

11211

9
2 ef



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA

**CIUDAD DE MEXICO,
Servicios DDF
Médicos**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS DEL
DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA
DEPARTAMENTO DE POSTGRADO
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN:
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA**

**TUMORES DE LA EXTREMIDAD SUPERIOR ESTUDIO
RETROSPECTIVO Y PROSPECTIVO**

**INVESTIGACION CLINICA
P R E S E N T A :
DRA. SILVIA GONZALEZ ARIAS
PARA OBTENER EL GRADO DE:
E S P E C I A L I S T A E N
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. JORGE GONZALEZ RENTERIA**

1990

PALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.

Introducción	1
Material y método	13
Resultados	15
Conclusiones	17
Bibliografía	18
Anéxos	19

INTRODUCCION .

Las neoplasias se presentan en una amplia variedad y distribución en el cuerpo humano, de acuerdo a su etiología y diferenciación histológica es el comportamiento benigno o maligno, esto en relación a su localización un tumor benigno puede tener comportamiento maligno por comprometer estructuras vitales.

Ante la aparición de una masa debe determinarse si ésta es neoplásica o inflamatoria, y de acuerdo con lo descrito por Carl Ruge en 1870 y posteriormente por Friedrich von Esmarsch: una biopsia quirúrgica con diagnóstico histológico preoperatorio debe realizarse ante la sospecha de una neoplasia (1).

Las características benignas o malignas de una neoplasia estan dadas por la presencia o no de cambios en la estructura nuclear, cambios mitóticos, anaplasia, polaridad, invasión local o a distancia, cápsula, recurrencia, metástasis, crecimiento y efectos sistémicos. Estas observaciones se llevan a cabo por medio del estudio microscópico asociadas a la clínica.

Una clasificación sencilla de las neoplasias benignas y malignas está basada en el tipo celular del tejido que se origina: epiteliales (ectodermo o endodermo) origen mesodérmico; tipos especiales que incluyen melanocitos, tejido neural, el trofoblasto, la notocorda y blastodermo (tabla 1).(2)

Para el estudio histológico, la obtención de tejido se realiza por medio de biopsias que pueden ser: ---
 a).Biopsia por aspiración: por medio de una aguja fina (0.6-0.9 mm), o una aguja de grueso calibre (0.6-0.9mm) debemos recordar que ante un resultado negativo o una muestra insuficiente, no se descarta la posibilidad de cancer; b).Biopsia escisional: es la remoción completa de la lesión; c).Biopsia por congelamiento: se realiza únicamente como estudio transoperatorio para desición terapéutica, debe ser rápida, exacta y confiable, del -

resultado depende la decisión del cirujano de realizar una mastectomía, amputar una extremidad o terminar la cirugía; d). Citología diagnóstica: estudio ampliamente utilizado con alto grado de exactitud(3)

En la extremidad superior la variedad de las lesiones tumorales es amplia por la presencia de diversas estructuras anatómicas, la naturaleza benigna de algunas lesiones es aparente sin estudios especiales, en otros casos se requiere para iniciar un tratamiento adecuado estudios adicionales a la biopsia como son estudios radiológicos simples o de contraste para determinar la extensión de la lesión, si afecta estructuras óseas o vasculares, actualmente la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear ofrecen imágenes con las características anatómicas esenciales así como la presencia y grosor de los tejidos afectados, lo que permite realizar un plan quirúrgico en las dimensiones deseadas para la resección de la lesión.(4),(5)

En diversas publicaciones se mencionan los tumores de la extremidad superior como neoplasias originadas de los tejidos locales en su mayoría, los tumores metastásicos tienen una baja incidencia, principalmente por un carcinoma de pulmón; y otras lesiones se presentan como resultado de una alteración metabólica sistémica por ejemplo en la gota o xantomatosis.

Joseph L. Posch presenta una casuística de 30 años con un total de 2161 tumores de la mano que incluye lesiones de etiología epitelial, tejido conectivo, vascular y óseo, siendo de mayor incidencia el ganglión en un número de 1211, seguido por los de origen epitelial con sus variantes benignas y malignas.

Hace hincapié en la disección cuidadosa de estas lesiones para la preservación de las estructuras neurovasculares, un seguimiento estrecho y prolongado ante la tendencia a recidivar de algunos tumores benignos y de los potencialmente malignos.(6)

Los tumores de origen epitelial mas frecuentes son

de comportamiento benigno.

Verruca vulgaris. Es el crecimiento papilar, con hiperqueratosis de la epidermis inducida por un DNA virus en dorso o palma de mano y dedos, de 2-10 mm de diámetro, mas frecuente en individuos jóvenes, el tratamiento a base de queratolíticos cáusticos favorece la liberación del antígeno vírico IgM e IgE, confiriendo inmunidad. Una recidiva mas frecuente en la resección quirúrgica se presenta al evitar la liberación del antígeno. Variantes como la verruca planae y epidermodisplasia verruciforme se presentan.

Quiste epidermoide o quiste de inclusión epidérmica. Son quistes revestidos de epitelio semejante a la epidermis, localizados principalmente en la palma de la mano y de los dedos, sitios sometidos a trauma mas frecuentemente, secundarios a un desplazamiento de un fragmento de epidermis a un plano mas profundo; su tratamiento es la escisión total.

Queratoacantoma. Es una sobreproducción de queratina con epitelio escamoso, de crecimiento rápido en 2 a 3 semanas, inicia con una pápula rojiza o nódulo con umbilicación central, de 0.5-2 cm de diámetro, puede simular un carcinoma epidermoide. Se presenta en mayores de 40 años y puede regresar espontáneamente. El tratamiento es la escisión total amplia.

Epitelioma Calcificante de Malherbe. Son nódulos autolimitados de la dermis o tejido subcutáneo, generalmente asintomáticos, mas frecuente en brazo y antebrazo pueden calcificarse. La escisión es suficiente.

Lesiones Névicas. Los nevos son acúmulos de melanocitos que aparecen después del nacimiento, se clasifican como funcionales, compuestos e intradérmicos dependiendo de la localización de los melanocitos en las capas de la piel. El nevo de unión es mas frecuente en la palma de la mano y la uña; el nevo azul que semeja al melanoma es mas frecuente en el dorso.

Lesiones precancerosas. Incluye las queratosis ac-

tínicas de predominio en el dorso de la mano y áreas de exposición al sol; queratosis arsénica en palmas y plantas, secundarias a ingesta excesiva de compuestos inorgánicos de arsénico; radiodermatitis, enfermedad ocupacional en aquellos expuestos a exposición repetida de los Rayos X. Se recomienda la resección total de las lesiones y aplicación de colgajos en las últimas.

Dentro de las lesiones epiteliales malignas que se presentan con mas frecuencia están: el carcinoma espino celular, carcinoma basocelular y el melanoma.

Carcinoma Espino celular o epidermoide. Tumor con alto grado de curabilidad ya que su caracter maligno no es extremo y la accesibilidad de la región permite el tratamiento temprano. Son frecuentes en el dorso de la mano por exposición al sol, agentes químicos, traumatismos repetidos, cicatrices e infección crónica, son algunas de las etiologías propuestas. En un estudio de 141 pacientes el origen estuvo dado por lesión precancerosa preexistente en un 41 %.

