

466

Fumores de la órbita



*Tesis para optar el grado
de*

Licenciado en Medicina

*de
Luis Guarachi P.*

Santiago, junio 3 de 1896



Introducción

Mi tesis de licenciado versa sobre algunos tumores de la órbita; es breve y ha sido inspirada en una observación recogida en la clínica oftalmológica del profesor Dr. Máximo Cienfuegos y en algunas observaciones encontradas en la literatura extranjera.

Si bien el título de este trabajo no despierta gran interés, su importancia se desprende de una de los casos operados por el profesor Cienfuegos, del cual nos ocuparemos especialmente. Pero antes de entrar a la descripción de los casos, creo conveniente recordar algo sobre la patología de los tumores de la órbita.

I

Tumores de diversa naturaleza se desarrollan en la órbita, los cuales en su evolución comprometen más o menos profundamente los elementos que contribuyen a mantener la integridad de las funciones del órgano de la visión.

El síntoma dominante, de mayor importancia y común a todos los tumores de la órbita es la exoftalmia. La situación del tumor se traduce por la desviación del globo ocular que, salido de su situación normal, se dirige hacia adentro, afuera, arriba, abajo o directamente hacia adelante siguiendo su eje normal.

Para fijar el asiento del tumor, es necesario recurrir a todos los medios de

Examen físico que están a nuestro alcance, adaptándose metódicamente al orden y sucesión de las funciones oculares. De esta manera sabremos no solamente el asiento fijo de los tumores sino también el grado de compromiso de los elementos constitutivos de un órgano tan complicado como el de la visión.

Los tumores que con más frecuencia se presentan en la órbita son los siguientes:

Quiistes. Entre éstos los más frecuentes son los quiistes dermoides, congénitos, los que después de permanecer algún tiempo sin ninguna manifestación, se desarrollan más tarde tomando dimensiones considerables. Se presentan generalmente en las partes anteriores de la órbita, al nivel de los ángulos superiores internos ó superiores. Por esta disposición superficial no rechazan el globo ocular, pero hacen presión en el párpado superior, manifestándose por la compresión digital bajo la forma de un tumor redondo, móvil, del tamaño de una haba. Una vez extirpado, se ve que ordinariamente éstos tumores son multiloculares y de contenido viscoso ó sebáceo. Algunas veces envían prolongaciones muy profundas en la órbita de tal manera que dificultan la extirpación.

El único inconveniente que originan los quiistes dermoides en los sujetos portadores de ellos, es la deformidad, y por

consecuente el solo motivo por el cual se practica la extirpación. El acto operatorio requiere mucha prudencia y prolijidad en la dirección del saco quístico porque á veces se encuentra muy fácil y los fragmentos que quedan pueden dar lugar á la recidiva.

Tumores vasculares. - A los tumores vasculares pertenecen las dilataciones vasculares ó aneurismas y los neoplasmas vasculares ó angiomas ó aneurismas.

a) Aneurismas. - Éstos tumores son sumamente raros, visto el débil calibre de los vasos sanguíneos que nutren la órbita, y si se presentan escapan á la observación clínica. La arteria oftálmica y la central de la retina son las únicas arterias afectadas de dilataciones aneurismáticas. Sin embargo, se ha visto en casos excepcionales, un enorme aneurisma de la arteria oftálmica reconocible por sus caracteres especiales. Fuera de ésto aneurismas denominados aneurismas verdaderos se conocen otros designados con el nombre de aneurismas falsos ó consecutivos á traumatismos de la misma órbita ó de su vecindad.

El tratamiento consiste en la extirpación del saco aneurismático.

b) Angiomas. - Se presentan bajo dos formas: los neoplasmas cavernosos y las telangiectasias. Los primeros nacen en la misma órbita y decaen

4

André lenta y gradualmente provo-
ca la exoftalmia. Cuando crecen pro-
fundamente en la órbita es muy difi-
cil llegar al diagnóstico, salvo un sín-
toma de mucho valor: es la variabi-
lidad de su volumen; así, bajo la
acción de la compresión del globo ocu-
lar, hacia la profundidad de la ór-
bita, se les ha visto disminuir de vo-
lumen y aumentar cuando el enfer-
mo llora o hace un esfuerzo. Si el
crecimiento de estos tumores se hace
en sentido opuesto al de los anteriores,
es decir, empujando prolongándose en direc-
ción al bulbo ocular, se ve que el pár-
pado superior se solleva y está cur-
vado de nervos y gruesos vasos ve-
nosos en unos, arteriales en otros, dándoles
un color azul ó rojo, según el pre-
dominio de los vasos. El diagnóstico es
en consecuencia muy sencillo.

La extirpación está indicada cuando
el tumor tiende a aumentar la protru-
sion. La disección por el cuchillo con-
viene sobre todo cuando el neoplasma
está bien limitado en una capsula
fibrosa y, en caso contrario, recurrir á
la electrolisis.

