

ANTIOQUIA MEDICA

VOLUMEN 3 — MEDELLIN, JUNIO DE 1953 — NUMERO 7

Continuación de «BOLETIN CLINICO» y de «ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA»
Tarifa Postal reducida—Licencia N° 1.896 del Ministerio de Correos y Telégrafos.
Organo de la Facultad y la Academia de Medicina y de la Asociación Médica Antioqueña.

Editada en la Imprenta Universidad de Antioquia.

CONSEJO DE REDACCION

Prof. Alfredo Correa Henao, M. D.
Presidente de la Academia de Medicina
Director.

Prof. David Velásquez C., M.D.
Decano de la Facultad de Medicina
de la U. de A.

Prof. Oriol Arango Mejía, M.D.
Secretario de la Academia de Medicina

Dr. Jorge Henao Posada
Presidente de la A. M. A.

Dr. Marco A. Barrientos M.
Dr. Julio Tobón
Dr. Gabriel Toro Mejía

William Rojas M.
Rodrigo Londoño
Estudiantes de Medicina

Margarita Hernández B.,
Administrador.

«ANTIOQUIA MEDICA» solicita el intercambio con revistas nacionales y extranjeras. Admite y agradece colaboración científica-médica o que se relacione con los intereses de la profesión.

«ANTIOQUIA MEDICA» publica 10 números anualmente.

Dirección:

«ANTIOQUIA MEDICA»

Facultad de Medicina de la U. de A.
Medellín — Colombia, S. A.
Apartado 20-38

SUMARIO:

	Página
Discurso del Dr. Emilio Robledo en la sesión solemne de la Academia de Medicina	303
Inauguración de la 2a Convención Nal. de Cirujanos. — Dr. Pedro Nel Cardona.	315
TRABAJOS ORIGINALES.	
Úlcera Péptica y su Tratamiento. — Cátedra de Clínica Quirúrgica . . .	323
Patología de la Úlcera Péptica. — Dr. Emilio Bojanini	355
Anotaciones Radiológicas sobre Úlcera Gástrica y Duodenal. — Drs. Oriol Arango y Benjamín Pérez	363
Tratamiento Quirúrgico del Prolapso Genital. — Cátedra de Clínica Ginecológica.	374
Cirugía de la Próstata. — Cátedra de Clínica Urológica	408
Cáncer de la Próstata. — Dr. Alberto Pérez	418
Cirugía de la Próstata Pre y Post-operatorio. — Dr. Gabriel Llano E.	423
Cirugía de la Próstata. Vías de Acceso y Modalidades. Dr. Pedro Restrepo D.	438
Cáncer del Seno. — Instituto Nal. de Cancerología	456
Cirugía del Labio Leporino. — Dr. Hernán Pérez R.	471
Enclavamientos Intramedulares en Niños. — Dr. Mariano Castrillón. . .	482
Anotaciones sobre Enclavamiento Intramedular. — Cátedra de Ortopedia.	486
41 Casos de Resección Pulmonar para Tuberculosis. — Dr. Antonio Ramírez.	499
Cáncer de la Boca. — Dr. Carlos Vásquez C.	514
Cáncer de la Laringe. — Dr. Marcos Barrientos	524
Indicaciones y Resultados de la Cirugía Radical del Cuello. — Instituto Nal. de Cancerología.	529
Resumen del Tema Cirugía del Dolor. — Dr. A. Carmona A.	544
Rizotomías y Cardotomías. — Dr. L. C. Posada.	547
Cirugía del Dolor Intratable por medio de las Tractomías, Rizotomías. — Dr. E. Bustamante Z.	552
Esófago-Colo-Yeyunostomía de un Meo-Hiato. — Drs. Adolfo Vélez Gil y Hernando Gallo Z.	557

ANTIOQUIA MEDICA

ORGANO

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA.
DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN Y
DE LA ASOCIACION MEDICA ANTIOQUEÑA.

VOLUMEN 3 — MEDELLIN, JUNIO DE 1953 — NUMERO 7

Número Extraordinario dedicado a la 2a. Convención Nacional de Cirujanos.

REUNIDA EN MEDELLIN

Abril 12 — 18 de 1953

COLEGIO DE CIRUJANOS DE COLOMBIA
CAPITULO DE ANTIOQUIA.

PRESIDENTES HONORARIOS:

Excmo. Sr. Presidente Titular de la República.

Dr. Laureano Gómez

Excmo. Sr. Presidente Encargado.

Dr. Roberto Urdaneta Arbeláez.

Sr. Ministro de Higiene: Dr. Alejandro Jiménez Arango.

Sr. Gobernador de Antioquia: Dr. Dionisio Arango Ferrer.

Sr. Alcalde Mayor: Dr. Roberto Ocampo Alvarez.

Sr. Pte. Honorario de la Sociedad de Cirugía de Bogotá.

Dr. José M. Montoya.

Sr. Pte. del Colegio de Cirujanos de Colombia.

Dr. Enrique Botero Marulanda.

Sr. Rector de la Universidad de Antioquia.

Dr. Alberto Bernal Nicholls.

Sr. Decano de la Facultad de Medicina de la U. de A.

Dr. David Velásquez C.

Sr. Pte. de la Academia de Medicina de Medellín.

Dr. Alfredo Correa Henao.

Comité Ejecutivo:

Pte. Dr. Pedro Nel Cardona.

Vice-Pte. Dr. Alberto Gómez Arango.

Srio. Gral. Dr. Gustavo Calle Uribe.

Tesorero, Dr. Luis Carlos Posada.

Vocales: Drs. Hernando Villegas R., Alberto Pérez E., Marco A. Barrientos y Rafael J. Mejía.

Comité Ejecutivo de Damas: Sras. Sofía de Cardona, Margarita de Gómez Arango, Mariela de Calle Uribe, Graciela de Posada, Blanca de Villegas R., Mireya de Pérez Estrada, Margarita de Barrientos y Magdalena de Mejía.

EDITORIAL

**DISCURSO PRONUNCIADO POR EL Dr. EMILIO ROBLEDO
EN LA SESION SOLEMNE DE LA ACADEMIA DE MEDICINA**

DR. EMILIO ROBLEDO
Académico Honorario.

Señores Presidentes de la Academia de Medicina y del Colegio de Cirujanos, y señores Académicos.

Señores Presidentes de la Segunda Convención Nacional de Cirujanos y Señores Convencionistas,

Señoras, Señores:

Al aceptar con agradecimiento la honrosa invitación de los Señores Presidentes de la Academia de Medicina y del Colegio de Cirujanos de Antioquia, de llevar su vocería en esta sesión solemne, y de hablaros sobre la Cirugía en este departamento, creímos entender que no se trata de haceros el recuento de las operaciones practicadas, de los métodos empleados en ellas, y de la historia pormenorizada, en fin, de nuestra cirugía regional. Una tarea de esa índole sería inadecuada para una ocasión como la en que nos hallamos y, por otra parte, ya se han escrito Tesis de grado sobre dicho asunto; se han presentado Memorias en Congresos médicos, el Dr. Uribe Angel esbozó ya los comienzos de las actividades médico-quirúrgicas, el Dr. Bonilla Naar, a quien no tenemos el honor de ver aquí, no se ha dado

-nuw znj a opnap y solivjre soj ne opnaeuonny osodex ep opndu
cho de lo que se ha hecho, y nosotros mismos, con ocasión de las efemérides de nuestra Universidad, publicámos una obrecilla en que tratámos de dar a cada uno lo que le corresponde, enumerando cuanto se había practicado antes del Centenario del Alma Mater, y agregar algo de ese superfluo que suele ser tan necesario en estudios de esa índole, pues cuando se trata de comunicar a los demás, asuntos científicos, el expositor no puede desentenderse del cuidado de agradecerles.

Nos proponemos pues, al trazar un bosquejo acerca de los esfuerzos hechos por los creadores de la Cirugía entre nosotros, hacer algunas reflexiones morales y filosóficas sobre los progresos de la técnica y la evolución de algunas enfermedades, a fin de sacar para lo futuro las enseñanzas que ellas implican.

Los que hemos amado el estudio por la ciencia misma, consideramos que es una obligación consagrar parte de nuestro tiempo en apacentar nuestro espíritu con nuevos conocimientos. He ahí uno de los beneficios de las Convenciones o Asambleas como la presente, que facilitan el intercambio de ideas y la rectificación de conceptos; nos incitan a barrer el polvo de doctrinas caducas y los procedimientos desusados, y a estar en contacto con los jóvenes estudiosos, ávidos de acrecentar sus conocimientos y de ánimo vigilante y abierto a todas las manifestaciones del progreso.

