

EL RADIOLOGISTA Y EL CIRUJANO

Mutua ayuda que deben prestarse, ilustrada por un ejemplo de un sarcoma mieloide osteógeno

POR EL DR. ULISES VALDEZ.

A medida que la Cirugía extiende su campo de acción, va tomando de otras ramas de la Medicina, padecimientos que se creían de la propiedad exclusiva de la Terapéutica Médica. Esta invasión en otros terrenos, principalmente en sus principios, tiene celosos opositores, que no pueden convencerse de que haya método más eficaz, que el que ellos han usado durante mucho tiempo, y a veces con resultados relativamente satisfactorios; y así, queriendo unos conservar lo que creen, de derecho que les pertenece, procurando los otros abarcar un campo de futuras esperanzas, dejan pasar los años hasta que la verdad se impone, y los que eran ayer opositores, al parecer irreconciliables, se vuelven colaboradores unidos. Pero entre tanto, se ha llegado a ese acuerdo, muchos pacientes han sufrido sus consecuencias, como lo demuestran los resultados de las apendicitis tratadas médicamente, y en los últimos tiempos, ciertos padecimientos ulcerosos del estómago y del duodeno y algunas infecciones de la vesícula biliar.

Afortunadamente, nuestra época tiene un espíritu más eclético y acostumbrada a descubrimientos asombrosos, es más sensata para admitir terapéuticas nuevas, sin pretender hacer perdurar los viejos medicamentos.

Ignal cosa sucedió con el advenimiento de los rayos X y del radio, como elementos de curación. Aparecieron como rivales de la Cirugía, y ésta se apresó a defender su propiedad, y aún no concluye la lucha, aunque afortunadamente el acuerdo comienza a establecerse. Este modo de pensar es erróneo; en Medicina no hay ni puede haber rivales. La Terapéutica Médica, no es la opositora de la quirúrgica, puesto que las dos coinciden en el mismo fin: curar a los enfermos. Las dos en su campo de acción, sin pretender invadir la una los campos de la otra, ni hacer valer antiguos fueros, deben de prestarse mutua colaboración, ayudarse, completarse, que así los resultados serán mucho mejo-

res, que si pretendemos considerar la cuestión por solo uno de sus aspectos. Lo mismo que se dice de la Medicina y de la Cirugía, se aplica a la Radioterapia; que ella nos preste su contingente, cada vez más valioso, que contribuya al tratamiento de nuestros pacientes y que se apodere de los que verdaderamente se beneficien con su empleo, sin que la pasión científica destruya esta armoniosa cooperación.

El ejemplo que ilustra estas ideas, muestra con claridad, cómo el radiólogo, el anatómo-patólogo y el cirujano, pueden unirse para el mejor estudio de un enfermo y para decidir el tratamiento más adecuado, que será sin duda, el que verdaderamente cure.

Hubo la feliz coincidencia, que además de presentarse como ejemplo de las consideraciones anteriores, el caso que es objeto de esta comunicación, revisiera por sí solo, un interés muy particular. Esta doble importancia, que no escapará al docto criterio de mis oyentes, me permitirá señalar los detalles más notables de la historia clínica, sin fatigar la benévola atención de que soy objeto.

HISTORIA CLÍNICA

A fines de septiembre del año pasado, se presentó en mi Sanatorio un individuo de 31 años de edad, de nacionalidad española, que desempeñaba el cargo de agente viajero, de una casa comercial. Me refirió, que hacía tres meses y medio, aproximadamente, comenzó a sentir dolor en la rodilla izquierda, sin que hubiera tenido ningún traumatismo anterior, ni otra causa apreciable, que explicara el síntoma. Al dolor de los primeros días, se agregó al poco tiempo el aumento de volumen de la región atacada, lo que le obligó a consultar a varios facultativos de las poblaciones que visitaba. Viendo que su mal no mejoraba, sino que por el contrario, iba aumentando, vino a la Capital y me consultó. Interrogado cuidadosamente, sólo manifestó que no sentía fiebre, tenía ligeros dolores e impotencia funcional, y no añadió ningún otro dato que valiera la pena de mencionarse. Al explorar la rodilla, se advertía un aumento de volumen en toda la región, siendo mayor en su parte media y disminuyendo hacia arriba y hacia abajo, al continuarse con las partes vecinas. La palpación demostró desigualdades de consistencia, sintiéndose al lado de partes duras, otras blandas y algunas fluctuantes; no se percibía la rótula, y con dificultad se notaba la parte superior de los cóndilos del fémur; la diáfisis de este hueso, lo mismo que la de la tibia, no presentaban alteración alguna. La piel tenía su coloración normal y no había ganglios en la ingle. La exploración de los demás aparatos y sistemas, no esclareció el diagnóstico, y decidí observarlo, poniendo el miembro en inmovilidad, en una canaladura y admitiéndolo bajo el diagnóstico provisional de artritis.