Las telangiectasias son congénitas
y de ordinario se encuentran en los pár-
pados, de donde invaden poco á poco la
órbita. El diagnóstico es por consiguiente
muy fácil. El tratamiento con-
siste en practicar cauterizaciones con

agentes químicos y físicos: ácido nítrico
firmante, termocauteris, galvano-cauteris y
la electrolisis.

Tumores malignos - En la órbita se en-
cuentran también los sarcomas y los car-
cinosas. Los sarcomas son relativamente
frecuentes y pueden tomar su punto
de partida en los huesos, en el periostio,
en los músculos, en el tej. conj. de la
órbita, en las glándulas lagrimales, en
el nervio óptico y sus túnicas. Es nece-
sario no confundir estos sarcomas con
los que se desarrollan en el bulbo y
que después de haber perforado las
paredes hacen irrupción en la órbita
y provocan la exoftalmia. En sarco-
mas son a menudo redondeados, blan-
dos y bien limitados; parece que se
encuentran encerrados en una cápsula,
la de tej. conj., móviles bajo la piel,
bastante distintos de los tejidos vecinos,
crecen rechazando los órganos vecinos
sin mezclarse con ellos y sin provocar
dolor; pero a veces es el primer síntoma.
La consistencia del tumor depende de
la estructura y la naturaleza del sarco-
ma. Hay, además, dos síntomas capi-
tales en los que insisten los autores: el
desarrollo considerable de las venas y el
aumento de la temperatura local, de $\frac{1}{2}$

Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL

2.^o llega un tiempo en que el tumor ul-
cera la piel, deja salir las fungosidades
rojas y sangrientas; se establece en todo

punto un foco de deperdición de la fuer-
za del sujeto, llevándolo a la cagresia.
Las hemorragias pueden tomar un carac-
ter alarmante, ante todo en las formas
pulsátiles, así que simples punciones expo-
nen a una hemorragia difícil de
colibir.

El crecimiento, es decir, la marcha
de los sarcomas, es muy variable. En
algunos casos es excesivamente lenta,
perdiendo estacionarse hasta 18 y 40
años para tomar el volumen de una
cabeza de feto; en otros casos, el creci-
miento es brusco, despues de haber
permanecido mas o menos tiempo en
estado estacionario; en fin, pueden
crecer por ataques inflamatorios; y, por
último, la degeneración de estos
plasmas se manifiesta por fenome-
no de crecimiento brusco.

En otras formas ~~an~~ sarcomas que presentan
tipos sintomáticos de inflamaciones
pleumonares.

Considerado bajo el punto de vista
anatómico, los autores describen cuatro
clases de sarcomas:

- 1º Los sarcomas de células redondas, lla-
mados encefaloides, globocelulares; 2º, los
sarcomas de células fusiformes o sarco-
mas fusocelulares o fasciculados; 3º
los sarcomas ricos en células angioplás-
ticas o sarcomas de mieloplastas o sar-
comas mieloides; y 4º los sarcomas

- 7 -

de células cargadas de pigmento ó
sarcomas melánicos.

Sarcoma de células redondas. - Estos tumores pre-
sentan al corte una superficie lisa,
roja que no da por el raspaje mas
que una muy pequeña cantidad de
jugos claros y pobre en elementos figu-
rados. Están compuestos de células re-
dondas, de protoplasma poco abun-
dante y de núcleos relativamente vo-
luminosos, de una débil cantidad
de sustancia intercelular y de vasos ca-
pilares que tienen paredes muy del-
gadas, embrionarias. Esta estructura
recuerda exactamente a la de los ma-
melares carnosos.

Sarcomas de células fusiformes ó fasciculados. -
En esta variedad, las células son largas,
de extremidades afiladas, forman por
su reunión manojos de dirección di-
ferente que dan al corte la aparien-
cia de grupos de corpúsculos redon-
dos (cortes transversales), de bandas lon-
gitudinales (cortes a lo largo). Los vasos
lo mismo que en los sarcomas de célu-
las redondas son capilares de paredes
embrionarias, son como canales de
la misma sustancia del neoplas-
ma.

Sarcomas de mieloplastas. - Se han podido
encontrar los mieloplastas en todas las va-
riedades, pues se da este nombre a
aquella tumores en que solo predomina
están estos elementos. Su punto de

partida está especialmente en los huesos. En general, su consistencia es frágil, su color rojo por la excesiva riqueza vascular.

Sarcoma melánico.- El sarcoma melánico no es otra cosa que un sarcoma a la vez fuso y globo celular, que ha sido invadido por granulaciones especiales de color gris o negro, muy refringentes, a veces reunidos en pequeños bloques.

El sarcoma melánico tiene casi siempre su punto de partida en la piel de la vecindad de la órbita, o en el globo ocular (muy frecuente).