Parece cosa ya averiguada que la medicina y la cirugía fundadas en principios científicos, no sentaron sus reales entre nosotros sino ya avanzado el siglo XIX. En punto de Cirugía especialmente, el atraso era lamentable y las operaciones se limitaban en general a la amputación de los miembros y extirpación de tumores externos, en lo cual llegó a ser muy ducho un don José M^{ra} Upegui, empírico que ejerció con el beneplácito general, a despecho y pesar del poeta satírico y regocijado don Francisco Mejía, que le motejaba diciendo:

*Chepe se ha metido a médico
para hacerle vuelta al hambre,
y a los enfermos que coge
les corta el vital estambre.*

*Sepan las autoridades
que esto es un negocio serio;
o atajan el paso a Chepe
o agrandan el cementerio.*

Este mal del ejercicio ilegal de la profesión era ya crónico no sólo por estos contornos sino por los de Santa Fe mismo, si recordamos la preocupación del Sabio Mutis por limpiar de matasanos la capital del Nuevo Reino.

En Medellín, en 1793, don Pablo de Rojas elevó al H. Cabildo, Justicia y Regimiento un memorial, a fin de que “tomara cartas en lo tocante a los que recetan sin saber su profesión”, y agrega: “Que obligado del juramento que por razones de mi ministerio acerca del bien y estar de esta República, salud y felicidad de sus moradores, estoy experimentando haberse desatado muchas personas a ejercitar la facultad de la medicina siendo este uno de los actos más difíciles de penetrar, principalmente de la gente ignorante, sin estudios, letras, aplicación, ni práctica, pues a excepción de los señores D. D. Jerónimo de la Calle, y Mtre. de Campo don Casimiro de Villa, los demás que se notan están recetando, carecen de toda inteligencia, con daño universal de estos habitantes; y condolido yo de su infelicidad, ocurro a la justificación de Su Sa. suplicándole provea de remedio a esta desgracia, proporcionando los medios de su reforma...” Y termina el memorialista descubriendo sin rebozo a los acusados que eran: “D. Joaquín Vélez, en el Partido de Otrabanda, don Santiago Prieto y Juan José Rendón en el Barrio de Quebrada arriba, Juan Peláez en el Sitio de Envigado y don Pedro Ignacio Rico en el Partido de Guayabal...”

Lo curioso del documento anterior es que las dos únicas personas a quienes considera aptas para ejercer la profesión, tampoco eran médicos, siquier fueron ilustrados y prestantes, en especial aquel varón de Dios que con el Dr. Alberto María de la Calle y don José Miguel del mismo apellido, formó un triunvirato de Sacerdotes de la Iglesia y de la patria del más alto prestigio en las postrimerías de la Colonia y primeros años de la República.

En cuanto al Maestro de Campo don Casimiro de Villa, era nadie menos que el progenitor de don Nicolás de Villa y Ti-

rado, a quien el Dr. Uribe Angel considera como “lazo de unión entre el dogmatismo empírico e ignorante de un pueblo bárbaro y el criterio razonado y filosófico de un pueblo que se civiliza”.

Si el Dr. José M^a Martínez Pardo no hubiera sido, como en efecto lo fue, refractario a toda operación cruenta, él sería considerado como el patriarca de nuestra Cirugía, como lo es en verdad de los profesores médicos antioqueños, ya que desde la ciudad madre, Santafé de Antioquia, empuñó el caduceo desde principios del siglo y fue paradigma de profesores por su ciencia y sus excelentes prendas morales. En realidad, el puesto de proto-Cirujano le corresponde al Dr. José Ignacio Quevedo, venido de la Capital de la República pocos años después de la muerte del *Hombre de las Leyes* en 1840, de quien fue uno de los médicos.

Con efecto, sabemos que en 1844 el Dr. Quevedo practicó la primera operación cesárea en Medellín y quizá en la República, con la supervivencia de la madre y la criatura. Esta primicia de la verdadera cirugía científica en Antioquia va a servirnos para bordar algunas breves consideraciones acerca de las ofensivas biológicas de la persona humana, tema que juzgamos fundamental en punto de ética quirúrgica.

En verdad que nos extraña el hecho de no haber sido más frecuente la práctica de dicha operación, cuando sabemos su antigüedad y la circunstancia de que desde 1802 el Canónigo de la Catedral de Santa Fe de Bogotá, don Ignacio Gutiérrez, hizo presente ante el rey los males espirituales y temporales que se seguían de no practicarse oportunamente dicha operación. A sus expensas había hecho imprimir el método preconizado por el monje cisterciense don Alfonso José Rodríguez en su obra *Aspectos de Teología Médico-Moral* y su solicitud halló gracia ante el monarca, quien tuvo por bien “mandar que el Colegio de Cirugía de San Carlos formase la instrucción que, aprobada por el Proto-Cirujanato acompaña a esta mi Real Cédula —habla el rey en persona— y es mi voluntad se observe con las precauciones siguientes:”

Al llegar a esta parte de nuestro discurso vais a permitirnos una digresión de carácter personal. Cuando ejercíamos la profesión en la Capital del actual Departamento de Caldas, fuimos llamados con urgencia para acompañar a un médico muy

honorable que se hallaba en dificultades. Ello fue que en una distocia, al practicar la versión podálica por la maniobra de Mauriçau en la cual era muy hábil el colega, la rotación de la cabeza no se hizo en la forma normal. Tras una noche de fatiga y de esfuerzos inútiles, la madre se hallaba exhausta, el tocólogo angustiado, el útero tetanizado y la criatura muerta. Se imponía pues la embriotomía. La repugnancia por aquella operación nos acompañará hasta la muerte con un recuerdo de pesadilla.

Pasados algunos años y cuando comenzábamos a ejercer en Medellín, fuimos solicitados por dos distinguidos médicos, uno de los cuales había sido nuestro Profesor de Patología interna. Se trataba de una distocia accidental. Los médicos, tras varias aplicaciones de fórceps y de maniobras bien conocidas pero infructuosas, consideraron que la criatura estaba muerta, que era el caso de practicar una embriotomía y así lo comunicaron a los afligidos esposos, que esperaban anhelosos su primogénito. Se nos llamaba pues, para participar en aquella repugnante mutilación. Ante el recuerdo del caso anterior, después de examinar la paciente, solicitámos con todo respeto se nos permitiera hacer una aplicación de fórceps. Se accedió a nuestra insinuación no sin alguna renuencia; y cuál no sería el asombro y estupor al extraer en breve término una hermosa criatura viva, que hoy tiene más de 30 años.

Si nos hemos permitido distraer vuestra atención con el relato de estos casos, ha sido con el fin de resaltar la importancia de evitar las ofensivas biológicas contra la persona humana, y de contrastar los procedimientos actuales con los de antaño. Hace 50 años las distocias de todo género terminaban frecuentemente por la muerte de uno de los comprometidos o de ambos. Hoy, merced a la generalización de las doctrinas pastorianas y de la operación cesárea, el número de niños vivos y de madres sanas es incontable. Díganlo, si no, las estadísticas de Gil, Gómez Arango, Miguel M. Calle, Jiménez, Sierra, Henao Posada, Carlos Vélez, Pedro Nel Cardona, etc. Dicha operación es hoy del dominio de los tocólogos.

Asímismo han pasado a segundo plano o se han excluído del todo, los abortos provocados por eclampsia, que no eran raros.

Las metritis, anexitis en general, y otras afecciones ginecológicas, que tan frecuentemente paraban en esterilizaciones

definitivas, hoy ceden a los antibióticos o a las sulfas, a la radioterapia, etc. y los que presenciámos a fines de la pasada centuria la práctica de histerectomías vaginales en mujeres jóvenes por casos de fibromas incipientes o de prolapsos, obedeciendo más que todo al prurito de extirpar una matriz en 10 o 15 minutos, a ejemplo de Doyen de Reims, vemos hoy con gran complacencia, cómo todo aquello se ha modificado en beneficio de la persona humana, como lo expresaron ante vosotros los Profesores Pedro Nel Cardona y Aparicio Jaramillo y sus colaboradores, en las ponencias que escuchásteis.

La moral médica, tal como ha sido preconizada y propugnada con intransigencia por la Iglesia, ha triunfado en todos estos casos a despecho y pesar de las protestas de muchos; y esta actitud ha servido de estímulo para el adelanto de la cirugía, al investigar otros métodos y al perfeccionar las técnicas, hasta el punto de dar tal seguridad, que han llegado a ser de ocurrencia frecuente, en términos que el problema moral, tan angustioso hace algunos años, hoy apenas se plantea.