Se origina de la capa de células espinosas y se presenta como un nódulo solitario firme ulcerado o con una costra central y base eritematosa indurada. Presenta 3 etapas, la primera de degeneración de la dermis reticular, la segunda es de reacción proliferativa al tumor invasor con infiltración y vascularización de la zona de degeneración, y la tercera etapa es el desarrollo un tumor invasor que penetra a la capa papilar. Las metástasis son por vía linfática a ganglios epitrocleares o axilares. El tratamiento en fases iniciales es la resección amplia de la lesión y aplicación de injerto en el defecto cutáneo residual. Si hay invasión profunda local debe hacerse resección amplia incluyendo fascia muscular en casos muy avanzados se indica la amputación y vaciamiento ganglionar.

Carcinoma Basocelular. Descrito por Jacob en 1827, de localización frecuente en áreas expuestas al sol co-

mo el dorso de manos, en individuos de tez blanca, la lesión se presenta como un nódulo brillante de bordes perlados que pueden pigmentarse, sangra fácilmente y puede ulcerarse en el centro; otras formas de presentación son: nodular, superficial, eritematoso, multicéntrico, esclerosante o ulcerado. Es de crecimiento lento generalmente hacia planos profundos, rara vez metastatiza. El tratamiento es la resección quirúrgica con un margen de piel normal y un colchón de tejido profundo, y aplicación de injerto en el defecto residual. Cuando se presenta en la uña se indica la amputación con un margen de piel normal proximal a la lesión.

Melanoma. Es la causa de muerte mas frecuente de las enfermedades originadas en la piel y constituye aproximadamente el 1% de los canceres, en los últimos 10 años ha aumentado su incidencia por la exposición solar de los fines de semana. Se han delineado 4 formas clínicas de melanoma primario: 1.- Lentigo maligno, se presenta en zonas expuestas como malares y mejillas, en la extremidad superior es en dorso de manos principalmente en individuos de 70 años, se presenta como lesión plana de color café a negro, de crecimiento lento y alto grado de malignidad, su frecuencia es del 5%; 2.- Melanoma diseminado superficial, la forma mas frecuente 70%, entre los 40 y 50 años de edad, de presentación en cualquier localización, mas en espalda y en mujeres en las piernas. El color varia de negro, rosado, azul o blanco éste en relación con zonas de regresión del tumor. La invasión profunda se relaciona con la presencia de un nódulo, la mortalidad es de aproximadamente 31.5%; 3.- Melanoma nodular, frecuencia del 16%, presenta un nódulo suave cubierto por epidermis como una placa negra elevada o una masa polipoide ulcerada, se localiza en cualquier parte, entre los 40 y 50 años de edad. De acuerdo a Clark y col. tiene la mayor mortalidad con 56.1%; 4.- Lentigo acral, tiene una frecuencia del 10% junto con otras formas no clasificadas, presenta un com

ponente radial (intradérmico), es frecuente en las palmas y plantas, áreas subungueales y la unión mucocutánea de las cavidades nasal y oral, mas frecuentes en ne gros y comportamiento muy agresivo con sobrevida de 11% a 3 años.

Los niveles de invasión se han clasificado microscópicamente por Clark y col en 5 niveles en relación a las capas de la piel:

N I .- Intraepidérmico sin afectar dermis

NII .- Llena la dermis papilar

NIII.- Interfase, llena la dermis papilar pero no afecta la dermis reticular

NIV.- Llena la dermis reticular

N V .- Llega a la hipodermis

El grosor del tumor medido en milímetros desde la capa epidérmica mas superficial hasta el nivel mas profundo de invasión: (Breslow)

1.- menos de 0.75 mm

2.- entre 0.75 y 1.5 mm

3.- entre 1.5 y 3.0 mm

4.- mas de 3.0 mm

Clinicamente se clasifica en 3 estadios determinados por la presencia o no de ganglios regionales y metastasis a distancia:

Estadio I .- Tumor local.

Estadio II.- Tumor local con ganglios regionales

EstadioIII.- Tumor local con ganglios regionales o no y metastasis a distancia.

La sobrevida en relación a esta última clasificación a 5 años es de 80%, 30% y 10% respectivamente. La aplicación conjunta de estas 3 clasificaciones ofrece una visión mas amplia sobre la gravedad de la neoplasia la planeación quirúrgica y tasa de sobrevida.

Los melanomas primarios no responden o responden muy pobremente a la quimioterapia o radioterapia. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica en los estadios muy tempranos antes que ocurra invasión --

profunda. El problema ha sido reconocer al melanoma maligno en etapa temprana. Antecedentes como lesiones pigmentadas con cambios en la coloración y tamaño, prurito y sensibilidad, con borde irregulares generalmente con muescas y de superficie irregular deben de sospecharse como probablemente malignas.

El tratamiento recomendado en los niveles I y II - de Clark es la resección quirúrgica con un margen de 5-cm, en niveles III, IV y V o 3 y 4 además de la resección quirúrgica debe hacerse vaciamiento ganglionar epitrocleares o axilares y en ocasiones no es suficiente - la resección de la lesión sino que debe realizarse amputación o desarticulación de la extremidad afectada.

La inducción de hipersensibilidad retardada con -- haptenos tipo BCG, DNCB y agentes antimicrobianos ha -- conducido a la remisión local del tumor. (6,7,8,9,10).

Las neoplasias mas frecuentes de la extremidad superior del tejido conectivo corresponden a: ganglión, - quiste mucinoso, tumor de las células gigantes de la -- vaina tendinosa o tenosinovitis vellonodular pigmentada y el nódulo de Dupuytren.

Ganglión, es una lesión quística llena de mucina, - en relación a la sinovia, una articulación o vaina tendinosa. Es la lesión mas frecuente de presentación en - el dorso de la mano a nivel de la articulación radiocarpiana. El tratamiento recomendado es la resección quirúrgica, otro es la aspiración del contenido e infiltración en la cavidad quística esteroides de depósito tipo triamcinolona, pero esto tiene un alto grado de recidiva.

Quiste mucinoso, equivale a un ganglión de la articulación interfalángica distal y coexiste con datos de osteoartritis. El tratamiento es la escisión.

Nódulo de Dupuytren, es una lesión de la fascia aponeurótica palmar superficial y su extensión a los dedos, descrita por Clive en 1808, Dupuytren describió la cirugía para su corrección que consiste en la excisión-

de la piel fibrosada y las bandas aponeuróticas con aplicación de injerto en las zonas cruentas. Un procedimiento alterno es la infiltración de tripsina, quimo--- tripsina A, hialuronidasa y xylocaina, con extensión forzada de las zonas contracturadas para romper las bandas fibróticas. Este procedimiento se aplica en ancianos o aquellos pacientes en quienes se contraindica la cirugía (11,12).

Del tejido graso la lesión mas frecuente es el lipoma, que corresponde a un acúmulo de adipocitos rodeado por una cápsula fibrosa bien delimitada, presenta variantes de acuerdo al tipo de tejido histológico en que se encuentre involucrado como fibrolipoma, angioliipoma, miofibrolipoma, etc. Pueden localizarse intramusculares paratendinosos, intratendinosos o subcutáneos. Generalmente son asintomáticos a menos que compiman una estructura nerviosa o vascular. El tratamiento es la escisión respetando estructuras adyacentes. (6).