Conociendo la marcha y la evolución fatal de los tumores malignos, se desprende, pues, que la intervención debe ser enérgica, oportuna y radical. Los tumores sarcomatosos pequeños y encerrados en una cápsula, se dejan eliminar completamente con conservación del resto del contenido de la órbita. En cuanto a los grandes tumores si no están completamente limitados, exigen que se les extirpe con todo el contenido de la órbita (exenteración de la órbita); aun cuando el ojo conserve la integridad de sus funciones es preciso sacrificarlo.

Después de esta ligera exposición de los sarcomas me parece necesario mencionar los tumores carcinomatosos, de los cuales los primitivos son muy raras, no siendo tanto los secundarios que nacen a expensas de la glándula lagrimal, de

Los párpados o de la conjuntiva y se propagan a la órbita. Estos tumores abarcan a sí mismos, terminan por destruir el globo-ocular, llenan la cavidad orbitaria y hacen salida bajo la forma de grandes y sangrientas masas. Posteriormente, invaden los tejidos vecinos de la órbita, especialmente el cerebro, los ganglios linfáticos circunvecinos, y por fin tienen lugar las metástasis en los órganos internos. Este proceso progresa gradualmente hasta que el enfermo muere, por enfamecimiento o por propagación del neoplasma a los órganos más indispensables para la vida.

Vamos a terminar mencionando algunos tumores, si bien raras, pero que pueden presentarse y prestarse a confusiones de diagnóstico; éstos son:

El encefalocele, que está formado por la penetración de una hernia de la dura madre en la órbita. Puede estar constituido solamente del saco lleno de líquido cerebrospinal (meningocele), o bien de sustancia cerebral (encefalocele propiamente dicho). En la órbita ellos están situados de preferencia al lado superior interno, gracias a la abertura en el punto de unión del etmoides y el frontal. Se presenta bajo la forma de un tumor cubierto por piel normal, que permanece, que existe desde el nacimiento. Se sabe que el quiste dermoide

y el meningocelo pueden confundirse con grave perjuicio del enfermo, originando complicaciones serias por la intervención quirúrgica. Para evitar este inconveniente es necesario insistir en el diagnóstico diferencial entre estos dos tumores:

El meningocelo es inmovil sobre los huesos. A veces por medio del dedo se puede sentir la abertura ósea por la cual el meningocelo comunica con la cavidad craneana;

En el meningocelo se observan los movimientos del pulso y de la respiración que se propagan del cerebro al tumor;

El meningocelo se deja reducir bajo la presión del dedo. En este momento se manifiestan fenómenos de aumento de la presión intracraneana tales como el vértigo, las náuseas, la disminución de los ojos, las convulsiones, etc.

Y por fin, la punción exploradora del tumor, previa una antisepsia muy estricta.

II

1ª Observación

Mamuel Juazardo, Chileno (nacido en Chillán) de 36 años, soltero, labrador. Entró al Hospital de San Vicente de Paul, el día 2 de abril de 1894, al servicio del profesor Cienfuegos y ocupó la cama n.º 10.

Anamnesis

Los antecedentes hereditarios son nullos. Entre los personales encontramos que a la edad de 8 a 9 años tuvo ligeros estados febriles que duraban de 3 a 4 días. A los 20 años tuvo viruela; a los 24, enfriados golpes de caballo de poca intensidad, sin que ninguno de los órganos de la cara sufriera la acción de dichos traumatismos; a los 32 años tuvo un antro de la articulación tibio tarsiana y con presencia de una cistita, de lo que se me formó una agria de úlcera en compresas y reposo, quedándole siempre un dolor permanente en la articulación y que se exagera con la marcha forzada. Después tuvo hemoptisis y epistaxis. A los 33 años, un día de libación recibió varios golpes en la cabeza (región occipital), que le produjeron un pequeño hematoma muy doloroso, desapareciendo éste de una manera lenta y gradual.

En la anamnesis próxima nos dice el enfermo que, poco más o menos, su enfermedad comenzó en los primeros meses del año 90, por una ligera exoftalmia, un catarro de la conjuntiva del ojo derecho y una sensación de calor que tenía en el dorso del tronco (región cervicodorsal). El desarrollo de la exoftalmia fue gradual y lento, acompañándose siempre de un catarro conjuntival que se propagó a la mucosa nasal; cefalalgia intensa, entorpecimiento de la inteligencia

y miedo por causas insignificantes. El estado catarral de la conjuntiva y nasal se apaciguó a los cuatro meses.

Viendo que su mal avanzaba progresivamente, es decir, que el ojo salía fuera de la órbita, rechazado por un cuerpo que aumentaba de volumen detrás del ojo, consultó con varios facultativos, quienes le prescribieron diversos tratamientos; pero todo era inútil. Así pasó cuatro años en el campo entregado a la agricultura. En estas condiciones notó que la agudeza visual tenía tendencia a disminuir, lo que le obligó a trasladarse a Santiago, para entregarle a cualquier intervención.