Semejantes resultados, aunque no ya de ética, se han suscitado en la práctica quirúrgica, gracias al descubrimiento de nuevos agentes terapéuticos o al adelanto en la higiene. Queremos referirnos a la disminución y casi desaparición de los abscesos hepáticos y de los pólipos de las vías genitales. En nuestros años de clínica hospitalaria, los abscesos hepáticos de origen disintérico eran tan frecuentes que existen numerosas tesis doctorales, memorias a congresos médicos y artículos de Revistas publicados sobre dicho tema. En Londres mismo, en el Hospital de la Escuela Tropical, nos tocó presenciar el tratamiento espectacular empleado en tales casos por el método de baños permanentes en soluciones antisépticas. Hoy los abscesos son un hallazgo en los hospitales mismos merced al empleo oportuno de la emetina. En cuanto a los pólipos, es bien sabido de todos vosotros cuánto han escaseado en la consulta diaria gracias, a lo que parece, a los cuidados más frecuentes en el aseo personal.

Hasta 1859 se emplearon por nuestros cirujanos las amputaciones como método exclusivo para el tratamiento de las lesiones óseas en los miembros. En aquel año el Dr. Manuel Vicente de la Roche practicó la primera resección ósea subperióstica de la tibia; y continuó empleándose dicho método en

reemplazo de la operación mutilante, cuando quiera que no está contraindicado.

Hace sesenta años, en 1893, se practicó en Medellín por los doctores Tomás Quevedo R., Juan B. Londoño y Vespasiano Peláez, la primera trepanación del cráneo para un glioma de la 3ª circunvolución frontal izquierda. Esta operación se implantó desde entonces a todo lo largo de Antioquia, pues en Manizales el Dr. José T. Henao, y en otras poblaciones, se practicaron trepanaciones para curar los efectos de la compresión en las heridas del cráneo, por tumores, etc., y ella constituía la neurocirugía clásica. La llamada psicocirugía, leucotomía, lobectomía, lobotomía, es de reciente data y ha sido iniciada con gran lucimiento por jóvenes cirujanos que han hecho estudios serios de especialización en los centros estadinenses, donde aquella rama de la Cirugía ha adquirido su mayor desarrollo, si bien fue ideada en Lisboa por el Profesor Egas Moniz y llevada a la práctica bajo su dirección por Almeida Lima en 1936.

La operación que ha alcanzado más boga es la lobotomía que, como su nombre lo indica, consiste en operar sobre el lóbulo frontal con un lobótomo o leucótomo que separa las fibras fronto-talámicas, como lo habéis visto ejecutar por el hábil neurocirujano doctor Posada González.

No teniendo esta operación fundamentos etiológicos, no todos los resultados son igualmente apetecibles y, por consiguiente, se ha suscitado la discusión de si tal intervención se justifica desde el punto de vista ético. Los distinguidos profesores psiquiatras T. H. Vandervelt y R. O. Odelwald, en su reciente obra *Psychiatry and Catholicism* abordan el problema formalmente y nosotros vamos a sintetizar aquí su parecer, porque lo creemos oportuno y conveniente para ir poniendo hitos seguros desde el principio.

Es evidente que la operación deja una mutilación grave, porque es irreparable, y de la cual resultan defectos secundarios indeseables, tales como disociación de las imágenes mentales, síntesis defectuosas del conocimiento y un cambio de la personalidad. Como resultados posteriores suelen aparecer alteraciones que convierten al paciente en intelectualmente torpe e indiferente, falta de energía y como un autómatas. Su vida emocional parece alterada y las inhibiciones desaparecen. A veces hay

incontinencia, retroceso de la vida sexual y falta de apreciación de las situaciones personales.

Pero en el haber de la lobotomía se ha observado la liberación de la invalidez y vuelta al estado anterior. El paciente puede regresar al hogar, llevar una vida tolerable y convertirse en persona útil. La sensación de temor ha desaparecido, lo mismo que la ansiedad y la tensión nerviosa hasta llegar a considerarse una persona feliz. En cuanto al cambio de personalidad que parece ser la mayor ofensiva biológica, se debe distinguir la personalidad *empírica* y la *metafísica*. Personalidad empírica significa mayor o menor suma de características tal como aparecen en la conducta de un hombre. Esta es la personalidad afectada por la lobotomía. La cual no afecta la personalidad en el sentido metafísico del término, esto es, el sustrato o apoyo de aquellos rasgos o características. Algunos creen que la operación afecta la libre voluntad, pero es preciso advertir que dicha potencia se hallaba considerablemente disminuída antes de la intervención. Además, muchos de los inconvenientes observados inmediatamente después de la lobotomía, disminuyen más tarde, con la convalecencia, en virtud de aquella fuerza misteriosa de la naturaleza que hizo proferir a Stall su conocido aforismo: *Natura morborum curatrix, Medicus naturae minister*.

En conclusión, los moralistas católicos creen que la leucotomía es permitida si se cumplen las condiciones siguientes: 1º que haya una perturbación crónica seria de manera que no se pueda esperar una curación espontánea; 2º que ningún otro método curativo menos drástico (psicoterapia, convulsoterapia, piroterapia, etc.) haya tenido buen éxito; y 3º, que la probabilidad del peligro sea sobrepujada por la probabilidad del beneficio.

Por de contado que tales requisitos no se llenan fácilmente. Se sabe, por ejemplo, que jóvenes menores de 18 años de edad, que presentan problemas de discolía de la pubertad o de delincuencia, no deben ser sometidos a ese tratamiento quirúrgico, porque dichas manifestaciones en aquella edad pueden ser tratadas con buen éxito por otros métodos. La creciente popularidad de la operación y la publicidad sensacional que se le ha dado en Revistas, etc., han estimulado ya las demandas extravagantes. Se ha observado que varios pacientes foráneos, en

especial los de tendencias masoquistas, han solicitado la lobotomía con el fin de eludir la responsabilidad de cooperar con la terapéutica.

En la bien pensada disertación que pronunció en la apertura de la Segunda Convención Nacional el Sr. Presidente del Círculo Antioqueño de Cirujanos, Prof. Pedro Nel Cardona, expresó la tendencia que ya se advierte de poner al servicio de la Cirugía no solamente los bancos de sangre y demás tejidos como los de huesos, vasos, sino también órganos, a fin de reparar a su debido tiempo las fallas que encuentre el cirujano. Dicha aspiración nos lleva como de la mano a tratar brevemente de la transfusión de sangre y de los injertos, técnicas que nos plantean igualmente problemas desde el punto de vista de la individualidad y de la unidad del ser vivo.

La primera transfusión de sangre fue practicada en Bogotá por el Dr. Juan David Herrera en el siglo XIX, y a pesar de ser una de las intervenciones más antiguas en la historia de la medicina universal, su difusión ha sido relativamente lenta, pues todos sabemos que los adelantos modernos en Colombia, en punto de bancos de sangre, débense en gran parte a los tesoreros esfuerzos del Dr. José Joaquín Escobar Arango, residente hoy en Cali.

El problema que se suscita en el caso de la transfusión de sangre, no es el de la asimilación de los elementos biogénéticos, pues sabemos que estos son idénticos donde quiera que se hallen. El hidrógeno, el oxígeno, el carbono, el hierro, el ázoe, etc. que proceden de los vegetales con que nos alimentamos, son los mismos que los que proceden del agua y las sales minerales. De igual manera obran también el oxígeno y el hierro de la oxihemoglobina de los glóbulos rojos que van a dar pábulo a las combustiones de los tejidos internos, después de la transfusión. Lo que conturba el ánimo es el pensar que la sangre, tejido vivo de nuestro organismo y que ha sido considerado como la parte característica del ser humano, se haya convertido en una mercancía con la cual se trafica como con otra cualquiera. Un individuo sano, consciente de sus hechos, se presenta al servicio de sangre a dar, *sponte sua*, generosamente y con miras a hacer el bien, su sangre para que con ella se atienda oportunamente a quien lo haya menester. Eso es altruísta y humanitario. Pero

cuando leemos que se han constituído sindicatos de *dadores* o mejor, de vendedores de sangre, y se oye hablar de posibles huelgas de aquéllos, y se piensa que lo propio va a suceder con los huesos, los vasos, las córneas, etc., la naturaleza se rebela y no podemos menos de exclamar: si no estaremos degradando esa misma naturaleza al convertir sus componentes en artículos comerciales, y si no hay una verdadera amenaza contra la unidad y la integridad del ser vivo!

Pero de todas estas cuestiones atañederas al respeto de la dignidad humana, ninguna hay que suscite tantos y tan angustiosos interrogantes como la esterilización y la inseminación artificial con fines o pretextos eugénicos, que amenazan convertir a los hombres en garañones y, de contera, a la humanidad en un criadero. Las tradiciones de familia desaparecerán porque ésta no existe ignorándose el progenitor y no habiendo sido el amor, ni aun siquiera la atracción de los sexos lo que ha dado origen a los nuevos seres, sino un mero artificio. Entonces se podrá aplicar con mayor razón el oprobioso dicho del refranero: "Hijo parecido al padre, de dudas saca a la madre".