En el tejido nervioso la neoplasia mas frecuente es el neuróma, ocasionada generalmente secundaria a una lesión directa sobre el nervio con hiperplasia de tejido fibroso en la unión de los cabos nerviosos. El neurilemoma es un tumor benigno compuesto por células de --- Schwan, pequeños, encapsulados generalmente a lo largo del nervio. El tratamiento es la resección, si infiltra el nervio debe hacerse la liberación interfascicular. Los neurofibromas son crecimientos encapsulados de los nervios periféricos con proliferación difusa de células de Schwan y fibroblastos, frecuentemente asociados a la enfermedad de Von Recklinhausen. El tratamiento es la resección quirúrgica y ocasionalmente pueden requerir de un injerto nervioso. La variedad maligna es el Schwannoma maligno.

Las neoplasias vasculares benignas incluyen los hemangiomas en sus variedades: cavernoso, capilar y mixto. De aparición al nacimiento o en la vida temprana, son -

de crecimiento rápido en los primeros años para posteriormente presentar una regresión gradual en forma espontánea entre los 5 y 7 años de vida. La aplicación de presión por medio de prendas de licker ayuda a la remisión temprana de estas lesiones, la infiltración intralésional de esteroides de depósito, embolización con agentes esclerosantes o la resección quirúrgica son tratamientos alternativos. Cuando compromete los paquetes vasculares de un dedo o más, en ocasiones se realiza la amputación del dedo afectado para obtener una mejor función de la mano.(6,10,12).

Tumor glómico, se origina en los pericitos de Zimmerman, de presentación en la placa ungueal y punta digital, el tratamiento es la resección con reconstrucción de la placa ungueal.

Aneurismas, son dilataciones de los vasos por debilidad en sus paredes, pueden ser falsos o verdaderos, - la manifestación puede estar dada por la presencia de una tumoración pulsátil, o la compresión de estructuras adyacentes que produzcan la sintomatología. El tratamiento es la resección quirúrgica respetando las estructuras nerviosas adyacentes.

Granuloma piógeno, tumor frecuente en la mano secundario a infección crónica o traumatismos cerca de la uña, hay un hipercrecimiento de tejido de granulación, - con proliferación de capilares y fibroblastos. Es una lesión prominente, friable, roja, que sangra fácilmente y mide de 1 a 10 mm. En lesiones pequeñas se pueden manejar con nitrofurazona tópica, lesiones mayores, deben manejarse con electrofulguración o resección quirúrgica. La variante maligna de las neoplasias vasculares es el hemangiopericitoma (6).

Neoplasias de hueso y cartilago, los más frecuentes son: osteoma osteoide, quiste óseo aneurismático, - osteocondroma, encondroma y tumor de células gigantes - que corresponden a la variedad benigna. Dentro de los malignos mencionaremos al condrosarcoma y el sarcoma --

osteogénico.

Osteoma osteoide, lesión osteoblástica benigna caracterizada por un núcleo bien delimitado que suele medir menos de 1 cm, y una zona circundante distintiva de formación de hueso reactivo. Puede tener localización -- subperióstica endóstica o exostósica y medular. Es muy raro en la extremidad superior, cuando se presenta es -- en radio y/o cúbito, carpo y falanges. Es una lesión -- muy dolorosa que responde a los analgésicos. El tratamiento definitivo es la resección en cuña y aplicación de injerto óseo.

Quiste óseo aneurismático, tumor frecuente en la -- mano y brazo (falanges y húmero), se inicia como una tu -- mefacción y crecimiento de la región afectada, con in -- gurgitación de los vasos sanguíneos también. Radiologi -- camente se observa distensión de la cortical con una zo -- na lítica que abarca toda la circunferencia del hueso -- en la diáfisis. Debe hacerse diagnóstico diferencial -- con un tumor de células gigantes. El tratamiento es le -- grado óseo con injerto óseo. Si el legrado no es comple -- to habrá recidiva que se puede manejar con radioterapia a dosis de 800 a 1000 r.

Encondroma, es una neoformación benigna de cartilago hialino que se origina dentro de la cavidad medular de un solo hueso, puede originarse de restos embrionarios derivados de la placa de cartilago epifisiario. -- Puede ser asintmático hasta que se produce una fractura o fisura por un traumatismo, o bien presentarse como un abultamiento de una falange o metacarpiano. Es el tumor mas frecuente de los huesos de la mano, en una serie de 48 pacientes se presentaron por orden decreciente en fa -- lange proximal, metacarpiano, falange media y distal, -- inician en la infancia y dan manifestaciones hasta la -- vida adulta, radiológicamente se observa una imagen, o -- voide y redondeada, perfectamente delimitada por la cor -- teza. La transformación maligna generalmente sucede en -- los huesos largos. El tratamiento es legrado óseo con --

to óseo. En ocasiones cuando hay fractura es suficiente el manejo conservador con reducción e inmovilización de la misma.

Osteocondroma (Exostosis osteocartilaginosa solitaria), es una eminencia ósea cubierta por cartilago que se forma en la superficie externa de un hueso. Es el tumor de huesos benigno mas frecuente siendo un 50% de todas las neoplasias. Descrito por Astley Cooper en 1818, generalmente es asintomático y se detecta por la palpación. Cuando ocasiona dolor es por irritación mecánica de músculos o tendones circundantes, al crecer puede -- dar síntomas al comprimir un nervio. Sonmas frecuentes en la niñez y adolescencia. Solo se presenta en huesos formados a partir de cartilago, creciendo junto a la -- corteza en la placa cartilaginosa epifisiaria o cerca de ella que es la zona de crecimiento endocondral, que posteriormente se desplazan hacia la diáfisis. Se presenta en el extremo proximal de húmero y extremo distal de radio, rara en los metacarpianos. Una variante rara es la exostosis subungueal a partir de la falange distal. Sucede principalmente en primer hortejo y ocasionalmente afecta el pulgar y dedos de la mano. Radiológicamente se presenta como excrecencia ósea que parte del esqueleto fusionándose con la corteza normal adyacente en su porción basal periférica y creciendo en dirección contraria a las articulaciones adyacentes.

El tratamiento es la resección de la lesión ósea con el periostio para evitar una recidiva mas agresiva. El crecimiento de la lesión posterior al terminar el crecimiento óseo debe hacer sospechar malignización.

En la revisión previas se mencionan en forma específica las lesiones que con mayor frecuencia se presentan en la extremidad superior y en esto basamos el presente estudio, tomando en cuenta que a nuestro servicio por medio de la Clínica de Mano, se reciben un número e levado de pacientes con una diversidad de lesiones como son secuelas de parálisis centrales, lesiones de plexo-

*braquial congénitas y adquiridas, lesiones neurotendinosa*s en agudo y crónicas, en los últimos años la atención del paciente no traumático por medio de la consulta externa y sobre todo integrándolos a la clínica se han captado este tipo de lesiones neoplásicas, las que vienen a ser de interés por ser mas frecuentes de lo -- esperado.

