

*Repertorio de antaño***AMPUTACIÓN INTERESCAPULO-TORÁXICA PARA SARCOMA DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR DEL HUMERUS**

Curación rápida de la operación – Muerte por generalización del tumor cinco meses y medio después de la operación.

POR EL DOCTOR POMPILIO MARTÍNEZ De Bogotá

Tomado de la revista Repertorio de Medicina y Cirugía volumen II No. 1 octubre 15 de 1910

El 6 de agosto de 1909 ocupó la cama numero 32 en mi servicio de Clínica Quirúrgica Jorge Tuyo, natural de Funza, de 50 años de edad, de profesión agricultor y sin antecedentes patológicos de importancia.

El principio de su enfermedad actual la hace remontar á siete meses antes, en que comenzó a sentir dolores en el hombro derecho, dolores que al principio poco marcados, fueron aumentando de intensidad, y se hacían intolerables después del fuerte trabajo que estaba obligado á ejecutar durante el día. Al poco tiempo de la aparición de los dolores notó la tumefacción en el hombro y la dificultad de los movimientos en el miembro correspondiente. Desde hace algunas semanas los dolores han sido continuos, la impotencia funcional del brazo absoluta, el enflaquecimiento considerable, y últimamente el edema ha invadido el antebrazo y la mano.

El examen del enfermo el día de su entrada al Hospital hace ver un hombre profundamente enflaquecido y su aspecto revela grandes sufrimientos. Al descubrirlo, á primera vista se aprecia el contraste que forma la enorme tumefacción del hombro derecho con el aspecto enflaquecido y anguloso del izquierdo. El tumor, del tamaño de una cabeza de adulto, ocupa todo el muñón del hombro, pero mientras que hacia

atrás es un poco aplastado, hacia delante forma un relieve esférico, y el examen más detenido hace ver que la tumefacción ha invadido hacia arriba parte del hueco supraclavicular; hacia delante gran parte de la región pectoral y hacia abajo la axila.

La piel presenta numerosas arborisaciones vasculares sobretodo hacia la parte anterior, donde se nota muy adelgazada, pero en general no presenta adherencias y es móvil sobre el tumor. La consistencia de éste es por todas partes firme y duro, con excepción de la parte anterior, donde se nota cierta renitencia y casi fluctuación; los músculos pectorales y deltoides parecen endurecidos y adherentes al neoplasma. La palpación revela un aumento de la temperatura local comparativamente al lado sano, y en todo el miembro correspondiente existe un edema considerable que se extiende hasta la mano. Los movimientos espontáneos son excesivamente dolorosos y los provocados hacen ver que la movilidad de la articulación escapulohumoral ha desaparecido, puesto que el homoplato sigue al brazo en sus movimientos.

Respecto al estado general es de notarse el enflaquecimiento considerable y la fiebre vespéral; el examen de orina no suministra dato de importancia, pero el hígado parece un poco aumentado de volumen.

Fundándonos en muchos de los caracteres descritos, como son; el gran tamaño del tumor y su crecimiento rápido, las varicosidades de la piel, el aumento de temperatura local, los dolores intensos, etc. el diagnóstico de un tumor maligno se imponía y probablemente de un sarcoma, aunque nos quedaba la duda sobre su origen de implantación.

Propuesta la intervención quirúrgica y aceptada por el paciente, la amputación interescapulo-torácica fue practicada según la técnica descrita por Berger y Farabeuf. El enfermo acostado sobre el lado izquierdo, y con el hombro derecho sostenido sobre un cojín duro y enteramente al borde de la mesa, después de una anestesia clorofórmica sin accidente, procedimos á practicar el primer tiempo de la operación, es decir, resección de la mitad interna de la clavícula y la ligadura de la arteria y vena subclavias. Operación que practicábamos por primera vez; fue este primer tiempo el que nos presentó grandes dificultades, debidas á circunstancias especiales en el presente caso, pues el tumor, invadiendo en parte el hueco supraclavicular, la denudación y la sección de la clavícula son bastante difíciles. Descubierta y dividido el músculo subclavio, la arteria cervical transversa es cortada entre dos ligaduras, pero un espeso paquete de grasa y de ganglios infartados hace muy laboriosa la investigación de la arteria y vena subclavias que están profundamente situadas, de suerte que no sin gran dificultad se logró aislar estos vasos y terminar este primer tiempo de la operación seccionando los troncos del plejo braquial. Los otros tiempos de la operación, es decir, la talla de los colgajos anterior y posterior no presentan más dificultad de la ordinaria, bien que las secciones musculares de los pectorales hay que practicarlas lejos de sus inserciones externas. La hemostasis definitiva se termina colocando numerosas ligaduras, pero la pérdida de sangre es relativamente poca, á pesar de la enorme extensión de la herida operatoria. Se termina la operación dejando dos gruesos drenes en la parte inferior y aplicando una amplia curación antiséptica que comprime fuertemente la región.