Si nos hemos atrevido a menear estos asuntos ante vosotros, es porque ellos están tocando a vuestras puertas, y el contagio de todo lo que se relaciona con la libídine, es arrollador, como ya se advierte en los fundamentos del freudismo.

Es asimismo de reciente data la cirugía del pulmón, implantada con tanto lucimiento por el equipo de médicos-cirujanos de *La María*, dispensario en cuya creación y desarrollo puso todo su conato el Dr. Jesús M. Duque, quien ya desde su Tesis de grado, a fines del siglo pasado, venía preocupándose por el estudio y profilaxis de la tuberculosis en Antioquia y cuyo recuerdo no debemos pasar inadvertido.

Nuestros cirujanos se atreven también con el corazón y en más de una ocasión han salido airosos en sus atrevidas intervenciones; y la traumatología tiene en su haber numerosos casos de enclavamiento intramedular y poco a poco va triunfando de una de las aberraciones que más han pervivido en nuestro pueblo, es a saber: que los médicos-cirujanos no entienden de fracturas, luxaciones, etc. y que esa función pertenece a los algebristas o *componedores*, oficio que se trasmite por herencia a través de generaciones.

Ni que decir tenemos del servicio de Anatomía Patológica a cargo del Profesor Alfredo Correa Henao, auxiliar tan eficaz en nuestra cultura médica; ni de los adelantos en urología, cátedra creada por el Dr. B. Henao Mejía y hoy servido admirablemente por sus jóvenes continuadores.

Volviendo al relato histórico, queremos mencionar un procedimiento, al parecer ingenuo, pero muy útil y práctico en especial para los médicos rurales, ideado por uno de nuestros antiguos colegas, y al que después le hemos hallado antecedentes en la literatura cervantina. Nos referimos a la dilatación de la uretra en casos de estrechez, por medio de los espartillos, acerca de lo cual escribió el Dr. Julio Restrepo, uno de los primeros médicos graduados en nuestra Escuela, quien después hizo estudios complementarios en París, donde en asocio del Dr. Tomás J. Bernal, su condiscípulo, ganó una medalla de oro en un concurso libre de Anatomía.

En Antioquia damos el nombre de *espartillo* al *Sporolobus tenacissimus*, gramínea muy común en los pastizales, cuyo borchordo, al ser arrancado de la planta, es muy tierno y elástico en su extremidad inferior. Pues bien: el Dr. Restrepo nos refiere en un artículo publicado en 1895, que en varios casos en que no fue posible pasar el más fino conductor del uretrótomo de Maissonneuve para practicar la uretrotomía o la dilatación con los Benignés, apeló a los espartillos con un éxito inmediato, lo cual fue confirmado posteriormente con merecidos encomios por varios médicos tan distinguidos como el Dr. Jaime Mejía, colega nonagenario que en Salamina ha ejercido la profesión con merecido renombre.

Dijimos que el procedimiento, a nuestro juicio, tiene antecedentes en la literatura. En efecto, Cervantes, en el entremés llamado *El viejo celoso*, hace decir a Cristina, la joven sobrina de Lorenza, esposa del viejo Cañizares, quien a lo que parece, sufría de retenciones por causa de la piedra:

“—Jesús, y del mal viejo! Toda la noche: ‘Daca el orinal, tome el orinal: levántate, Cristinica, y caliéntame unos paños, que me muero de la ijada: *dame aquellos juncos*, que me fatiga la piedra’. Con más unguentos y medicinas en el aposento que si fuera una botica, y yo, que apenas se vestirme tengo de servirle de enfermera. . . .”

Las consideraciones que nos hemos permitido fijar en algunas modalidades de la cirugía de los últimos años, no entrañan crítica alguna al ejercicio profesional de nuestros cirujanos. Nada enrostramos a nadie: son puntos de vista generales, expuestos de acuerdo con los principios eternos de ética por un médico que ha servido por más de cincuenta años a la Medicina y la Cirugía, con todas las fuerzas de que ha sido capaz, y que al llegar a esta edad en que no tiene otro deseo que el dejar el recuerdo de haberse esforzado por comprender su deber de médico-cirujano, y por hacerlo comprender a sus discípulos, no deja de haber meditado sobre las disciplinas necesarias a esta noble profesión, que pone a diario a quienes la ejercen, en presencia de los problemas del deber y de la conciencia!

Por lo demás, cuán grato es para nosotros poder proclamar sin ambages las excelencias de nuestros cirujanos. Muchos de ellos han sido nuestros discípulos; y cuando nos percatamos, desde este lindero sombrío de nuestra vida, de sus triunfos en neumotomías y cardiología, en psicocirugía y prostatectomía, en gastroenterología y ginecología, etc. y les vemos sortear con pulso firme los más enmarañados trances en la práctica quirúrgica, nos viene a la mente la respuesta que el Bautista dio a aquellos discípulos que encomiaban los milagros de Jesús: *Illum oportet crescere; les respondió: me autem minui*. Conviene que El crezca y que yo mengüe. Esa es la ley de la vida a la cual no podemos sustraernos; y que aceptamos con íntimo regocijo los que hemos enseñado por vocación, y reconocemos en los discípulos una verdadera paternidad espiritual.

Vosotros, distinguidos compatriotas y colegas, que os habéis dignado de visitarnos, nos sacaréis verdaderos cuando afirmamos que nuestros jóvenes cirujanos y los servicios donde trabajan pueden presentarse con orgullo en los centros modernos. ¡Sombras de los Quevedos y Arangos; de los de La Roche y Pérez; de Delgado y Zea, y Londoño y Henao; de Ochoa y Maldonado; de Montoya y Flórez, de Castro y Gil. Los discípulos, como aquellos maestros severos y sabios, no se dan punto de reposo en el perfeccionamiento de la técnica y en el goce de conocer, pues saben que el cultivo asiduo de la inteligencia, es una de las más puras alegrías del espíritu.

Y confiamos en que los cirujanos que con tanto brillo van dando prestigio a la ciencia en nuestra patria, mantengan vivo aquel noble aforismo de Lord Moynihan: "La Cirugía no es solamente una cuestión de operar con habilidad. Ella debe tener a su servicio cualidades de mente y de corazón que hagan que éste se eleve al ápice del empeño humano. El mayor tributo que puede ofrecernos el paciente, es el de confiarnos su salud y su vida, e implícitamente la felicidad de toda su familia. Para merecer dicha confianza, debemos aplicarnos toda la vida a la disciplina constante de un esfuerzo sin descanso en la investigación científica, y en el desvelado afán por conocer los detalles de toda operación que practiquemos".

PALABRAS DE INAGURACION DE LA II CONVENCION NACIONAL DE CIRUJANOS.

DR. PEDRO NEL CARDONA C.
Presidente del Capítulo de Antioquia.

Un sentimiento unánime de renovación científica y de intercambio cultural, nos congrega aquí, en esta semana de gracia para la cirugía Colombiana, no sólo a la mayoría de los Cirujanos del país, sino también a distinguidas personalidades del Gobierno, civil y eclesiástico que nos honran con su presencia. A todos por igual, en nombre del Capítulo de Cirujanos de Antioquia, me es grato presentarles un cordial saludo de bienvenida, y decirles que todas nuestras Instituciones, públicas y privadas, abren gustosas sus puertas, de par en par, para escuchar sus sabias enseñanzas y dialogar en medio del más alto espíritu comprensivo.

Nosotros, los Cirujanos, estamos en la obligación de seguir la trayectoria revolucionaria del momento actual, en busca de un mundo mejor, donde se mengüen al mínimo las amarguras de la enfermedad y el dantesco suplicio del dolor.

Al aislamiento científico de los tiempos pretéritos, ha sucedido una era diametralmente opuesta, caracterizada por un amplio espíritu de asociación y un deseo incontenible de intercambio en el orden de las ideas.

Esta es, justamente, la razón suprema de nuestra Convención, que se inaugura hoy bajo los mejores auspicios, a laborar no sólo en los campos de la cirugía propiamente dicha y de la clínica quirúrgica, sino también a estudiar los diversos aspectos sociales que agitan la conciencia internacional del mundo médico, y que nosotros estamos en la obligación de afrontar con decisión y valentía.

No vivimos los tiempos de Ambrosio Paré, cuando la amputación de una pierna y la ligadura de sus vasos, eran el objetivo máximo; estamos en un momento cumbre de la cirugía, en el cual, el corazón y los conductos arteriales que de él parten, el cerebro, el complejo sistema endocrino, y en fin, el organismo todo se entregan humildemente ante la osadía científica del Cirujano.