MATERIAL Y METODO .

Se revisaron del Servicio de Patología de los Hospitales de Urgencias Coyoacan "Xoco" y Dr. Ruben Leffero los libros de registros de piezas quirúrgicas de los años 1986, 1987, 1988 y 1989 hasta el mes de septiembre, en el Hospital Dr. Ruben Leffero se incluían las piezas quirúrgicas del Hospital Infantil Tacubaya. Se tomaron de estos registros, el número de expediente de patología, nombre del paciente, edad, sexo, diagnóstico con que se recibió la pieza quirúrgica y número de expediente clínico cuando estaba incluido, de las lesiones neoplásicas. Se incluyeron todas aquellas que no tenían el sitio anatómico de la lesión que fueron la mayoría.

Con estos datos se revisó archivo clínico por medio de los cardex para sacar el número de expediente y así iniciar con la revisión.

Se incluyeron en el estudio los expedientes que se encontraron completos y la lesión neoplásica estuviera localizada en la extremidad superior.(46)

Se excluyeron del estudio los expedientes donde la lesión neoplásica se encontraba fuera de la extremidad superior.(83)

Se eliminaron del estudio el año 1986 por no estar dentro del control de archivo los números de expedientes de más de 3 años anteriores al actual; los expedientes que no se localizaron por medio del cardex, por no estar en sus carpetas o por no aportar suficientes datos de la localización de la lesión.(115)

Del expediente se obtuvieron los siguientes datos:

- 1 .- Nombre
- 2 .- Número de registro
- 3 .- Edad
- 4 .- Sexo
- 5 .- Servicio tratante
- 6 .- Diagnóstico presuntivo
- 7 .- Tiempo de inicio y evolución

- 8 .- Medidas de la lesión
- 9 .- Localización anatómica de la lesión
- 10.- Tratamiento
- 11.- Estudio radiológico
- 12.- Estudio histopatológico *

Se tabularon con porcentajes la edad, sexo, servicio tratante, diagnóstico presuntivo, localización anatómica de la lesión, el tratamiento y el resultado histopatológico agrupandolos por tejido de origen de la -- neoplasia. El resto de parámetros no se tabuló por - faltar en mas del 50 % de los casos.

La extremidad superior se dividió en las regiones anatómicas correspondientes a: hombro, axila, brazo, codo, antebrazo, muñeca, dorso y palma de mano y dedos, - derecha e izquierda.

* Se tomó del archivo de patología cuando no se encontraba incluido en el expediente.

RESULTADOS .

De 244 registros extraídos del archivo de Patología se incluyeron solamente 46 por contar con los requisitos necesarios para el estudio.

Por Hospitales correspondió al Dr. Ruben Leñero un total de 15 expedientes equivalentes al 32%; a Coyoacan "Xoco" 27 expedientes equivalentes al 60% y al Infantil de Tacubaya 4 expedientes igual al 8%.

La edad varió en un rango amplio donde la menor -- correspondió a 5 años y la máxima a 90 años, con una media de X 38.2, encontrándose la mayor frecuencia en el grupo de los 11 a 20 años. (tabla 2)

En el sexo no se encontró gran diferencia, presentándose una frecuencia ligeramente mayor en hombres que mujeres, con un 54% contra un 46% correspondiendo a 25- y 21 respectivamente. (tabla 3)

El lado afectado fué principalmente el derecho con 61%, para el izquierdo de 35% y un 4% para no especificados, corresponden a 29, 17 y 1 pacientes respectivamente. (tabla 3)

La localización anatómica fué de: hombro 3 igual a 6%; axila 2 igual a 4%; brazo 11 igual a 23%; codo 2 -- igual a 4%; antebrazo 6 igual a 12%, muñeca 5 igual a 10%; región dorsopalmar 5 igual a 10%; dedos 12 igual a 31%; de estos el mas afectado fué el pulgar en 5 casos.

En 1 caso se encontró lesión ósea en el pulgar e índice y en otro lesión de hombro derecho y brazo izquierdo. (tabla 4)

Histológicamente la mayor frecuencia fué de tejido graso con lipomas en sus variantes histológicas con 12- igual al 26%; el segundo grupo más frecuente fué el tejido conectivo con 9 igual al 20%, contando entre -- ellos al ganglión como más frecuente con 5 casos igual al 56%; en mismo número se encontraron las neoplasias -- vasculares; en los epiteliales la frecuencia fué de 8 -- igual al 17%, aquí el 50% correspondió a naturaleza be-

nigna y el otro 50% a maligna siendo estos 3 carcinomas espinocelulares y 1 melanoma. De hueso y cartilago se encontraron 7 igual a 15%; de tejido linfoide o hematopoyético 1 que corresponde al 2% y fué un linfóma. Ver lista 1 para diagnósticos específicos y localización. (tabla 5)

El tratamiento fué la resección quirúrgica en 38 - pacientes con injerto de piel en dos de ellos: dorso de mano por Ca espinocelular y en 5to dedo por hemangioma. Esto corresponde al 83 % de los casos. Biopsia con legrado óseo e injerto óseo en 2 casos por quiste óseo aneurismático en húmero y encondroma de 5to dedo, que corresponden al 5%; 1 amputación de pulgar por carcinoma espinocelular con invasión a musculo y hueso; tratamiento médico con protectores solares por eritema anular en 1 caso; electrofulguración de 1 granuloma piógeno con biopsia de la lesión previa, cada uno de los anteriores corresponde al 2% de frecuencia. 2 pacientes no recibieron tratamiento. 2 pacientes fueron enviados al Hospital de Cancerología por presentar neoplasias malignas - 1 melanoma y un linfóma no Hodgkin. (tabla 6)

El servicio tratante con mayor número de pacientes correspondió a Cirugía Plástica con 25 pacientes igual al 54%; le siguieron en frecuencia y orden decreciente: Ortopedia con 7 igual a 15 %; Cirugía General con 5 --- igual a 11 %; Dermatología con 4 igual a 8%; otros servicios no especificados con 2 igual a 5%; Oncología 2 --- igual a 5% y Medicina Interna 1 igual a 2%. (tabla 7)

Finalmente el diagnóstico presuntivo fué correcto en 28 casos correspondiendo al 61%, diagnóstico equivocado en 10 casos equivalente al 21% y como tumor o en estudio 8 casos igual a 17%.

CONCLUSIONES .

La presente revisión, no es un estudio representativo real, ya que debido a los procedimientos técnicos en almacenamiento de datos en el departamento de archivo se eliminaron del estudio un número elevado de neoplasias de la extremidad superior. Sin embargo en relación a otras series publicadas diferimos en nuestros resultados al encontrar mayor frecuencia en las neoplasias de tejido conectivo que en las epiteliales. En los tumores óseos coinciden en ser los osteocondromas y sus localizaciones descritas húmero y falanges.

Es notoria la falla diagnóstica en estas lesiones probablemente debida a ser una patología de baja frecuencia en relación a el volumen total principalmente de tipo traumático que se maneja en nuestra Institución.