Días después se le hizo una exploración radiográfica, que demostró la desaparición de gran parte de la rótula; el cóndilo interno había perdido su con-

torno, y en la parte correspondiente de la tibia, se veían lesiones análogas; el cóndilo externo estaba ligeramente atacado, y en suma, la articulación presentaba el aspecto de un neoplasma huesoso. Durante los días en que se le observó, no tuvo elevación de temperatura, pero la hinchazón, circunscrita en un principio, al tercio inferior del muslo, comenzó a ascender. Los datos anteriores me hicieron rectificar mi diagnóstico, y creí que se trataba de un osteosarcoma. Dada la malignidad de esos tumores, propuse desde luego una amputación, que el enfermo y sus familiares rechazaron, pidiendo se ensayaran algunos otros medios que pudieran conservar la pierna del paciente, en vista de lo cual, se consultó la opinión del Dr. Peter, el que manifestó que ya había tenido ocasión de tratar otros enfermos con padecimientos de la misma naturaleza, y que estaba muy satisfecho de los resultados obtenidos, que por lo tanto, creía que el tratamiento radioterápico estaba indicado, y que podía tener éxito. A fines de noviembre se comenzó este tratamiento, sometiendo al enfermo durante las primeras sesiones (4 horas en total) a dosis altas (1 y $\frac{1}{2}$ miliamperios), con filtro de cobre de 1 mm., y repetidas con uno o dos días de intervalo, para hacer desde luego una destrucción, en masa del tumor. Después se continuó con dosis menores y más espaciadas, una o dos a la semana, llegando así a administrar 8 horas de radiaciones, con el fin de atacar las celdillas que hubieran escapado a las primeras aplicaciones y que fueran entrando en período de kariokinesis. La aparición de una ligera radiodermatitis, obligó a suspender el tratamiento, habiéndose obtenido como mejoría, la detención del crecimiento del tumor y la disminución de su volumen, puesto, que de 42 cmts. y medio, que medía en su principio, tan solo alcanzaba 40 cmts. y 2 mm. al terminar las aplicaciones radiológicas.

La perspectiva de una nueva espera y lo lento de la mejoría y del tratamiento, hicieron que el enfermo prefiriera someterse a una operación cruenta, que no esperar largos meses, sin la certidumbre de conservar su miembro útil; por otra parte, clínicamente se imponía la amputación en el momento en que el tumor había suspendido su actividad.

En vista de esta decisión, le amputé el muslo al nivel del tercio superior, siguiendo la técnica aperióstica de Rirk. La operación se realizó sin contratiempo, y sólo pude advertir en la parte anterior del colgajo, el tejido celular ligeramente edematoso. La evolución fué enteramente satisfactoria; la cicatrización se hizo perfectamente, una vez retirada la canalización que se puso, y el paciente camina con sus muletas, sin tener la menor molestia.

Para examinar la pieza hice una incisión longitudinal siguiendo el eje del miembro, que dividió el tumor hasta llegar al hueso; se encontró que los tejidos de la parte anterior estaban confundidos en una sola capa blanca de aspecto fibroso y enteramente homogénea, sin que se pudieran precisar los elementos de la articulación. Cerca de la rótula se encontró una gran cavidad que se exten-

día hacia los lados y que contenía un líquido purulento, semejante al pus hepático por su color y en cantidad de unos 400 c.c. aproximadamente; las paredes de esta cavidad tenían en algunos puntos un aspecto gelatinoso y podían advertirse fragmentos de la rótula.

