocer una capa superficial que corresponde al epitelio de la mucosa gingival que cubría una grande ex-

tensión del neoplasma. Es un epitelio dermo-papilar, formado de tres capas de celdillas que no presentan ni aisladamente ni en su conjunto, ninguna alteración. La dermis mucosa se encuentra engrosada y llena de una gran cantidad de células embrionarias de 7 á 11 mm. y muchos leucócitos. Existe en consecuencia un trabajo flogístico caracterizado por la diapedésis de los glóbulos blancos, y en segundo lugar un principio de infiltración neoplásica.

De la dermis mucosa se desprenden tractus conjuntivos fibrosos bien organizados, que penetrando hacia el centro del neoplasma, le constituyen especies de lóculos ocupados por los elementos celulares embrionarios que enseña la disociación.—De estos trabéculos se desprenden hacecillos conjuntivos muy finos, que poco después se resuelven en fibrillas conjuntivas interrumpidas en su trayecto por la sobreposición de las células embrionarias, de las que parecen nacer las prolongaciones conjuntivas.—El conjunto es idéntico al aspecto del sarcoma fuso-celular, mas en este hay gran cantidad de células embrionarias, lo que me hace creer que no había llegado á sufrir la transformación fibrosa y que por lo mismo es un intermedio entre estas dos formas del sarcoma.

Después de operada la enferma, pude tomar otro pequeño fragmento de la base del tumor en su punto de implantación del maxilar. Este era de consistencia huesosa, y para hacer los cortes fué preciso someterlo á la acción de ácido pícrico concentrado, reactivo que disolviendo las sales calcáreas de que estaba impregnado el fragmento, permitió efectuar cortes delgados.

En estos últimos la estructura fibrosa es más aparente y más adulta que en los anteriores. Los trabéculos conjuntivos se hallan como corroídos por el reactivo, y el conjunto es análogo al de los huesos en vía de osificación. Profundamente se nota una capa de células conjuntivas ordinarias y muchos corpúsculos linfáticos. Esta capa está atravesada por vasos en cuya túnica adventicia hay mayor cantidad de corpúsculos linfáticos. Más profundamente se encuentran núcleos de tejido sarcomatoso, como los descritos en los primeros cortes, encontrándose en resumen separados del maxilar dichos núcleos, por las dos primeras capas.

Un hecho digno de llamar la atención es la dilatación de los vasos embrionarios en algunos núcleos sarcomatosos, dilatación que llegando á la ruptura del vaso, hace derramar los glóbulos rojos y blancos en el estroma del neoplasma.

De lo que antecede me permito sacar la siguiente conclusión:

El tumor es un sarcoma encefaloide que ha evolucionado hacia el estado adulto convirtiéndose en un sarcoma fuso-celular, que ha destruído los tejidos con que ha estado en contacto, provocando fenómenos inflamatorios en su derredor, sobre todo en su base de implantación en el maxilar.”

Hasta aquí la nota del Sr. Hurtado.

En vista de la naturaleza del tumor, el único tratamiento era la extirpación. Fué aceptada por la enferma y se practicó la operación el 1º de Agosto, con asistencia de los Sres. Dres. Hurtado, Icaza, Vértiz, Prieto y los internos del Hospital.

Dado el volumen del tumor, la distención que producía en la piel de la mejilla y el estiramiento de la comisura, ocurrían desde luego dos medios para ponerlo á descubierto y obrar sobre él con entera franqueza: ó prolongar la comisura labial por medio de una incisión, ó practicar ésta siguiendo el borde del maxilar, despegar de abajo hacia arriba las partes blandas hasta llegar al tumor y terminar la sección por medio de la sierra de cadena. En uno y otro caso quedaba una cicatriz bastante perceptible, y en el segundo se sacrificaba todo el cuerpo del maxilar.

El problema que me propuse fué el siguiente: 1º Conservar la parte sana del borde del maxilar para que sirviendo de apoyo y no interrumpiendo la continuidad, evitara la deformidad consecutiva á la operación. 2º Operar sólo por dentro de la boca para evitar la cicatriz exterior.

La realización de los dos términos del problema era difícil, pero me propuse llevarla á cabo hasta donde me fuera posible, y sólo recurrir á la incisión exterior cuando las dificultades operatorias me obligaran á ello.

Procedí de la manera siguiente: Una vez cloroformada la enferma, destiné un ayudante exclusivamente á oponerse al paso de la sangre á la faringe y á la laringe, y mientras otro llevaba la comisura labial derecha hacia atrás y afuera para separar la comisura y la mejilla de la superficie del tumor, yo con el osteótomo angosto de Macewen hice una sección linear sobre la parte sana del maxilar, fuera de los límites del tumor, manteniendo la sección á igual distancia del borde del maxilar y los límites del tumor, y sirviéndome del índice de la mano izquierda, no sólo como conductor del osteótomo, sino también para fijarlo en el momento de practicar la sección. Al llegar á los límites del tumor, tanto en su parte anterior como posterior, dirigí la sección hacia el borde superior del maxilar, dando al corte en su totalidad la forma de una línea curva de concavidad superior, habiendo comprendido en la sección la totalidad del tumor. Una vez practicada la sección de todo al espesor del maxilar, fué fácil

desprender el neoplasma, dividiendo las partes blandas hacia la cara interna del maxilar, y entonces pudimos notar que la sección de éste era limpia y neta como todos los que se practican con los osteótomos de Mac ewen. Los dientes desviados quedaron comprendidos en el tumor, excepto uno que fué preciso extraer separadamente.

La hemostásis huesosa se hizo con el termo-cauterio, y solo hubo que ligar la arteria dentaria inferior. Se aplicó sobre la herida algodón salicilado, y se prescribieron buches de solución bórica al 4%.

El resultado operatorio fué de los más sencillos. La temperatura por la noche 37.2. Al siguiente día 37.2 en la mañana, y 37.3 en la noche. Los días siguientes la temperatura fué normal, y la cicatrización de la herida marchaba rápidamente.

El día 18 estaba enteramente cerrada, excepto en la parte anterior donde existía á descubierto un pequeño fragmento huesoso, que fué tocado con el termo-cauterio y cayó ocho días después, permitiendo la completa cicatrización de la herida.—El tiempo que tardó la cicatrización fué bastante para hacer desaparecer la infiltración del labio inferior y del piso de la boca correspondiente al lado del tumor.

La enferma salió del hospital completamente curada, sin deformidad ni cicatriz exterior, y la pieza se conserva en el Museo Anatómico-Patológico.

Las consideraciones anteriores creo que pueden reasumirse en las conclusiones siguientes:

1.<sup>a</sup>—En los neoplasmas de la cara, el cirujano no debe perder de vista los resultados operatorios consecutivos.

2.<sup>a</sup>—Tratar de economizar las incisiones y pérdidas de sustancia, sobre todo huesosas, para evitar las deformidades.

3.<sup>a</sup>—Siempre que sea compatible con la extirpación completa de los neoplasmas, operar sólo por la boca, aunque esto implique mayor laboriosidad en el manual operatorio.

México, Octubre 16 de 1889.

FRANCISCO DE P. CHACÓN.