Considero que la creación de clínicas para el estudio de diversas patologías es una de las maneras de sistematizar el diagnóstico y tratamiento del padecimiento que aqueja al paciente, esto se menciona ya que en un 50% el manejo fué otorgado por el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva que cuenta con una Clínica de Mano. Este sistema podría hacerse extensivo a otros servicios para en forma conjunta ofrecer una mejor y más pronta atención al paciente evitando retrasos en el diagnóstico y tratamiento que en ocasiones puede ser de consecuencias letales.

BIBLIOGRAFIA .

- 1.- Rosai Juan, *Ackerman's surgical pathology*, 6th. Ed. Vol 1(1): 19-38., 1981.
- 2.- Schwartz S.I., Shires Tom, MD. *Principles of surgery*, 4th. Ed. McGraw-Hill 9:327-328., 1984.
- 3.- Rosai Juan, *Ackerman's surgical pathology*, 6th. Ed. Vol 1(2): 14-16. 1981.
- 4.- Converse J.M., MD., *Reconstructive plastic surgery*, 4th. Ed. Mosby Vol 6(84): 3449-3506
- 5.- Ross B., Helspen Cox, et al. *Osteosarcom and others noeplasms of the bone. MR spectroscopy to monitor - therapy*, Arch. of surg., 122(12): 1464-1569. 1987
- 6.- Flynn J.E., *Cirugía de la mano*, 2da. Ed. Toray. 17: 904
- 7.- Schwartz S.I., Shires Tom, MD. *Principles of surgery*, 4th. Ed. McGraw-Hill 14: 515, 1984
- 8.- Rosai Juan, *Ackerman's surgical pathology*, 6th. Ed. Vol 1(3): 121, 1981
- 9.- Coiffman F. *Texto de cirugía reconstructiva y estética*, 1ra. Ed. Vol 2(18): 1191-1194, 1985
- 10.- *Benigns skin tumors*, Clinics plastic recons. abril 1987
- 11.- Petersdorf R.G., Adams R.D., Braunwald E., et al, *Harrison's Principles of internal medicine*, 10th.Ed McGraw-Hill, 134: 836-837. 1984
- 12.- Caillet R. *Síndromes dolorosos. Mano*, 3ra. Ed. 136 137. 1985
- 13.- Wisnicki J.L., *Hemangiomas and vascular malformations*. Ann plas. surg. 12(1): 42-56, ene 1984
- 14.- Huvos A.G., *Tumores óseos, diagnóstico, tratamiento y pronóstico*, 1ra. Ed. Médica panamericana. 1981

Lista.1. Tejido de origen, frecuencia y localización de las neoplasias.

Tejido de origen	Localización	Frecuencia	%	foto clínica
Epiteliales				
Nevo compuesto	antebrazo izq.	1	2	
Paraqueratosis	antebrazo der	1	2	
Papiloma queratosico	axila derecha	1	2	
Eritema anular	- - -	1	2	
Ca espinocelular	dorso mano der	1	2	1
bien diferenciado	pulgar der	1	2	
Ca espinocelular verrucoso	dorso mano der	1	2	
Melanoma	4to dedo der	1	1	
No Epiteliales				
Reacc. granulomatosa a cpo. extraño	brazo izq pulgar der antebrazo der	3	6	
Ganglión	Dorso mano izq dorso mano izq dorso mano der dorso mano der	5	10	2 2
Fibrosis	uña índice der	1	2	
Tejido graso				
Lipoma	brazo izq (2) axila derecha brazo der antebrazo izq codo derecho	7	14	
Fibrolipoma	hombro der brazo der/hombro izq	2	4	
miofibrolipoma	antebrazo izq	1	2	
Angiolipoma	brazo der pulgar der	2	4	
Tejido hematopoyetico				
Linfoma no Hodgkin	hombro der	1	2	
Tejido vascular				
Hemangioma mixto	5to dedo izq 1er dedo izq dorso mano izq	3	6	
Pseudoaneurisma	palma mano izq 4to dedo izq	2	4	
Angioleiomioma	3er dedo der	1	2	4
Tejido óseo				
Fibroma condromixoide	húmero der	1	2	
Osteocondroma	húmero der	2	4	

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Tejido de origen	Localizacion	Frecuencia	%	foto clínica
Tejido óseo				
Quiste óseo aneurismático	húmero der	1	2	
Encondroma	5to dedo izq falange distal	1	2	5
Tofo gotoso	codo/mano der	1	2	6
Condroma	1er, 2do. dedos der	1	2	7
Tejido vascular				
Granuloma piógeno	dedos	3	6	8

Tabla.1. Clasificación de las neoplasias.

Tejido de origen	Sitio de origen	Benigno	Maligno
Epitelial ecto y endodermop	Piel, boca, laringe, pu pulmón, tracto urina- rio, cervix Mama, estomago, colon pancreas, higado	Papiloma	Ca. espinocel- ular
		Adenoma	Adenocarcino ma
Mesodermo	Tejido fibroso Tejido muscular	Fibroma	Fibrosarcoma
		Leiomioma Rabdomioma	Leiomiomasarcoma, Rabdomio sarcoma
	Tejido graso Tejido vascular Tejido hematopoyetico	Lipoma	Liposarcoma
		Angioma	Angiosarcoma Leucemia, mie loma multi- ple, linfoma
Tejido oseó	Osteoma, Condroma	Sarcoma os-- teogénico,-- Condrosarco- ma	
Tipos especiales			
Melanocitos	Piel, ojos	Nevos	Melanoma
Tejido nervioso	Cerebro, médula espi- nal	Astrocitoma Ganglioneuroma	Glioblastoma Multiforme
Trofoblasto	Placenta testículos	Corioepite- lioma	Coriocarci- noma
Notocorda	Médula espinal	Cordoma	Cordoma
Blastodermo	Mediastino, ovario testículos	Teratoma	Teratoma