Estado presente

A primera vista llama la atención la enorme exoftalmía del ojo derecho con desviación del globo ocular hacia la parte externa (estrabismo divergente), sin diplopía. El párpado superior considerablemente distendido y a pesar de esto no alcanza a cubrir al globo ocular; la piel del párpado está violácea y caliente.

El párpado superior muy distendido, de color violáceo, de consistencia un poco aumentada, deja reconocer debajo de él la presencia de un cuerpo duro, elástico, irregular, no adherente; su volumen aumenta hacia adentro. Su temperatura es un grado mayor que en el párpado sano. Haciendo deslizar el párpado hacia arriba

Para descubrir el ojo se ve que el globo ocular está bañado de un líquido purulento y fétido.

El párpado inferior presenta los mismos caracteres, pero en menor escala.

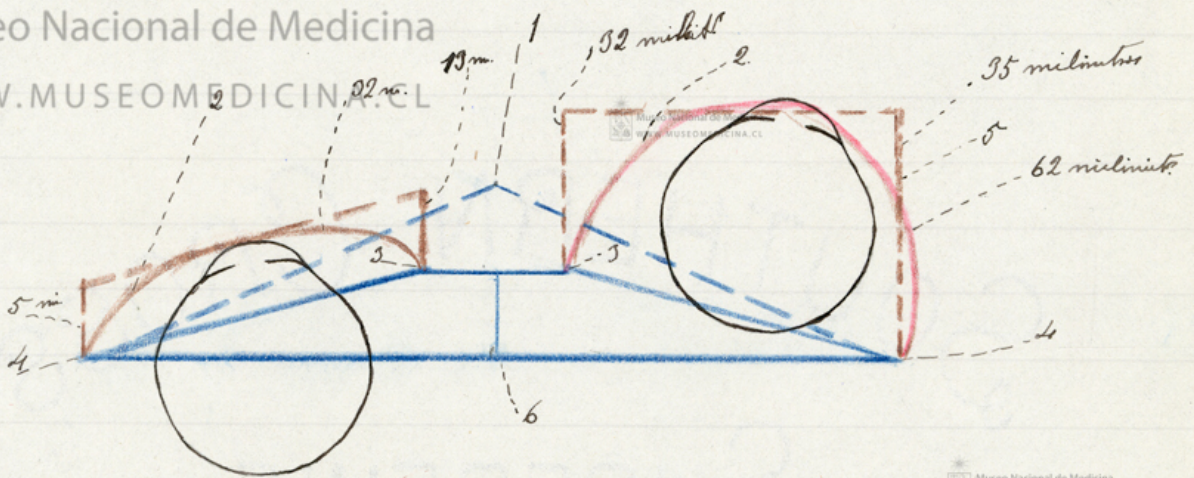
Invirtiendo el párpado superior se presenta la conjuntiva bulbar y palpebral, roja, muy vascular, violácea por partes y gris en otras. El espacio que hay entre el bulbo ocular y el ángulo interno de la órbita está ocupado por una masa gruesa de aspecto gelatinoso, surcada de venas, de consistencia elástica, de color que varía del rojo al gris claro. De esta masa parten dos prolongamientos, uno que se dirige hacia afuera pasando por encima del ojo, y la otra que se dirige hacia abajo pasando por la parte inferior del globo ocular va a reunirse con la prolongación superior de tal manera que el ojo se encuentra en el centro de las dos prolongaciones.

Comprimiendo el tumor en su parte mas voluminosa se nota resistencia con ligera pastosidad; en conjunto es firme y llena completamente la cavidad orbitaria. Suprimiendo movimientos de variar al tumor, se ve que el globo ocular sale mas afuera, es decir, que la exoftalmia aumenta.

Los movimientos del ojo se hacen solamente en tres sentidos: hacia arriba, muy limitados; hacia afuera y abajo, normales; y hacia adentro, abolidos.

De las funciones oculares solo esta perturbada la agudeza visual la cual esta disminuida.

Para formarse una idea clara de la situacion del organo enfermo con respecto del sano, me ha parecido necesario hacer un esquema con ayuda de medidas tomadas con la mayor precision posible.



1 - dorso de la raíz nasal; 2 - párpados; 3 - ángulo interna de la órbita; 4 - ángulo externo; 5 - posición ocular que sale de la órbita; 6 - línea horizontal que une los ángulos externos de las dos órbitas.

Diagnostico. - Vamos a establecer el diagnóstico fundándonos en los siguientes (cu) tomas, aunque escasos, pero de mucho valor: tumor francamente desarrollado, con caracteres especiales, crecimiento lento e indolente, riqueza de vasos venosos, aumento de temperatura local (de 5 décimas), edad del enfermo, resultado negativo de las funciones exploradoras y una abundante secreción ca riva de olor repugnante.

