
CIRUGIA GENERAL.

Breve relación de un caso de osteosarcoma del mixto superior, mezclado con epitelio adamantígeno, curado per-primam por la resección total.

Deseo que la Ilustre Academia, me permita referir un reciente éxito operatorio y presentar la enferma respectiva.

Ultimamente estuve encargado, por breve tiempo, de las dos secciones de Otorinolarinología en el Hospital General: hallando en la cama no. 31 del pabellón 19 á la joven Carmen Arredondo, vírgen, bien menstruada desde los 13 años y actualmente de 16, sin antecedente patológico alguno, ni hereditario por parte de la madre, del padre ó de los progenitores de éstos. Su enfermedad comenzó por un lagrimeo constante del ojo izquierdo, de día y de noche; tan molesto que acabó por excoriar la piel;

después empezó á hinchársele el cachete, á la vez qué á ponérsele saltón su globo ocular y al último á tapársele su nariz hasta obstrucción completa, todo del mismo lado. No había tenido dolores sino hasta la primera semana de Febrero próximo pasado, haciéndose intolerables por el día 15, expresando que "como



Osteo sarcoma con epitelio adamantino. Resección total del maxilar superior
Cicatrización por primera. Dr. Otero.

que quería estallar" la región; por lo cual el 18 practiqué la traqueotomía, preparatoria de la intervención radical.

Desgraciadamente no se pudo tomar la fotografía antes de la operación, pero completaré mi boceto clínico, hecho á la pluma, con unos cuantos rasgos más: la niña de tez blanca, pelo castaño y ojos claros, presentaba de frente lastimosa deformación, pero más aun de perfil, porque toda su nariz estaba desviada

hacia la derecha y su punta á $2\frac{1}{2}$ centímetros de la línea media, lo mismo que el tabique, rechazado éste por un bulto rojo y nunca sangrante, que fácilmente se percibía en el fondo de la fosa nasal izquierda. El carrillo de éste lado hacía una proeminencia de $3\frac{1}{2}$ ctms. adelante, comparado con su congénere; y un plano vertical, tangente al ojo izquierdo, prolongado al otro lado, dejaba á 1 centímetro y $\frac{1}{2}$ atrás al globo derecho.

La mitad izquierda de la bóveda palatina se había hecho convexa, quedando cóncava la derecha, por lo cual se había formado una especie de brusco surco ántero posterior que dificultó después la maniobra; el oído, la visión y la inteligencia estaban perfectamente; por último, por el examen más cuidadoso, no llegó á encontrarse infarto ganglionar ninguno.

Así las cosas: el 21 de Febrero ejecuté la resección total del maxilar superior, ayudado por mi modesto, cuanto inteligente colega, el Sr. Dr. Agustín Hernández Mejía, y anestesiando el pasante D. Ernesto Herfter, asesorado éste bondadosamente por el Sr. Doctor Zavala. No vendría bien hacer aquí un estudio comparativo de los distintos procedimientos aconsejados para la expresada operación, pero sí es pertinente que un práctico exponga el fruto de sus meditaciones y de su experiencia, por lo que pudieran servir á otros compañeros, que ulteriormente se vean precisados á repetir la misma intervención.

Desde luego, estoy convencido, aun cuando se haya pretendido lo contrario, que lo mejor es anestesiar por la tráquea, agregando, además, la posición para atrás de la cabeza más baja (llamada de Rose) y empleando el tubo construido *ad hoc*, unido á la cánula de traqueotomía.

En mi caso se imponía la incisión Nelatón—Liston y al efectuarla incindí desde luego la masa mismo del neoplasma, del que manó gran cantidad de sangre, é invadiendo aquél la región infra-orbitaria, me impidió seguir el consejo magistral de Ollier, de respetar al nervio del mismo nombre, levantando la cubierta superior de su canal, para conservar la sensibilidad al carrillo.

Insistiendo sobre técnica, quiero consignar otros tres pormenores: uno de trascendencia, es, que no hay que hacer desdoblamientos aparte de tegumentos del carrillo y de lá mucosa gingival, porque una vez extraído el incisivo medio lateral (en mi observación fué preciso sacar los dos), y rodeado el resto de pie-