El examen microscópico hecho por el Sr. Dr. Perrín nos demostró la estructura histológica de la neoformación, que era la que corresponde a un fibroma laminado que se continuaba con el periosteo rotuliano y se extendía en superficie hasta la epidermis. En el espesor del neoplasma no se observaban otros vestigios de tejidos preexistentes fuera de algunos lóbulos adiposos. Presentaba además zonas necróticas y focos de infiltración de elementos embrionarios. En el hueso existían lesiones inflamatorias crónicas caracterizadas por procesos de destrucción y de reparación del hueso. Un examen que abarcó regiones más profundas, reveló la presencia de masas tumorales constituidas por acúmulos de plasmocitos separados por espesos tabiques fibrosos, algunos de los cuales eran portadores de osteoblastos en actividad osteogénica. Las trabéculas óseas neoformadas se diferenciaban de los restos rotulianos mencionados. Estos nuevos datos sumados a las anteriores permitieron al Dr. Perrín establecer que se trataba de un fibro-plasmoma osteógeno.

COMENTARIOS

El caso referido tiene, como decía en un principio, un doble interés: primeramente la intervención valiosa de los rayos X en la obra del cirujano y en segundo lugar, la naturaleza del padecimiento y las dificultades para su diagnóstico.

Respecto de la primera parte del asunto, diré que la indicación de tratar un sarcoma por los rayos X, estaba perfectamente justificada, dado que este método se señala como uno de los más eficaces. J. H. Webster afirma que como regla general debe de irradiarse un sarcoma, especialmente cuando su tratamiento quirúrgico obliga a una mutilación y respecto de sus resultados, dice que el tumor desaparece por absorción de las celdillas degeneradas, dejando un residuo ordinariamente compuesto por tejido conectivo, que en algunos casos puede quitarse por una operación y al que debe de vigilarse por muchos años por si presentara signos de actividad. (1). El conocido radiologista Régauid, al revisar su experiencia de tres años anota 62 casos de sarcomas tratados, de los que 60 disfrutaban de buena salud después de un año del tratamiento (2). Se ve por lo tanto que los resultados son alentadores.

El tratamiento quirúrgico propuesto por mí desde un principio, no ha perdido su importancia y conserva un lugar preponderante en la terapéutica de estos tumores:

El caso especial que nos ocupa, lo prueba: seguramente que las radiaciones en este tumor fueron benéficas a pesar de que no se tratara de un osteosarcoma

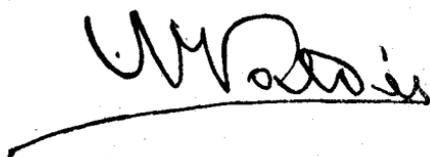
típico como en un principio se creyó. En mi concepto, los rayos X parecieron detener la marcha de este proceso que muchas veces invade los huesos vecinos como en el caso citado por Wood y Lucké (3), en que el tumor principió en una costilla y de ahí se extendió a la columna vertebral y a otros huesos. La potente acción de este medio terapéutico se manifiesta también en el aspecto de la rodilla enferma, en la que habían desaparecido todos los elementos normales, confundándose en una masa fibrosa homogénea. El tratamiento con los rayos X fue eficaz, impidió la propagación del neoplasma, lo destruyó, pero al mismo tiempo obró enérgicamente sobre los tejidos sanos destruyéndolos también. Creo que su obra estaba concluída, y nuevas aplicaciones hubieran destruído algunos elementos celulares que persistían, pero sin hacer recobrar la capacidad funcional al miembro, dado que sería imposible que el líquido encontrado, producto de la destrucción celular, se reabsorbiera y que se organizaran los elementos destruídos, indispensables para el funcionamiento de la articulación. Entonces intervino la cirugía y completó la labor de la radioterapia. El individuo quedaba inútil con una rodilla que no funcionaba y con una masa que debía vigilarse constantemente por si diera muestras de actividad; era preferible por lo tanto, emplear un tratamiento más radical, pero también más eficaz y este era sólo la amputación, porque si se hubiera tratado de vaciar el líquido contenido en el interior, la infección hubiera sobrevenido fatalmente y en ese tejido falto por completo de la vitalidad necesaria para la cicatrización, el proceso se hubiera prolongado y hasta hubiera puesto en peligro la vida del enfermo. Por otra parte, aún tratándose de un tumor cuya malignidad es para unos menor que la del sarcoma, es mucho más ventajoso operar con un neoplasma biológicamente muerto, que no con uno en plena actividad. Por lo tanto, creo que la intervención del radiólogo fué enteramente eficaz y que preparó la labor del cirujano en bien del paciente.