Se dice con frecuencia que la cirugía es la expresión sintética de la impotencia de la medicina, y que algún día desaparecerá. Se cita en apoyo, como ejemplo, el caso de la diabetes que anteriormente, con las gangrenas consecuenciales a las arteritis de las extremidades, eran fuente inagotable de la cirugía, y que en la actualidad, la insulina se ha encargado de cancelar. En torno a este hecho concreto pudiéramos agregar que, las histerectomías como tratamiento de las metrorragias funcionales, muchas veces las grandes resecciones gástricas para el alivio de la úlcera duodenal, las colectomías en los casos de colitis rebeldes, y tantas otras mutilaciones que, hace pocos años, eran de práctica corriente, han pasado a la historia, toda vez que la medicina, con sus recursos terapéuticos actuales, está en condiciones de dominar.

Pero en cambio, cuánto ha entregado la medicina a la cirugía, en el solo campo de las afecciones cardiopulmonares y mediastinales? Cuánto, también, en el terreno de la neurología, y de la ortopedia, y hasta de la misma estética corporal?

De tal suerte que en lugar de rivalidad o competencia entre la Medicina, lo que en verdad hay es una unión de principios, una hermandad de ideas, un complemento de acción, que a la postre, confluyen en un caudal benéfico para el alivio del dolor y el retorno a la normalidad orgánica cuando ha sido perdida por la enfermedad.

Y sea este el momento de subrayar la necesidad que tiene el Cirujano de la estrecha colaboración del internista. La costumbre tiene

establecido entre nosotros que el Cirujano sea el que resuelva, con su solo criterio, la indicación de tal o cual intervención quirúrgica, sin discutir ampliamente la opinión del médico general, y muchas veces, sin darle la más mínima beligerancia. No siempre el gran Cirujano es un buen clínico. Cuántos errores se hubieran evitado si la soberbia del Cirujano le hubiese permitido oír la opinión del médico internista! Sigo creyendo que en todo Servicio Quirúrgico bien establecido debe haber un médico internista consultor, una especie de abogado del diablo—como dicen en el Vaticano en las causas de canonización—para que ayude a optar, en los casos difíciles, la mejor conducta terapéutica en bien del enfermo.

A pesar de lo dicho, es el Cirujano, como quien dice, la piedra angular de toda intervención quirúrgica. Es él quien carga íntegramente con la responsabilidad, y por consiguiente, quien debe disponer todos los pormenores para que la operación salga bien. Es injusto imponerle ayudantes y colaboradores. Conozco el caso de que el médico de familia, a pesar de haber reusado privadamente al cirujano, sea a la fuerza su colaborador inmediato. Se impone entre nosotros lo que los norteamericanos llaman el «team quirúrgico». Sólo en esas condiciones se opera con la mayor seguridad; y seguridad es lo que necesita el paciente y lo que reclaman los familiares.

El Colegio de Cirujanos de los EE.UU. ha sintetizado en cuatro puntos los atributos que deben caracterizar al cirujano. 1º. Debe ser sabio. 2º. Debe ser experto. 3º. Debe saber hacerse a recursos; y 4º Debe saber acomodarse a las circunstancias.

A semejanza del decálogo de Moisés, el punto primero es el más importante de los cuatro. Ser sabio en estas cuestiones equivale a tener conocimiento de la cirugía, con las sólidas bases de un profundo dominio de la Anatomía, sin olvidarse de la medicina. Se puede ser muy elegante, rápido y preciso en los detalles de técnica, pero quien practique una histerectomía, v. gr., en mujer joven, para un fibromioma uterino, habiendo como hay manera de evitarla, no es cirujano; ese tal desconoce la medicina, y por consiguiente, no es sabio. Es indispensable hermanar la táctica con la técnica quirúrgica. Como el ejemplo citado hay millares más, en el vastísimo campo de la cirugía.

Los otros tres preceptos enunciados son también muy importantes como complementarios del primero. Ser experto quiere decir, en este caso, haber visto cómo operan los otros cirujanos; cómo desarrollan la técnica; cómo evitan los daños en los tiempos difíciles; de qué

hilos se valen para las suturas y ligaduras; cómo cierran los planos superficiales y la piel; y por último, cómo siguen el post-operatorio.

En cuanto a la inventiva y recursos en el acto quirúrgico, cada cirujano tiene los suyos; pero en todo caso es menester que los tenga. Si en el curso de una intervención delicada se rompió—demos por caso—la vena cava, o la carótida primitiva, o se seccionó el ureter, o el colédoco, hay que reparar el daño inmediatamente, con técnica apropiada y coraje, sin vacilaciones, porque en ese momento se juega la vida del paciente, y no cuenta con más abogado que el cirujano mismo.

El cuarto y último numeral habla de la adaptación, o sea, el sentido de acomodación a las circunstancias y el dominio del medio en que se actúa, sin olvidar el estricto sentido de la responsabilidad, que no termina con el acto quirúrgico, sino que se dilata a través del post-operatorio. Mi inolvidable maestro, el Profesor Montoya y Flórez hacía personalmente las primeras curaciones de sus operados.

El alma del cirujano se agita en un continuo vaivén de intensas emociones. Hoy siente la satisfacción de ver restablecida una función, digamos la biliar, después de un período de estancamiento por un cálculo coledociano; y mañana, en caso semejante, siente la angustia que suele dar la persistencia de una fístula biliar. Cuando se opera un Wertheim, con técnica perfecta, al lado del regocijo espiritual que proporciona el examen inmediato de la pieza anatómica extirpada, sigue la inquietud por la posibilidad de las fístulas vesicales o ureterales que suelen sobrevenir hasta en un 10% de los casos, aún en manos de los ases de la cirugía. Las crisis de tirotoxicosis consecuenciales a la extirpación del coto tóxico. Los vómitos tenaces que siguen a algunas intervenciones gastro-intestinales. Las mismas fístulas duodenales, y mil complicaciones más, inesperadas, que vienen a crear un estado de alma propicio a la amargura, a la zozobra interior, al insomnio, al desequilibrio del sistema neurovegetativo, va minando poco a poco el organismo del cirujano hasta echarlo por tierra, como lo están probando las estadísticas del mundo entero.

Y como si esto fuera poco, podemos acaso olvidar las dificultades de técnica inherentes a ciertos tiempos operatorios, cuando un minuto se nos vuelve un siglo?

Por otra parte, la vida quirúrgica del cirujano, es decir, el lapso de habilidad integral es muy corto, porque se comienza a operar muy tarde, y el abandono forzoso del quirófano, por razones obvias, es pre-

coz, de tal suerte que al cabo de seis lustros—cuando más—el operador pasa necesariamente a las reservas.

Un alto porcentaje muere de afecciones cardiovasculares: Nuestros grandes cirujanos antioqueños, Montoya y Florez, Gil J. Gil y Baltazar Ochoa fueron otras tantas víctimas del oficio. Hace poco tiempo falleció aquí, de un infarto del miocardio, el Dr. Osorio, joven cirujano de grandes merecimientos.

Nosotros, los que aún estamos en el surco, con la azada entre las manos, tenemos la obligación perentoria de hacer algo en defensa propia, y también en defensa de las generaciones venideras, porque a todos se nos espera suerte semejante; y no es justo que un gremio de merecimientos tales, permanezca indefinidamente en la inacción, en espera de la muerte como los gladiadores romanos, o el desempleo prematuro, sin un refugio seguro para los postreros días, o un amparo decoroso para sus seres queridos.

La Convención que hoy se reúne está en la obligación inaplazable de abordar el estudio de este importante problema.

Pero volviendo un poco atrás, al capítulo de las angustias del cirujano, es conveniente recordar que en gran parte son remediables, a condición de una técnica cuidadosa en el acto quirúrgico y un acabado con esmero. Es cierto que el tiempo operatorio se dilata y el trabajo es más intenso, mas, no obstante, todo esto tiene su recompensa, como se ha comprobado ya en los países que tienen para el cirujano la responsabilidad ante la ley, y en donde un error u omisión son sancionados con todo el rigor de la justicia.

Así pudiéramos suprimir el reloj mural de los quirófanos, y en su lugar gravar una idea recordatoria de la importancia que tiene en cada instante la ejecución correcta de los tiempos operatorios, y que se podría sintetizar en las palabras: «Perfección — Seguridad».