zas dentarias respectivas por una incisión profunda, que abraza al último molar y adelante se junta con la vertical que rompe al labio superior: resulta (digo) un grueso colgajo mixto anterior, con todo el carrillo, el labio, más la encía vertical ántero externa; en el 2º lugar, el colgajo profundo y horizontal, lo formaron la encía interior, continuada con el forro de la cara inferior del paladar, muy difícil de desprender con la gubia sin que se rompa, para evitar lo cual hay que llevar el despegamiento mucho más allá de la línea media, parejo, en la otra mitad sana, hasta el paladar blando exclusive. En 3er. lugar, que á pesar de que con Löbker otros autores alemanes pretendan que basta para efectuar esta operación la sierrita cultelar de Langenbeck, seccionando con sólo ella los diferentes puentes, suturas y arcos de unión del maxilar superior á sus vecinos; francamente yo no lo creo así, salvo "tour de force", obligado, por el deseo de no hacer lo que se practica en la nación rival; para medianos operadores como yo, son indispensables; el cincel, un martillo, cisalla recta, y otra acodada para la sección ptérigo-maxilar; á veces también la sierra de cadena ó estilo de relojero. En mi observacion, la hendedura esfeno-maxilar estaba obstruida por el anormal engrosamiento del hueso, de manera que no pudiendo pasar la sierra de cadena, salvó la situación mi cincel; difícil, en extremo, fué colocar la rama superior de la cisalla, para la sección mediana ántero-posterior, por estar ocupado el piso de la fosa nasal por porción dura del neoplasma y repito el rechazado el tabique; é igualmente dificultoso fué despegar la encía en la cara externa, por las duras gibosidades, nuevas, allí existentes. Y no insistiré sobre los diferentes tiempos operatorios: protección del ojo, suturas, etc., que conoceis demasiado.

Al fin, colocando la gran tenaza de Faraboeuf oblicuamente, una rama sobre los últimos molares, la otra en la cara interna de la cara inferior de la órbita, y dando pequeñas sacudidas, de arriba á abajo y de atrás á adelante, dirigiendo la fuerza hacia mí, luxé el hueso con el inesperado y grande apéndice que véis, en la pieza que os presenta la enferma misma, con el mismo aspecto que acabada de éxtraer, pues conservé el hueso por el método de Kaiserling.

Mi diagnóstico clínico fué: osteo-sarcoma, pero las gibas que presenta el maxilar en su cara externa, cerca de la raíz de los

dientes (*ninguno cariado*), me hicieron meditar; recordando, para la patogénesis, que existen tumores exclusivos á las mandíbulas según Duplay y Réclus, por ejemplo, entre los viejos autores, y Gaillard y Mogué entre los más flamantes; porque además de los folículos destinados á evolucionar hacia la formación de los dientes, encierran los maxilares también, escalonados á lo largo de la lámina dentaria, gérmenes abortivos del órgano adamantino, y al nivel de cada folículo normal, restos inutilizados del mismo órgano adamantino correspondiente, que son lo que Malassez llama "residuos epiteliales paradentarios". En razón de estos "vestigios ó inclusiones epiteliales" que los maxilares encierran, son territorios embriológicos fértiles para la formación de neoplasias quísticas ó sólidas, pero "siempre de naturaleza epitelial"; "las cuales á veces pueden tener un origen en parte adamantino y en parte gingival," ó cuyo origen son glandulillas bucales ectópicas; resultando así hasta once teorías distintas.

Pero, sin profundizar este asunto que nos llevaría muy lejos, únicamente diré que desde luego hay que desechar aquí la intervención de agentes infecciosos sobre-agregados, (de Radier y Sिरantoine), por no haber caries dentarias; de manera es, que limitando mi ambición ya, á determinar aproximadamente la variedad anatomopatológica, aunque sospechando mucho la contribución de "elementos residuales del órgano del esmalte" para generar ese neoplasma, hice preparaciones de la porción blanda y de la dura, previa induración de aquella.

De la blanda, teñí unas porciones con eosina y azul borata-do, otras con solución Tri-ácida de Erlich-Biondi-Heidenhein, resultando con ambas coloraciones, en cortes longitudinales "fibrillas sinuosas casi paralelas", dominando y entremezcladas á ellas células poco numerosas de tres, cuatro, cinco y seis lados. Por otra parte, (como podréis examinar en la cara externa del hueso, sobre la huella que dejó la excisión de una pequeña cuña), el aspecto de la neoplásia dura es fibroide, más parecido á diente que á hueso; fué imposible adelgazarla mecánicamente, porque se desgranaban sus moléculas calcáreas ó se desprendían sus fibrillas: por cuya razón, me limité á decalcificar la pequeña pirámide, en solución al 2% de Clh, á teñirla con la Triple coloración de Cajal y á montarla. De hacer

los cortes, se encargó bondadosamente el distinguido Sr. Doctor Del Bosque, y en su preciosa preparación de la sección perpendicular á la dirección de las fibrillas, encontré: 1º espacios pequeños circulares, vacíos y claros como de canales de Havers; 2º una abundante proliferación de muy pequeñas células, ligeramente alargadas; 3º grandes células prismáticas, ó poligonales, ó cúbicas, mezcladas irregular y fantásticamente con los elementos precedentes.

De cuyo estudio histológico, resulta: que realmente se trata de un osteosarcoma y no del puro "epitelioma adamantino terbrante", descrito magistralmente por Chibret; pero que también contribuyen á la formación de ese tumor, elementos residuales paradentarios, ó vestigios epiteliales del órgano adamantino.

En resumen, en las partes blandas y en lo que resta del hueso, este neoplasma contiene tres elementos anatómicos: el fibroide, el micro-celular y el epitelial poliédrico; es netamente mixto, y de pronóstico relativamenteo maligno.

México, Marzo 22 de 1911.

DR. MIGUEL OTERO