

fectamente delimitado, por lo que fue factible su extirpación en bloque. No obstante, las maniobras operatorias fueron penosas. Su gran tamaño y su forma tan irregular dificultaban en extremo las tracciones precisas para su enucleación, ya que era preciso evitar cualquier daño a las delicadas estructuras a las que la tumoración estaba firmemente adherida.

En este caso practicamos, como medida previa, la tarsorrafia borde a borde, interponiendo entre aquéllas finas láminas de politeno, según técnica de Poppen.

Con esto, y el mantenimiento durante los primeros días del postoperatorio de una suave compresión sobre el globo ocular y el reborde orbitario, a base de gomas hinchadas, se consigue evitar, casi en absoluto, la molesta fase de hematoma y edema que acompaña fatalmente a las intervenciones sobre esta región.

UN CASO DE FIBROMA OSTEOGENO DE LOCALIZACION ATÍPICA

E. R. LOSADA TRULOCK y R. CEBALLOS.

Clinica Médica Universitaria.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.

El caso que vamos a mencionar tiene interés para nosotros y lo consideramos digno de publicación, en primer lugar, por la ya relativa rareza de la tumoración en sí, y en segundo lugar, por la atípica localización en costilla y por tratarse de un sujeto de más edad de la ordinaria para esta clase de tumor. Le creemos además útil como objeto de una corta digresión sobre diagnóstico exacto, no siempre posible, por desgracia, de los tumores óseos; diagnóstico en que han de barajarse la mayor parte de las veces no sólo el aspecto histológico de la biopsia, sino, con tanta importancia como con ella y aún más, el cuadro clínico y el radiológico.

HISTORIA CLÍNICA.

Con motivo de un examen radioscópico de rutina, descubrimos en un hombre de treinta y siete años una deformidad de la extremidad anterior de la segunda costilla izquierda, cuya imagen radiográfica reproducimos (Fig. 4).

El resto de la exploración clínica y de laboratorio fue absolutamente negativa.

Nuestro diagnóstico fue de tumoración costal benigna, pero aconsejamos la intervención, dado que podíamos asegurar que el crecimiento era relativamente rápido, ya que en un examen dos años antes no existía.

La intervención fue practicada por el Dr. CASTRO FARINAS, que resecó ampliamente la tumoración. El curso postoperatorio fue normal y la recuperación total.

La pieza recibida era un fragmento de costilla de 10,5 centímetros de longitud, que presentaba un extremo de

resección óseo externo, y el otro, interno, constituido por el cartilago esternocostal. Ligeramente desviado del centro de la pieza, existe un abultamiento fusiforme de diámetro mayor (4,5 cm.) paralelo al eje de la costilla y más prominente en el borde inferior de la misma. Sin embargo, el periostio de la zona ensanchada es normal, liso y brillante; bajo él se ve la cortical respetada. Es al corte cuando se objetiva, llenando y dilatando el hueco medular, cuya sustancia sustituye, un tumor ovoide de color claro pajizo, consistencia bastante firme y recia, con alguna sensación de finas granulaciones duras que crujen al escalpelo, muy homogéneo, bien limitado en su circunferencia por la cortical ósea y en sus extremos por una pseudocápsula fibrosa que lo separa de cartilago y de médula costal.

Cortes centrales, abarcando la total circunferencia de la neoplasia, fueron estudiados por congelación tras un previo proceso decalcificador. Las tinciones empleadas fueron las de HE y VG, suficientes para la observación sin necesidad de procedimientos más complicados.