El pronóstico reservado porque no

sabe la extensión en que ha comprometi-
do las partes vecinas

Tratamiento.— Consistió en la exsurgencia
del tumor, lo cual se practicó el día 26
de abril de 1894. Como no se encontraba
ninguna contraindicación para efectuar
la operación y en vista del estado favora-
ble del op y su función, se trató de con-
servarlo. Anestesiado el enfermo (con
cloroformo) y desinfectada la región, se
hizo una incisión de 5 centímetros de
largo a un centímetro por encima del án-
gulo interno, siguiendo el arco orbito-
palpebral superior, oblicuamente hacia
arriba y aqñera; incindió todo el es-
pesor del párpado respetando la con-
juntiva y separados los labios de la
herida, se introdujeron en ella los de-
dos y mediante tijeras romas se prin-
cipió a desprender el tumor, el cual
se reconoció entonces que envolvía al
nervio óptico (casi por completo) pro-
mandole como un estuche. La abla-
ción del neoplasma se practicó en
dos porciones y con gran dificultad.
Primero se entap la parte del tumor
que rodeaba al nervio óptico, la cual
era también la parte más voluminosa;
y en seguida se desprendió de la parte
externa y superior de la órbita. Otra
prolongación del neoplasma estaba co-
mo adherida a la glándula lagrimal.
Libre ya la órbita de todo tejido extraño
se hizo un lavado antiséptico y se

lleno la cavidad con finas tiras de gaza yodoformada.

Se comprende que la operación fue muy laboriosa, sangrienta y larga, en especial cuando se trató de liberar al nervio óptico de sus adherencias con el tumor. Al desprender el tumor de las paredes de la órbita y de la glándula lagrimal, se tuvo mucha Precaución para no herir la conjuntiva.

Adicionalmente el tumor estaba circundado por una capsula que lo encerraba completamente; así es que la conjuntiva y los párpados estaban indemnes para cubrir el ojo ya colocado en su centro.

El examen macroscópico del neoplasma reconoce los siguientes caracteres: forma irregular, alargada, es decir, presenta un cuerpo y una especie de cola; su mayor longitud mide 7 centímetros y su ancho 4; el peso es de 30 gramos; la consistencia elástica, densa; de color gris amarillento, de vascularización muy rica; y, por último, la estructura es compacta, indefinible y perfectamente encapsulada. Estos caracteres superficiales inclinaban a creer en un sarcoma cuya naturaleza y estructura interna decidiera el microscopio, para lo cual se endureció el tumor, se hicieron varios cortes y se descubrieron células fusiformes en abundancia, mucha vascularización y escaso tejido intercelular. Este estudio fue confirmado por el Dr. Vicente Yiquiando, quien

En presencia de esta estructura aceptó nuestro diagnóstico de carcinoma y añadió que era de la forma fuso-celular.

Al día siguiente de la operación (27 de abril) el enfermo tuvo 37° de temperatura, pulso normal, respiración tranquila, en una palabra, el estado general era satisfactorio; pero como el apósito estaba pasado, se procedió a descubrir la herida y se vio que el párpado superior estaba violáceo, muy edematoso, sensible y disminuía hasta tocar el párpado inferior. Después de mojar delicadamente la gasa, se sacó poco a poco, se lavó con sublimado al 1 por 5000 y se le colocó una compresa seca de gasa yodoformada sobre la herida sin introducirla adentro para favorecer el aproximamiento de los labios de la herida.

Antes de colocar el apósito se vio que el ojo había vuelto a su centro y se movía débilmente en tres sentidos, menos hacia adentro.

El día 28, no hay ningún fenómeno anormal que llame la atención: el edema ha disminuido considerablemente; hay menos sensibilidad y el color violáceo está menos notable.

El día 29, todo sigue en estado satisfactorio.

El día 4 de mayo, la herida estaba completamente cicatrizada. El edema del párpado había desaparecido completamente; pero sí, quedaba éste (superior) de mayor volumen, cubriendo al ojo como

un velo flácido, pues, no obedecía a la acción muscular. Levantando el párpado hacia arriba se vio que el ojo estaba casi en su posición normal, y los movimientos siempre estaba impedidos hacia adentro. La agudeza visual que antes de la operación estaba disminuida, comenzó a restablecerse gradualmente.

El día 28 de mayo, no queda otra cosa que la ptosis del párpado superior que cubre todo el globo ocular, por consiguiente las secreciones salían con dificultad, irritando la conjuntiva, por lo cual se hacían lavados con una solución borica para mantener la limpieza.