Se dirá: el tiempo es oro, y por paráfrasis, en cirugía, el tiempo es la vida. Es verdad que el tiempo es la vida cuando se interviene en casos especiales que reclamen la velocidad que acostumbraba Roberto Liston, por ejemplo, para la Embolectomía de la arteria pulmonar; pero, hoy, mediante el progreso alcanzado con las anestесias modernas y las transfusiones en el curso del acto operatorio, el factor tiempo pasa a un segundo plano, en tanto que la preponderancia se la merece, por derecho propio, la técnica correcta y la seguridad del acto operatorio.

Un factor nuevo tenemos en favor de estas ideas, consistente en la colaboración del anestесista profesional.

Los progresos y realizaciones de los últimos años, hubieran sido un imposible sin el recurso de esta llave poderosa, que abrió suavemente los pesados cerrojos de las cavidades encefálica, torácica y abdominal. Ahora se hacen intervenciones quirúrgicas otrora miradas del todo como imposibles. No debemos dejar extinguir la llama de la gratitud para los nombres de Davy, Morton y Simpson al revelarnos respectivamente que el gas hilarante, el éter sulfúrico y el cloroformo poseían propiedades anestésicas utilizables en cirugía; lo mismo que a Bier, el primero en usar soluciones de cocaina inyectadas en el líquido cefalorraquídeo, y creador así de la anestesia espinal.

El advenimiento de las anestésias modernas, marca un jalón en el progreso de la cirugía que es de justicia destacar con énfasis. Los que trajinamos tiempos idos, nos estremecemos al recordar lo que era una operación abdominal hace unos 15 o 20 años, cuando el cirujano gastaba gran parte de su energía, en lucha tenaz por contener la masa intestinal en su sitio, debido a las malas anestésias. Y cómo olvidar el pavor de los pacientes, no por la operación en sí, sino por la anestesia misma, explicable en gran parte por su alta mortalidad!

Ahora se corren otros tiempos, y sólo nos queda la admiración por los héroes-cirujanos de entonces.

Los profesionales de la anestesia son hoy los mejores aliados del cirujano.

Pero no hemos llegado a la meta en cuestiones de anestesia. De todos es conocido que la mortalidad no ha sido posible eliminarse y que la mortalidad, pesa aún considerablemente por este concepto.

Los ictiólogos nos han hecho una interesante comunicación, que puede tal vez redundar en provecho nuestro y modificar totalmente las ideas actuales en relación con los anestésicos de origen químico. En efecto: «La anguila eléctrica alcanza a producir la inconsciencia de los peces pequeños—por espacio de varias horas—lanzándoles en la región caudal, simplemente, una descarga eléctrica de 500 voltios».

He aquí, un tema interesante para un estudio experimental, que se podría—naturalmente—iniciar en los animales de Laboratorio, con grandes perspectivas para el futuro de la cirugía.

Imposible pasear por estos temas sin consignar una mención honorífica para las Instrumentadoras. Son ellas las abejas blancas que aportan la miel, en forma de eficaz colaboración, en el acto operatorio.

La Providencia me ha dispensado la gracia especial de ver coronada esta obra, hija de mi esfuerzo, en un principio mirada como una

quimera, y hoy día, entre nosotros estimada como una de las más bellas realizaciones.

Deliberadamente he retardado lo referente a la cuestión de los trabajos profesionales, entre otras razones, porque es de trascendencia tal, que si la Convención lo estudia bien y alcanza a resolverlo en forma adecuada, el gremio nacional de cirujanos quedaría amparado en forma definitiva. La equidad y la justicia deben proteger la competencia del cirujano. De tal manera que podamos ofrendar a las futuras generaciones médicas, concretamente, la promesa de que el Colegio de Cirujanos de Colombia pondrá todas sus influencias ante los poderes públicos y entidades particulares, en ayuda del novel cirujano, cuando por su preparación académica, consagración y laboriosidad se haya hecho acreedor a tal merced.

Las páginas de la historia han recogido apuntes interesantes sobre el particular. En Babilonia, por ejemplo, en época vecina al año 2.250 antes de J. C. el gran legislador **Hamurabi**, redactó un código que entre otras cosas, fijaba el precio exacto a percibir por determinadas operaciones quirúrgicas. Veámoslo: «Si un físico opera a un hombre de una herida grave (o hace una cruel herida a un hombre) con una lanceta de bronce y le salva la vida; o si le abre un absceso (en el ojo) con una lanceta de bronce y le salva el ojo, recibirá diez chekels de plata como salario.

Si se trata de un hombre libre recibirá cinco chekels. Si se trata de un esclavo, el dueño del esclavo dará dos chekels de plata al físico.

Si un físico cura a un hombre un hueso roto o las entrañas enfermas, el paciente dará cinco chekels de plata al físico. Si es un hombre libre dará tres chekels de plata. Si es un esclavo dará dos chekels de plata al físico».

Como se ve, desde entonces en caso de muerte del operado, no hay la represalia injusta de aquellos tiempos, consistente en la cortada de las manos del cirujano. ¡Cuántos de nosotros estaríamos ahora comiendo por mano ajena!!! La tarifa pecaba por la nimiedad del concepto: le faltaba amplitud, holgura, elasticidad.

No es este el momento de dar las normas positivas en cuestión de honorarios profesionales, pero sí es del caso recordar que la lógica, la justicia y la propia dignidad se oponen al sistema reprobable de la dicotomía como medio de conseguir clientela.

El Colegio de Cirujanos de Colombia levanta airoso la bandera

blanca de la dignidad profesional, y en prueba de la honestidad que anima su pensamiento, desea elevar a canon de sus instituciones, la reprobación absoluta de esta conducta, reñida con las leyes de la moral universal, y con el don más preciado que puede tener un hombre que es su estricta honorabilidad.

A pesar de todo, el cirujano debe ser indulgente, caritativo, racional, justo y considerado. La terquedad está siempre reñida con el hombre de bien, y ninguno en la sociedad debe serlo mejor que el cirujano.

Moynihan, el gran cirujano inglés, hace poco desaparecido, afirmó en ocasión solemne que «el arte de la cirugía había llegado casi a sus límites, lo mismo en alcance que en seguridad». Sin embargo Moynihan, con todo respecto, probablemente falló en su apreciación, como los hechos se han encargado recientemente de cofirmarlo.

Yo, con la debida modestia, pues soy un simple soldado de las milicias de la cirugía, me atrevo a afirmar casi lo contrario: la cirugía está apenas en sus albores. Toda profesía al respecto se quedaría corta. Son tantas las facetas que tiene ese gigantesco diamante de la cirugía, que mi voz palidece y se extingue cuando trata de analizarlas. Una tan sola nos dará breve idea del panorama.

Hoy contamos, por ejemplo, con bancos de sangre, de huesos, de vasos sanguíneos, y hasta de ojos para trasplante de córnea; y extendiendo un poco el campás, mañana contaremos con bancos de vísceras, de glándulas de secreción interna, y quien sabe si hasta del mismo corazón. En ese futuro, la mortalidad operatoria se habrá reducido a cifras infinitesimales, casi a cero. Ninguna mujer morirá en el trance feliz de la maternidad; las hemorragias cerebrales, los infartos de cualquier localización, el cáncer, los accidentes de locomoción que no sean mortales inmediatamente, lo mismo que la hipertensión maligna, etc., tendrán en la cirugía del porvenir la tabla segura de salvación.

Horner Hart sugiere que a finales del presente siglo el hombre vivirá en promedio, cien años, y que los niños nacidos en el año 2.000 podrán vivir 200 años. A nosotros como a los israelitas nos tocó en suerte ver a lo lejos la tierra prometida, sin lograr entrar en élla.

Señores Cirujanos: Por propia voluntad habéis escogido esta rama de la ciencia médica como meta de vuestras aspiraciones y objetivo de vuestras actividades profesionales. La sociedad tiene en vosotros al más audaz guardián de sus dolencias, y al mayor de sus benefactores. La cirugía es más divina que humana porque la vida es el objeti-

vo de sus actividades, y ella es pertenencia divina. El cirujano es un ser extraordinario, ante el cual se entrega humildemente la grandeza del soberano; la egolatría del millonario; la presunción del artista; la altivez de la grandeza terrenal. A él y solo a él, confía la sociedad los más caros afectos del alma, como son la madre, la esposa y los hijos, del todo inermes en las densas brumas de la anestesia general. Correspondamos a tan extremada confianza, con la sabiduría, hija del estudio, y con una ética profesional impecable, madre de la honestidad en el ejercicio de tan sublime función.

TRABAJOS ORIGINALES

ULCERA PEPTICA Y SU TRATAMIENTO QUIRURGICO

Tema oficial de Cirugía General para la 2ª Convención Nacional de Cirujanos, reunida en Medellín en abril de 1953.