Como puede verse en la sucesión de microfotografías que acompañan (fig. 1, 2 y 3), la masa del tumor está constituida por un tejido fibroso, bastante celular sin serlo exageradamente: sus células son fibrocitos maduros y también formas más jóvenes, estrelladas o con prolongaciones; se disponen en fascículos que se acoplan en espirales o líneas ondulantes; entre ellas no se descubren atipias y tampoco las mitosis son abundantes; numerosos vasos de paredes constituidas por un sencillo endotelio en íntimo contacto con las células del tumor pueden verse, de mayor o menor tamaño. Y, surgiendo aquí y allá, en cualquier zona, central o periférica, existen no muy numerosas espículas de tejido óseo, rodeadas de una fina capa de células en diferenciación osteoblástica, que por sus caracteres indican una muy indolente actividad, y que incluídas en las masas óseas forman osteocitos y ordenan relativamente en capas al hueso así formado. En cambio, la actividad osteoclástica es prácticamente nula: la cáscara de la neoformación es sencillamente la cortical de la costilla rechazada hacia fuera y adelgazada por el crecimiento en su interior del proceso tumoral; no hay tampoco reacción condensante o hiperostótica. En resumen, el tumor parece ser un típico ejemplo de lo que LICHTENSTEIN llamó el año 52 "fibroma osteógeno", tumor preferentemente de cuerpos vertebrales o huesos largos de extremidades, en sujetos jóvenes, niños especialmente, y que se caracteriza como nuestro caso por una matriz fibrosa que separa y distiende la cortical del hueso que le aloja y en la cual se encuentran diverso número de espículas óseas neoformadas. El tumor, aceptado hoy día por la mayoría de los autores, es considerado por otros, sin embargo, como una simple modalidad de fibroma óseo que no tiene la categoría suficiente como para justificar una diferente entidad nosológica (WEINMANN y SICHER, etc.); para estos autores cualquier fibroma puede, en un momento dado, mostrar tendencia osteogénica, y el mismo tumor, de ser resecado en un tiempo u otro, podría aparecer como un sencillo fibroma o merecer el calificativo de "osteógeno". Incluso existe un término, el de "displasia fibrosa monostótica", de cuyo

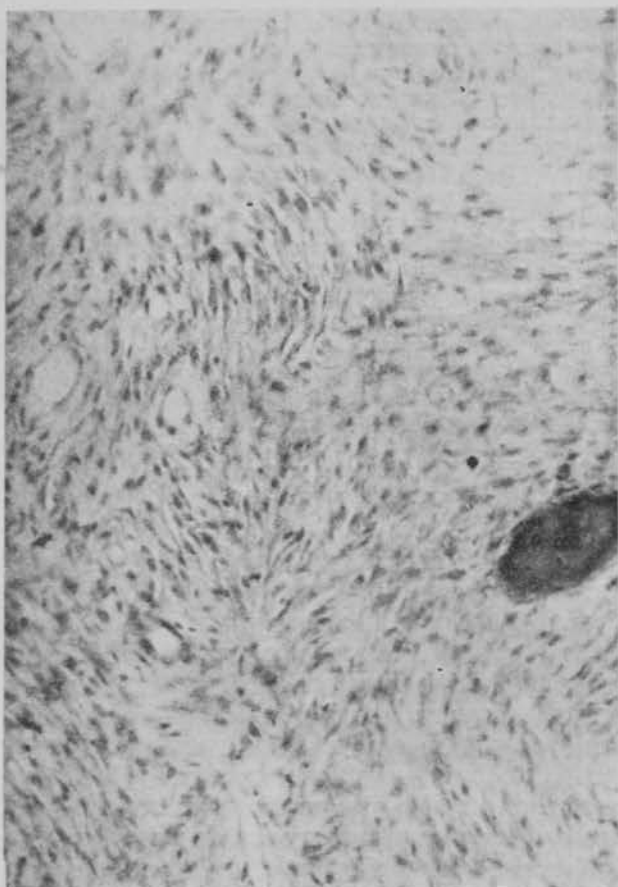


Fig. 1. Fibroma osteógeno. UE 144 X.—Aspecto general: Tumor fibroso, no muy celular, con algún vaso y aparición de espículas óseas.



Fig. 3.—Fibroma osteógeno HE 30 X.—Cápula del tumor formada por la cortical de la costilla, rechazada, pero no destruida por osteoclastos.