El 20 de julio de 1894, ya se nota que con esfuerzo puede levantar algo el párpado y descubrir una pequeña parte del globo ocular. Este inconveniente se corrigió por la resección de un fragmento de párpado, lo que dio espléndidos resultados, pues, hasta la cicatrización no quedaba indicio de ptosis. Además, ya podía mover el ojo hacia adentro y distinguir los objetos como en estado normal.

Para darme cuenta exacta del éxito de la operación, de sus progresos en favor tanto de la estética como del restablecimiento de las condiciones funcionales del órgano de la visión estudié convenientemente y justificando tomar las medidas en distintas ocasiones para compararlo con el órgano sano.

19

Estas medidas me dieron el cuadro siguiente:

Ojo enfermo.

Abertura palpebral
medida el día 30 de
mayo: 39 m. m.; el
día 19 de junio 36 m. m.;
el día 28 de junio 33 m. m.

Distancia del borde
libre del párpado superior
a su inserción 12
m. m.

Ojo normal

Abert. palpebral
33 m. m.

Dist. del borde libre
del párpado a su inser-
ción: 9 m. m.

Con esta ligera exposición del resul-
tado definitivo de la intervención qui-
rúrgica concluyo la historia del
presente caso. El enfermo fue
a su casa, después de haber per-
manecido en el hospital 6 meses, sin
indicio de recidiva y en un estado
completamente satisfactorio.

Voy a añadir a mi tesis dos ob-
servaciones extranjeras, encontradas
en la *Revue Médica de Paris*, las
cuales han sido recogidas en Madrid.
El Sr. Garcia Mansilla, presidente a
la Academia Médica Quirúrgica lo-
parva, dos observaciones relativas

a sarcomas del aparato ocular,
con su tratamiento y resultado ope-
ratorio. (1)

1ª. Una de las enfermas, de 57 años,
de buena constitución y sin antecedente al-
guno personal, ni hereditario que ten-
ga relación con su padecimiento ocu-
lar, ingresó en la Clínica Oftalmoló-
gica del hospital General en 14 de ma-
yo del año último, ocupando la ca-
ma N.º 34 de la sala 23. Manifes-
tó que hacía más de un año sufrió
un fuerte golpe sobre la ceja dere-
cha que, si bien no fue seguido de
gran reacción local, ocasionó poco
tiempo después unos latidos orbita-
rios que le molestaban tomando
un carácter intermitente. A los
4 meses del traumatismo, apareció
gran tumefacción del párpado infe-
rior derecho, la cual cedió con la
aplicación de cataplasmas emolientes,
no volviendo a notar nada en su
aparato ocular hasta diciembre
de 1894, o sea 5 meses antes de su
ingreso en la enfermería, en cuya
fecha notó un bulto en el párpado
inferior. Dicho tumor, siempre
involuntario ha crecido con lentitud
hasta adquirir el volumen que tenía
en el momento de ser examinado
por el Dr. Mansilla, quien pudo
apreciar una exoftalmia supes-
interna bastante acentuada, con

(1) Semana Médica del 5 de Febr-
ero de 1896



inmovilidad completa del globo ocular; el párpado superior era móvil, pero insuficiente para cubrir todo el ojo; el inferior, completamente inmóvil, presentaba un volumen exagerado debido a que existía en su espesor y parte media y externa una masa dura, elástica, lisa en su superficie y del volumen de una media nuez en su porción apreciable al tacto, que se proyectaba hacia el suelo y pared externa de la órbita. En la comisura palpebral externa se notaba otro abultamiento redondeado, duro como el anterior, con perfecta continuidad con el del párpado inferior y que comprendía también la parte más externa del párpado superior; esta masa dura tampoco podía circunscribirse por internarse también en la órbita. La conjuntiva tenía una quimosis que cubría la parte inferior de la cornea. En fondos de saco estaban borrados en las regiones inferior y externa a causa de las abolladuras que presentaban los tumores; una de éstas, del volumen de media nuez, estaba adherida al globo ocular en la región externa de éste. La cornea y el fondo del ojo estaban normales y solo se observó aumento de volumen de las venas retinianas y la visión era de $\frac{1}{2}$. El ojo izquierdo y en órbita estaban sanos.

Se diagnosticó el caso de sarcoma

de la órbita y del párpado inferior; el pronóstico fue grave en lo que se refería al globo ocular, pero no tanto para la totalidad del individuo, puesto que había la posibilidad de extirpar por completo la masa neoplásica y de evitar, por tanto, su reproducción.