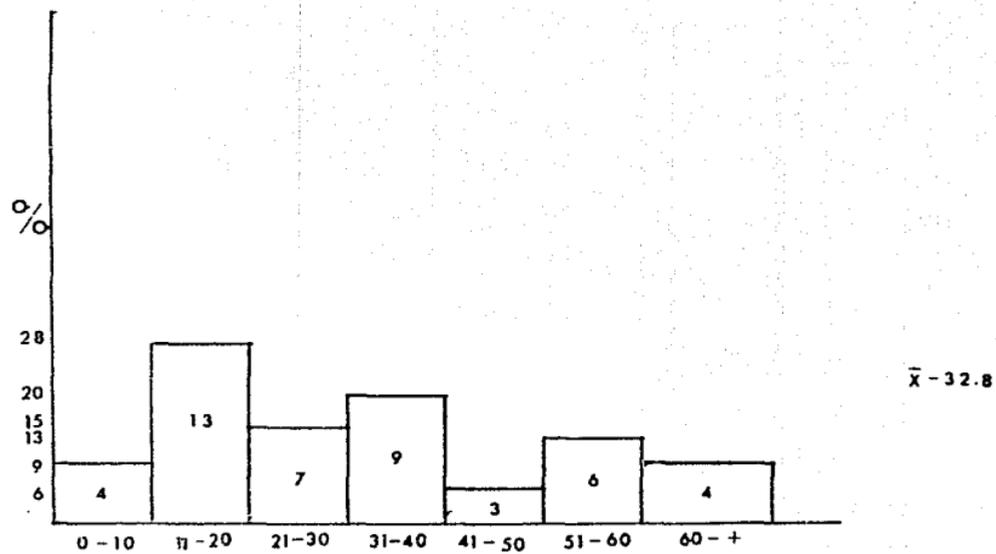


TABLA-2 EDAD

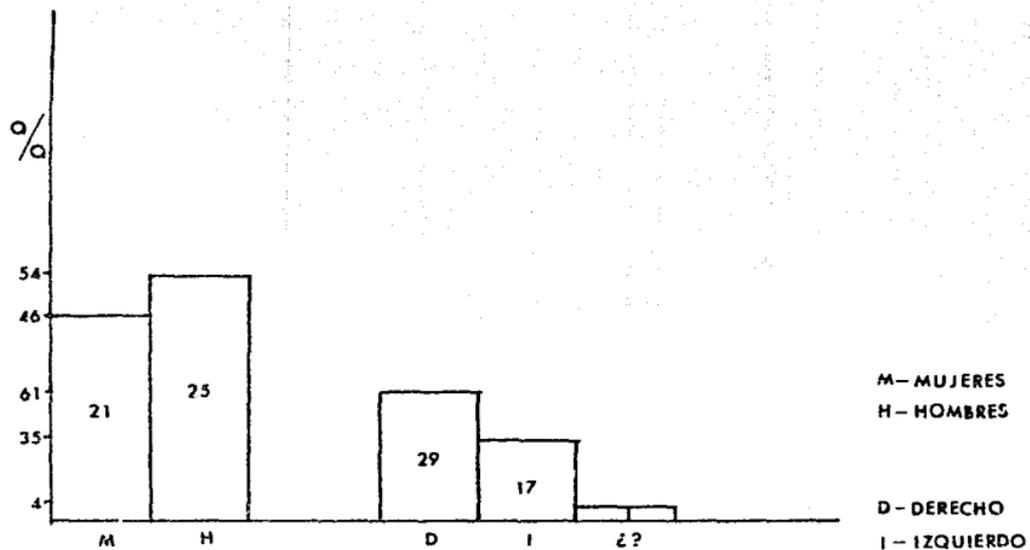


TABLA - 3 SEXO -- LADO AFECTADO

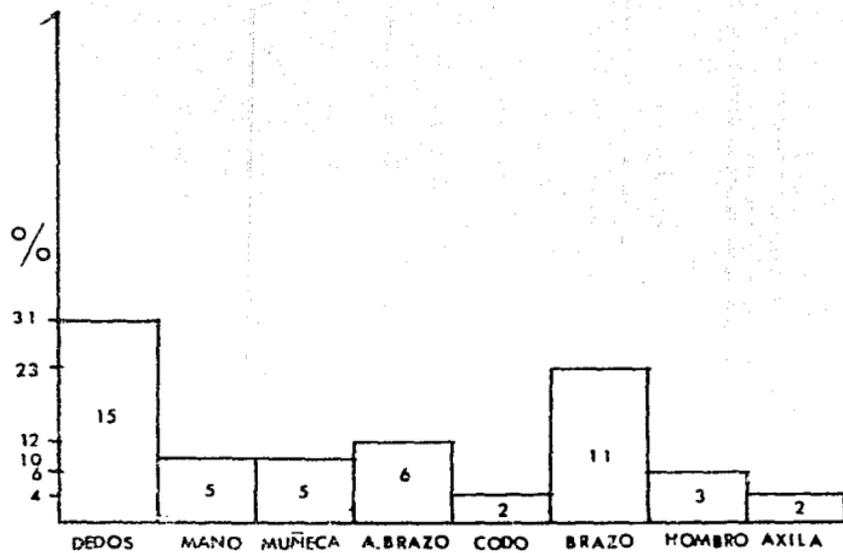


TABLA-4 REGION ANATOMICA

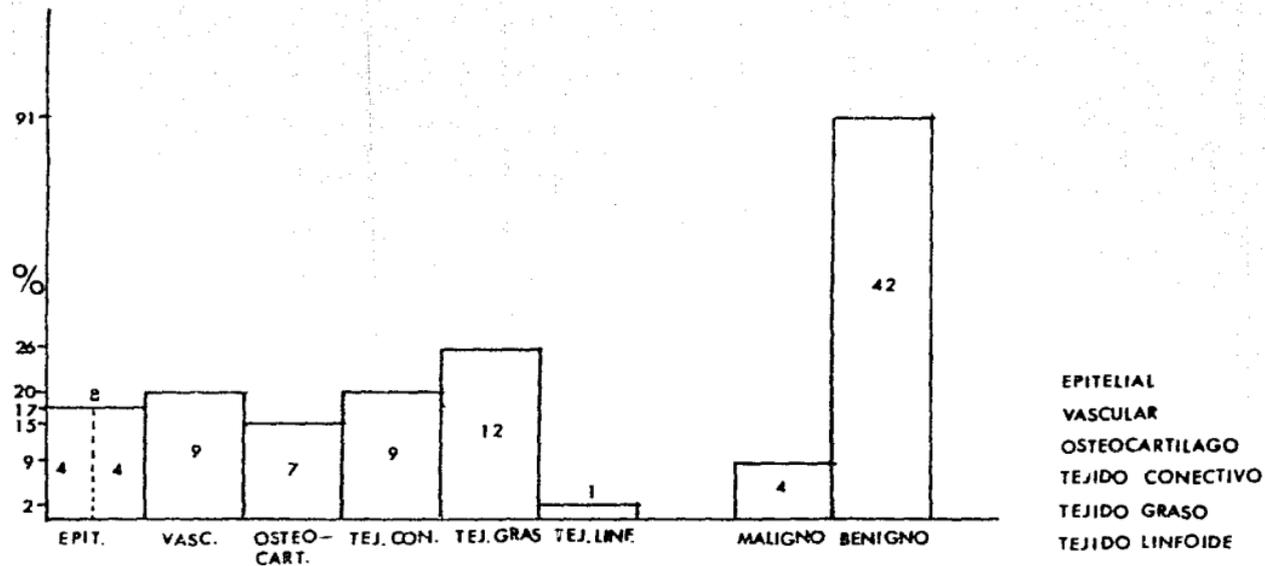