El examen macroscópico de la pieza anatómica no parece dejar duda sobre la naturaleza sarcomatosa del tumor; éste no está rodeado de cápsula alguna y los músculos y tejidos ambientes han sido invadidos de una manera difusa; su corte presenta una coloración casi blanca; la consistencia es poco firme y algunos puntos se notan enteramente reblandecidos. El tumor, que se ha desarrollado sobre todo en la axila y en la parte anterior del muñón del hombro, parece tener como sitio de implantación el periostio de la extremidad superior del humerus.

La marcha postoperatoria es de las más simples; no hay shock, y solamente señalamos una ligera reacción febril durante tres ó cuatro días, debida á la supuración de algunos puntos de sutura, y que, por otra parte, cesa rápidamente. El estado general del enfermo mejora en poco tiempo; los dolores tan intensos que presentaba antes de la operación desaparecen, de tal suerte que puede dejar el Hospital, pero para volver á él tres meses después con los signos de una generalización del tumor, pues se notan tumefacciones en el dorso, en el hueco supraclavicular y en la región hepática. El enfermo muere en plena caquexia cancerosa cinco meses y medio después de la operación.

Nos hemos permitido presentar la anterior observación pues, por una parte, no tenemos conocimiento de que entre nosotros se haya practicado antes la desarticulación interescapulo-torácica, y por otra, nos parece ofrecer algún interés desde el punto de vista quirúrgico, pues no ha dejado de llamarnos la atención el que una mutilación tan considerable en un individuo caquético, con un desarrollo tan grande del neoplasma, no haya dado lugar á fenómenos de shock, que el paciente se haya restablecido rápidamente después de la operación presentando una benignidad operatoria en cierto modo comparable á la de una simple amputación.

Como dijimos antes, en esta operación hemos seguido la técnica del Profesor Berger, técnica que parece realizar las mejores condiciones, pues la ligadura

previa de la arteria y de la vena subclavias reduce el mínimum la pérdida de sangre, y además hemos tenido gran cuidado al cortar el plejo braquial de no distenderlo, pues á la tracción que se ejerce en ese caso sobre la medula se ha atribuído en gran parte el shock operatorio consecutivo.

En lo que se refiere á la benignidad ó gravedad de la operación en sí misma, y á la frecuencia de las reproducciones ó generalizaciones en los casos de tumores malignos, nos permitimos transcribir la opinión del Profesor Berger, tomada de la Revista de Cirugía de 1905. Según él, la amputación interes-cápulo-torácica cuando es practicada para tumores malignos que no pasan la extremidad superior del humerus es una operación poco grave, á menudo fácil y que sólo da una mortalidad de 3 á 4 por 100; por el contrario, es una operación peligrosa, difícil y con una mortalidad que se eleva á 25 por 100 cuando se trata de tumores malignos que han invadido las partes blandas del moñón del hombro, el homoplato ó la axila, pues en estos casos los cambios de relaciones debidas al desarrollo del tumor hacen difícil la hemostasis previa, por la ligadura de los vasos subclavios y axilares, que es lo que da seguridad á la amputación interescápulo-torácica.

Respecto á las reproducciones ó generalizaciones establece la misma diferencia, pues mientras que en los casos en que el tumor está limitado á la extremidad superior del humerus se observan solamente en una proporción de 30 á 40 por 100; en aquellas en que el tumor ha invadido las otras partes del moñón del hombro esta proporción se eleva hasta 70 por 100.

La supervivencia media de los operados la calcula en tres años; lo que constituye un resultado favorable si se tiene en cuenta que semejante mutilación no es aceptada por los enfermos sino en un período muy avanzado de la evolución del mal y á menudo en estado caquético.

Por último, la curación es posible, puesto que existen muchos casos operados después de 8, 10 y 15 años.

De estos datos parece resultar que en los casos de tumores malignos la amputación interescápulo-torácica presenta su principal indicación para aquellos en que la lesión está en cierto modo limitada á la extremidad superior del humerus, no solamente porque la operación es menos grave, sino desde el punto de vista de los resultados lejanos.

COMENTARIO

Jorge Alberto Ruiz Ruiz, MD*

Agradezco al doctor Darío Cadena R. la oportunidad que me da para comentar este interesante artículo escrito en 1909 por el profesor Pompilio Martínez. Al leerlo vino a mi memoria el doctor Eduardo Cubides Pardo, quien fuera jefe del servicio en el Hospital San Juan de Dios y mi profesor de Traumatología y Ortopedia; en 1956 tuve la oportunidad de asistirlo en una cirugía similar a la que describe el doctor Martínez en su artículo. Quedé sorprendido por la habilidad quirúrgica que debían desarrollar los cirujanos para resolver las dificultades que se presentaban en condiciones extremas. En la actualidad el diagnóstico oportuno de los osteosarcomas permite un tratamiento adecuado, sin embargo las grandes desarticulaciones siguen vigentes para los pacientes no diagnosticados o no tratados en forma oportuna. Las condiciones de la unidad quirúrgica, los avances del proceso de anestesia y el trabajo en equipo de los cirujanos con elementos adecuados, hacen más fácil la práctica de estas intervenciones.

* Médico Ortopedista. Secretario General de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.