Cuanto al tratamiento, el primer problema que se planteó fue el de la posibilidad de conservar el globo ocular, con tanto más motivo, cuanto que la visión se conservaba y el fondo del ojo estaba sano. Desde luego el Dr. Mairilla, a pesar de ser partidario de la cirugía conservadora, optó por sacrificar el globo ocular fundándose en las siguientes razones: 1^o que tratándose de una neoplasia que se suponía maligna y en una profundidad que no se podía calcular a priori; era necesario extirpar todo el contenido orbitario que pudiera estar interesado por el proceso neoplásico y esto no podía efectuarse conservando el ojo; 2^o la masa patológica interesaba todo el párpado inferior, que había, por lo mismo, que extirpar y quedaría el ojo sin protección; 3^o gran parte de los fondos de saco conjuntivales estaban involucrados en la neoplasia y, al destruirlos, quedaría el globo ocular sin esta defensa y la cornea muy expuesta a accidentes de diversa índole, pero sobre todo a ulceraciones y per

Foraciones. Si a lo expuesto se añade que habría necesidad de raspar y cauterizar las paredes orbitarias en los sitios donde estuviesen implantados los tumores, se comprenderá porque el Dr. Mancilla determinó practicar la exenteración de la órbita.

El día 21 de mayo último tuvo lugar la operación; abriendo la comisura palpebral externa y disecando la conjuntiva se examinó mas detenidamente el tumor con el fin de ver si todavía era posible cerrar el ojo; mis convicciones de la imposibilidad de ello por existir adherencias con la esclerótica, el orador procedió a escindir primero todo el párpado inferior, y despues, a extirpar por completo todo el contenido orbitario, incluso el tumor que estaba completamente adherido a la pared externa y suelo de la órbita. Colibida la hemorragia, raspé y cauterizé todos los puntos de implantación y rellené la órbita de gaza yodofornizada.

La masa extraída tenía el volumen de una castaña con dos grandes prolongaciones que se dirigían, la una al párpado inferior y la otra hacia la comisura palpebral externa, formando retículo en el fondo de saco conjuntival.

Despues de la operación nada sobrevino a la enferma ni fiebre ni infección local (mas ^{por} que repara el autor está en fenómeno). Permaneció dos meses en el

hospital para ver si se presentaba la recidiva y se le dió el alta rogándole volver si le ocurría algún accidente. Ha ce cuatro meses la enferma estaba completamente curada.

El examen histológico revela que el tumor estaba constituido por células embrionarias pequeñas, redondeadas y con escasa estructura conjuntiva en algunos puntos de los cortes microscópicos. Grati-base, pues, de un sarcoma globo-celular.

La segunda enferma, de 40 años de edad, de buena constitución y sin antecedentes que pudieran relacionarse con su dolencia, ingresó al hospital en 16 de mayo de 1895, ocupando la cama N.º 20 de la sala 23.

Refirió la enferma que su padecimiento empezó con dolores de cabeza y nebulosidades que dificultaban la visión, notándose exteriormente alguna inyección conjuntival. Las nebulosidades aumentaron, disminuyendo la visión y quedando ciega a los 8 meses de enfermedad. Los dolores también fueron aumentando y llegaron a constituir verdaderos accesos neurálgicos que le duraban 6 ó 8 horas y se acompañaban de náuseas y vómitos y se reproducían diariamente. Dos meses antes, dijo, la cornea fué invadida por una carnosidad roja, aumentando también el total volumen del ojo.

A un examen en el hospital, el exámen directo reveló que la cavidad orbitaria izquierda estaba completamente ocupada por una masa voluminosa que remotamente representaba el globo ocular. Este órgano estaba considerablemente abultado en todos sus diámetros y con intensa inyección conjuntival. La carne había desaparecido y en su lugar se veía una masa carnosa, roja que sangraba con facilidad cuando se hacía saltar la costura que la cubría. El globo ocular estaba inmóvil y duro; los párpados, abultados y con varias venas sinuosas y dilatadas, eran insuficientes para cubrir todo el contenido orbitario. El ojo derecho estaba normal.

Desde luego se podía diagnosticar la existencia de un tumor intraocular, cuya naturaleza y sitio de implantación no se podían precisar puesto que no se había visto el parpamiento en su principio y toda la cavidad esclerótica estaba ocupada por la neoplasia. De otra parte, se encontraba el mal en su Tercer periodo.

También podía deducirse que la neoplasia era maligna dada su rápida evolución y dado que la experiencia enseña que casi todas las producciones neoplásicas del interior del ojo son o sarcomatosas o epiteliomatosas. De otra parte, la mayor frecuencia de los neoplasmas de la coroides y el aspecto que presentaba la por

ción visible en el sitio que ocupaba la cornea, hizo que diagnosticara el Dr. Manilla un sarcoma melánico de la coroides.

El pronóstico era sumamente grave no solo porque había necesidad de extirpar el globo ocular, ya completamente perdido para la visión, sino porque la neoplasia intrascular en su tercer período ofrecía el peligro de reproducirse in situ y hasta de generalizarse, pues existía la posibilidad de que el nervio óptico estuviera defenestrado y la misma cápsula de Fison por la vía vascular.