Ponencia de la Cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Dr. ALBERTO GOMEZ ARANGO.....	Profesor y Jefe de Servicio.
Dr. GONZALO BOTERO DIAZ.....	" " " " "
Dr. RAFAEL VILLEGAS ARANGO.....	" Agregado.
Dr. HERNANDO VILLEGAS RAMIREZ	" "
Dr. IVAN GIL SANCHEZ	" "
Dr. GONZALO GALLEGO M.	" Auxiliar.
Dr. GABRIEL FRANCO C.	" "
Dr. EDUARDO CALLE J.	Jefe de Clínica.
Dr. HERNANDO PENAGOS E.	" " "

Colaboración anexa:

Departamento de Anatomía Patológica

Dr. ALFREDO CORREA HENAO.....	Profesor Titular.
Dr. EMILIO BOJANINI	" Agregado.

Departamento de Radiología

Dr. BENJAMIN PEREZ	Profesor Agregado.
Dr. ORIOL ARANGO	" Auxiliar.

FRECUENCIA DE LA ULCERA PEPTICA

A partir del 1º de junio de 1951, fecha en que empezó a marchar la nueva organización de la estadística del Hospital de San Vicente, y hasta el 31 de diciembre de 1952, se obtuvieron los siguientes datos:

	Meses de 1951	1952	Sumas	%
Total de enfermos atendidos	3.574	6.479	10.053	
Total de enfermos del tubo digestivo, sin glándulas anexas	240	471	711	7

De estos 711 enfermos del tubo digestivo, 339 corresponden a enfermos de úlcera péptica, lo que da un porcentaje de 47.67.

Los 339 casos de úlcera péptica se distribuyen así:

	Meses de 1951	1952	Total	%
Úlceras gástricas	43	79	122	35.98
„ duodenales	61	152	213	62.85
„ yeyunal post-operatoria	2	1	3	0.88
Fístula gastro-yeyuno-cólica	—	1	1	0.29
Sumas	106	233	339	100.00

De acuerdo con la anterior distribución tenemos por cada úlcera gástrica dos casos de úlcera duodenal.

Queremos hacer resaltar el elevado porcentaje de úlceras pépticas (46.67) sobre el total (711) de enfermos del tubo digestivo.

Esta cifra demuestra por sí sola la frecuencia de la úlcera péptica entre nosotros y justifica la elección de nuestro tema.

La úlcera péptica domina nuestra patología gástrica y duodenal, y hasta llegamos a creer que constituye un problema racial.

FACTORES ETIOLOGICOS DE LA ULCERA PEPTICA EN NUESTRO MEDIO

Edad:

De un total de 1.040 enfermos historiados en los cuales se encontraba anotada la edad, sacamos las siguientes conclusiones que nos muestran la frecuencia de la úlcera según la edad:

Enfermos ulcerosos de 10 a 20 años	21	2.01%
" " " 21 a 30 "	224	21.53%
" " " 31 a 40 "	288	27.73%
" " " 41 a 50 "	281	27.01%
" " " 51 a 60 "	181	17.40%
" " " 61 a 70 "	41	3.94%
" " " 71 a 80 "	4	0.38%
" " " 81 a 90 "	0	0.00%

Sexo:

Sobre el mismo número de historias separadas por el sexo encontramos:

Hombres	666	64.03%
Mujeres	374	35.97%

Ocupación:

De 958 enfermos en cuya historia estaba anotada su ocupación habitual concluimos los siguientes datos:

Comerciantes	43	4.46%
Of. Domésticos	196	20.45%
Estudiantes	2	0.20%
Agricultores	406	42.37%
Empleados	51	5.32%
Religiosos	2	0.20%
Obreros	160	16.69%
Mecánicos	26	2.71%
Of. Manuales	67	6.99%
Profesionales	3	0.31%
Industriales	2	0.20%

De estos porcentajes no podemos sacar conclusiones categóricas, ya que es lógico esperar que siendo un servicio de caridad no puedan encontrarse cifras mayores en las profesiones de: Industriales, profesionales, comerciantes, estudiantes y religiosos.

Estado civil:

Casados	637	65.21%
Solteros	287	29.37%
Viudos	53	5.42%

Tiempo de evolución de la enfermedad:

Enfermos con evolución de 1 a 3 años	274	35.01%
" " " 4 a 6 "	151	19.28%
" " " 7 a 9 "	107	13.66%
" " " 10 y más años	251	32.05%

Serología:

De 810 exámenes serológicos encontrados en las historias de pacientes ulcerosos, se anota el siguiente resultado:

Pacientes con serología negativa	450	55.56%
„ con serología débilmente positiva	105	12.96%
„ con serología fuertemente positiva	255	31.48%

Estado económico:

De un total de 50 enfermos interrogados en los 3 últimos meses sobre su estado económico, se aprecia lo siguiente:

Estado económico malo	31	62%
Estado económico regular	13	26%
Estado económico bueno	6	12%

Familia a su cargo:

Cada enfermo tenía a su cargo cuatro personas y media.

Estado psíquico:

Emotivos	32	64%
Normal	18	36%

Biotipo:

Longilíneos	25	50%
Brevilíneos	13	26%
Normotipos	12	24%

Alimentación:

Deficiente	45	90%
Buena	5	10%

Vicios y hábitos:

Tomadores de alcohol	42	84%
No tomadores de alcohol	8	16%
Fumadores	45	90%
No fumadores	5	10%
Tomadores de café tinto	37	74%
No toman café	13	26%

Horario alimenticio:

Alimentación a horas fijas	33	66%
A cualquiera hora	17	34%

Síntomas carenciales:

Un alto porcentaje de los pacientes (70%) presentaba anemia, avitaminosis e hipoproteïnemia.

Antecedentes traumáticos:

Un 25% de estos enfermos acusaba antecedentes traumáticos, unos

de mayor y otros de menor importancia, sin relación alguna con la iniciación de los síntomas ulcerosos.

Causas desencadenantes de la crisis:

Trastornos emocionales	30	60%
Hambre	10	20%
Sin causa determinada	10	20%

Antecedentes familiares:

Un 50% de estos pacientes refiere que tienen familiares que sufren una sintomatología parecida. Teniendo en cuenta la cantidad de factores que pueden dar esta sintomatología, no es posible determinar un porcentaje preciso.

SINTOMAS DE LA ULCERA PEPTICA

Después de desechar las historias imprecisas y vagas en cuanto a síntomas, se escogieron 931 historias clínicas aceptables, las cuales aparecen resumidas en el cuadro siguiente:

SIGNOS Y SINTOMAS	Úlcera duodenal 550 casos		Úlcera gástrica 381 casos	
	Casos	%	Casos	%
Síntomas:				
Dolor epigástrico pre-prandial	337	61.27	130	34.12
Dolor epigástrico post-prandial	105	19.09	145	38.06
Dolor epigástrico no específico	91	16.54	47	12.33
Dolor nocturno	79	14.36	17	14.36
Dolor abdominal no epigástrico	22	4	16	4.19
Dolor lumbar	157	28.54	109	28.60
Vómitos alimenticios	259	47.09	170	44.61
Vómitos no alimenticios	67	12.18	49	12.86
Vómitos no específicos	58	10.54	43	11.28
Eructos	139	25.27	79	20.73
Náuseas	84	15.27	79	20.73
Agrieras	327	59.45	239	62.72
Llenuras	165	30	117	30.7
Anorexia	28	5.09	31	8.13
Ausencia de dolor	3	0.54	2	0.52
Hematemesis	106	19.27	83	21.75
Melenas	205	37.27	122	32

Del análisis del cuadro anterior se deduce que los síntomas predominantes fueron: dolor, agriera, vómitos y hemorragias.

Predomina el dolor pre-prandial (hambre dolorosa) en las úlceras duodenales y el post-prandial en las gástricas, siendo casi iguales en una y otra el dolor lumbar, el dolor nocturno y el dolor abdominal no epigástrico.

No siempre se logran cuadros precisos en cuanto a horario y periodicidad del dolor.

El dolor de la úlcera duodenal se propaga preferentemente al hipocondrio derecho y el de la gástrica al izquierdo. En ésta son frecuentes los dolores en forma de cinturón.

El dolor en ambas puede ser en forma de calambres o de quemaduras y puede calmarse con los alimentos, los alcalinos y la compresión.

En la úlcera con perforación crónica, los dolores pueden ser atroces, exagerándose a veces con la ingestión de alimentos, por lo cual el enfermo come poco y enflaquece ostensiblemente. Las crisis pierden su ritmo y no presentan períodos francos de remisión.

En esta complicación ulcerosa, el enflaquecimiento por desnutrición, el dolor continuo y a veces la anorexia y las pérdidas de sangre, pueden hacer pensar en el cáncer gástrico.