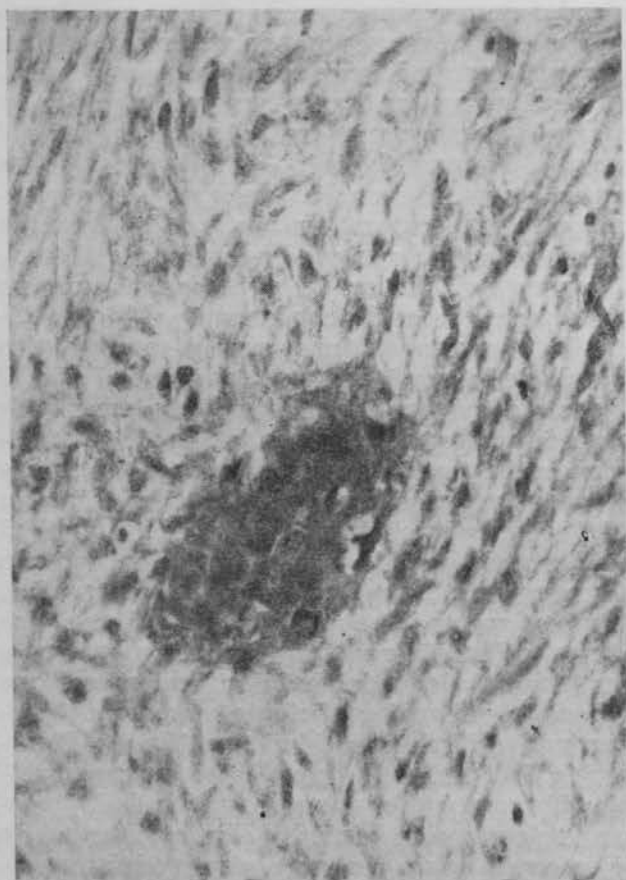


Fig. 2.—Fibroma osteógeno HE 240 X.—Detalle de una espícula ósea diferenciándose de la matriz fibrosa por un proceso activo de osteoblastos.

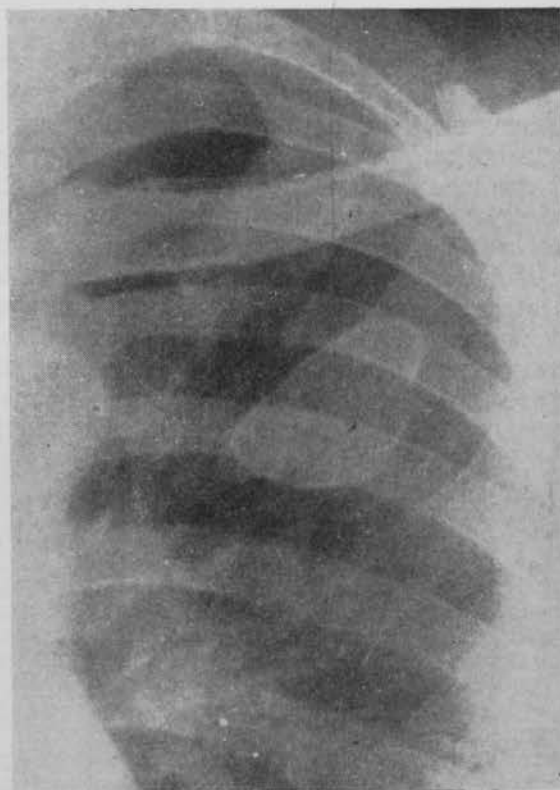


Fig. 4.

uso exagerado han surgido multitud de errores al clasificar tumores óseos. Es evidente al revisar literatura sobre estos temas, que muchos au-

tores al hablar de la displasia fibrosa incluyen en ella (no confundirla nunca con la forma polioestótica bien definida) el fibroma óseo, su variedad osteógena, osteoma fibroso de la mandíbula e incluso el tumor de mieloplaxas o células gigantes. De este confusiónismo, explicable muchas veces por el mismo aspecto histológico, que puede variar tanto en un mismo caso como para hacer aparentemente muy diversos los campos dados de una misma preparación, ha surgido una de las principales razones para que hoy día el problema que se le plantea al anatomopatólogo ante un caso de tumor óseo pueda ser francamente azaroso. Hay lugares incluso donde la clasificación de un tumor dado es sólo hecha tentativamente, y los casos no son definitivamente archivados hasta que el curso clínico, autopsia, etcétera, han definido perfectamente el carácter

de la tumoración. Incluso así hay muchos casos que no guardan una relación estrecha entre su aspecto histológico y su evolución ulterior.