TABLA-5 ESTIRPE HISTOLOGICA

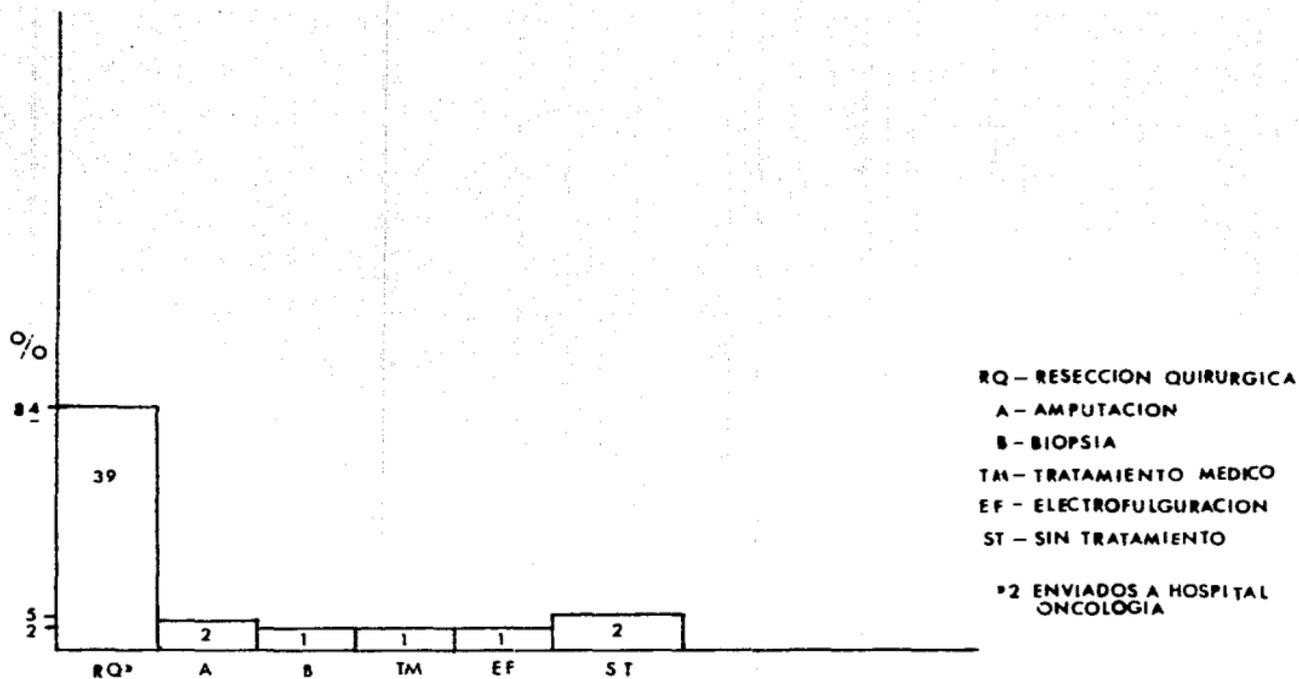


TABLA.- 6 TRATAMIENTO

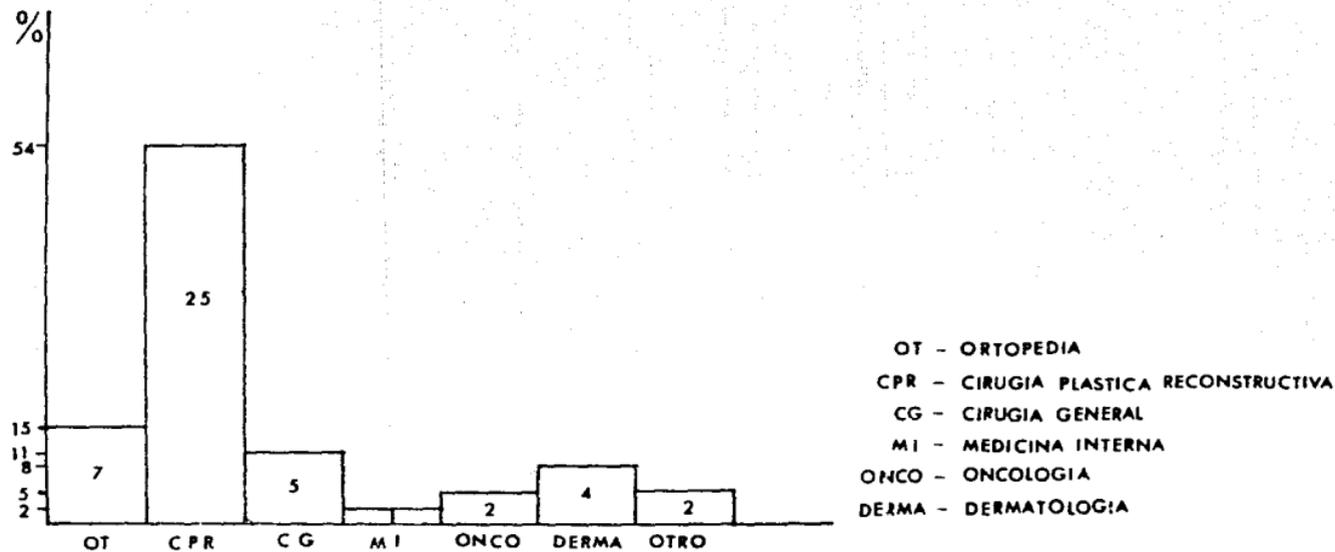
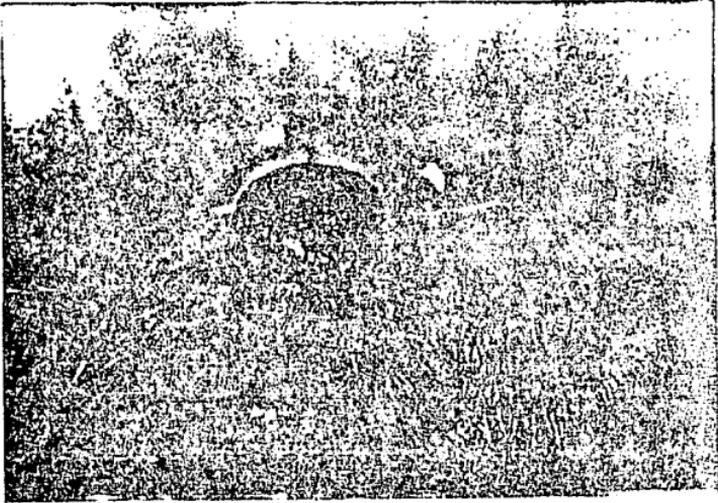
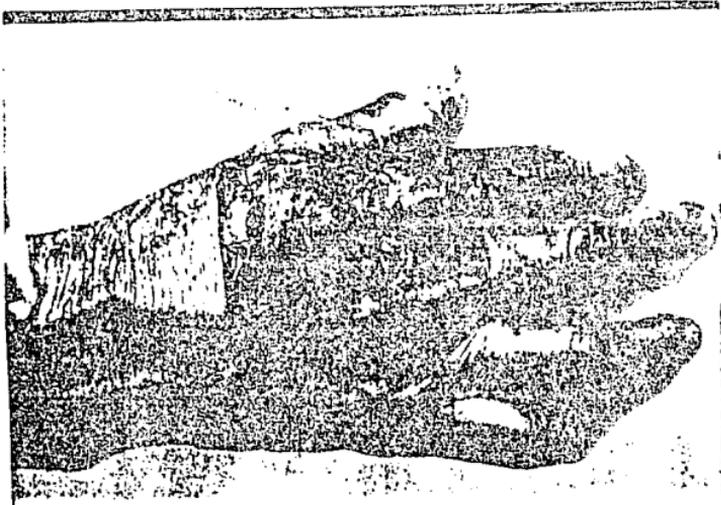