Por lo que respecta a tratamiento, se determinó y practicó la operación procediendo a la exenteración de la órbita, procurando previamente, hacer la canthoplastia y la disección de ambos párpados. La sección del nervio óptico se practicó en el sitio más lejano que se pudo del ojo. Cobijada la hemorragia, separadas todas las partes blandas de la órbita y en la convicción de que no existiría masa alguna neoplásica que separar, se relleno de gasa yodoformica.

Siguio a la operación un período completamente normal sin fiebre ni infección, y a los pocos días la enferma se encontraba bien. Fovaria permaneció dos meses en la sala, y en este tiempo nunca tuvo temor una reproducción. Sin embargo, a los seis meses de haberse marchado a su pueblo, se presentó de nuevo en el hospital (19

de noviembre último) con un enorme tumor que, ocupando toda la cavidad de la órbita, salía al exterior presentando el volumen de una naranja mandarina. Estaba adherido a las paredes orbitarias y a los párpados; la piel de éstos y de la mejilla estaba edematosa; el color de la enferma en demasía y la pequeñez del pulso indicaban claramente que la infección general había comenzado. En esta situación no se consideró oportuno intervenir nuevamente y la enferma se marchó a su pueblo para vivir el poco tiempo que le consentía la neoplasia.

Al examen macroscópico de la masa extirpada, he aquí lo que se observa: pesa 39 gramos; la esclerótica está sumamente adelgazada; por el sitio correspondiente a la cornea acusa la neoplasia. Un corte anterior posterior parece manifestar una masa neoplásica con algunas manchas blancas, sumamente dura hasta el punto de serpin al coste del bisturí, y la cual llena por completo la cavidad esclerótica. No hay vestigios de iris, coroides, cuerpo vítreo, retina, etc., pues la neoplasia ha destruido por completo todos estos órganos.

Para proceder al examen histológico se dieron cortes microscópicos en un trozo de parte blanca del tumor, en otro de la más oscura y, además, en el nervio óptico. El trozo blanco

la que es un sarcoma de pequeñas células; el otro, que existen muchas células melánicas; el nervio óptico aparece infiltrado de células pigmentadas, indicando que el proceso neoplásico le ha invadido ya y, por tanto, que era de temer la reproducción, lo cual ocurrió a los 6 meses de ser operada la enferma. Acaso si ésta hubiese acudido mucho antes no hubiese estado invadido el nervio óptico que es el sitio hacia donde se propagan con predilección los neoplasmas intra-oculares, y, practicando entonces la enucleación, se hubiese evitado la reproducción y salvado la vida de la enferma.

Finalmente, dijo el Dr. Mancilla que el sarcoma melánico de la coroides es el tumor intra-ocular más grave, por su gran tendencia a la difusión de sus células; y que, para poder conseguir la curación, es menester no solo practicar la operación lo antes posible, sino también hacer el vaciamiento completo de la cavidad orbitaria, pues, de lo contrario, se asegura la reproducción en el nervio óptico por continuidad de tejido ó en la órbita por intermedio de los vasos sanguíneos.

Museo Nacional de Medicina

WWW.MUSEOMEDICINA.CL

De las tres observaciones: la primera es interesantísima y de una importancia

cia capital, bajo los puntos de vista clínico y del tratamiento. Se trata de un tumor que, tanto por su marcha y su naturaleza se vio un carácter sumamente raro; se ha desarrollado lento y progresivamente sin repercusión sobre el estado general y sin comprometer de una manera seria el órgano contenido en la órbita. Si bien el nervio óptico estaba envuelto por el tumor, no tenía conexiones con los elementos histológicos del neoplasma.

El método que se siguió en la operación produjo resultados tan sorprendentes que, el día que el sujeto se retiró del hospital, su fisiconomía no revelaba haber tenido tal tumor, todo había vuelto a su estado normal.

Los otros casos no salen de la esfera vulgar, puesto que en la primera de las observaciones el tumor se presentó en grado avanzado y el ojo a pesar de encontrarse en estado favorable hubo que sacrificarlo. Quiso ser así en razones muy poderosas.

El segundo caso fue aún más grave todavía, porque el tumor tenía su origen en el globo ocular; la destrucción era completa y mayor el peligro de recidiva, lo cual comenzó a los seis meses creciendo rápidamente terminó con la muerte del enfermo.

III

Conclusiones

1.ª La mayoría de los tumores que se desarrollan en la órbita respetando el globo ocular, - aun cuando comprometan las funciones visuales, pero que éstas sean debidas a la exoftalmia y no a la invasión del neoplasma, - deben extirparse conservando el ojo.

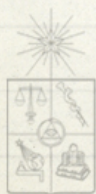
2.ª La incisión debe ser hecha siempre en pleno tercio palpebral para respetar en lo posible la conjuntiva.

Santiago, 3 de junio de 1895

Luis Juarachi



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL



Museo Nacional de Medicina
WWW.MUSEOMEDICINA.CL