Creemos que el caso presentado es, sin embargo, un claro ejemplo de lo que quería definir LICHTENSTEIN al inventar su nombre. El pronóstico de estos tumores es diverso. Su peligro es que en la habitual localización (cuerpo vertebral) la exéresis quirúrgica es pocas veces factible por completo, y las recidivas locales tienden a ser de carácter más maligno cada vez. En nuestro caso la extirpación ha sido completa y generosa y el pronóstico nos parece absolutamente favorable. Eliminamos el diagnóstico de displasia fibrosa monostótica principalmente bajo la base de la perfecta delimitación y encapsulación de nuestro caso, aparte de su aspecto tan claramente tumoral.

REVISIONES TERAPEUTICAS

EL TRATAMIENTO ORAL DE LA DIABETES MELLITUS

P. ARNAL ARAMBILLET

Ex Médico Interno del Servicio

Casa de Salud Valdecilla. Instituto Médico de Graduados

Servicio de Cardiología, Endocrinología y Nutrición

Jefe: Dr. JOSÉ A. LAMELAS

II

INDICACIONES CLÍNICAS DE LAS SULFONILUREAS HIPOGLUCEMIANTES. MARCHA GENERAL DE TRATAMIENTO.

Desde el trabajo inicial de BERTRAM y colaboradores¹, basado en la experiencia de 82 diabéticos en tratamiento con BZ 55, poco han cambiado las normas y orientaciones que estos autores daban entonces. El campo de indicaciones de las sulfamidas hipoglucemiantes quedaba resumido así:

1.ª Buena perspectiva de éxito: diabéticos de más de cuarenta y cinco años, cualquiera que sea su gravedad, cuya diabetes data de cinco a diez años y han sido insulinizados no más de dos años.

2.ª Escasa perspectiva de éxito: diabéticos mayores de cuarenta y cinco años, sin consideración al grado de gravedad, cuyo origen se remonta más allá de los diez años y han recibido insulina durante más de dos. Diabéticos juveniles.

3.ª Contraindicaciones: todos los estados de diabetes mellitus tributarios de tratamiento agudo, como son: coma y acidosis diabética, descompensaciones metabólicas consecutivas a infecciones, operaciones, etc. Todas las afecciones y trastornos funcionales del hígado y vías biliares; fenómenos de hipersensibilidad por parte de la piel.

El mismo BERTRAM²⁻³ modifica poco después este criterio, al observar la importancia del factor constitucional en las indicaciones de la terapéutica, así como la diferente respuesta, según la fenomenología clínica de la enfermedad. Los diabéticos gordos, lipopletóricos, en el sentido de LAWRENCE, insulinoresistentes, según FALTA⁵, esténicos, diabéticos "gras" de los franceses o de contrarregulación, serían los mejores candidatos a la droga, los que más beneficio podrían obtener. Son éstos, personas de tipo esténico-pícnico, si no obesos manifiestos, sí de gordura media, talla generalmente baja, cara ancha. Índice de Broca alrededor de la unidad o ligeramente superior, tendencia a la hipertensión arterial o manifiestamente hipertensos, muy comedores y bebedores aun metabólicamente compensados, que con gran frecuencia abocan hacia la arteriosclerosis (retinopatía y gangrena de piernas) y rara vez hacia la cetosis y coma diabético. Son, desde el punto de vista clínico, diabéticos benignos, fácilmente compensables con un régimen adecuado.

El tipo opuesto al descrito corresponde al de los diabéticos asténicos, leptosomáticos o normolíneos; son pacientes espigados, delgados, con índice de Broca claramente inferior a 1, tendencia a la hipotensión arterial y corazón verticalizado o en gota. Su diabetes data de mucho tiempo atrás, desde niños con frecuencia parientes próximos de diabéticos y clínicamente caracterizados por la gravedad de su enfermedad, la tendencia a la asidosis y coma diabético, la labilidad metabólica y la gran sensibilidad a la insulina. Son diabéticos pancreáticos, deficitarios insulínicos, en los que la insulina les es imprescindible para su tratamiento, y en los que la terapéutica sulfamídica hipoglucemiante tiene un efecto prácticamente nulo.

LORANT y SCHMIDT⁶ resumen ambos tipos de diabetes en el siguiente cuadro.