

Sarcoma Osteogénico Del Húmero

Por el Dr. César A. Zúniga

El sarcoma osteogénico osteolítico abarca en su denominación la mayoría de los tumores de forma medular y subperióstica de carácter maligna, comprendiendo además el llamado osteoblastoma maligno con mieloplaxas de Grachetto-Brían. El caso que nos ocupa y que someto a vuestra consideración, es el de un enfermo tratado en la Primera Cirugía de Hombres del Hospital General San Felipe, clasificado anatomopatológicamente como un osteoblastoma a Células gigantes.

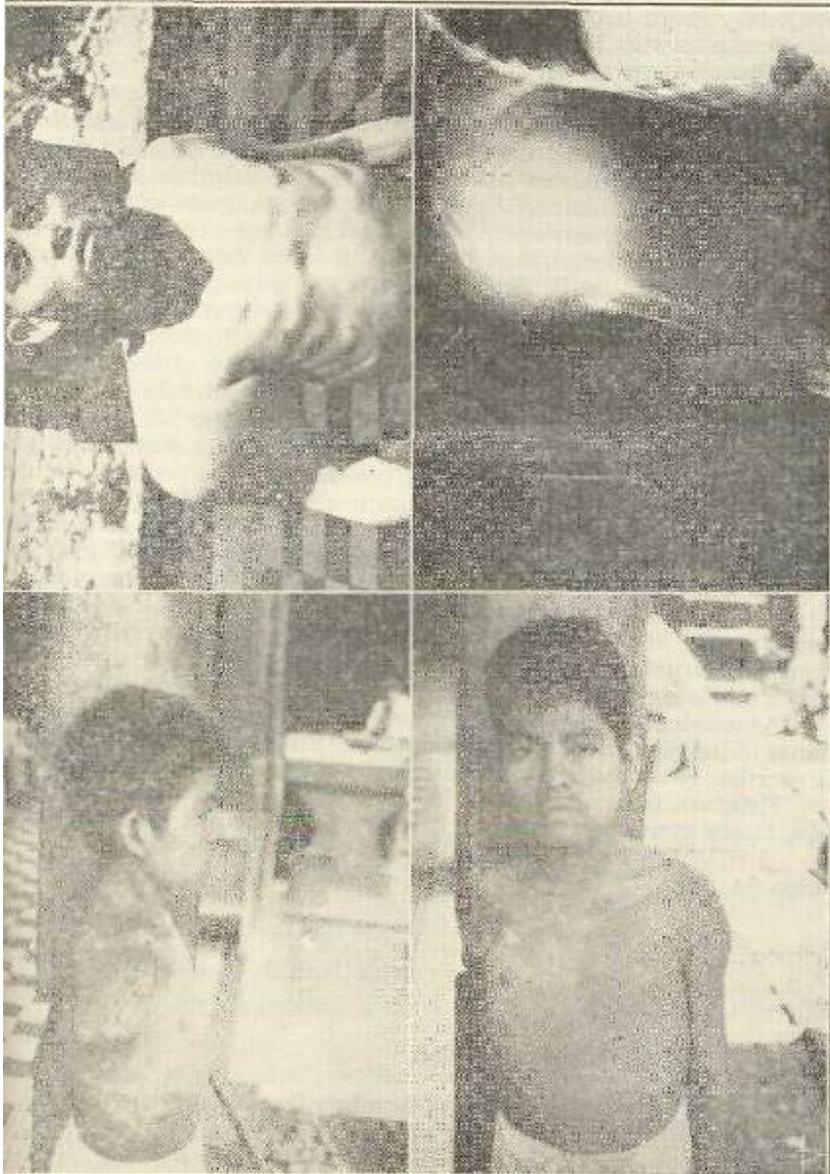
El sarcoma osteogénico osteolítico es la neoplasia más frecuente entre los tumores malignos de los huesos ataca con mayor predilección al sexo masculino en una proporción de 6,4, predomina en una edad que oscila entre 18 y 30 años, según Valls en un 40% entre 18 y 20 años. Algunos casos se han observado en edades mayores y menores a las mencionadas y muy raramente se han encontrado carcinomas osteogénicos congénitos.