Respecto a la naturaleza del tumor, debo añadir que el examen anatómico-patológico nos demostró una vez más el altísimo interés que tiene como ayudante y guía del cirujano, puesto que a no ser por su intervención, se hubiera catalogado este caso entre los osteosarcomas y se hubiera prestado a comentarios que partirían de una base falsa. Por otra parte, además de desvanecer un error clínico perfectamente explicable, nos demostró un padecimiento bastante raro; los tumores medulares de origen plasmocitario son sumamente escasos, a tal punto que los autores franceses apenas los citan en unas cuantas líneas (4). En el caso citado de Wood y Lucké se mencionan once casos estudiados por Christian (5) y tres referidos por Morse (6). De la rareza de este padecimiento se puede concluir que su malignidad no está bien conocida y así se explica que algunos autores la crean menor que la del sarcoma y otros semejante a la de este neoplasma. En lo que sí parece reinar un acuerdo es que la tendencia a las metastásis es menor que en el sarcoma, lo que es un elemento muy importante

para el pronóstico. Respecto a su evolución clínica casi todos se diagnostican por el examen histo-patológico, sin que haya algún signo de valer que permita reconocerlos.

Seguramente que la práctica diaria nos dará algunas ocasiones para estudiar casos semejantes al anterior, en que el radiólogo hace una parte de la tarea que antes desempeñábamos solos; ante el interés creciente de estos nuevos métodos debemos prestarnos gustosos a su ayuda, sin pretender considerarlos como inferiores a la rama de la Medicina que cultivamos. Nos hemos convencido de que el médico puede colaborar valiosamente con nosotros y creo que los médicos igualmente consideran que el cirujano no es un rival, sino un compañero; extendemos este punto de vista hasta los radioterapeutas y prescindamos de todo aquello que busque trabas al constante progreso.

El conocido ginecólogo Juan Luis Faure, decía en un discurso refiriéndose al tratamiento de los fibromas uterinos por el radio: «Es preciso para el cirujano que ama su arte y que vive en una época en que la histerectomía por fibroma ha llegado a ser la operación más bella de toda la cirugía, es preciso, repito, hacer un gran esfuerzo sobre sí mismo para guardar imparcialidad y no inspirarse sino en la verdad, en ese gran debate en que se decide el porvenir de la que fué quizás la más bella conquista de la cirugía contemporánea». Y efectivamente se necesita una gran serenidad para ver cómo le arrebatan a nuestro arte otros métodos, la curación de padecimientos que creíamos de nuestro dominio. Lo mismo deben de haber sentido cuando el avance triunfador de la cirugía venía invadiendo un campo extensísimo y órganos que se juzgaban intocables, eran objeto de audaces operaciones. Admitamos a nuestro lado nuevos colaboradores, precisémos las indicaciones de sus procedimientos y dejemos que trabajen demostrando la bondad de sus métodos. El resultado será el mismo: la curación de los enfermos que es y deberá ser nuestro único fin.



PIERRE MARIE

Contrairement a l'opinion classique, les lésions des centres nerveux ne déterminent pas directement les eschares de décubitus. Seules les inoculations microbiennes locales les produisent. Si donc on protège, avec assez de soin, la peau du siège contre les traumatismes locaux et contre les souillures, on évitera les eschares.

BIBLIOGRAFIA

1. The clinical results of the treatment of malignant diseases by the X rays
J. H. Webster. The Lancet, c.c. iv. 373.
2. Radiotherapie du sarcome. Régaud. Paris Médical. 97. 128.
3. Multiple myeloma of the plasma-cell type. A. C. Wood y B. Lucké
Annals of Surgery.—Vol. LXXVIII. No. 1.
4. Traité de Pathologie Médicale. Sergent, etc. Tomo XXVII.
5. Multiple myeloma. A histological comparison of six cases. A. Christian. Jour. Med. Research. Vol. IX, pág 325.
6. The peroxidase reaction in three cases of multiple myeloma of the bones
with remarks concerning the nosological position of these tumors.
P. Morse. Jour. Cancer research. Oct. 5 1920.