TABLA -7 SERVICIO TRATANTE

CASO I



CARCINOMA EPIDERMÓIDE BIEN
DIFERENCIADO

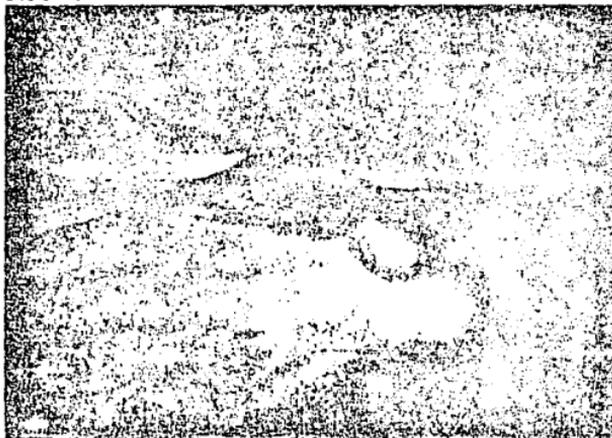


RESECCION AMPLIA



APLICACION DE INJERIO

CASO 2



GANGLION



RESECCION QUIRURGICA

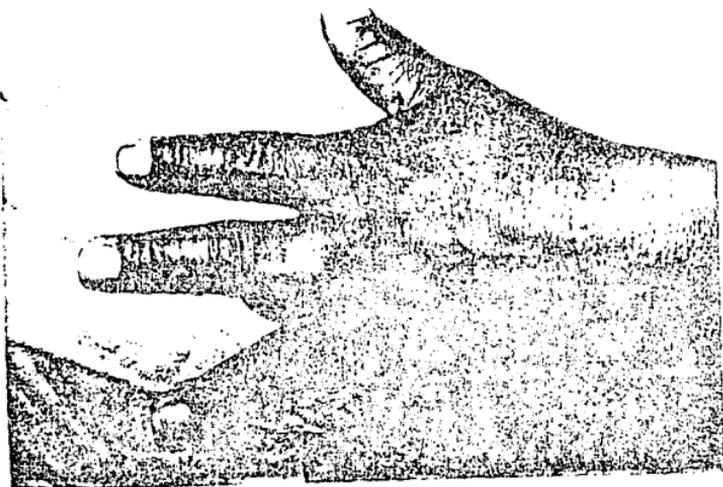


CASO 3



GANGLION

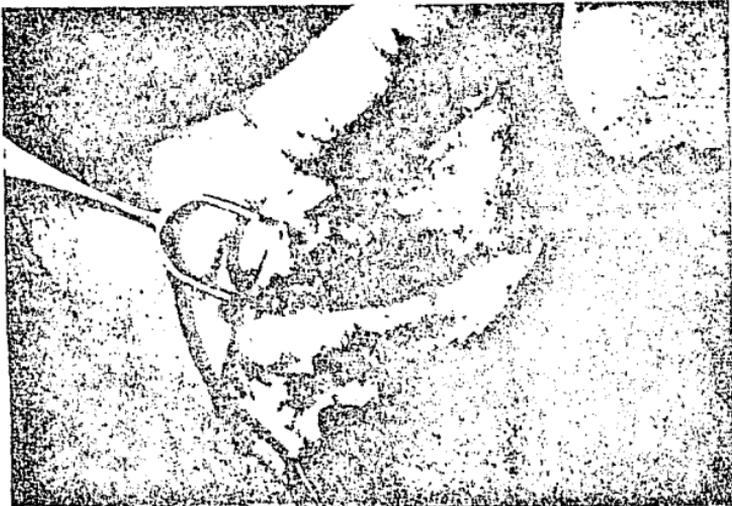
CASO 4

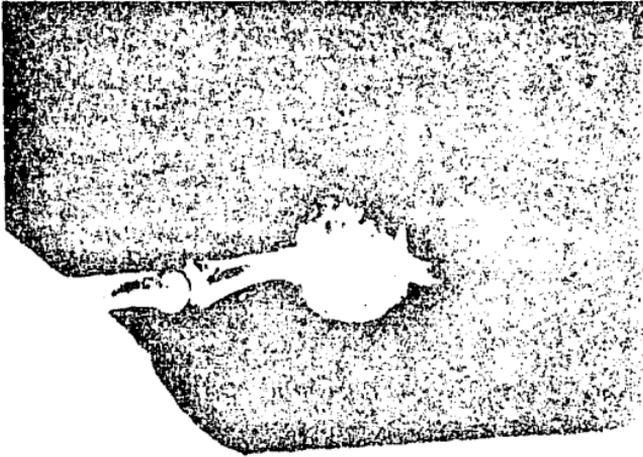


FIBROLIPOMA



PSEUDOANEURISMA





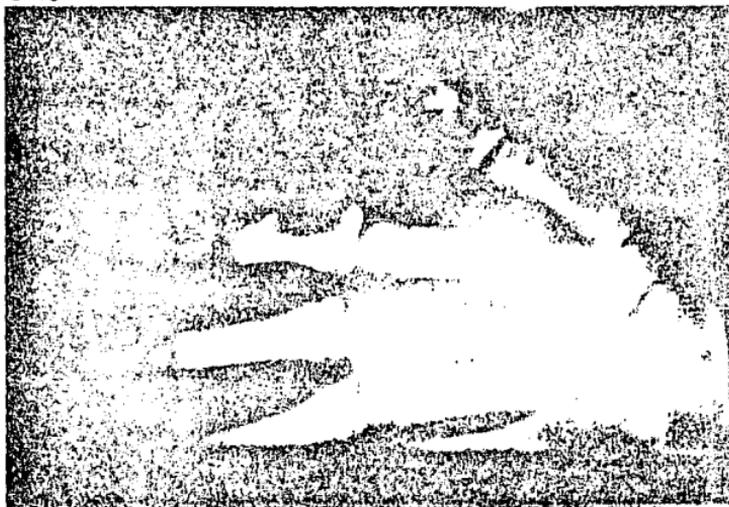
ENCONDROMA

CASO 8



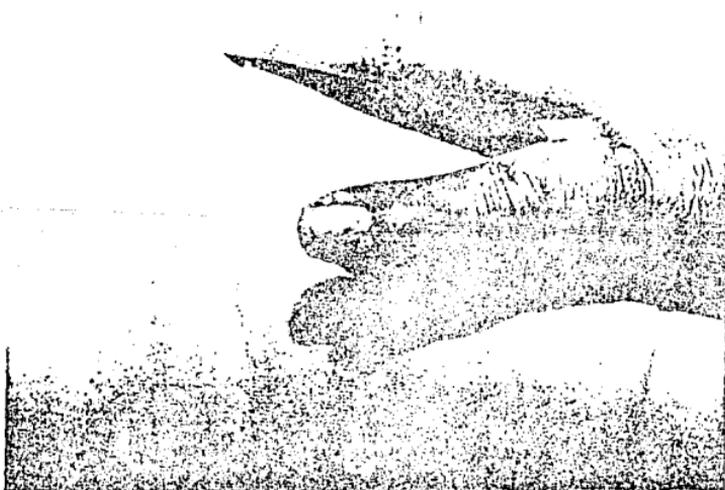
1010 001050

CASO 7



CONDROMA FALANGES 1 Y 2 DEDOS

CASO 8



GRANULOMA PIGENO