Puede localizarse en cualquier hueso de la economía, pero su sitio de mayor preelección son los huesos largos y en particular, fémur, tibia y húmero, ocupando en éstos la región metafisiaria y en no raras ocasiones las epífisis o la diáfisis. En el fémur y tibia se localiza en las metafisis próximas a la rodilla, en el húmero en la metafisis superior, estas localizaciones están en íntima relación con la mayor actividad vascular de los cartílagos de conjunción, mucho más grande cerca de la rodilla en los miembros inferiores y lejos del codo en el miembro superior. Con menor frecuencia se cuentan localizaciones en el iliaco, clavícula, omóplato, costólas y esternón. Según el Comité Argentino de estudio de Tumores Óseos las estadísticas arrojan: metafisis inferior de fémur 52% metafisis superior de tibia 20%; metafisis superior de húmero 9% y hueso iliaco 5%.

El sarcoma osteogénico osteolítico es casi siempre un tumor solitario. Los casos de localización múltiple han sido considerados por algunos como metástasis sarcomatosas reciosas y como masas tumorales primitivas por otros sin llegar a ningún acuerdo. Las metástasis del Sarcoma Osteogénico osteolítico se realizan por vía sanguínea, siendo el pulmón el primeramente atacado, siguen en orden de frecuencia, hígado, riñón, bazo, cráneo, músculos, etc. Desde el punto de vista etiológico todo es oscuro. Se ha pretendido dar gran importancia al traumatismo sufrido en la región tumoral ya que hay una incidencia del 30 a 63% según las estadísticas de violencias traumáticas sobre la región afecta previas a la aparición del tumor.

Anatomía —El tumor es un masa

Hay alteración de estructura celular y de fibrosis. Se



encuentran diseminadas formaciones quísticas de reblandecimiento o llenas de sangre y focos necróticos. Las **trabéculas** óseas de la esponjosa y luego las de la cortical son destruidas por el proceso rápidamente invasor lo que da lugar a la gran frecuencia de las fracturas patológicas en estos tumores.

Anatomía Patológica Microscópica.—Es típica la gran abundancia de grandes células ovaladas, fusiformes y poliédricas con marcada atipia de núcleos hiperromáticos con 2 ó más nucléolos prominentes, abundantes mitosis y típicas y atípicas. Con mucha **frecuencia** se encuentran células gigantes malignas con 2 o más núcleos polimorfos, éstas células caracterizan tipos tumorales de crecimiento rápido destructor. Además existen células gigantes de tipo mieloplaxas con la disposición nuclear característica.

Observación.—El 7 de mayo del corriente año eí enfermo J. I. H. de 19 años, mestizo, labrador, procedente de **Reitoca**, ingresa al H. G. S. F. Refiere quá su enfermedad comenzó en el mes de enero del presente año en l orina de una pequeña masa situada en la parte anteroexterna del tercio superior del brazo derecho sin fenómenos inflamatorios locales ni generales ni precedida de traumatismo alguno. Dolores vagos precedieran a la observación del pequeño tumor, que pronto se toma duro y crece **con** una velocidad inesperada exacerbándose el dolor sobre todo en la noche y durante el ejercicio l activo. El decaimiento y la pérdida de peso preocupan al enfermo y a sus familiares pero na es sino hastia que el tumor provoca dolores inaguantables, atroces y fenómenos circulatorios, que el enfermo decide ven/r a buscar tratamiento. En su vida patológica, sarampión, viruela, conjuntivitis y reumatismo articular agudo. No hay h'istoria de TBC ni de lúes.

Antecedentes **hereditarios** y colaterales, sin importancia. No fuma, ni ingiere beb'das alcohólicas. No hace ningún deporte, no lee, ni escribe. Hospitalizaciones anteriores ninguna.

Estatura 5 p'és. Peso 77 libras. Aspecto muy desnutrido, pálido, triste y angustiado por el dolor. Temperatura Auxiliar 37.2. 100 Pulso 84. P. A. ----

60

Cráneo.....	0
Ojos.....	Calidez de las conjuntivas de grado extremo.
Oídos.....	0
Nariz.....	Coriza Crónica.
Boca.....	Mucosas pálidas.
Cuello.....	0
Tórax.....	Tumor sobre el hombro Derecho.
Corazón.....	0
Abdomen.....	0
Pulmones.....	0
Hígado.....	0
Bazo.....	0
S Tsferv.....	0

Examen Local.—En la región escapulohumeral Derecha, se nota gran tumor del tamaño, de una bola de foot-ball más o menos, que deforma completamente el hombro y el tercio superior del brazo derecho manteniéndolo en una abducción de 45°. La piel de tumor es reluciente, delgada y se ven debajo de ella gruesas arborizaciones venosas de color azulado, en algunas partes la piel es rosada y caliente. A la palpación la masa es de consistencia semidura en algunas regiones y dura o más blanda en otras, exquisitamente dolorosa. La piel es adherente en todo el tumor. Antebrazo engrosado por edema Crónico, pulso radial sumamente débil. Infartos ganglionar con masas voluminosas en la axila. Pueden efectuarse movimientos pasivos del miembro en sentido de elevación y proyección anterior los cuales despiertan mucho dolor. Según expresión del paciente hay adormecimiento, calambres y sensación de mano fría.

Exámenes Complementarios.—Sangre: GR. 2.630.000; GB. 1.650; Hgb. 509? VG. 1.08; TC. 4 nr ñutos. Orina: Dana 1017; glucosa-0; Albúmina, líg. trazas; Heces H. de ascárides. (No se de Fcsfataza, ni fostemia).

Radiografía N° 1900, de 16 de mayo de 1951: Osteosarcoma el tercio superior del húmero derecho. RX. Pulmones-0. RX. cráneo-0. RX. Columna-Ü.

En las condiciones antes mencionadas y apremiados por el estado de grave sufrimiento del enfermo, ocasionada »por sus atroces doleres y la impotencia de llevar el gran tumor, decidimos la operación al término de la preparación de nuestro paciente.

Tratamiento

8 mayo/51 Suero glucosado 1000 ce.
 Extracto de hígado. 5 ce. diarios
 Vit. C. 500 milg. diarios
 Complejo B 2 ce. diarios
 Sedantes (morfina, commel, aspirina).
 11 mayo/51 Transfusión sanguínea 400 grms.
 Continúa con lo indicado anteriormente
 14 mayo/51 Beclisyl 1000 ce.
 18 mayo/51 Araigen 1000 ce.

17 mayo/51 Operación a las 8 p. m. Desarticulación escapulo-
 humeral derecha.

Técnica, Medicación preanestésica morfina 1 egram., escopolamina 0.0003 gr. Anestesia Pentotal 1 grnr., Eter 7.5 onzas, endoneses y circuito cerrado. Incisión parte del borde anterior de la clavícula en su tercio interno prolongándose hacia afuera hasta la parte de piel que consideramos útil para la reparación ulterior, aborje del pectoral mayor, incisión del mismo previa hemostasia y acto fluido del pectoral menor, vaciamiento tan completo como, fue posible del hueco axilar. Identificación del paquete vasculonervioso,

sección de la arteria humeral entre 2 ligaduras, inyección de novocaina al 2% en los troncos nerviosos del plexo braquial previa a la sección de los mismos. Por el aspecto anterior de la articulación escapulo humeral derecha se libera la cabeza del húmero que es de un aspecto normal aparentemente, se seccionan los músculos posteriores del hombro con lo que se completa la mutilación. Para levantar la escápula se reseca el extremo inferior de la clavícula y se hace amarra de alambre de acero inoxidable que toma omóplato y clavícula. Cierre por planos, drenaje de hule de guante, vendaje **ligero**mente comprensivo. Durante el acto operatorio se hicieron 2 transfusiones **una** de 450 grms. y otra de 400 grms. de sangre. Tiempo operatorio 2 horas 10 minutos.

Post-Operatorio

Penicilina 300.000 U c/24 hrs.

Estreptomicina 2 gim. al día.

Sedantes.

Se retira el dreno a las 48 horas, sale líquido serosanguinolento.

Al segundo día el enfermo se levanta.

Continúan con **antianémicos** y Polivitamínicos.

Al décimo día se retiran puntos; herida sana casi en su totalidad hay 2 puntos necrosados.

Curación diaria.

Control **radiográfico** 15 de junio/51: Cambios post-operatorios. Desarticulación escapulo humeral lado derecho. Ligera irregularidad del omóplato en la margen externa, sutura metálica que un omóplato y clavícula.

Reporte Anatomopatológico N° **101**, 20, junio/51. Sarcoma Globocelular. Ganglio axilar con metástasis sarcomatosa.

El Paciente se envió a Radioterapia donde recibió una **primera** serie según la Técnica Mayo: 100 r D-500 r F.

Fue dado de alta en buenas condiciones con 4 libras de peso ganadas en el Hospital.

Consideramos de importancia el caso por los buenos resultados obtenidos en un enfermo que operamos casi de urgencia en tan malas condiciones generales.

Agradezco la cooperación de los Doctores Virgilio Banegas, Mark Schapiro y Federico Fiallos, así como también a los internos del Servicio de Cirugía.