Muy frecuente es la agriera en los estados ulcerosos tanto del estómago como del duodeno; pero este síntoma es tan frecuente en otras enfermedades de estas mismas localizaciones y aun de otros sectores del tubo digestivo, que realmente, considerado en forma aislada, no tiene mucho valor.

Más importantes son los vómitos, que pueden ser alimenticios, acuosos, ácidos, etc., los cuales calman el dolor, la llenura y la agriera, y por eso en veces son provocados por el mismo enfermo. Son frecuentes en los estados de retención espástica (pilorismo) u orgánica (edematosa, inflamatoria, cicatricial, etc.) y conducen, sobre todo en las formas estenosantes de las úlceras, a la desnutrición y a la caquexia.

Las llenuras y los eructos, comunes a ambos tipos de úlcera, son frecuentes en los estados de retención. Otro tanto ocurre con la constipación, que es muy frecuente en nuestro medio.

Las hemorragias, síntoma de la mayor importancia, se presentan en forma de hematemesis, con ligero predominio en la úlcera gástrica; o de melenas, que son más frecuentes en la úlcera duodenal.

La anorexia es un síntoma raro y, por lo general, el apetito se conserva. De ahí que el ulceroso no complicado, no siempre se resiente en su estado general.

La ausencia de dolor, es más rara aún. Hay formas de úlcera latente, que después de evolucionar sin dolor y sin muchas otras mani-

festaciones clínicas se revelan bruscamente por una complicación grave (perforación, hemorragia, etc.) y a veces mortal.

ACIDOGRAMA EN LA ULCERA PEPTICA

A partir de 1945, cuando empezó a practicarse entre nosotros, encontramos en las historias consultadas 424 acidogramas entre diurnos y nocturnos, distribuidos así:

	Diurnos	Nocturnos	Total
Úlcera gástrica	88	13	101
Úlcera duodenal	236	75	311
Úlcera marginal o yeyunal post-operatoria	4	8	12
	328	96	424

De los 236 acidogramas diurnos para úlcera duodenal, 160 o sea un 67.37%, muestran hiperclorhidria por encima de 60 unidades de ácido libre.

En 43 de los 75 acidogramas nocturnos, o sea en un 56%, también se encuentra hiperclorhidria por encima de 60 unidades.

Sobre un total de 50 enfermos sometidos a vagotomía bilateral, 25 por vía torácica y 25 por vía abdominal, se encontró un promedio de 85 unidades de ácido clorhídrico libre en 38 casos de úlcera duodenal y un promedio de 55 unidades de acidez libre en 12 casos de úlcera marginal.

En 22 de los 38 casos de úlcera duodenal, o sea en un 57.9%, también el acidograma nocturno muestra una hiperclorhidria de más de 40 unidades.

El volumen de secreción nocturna fue en todos los casos estudiados de más de 400 cc.

El control post-operatorio de estos 50 casos demostró una acidez libre de 0 a 10 unidades en los enfermos sometidos a vaguectomía y gastro-enterostomía; y completa anaclorhidria en aquellos en que se practicó simultáneamente vaguectomía y gastrectomía.

También se presentó anaclorhidria en los vaguectomizados por úlcera marginal.

COMPLICACIONES DE LA ULCERA PEPTICA

Perforación aguda.

De 988 historias *quirúrgicas* de úlcera péptica estudiadas en el Departamento de Clínica Quirúrgica del Hospital de San Vicente de Paúl, se encuentran 145 casos de perforación aguda hasta el año de

1952 exclusive, o sea un porcentaje del 14.4. En el año de 1952 se estudiaron 147 historias en las que aparecen 12 perforaciones agudas, lo que da un porcentaje del 8.11.

La norma de conducta que se ha seguido en el Departamento Quirúrgico corresponde, salvo modificaciones adjetivas, a las siguientes directivas:

a) . Mientras no haya una seguridad plena en el diagnóstico no se aplica morfina.

b) . Previa intubación se instala un aparato de aspiración continua; también, y por razones obvias, se aconseja colocar el enfermo en decúbito lateral izquierdo.

c) . Si se encuentra alguna dificultad para la identificación del neumoperitoneo se inyectan 20 o 30 c. c. de aire a través de la sonda gástrica y se toman siempre las radiografías estando colocado el enfermo en posición sentada.

d) . Se considera que la dosificación de las amilasas sanguíneas, especialmente si éstas son superiores a 500 mgrs., ayuda en el diagnóstico diferencial con la pancreatitis aguda en los casos dudosos.

e) . Cuando la localización de la perforación es difícil, bien sea por ser demasiado pequeña o por estar localizada en alguna región inaccesible se inyectan por la sonda 30 cc. de azul de metileno al 2%.

f) . En el Departamento Quirúrgico no se ha seguido en ningún caso la orientación aconsejada desde el año de 1938 por P. Nagle, orientación estrictamente médica y expectante a base de aspiración continua, morfina, antibióticos y regularización del equilibrio iónico y humoral. Creemos, sí, que esta conducta encuentra su aplicación integral en pacientes con peritonitis generalizada o en condiciones físicas muy precarias y que son un gran riesgo quirúrgico.

g) . La perforación se ha cerrado siempre mediante una de las diversas técnicas aconsejadas para hacerlo, de preferencia mediante injerto epiploico.

h) . En muy contados casos se ha agregado a lo anterior la gastroenterostomía complementaria.

i) . Si bien es cierto que la primera gastrectomía para úlcera perforada la practicó en el año de 1902 Keetley y que dicha orientación posteriormente tuvo sus impulsores en Von Haberer, Finsterer, Yudin y algunos cirujanos europeos, también debemos agregar a ello que nuestra tendencia es definitivamente conservadora. Creemos que en estos casos se debe practicar lo menor, es decir, lo que ponga en menos

peligro la vida del enfermo; por eso practicamos plastias, a no ser que las condiciones del enfermo o el momento en que por primera vez se vea permitan contemplar la posibilidad de una intervención más radical. Esto equivale a afirmar que en ciertos casos seleccionados hemos practicado la gastrectomía: 10 casos en 157 perforaciones.

j). Nuestras estadísticas no permiten dar porcentajes absolutos; pero sí podemos consignar los siguientes hechos: A) es más frecuente la perforación en el hombre que en la mujer. B) en la úlcera duodenal que en la gástrica. C) la perforación se hace generalmente de los 30 a los 50 años.

k). El 55% de los enfermos operados de urgencia mediante simple cierre de la perforación han sido reintervenidos posteriormente por la persistencia de las crisis ulcerosas.

Perforación subaguda.

En las historias revisadas no figuran datos precisos que permitan sacar conclusiones exactas.

Perforación crónica.

De las 988 historias revisadas hasta el año de 1952, exclusive, se encuentran 33 casos de úlceras perforadas, al páncreas (28) y al hígado y órganos vecinos (5), lo que da una proporción del 3.3%. Cabe advertir que se trata de hallazgos quirúrgicos, es decir, comprobaciones que se han hecho durante el acto quirúrgico.

En 147 historias revisadas del año 1952 se encuentran 28 perforaciones crónicas, especialmente al páncreas: 96% de los casos. En este año la proporción subió al 19.04%.

Como bien se puede apreciar es muy grande la diferencia entre un año y los otros; se debe advertir que el año de 1952 se ha considerado como patrón o tipo y que, muy posiblemente, los datos estadísticos que corresponden a él son los que guardan más estrecha relación con la realidad.

HEMORRAGIA POR ULCERA GASTRODUODENAL

Hasta el año de 1952, exclusive, se estudiaron 931 historias quirúrgicas; en ellas aparecen 105 casos de hematemesis lo que corresponde a un porcentaje de 11.3% y 205 casos de melenas o sea un porcentaje de 21.9%.

De las 147 historias estudiadas en el año de 1952 encontramos datos que prácticamente doblan los anteriores: 35 con hematemesis o sea un 23.9% y 61 con melenas lo que equivale al 41.4%.

Los datos anteriores se refieren a hemorragias gastroduodenales por úlcera péptica de intensidad variable: desde las pequeñas pérdidas

sanguíneas hasta aquellos casos de forma grave que ponen rápidamente en peligro la vida del enfermo. De estos últimos se operaron seis enfermos. La mortalidad fue de 33.3% ya que murieron dos de ellos.

La conducta que se ha seguido en el servicio ha sido la siguiente:

a). Se trata de precisar la presunción clínica de hemorragia por ulcus por los métodos clínicos habituales recurriendo, además, como medida complementaria, al estudio radiológico de urgencia.

b). Se coloca el enfermo en reposo absoluto en posición semisentada y se busca una sedación a base de barbitúricos.

c). Se practican frecuentes chequeos hematológicos, al menos cada seis horas en la fase inicial de hemorragia y cuando ésta ha sido muy intensa. Se lleva un cuidadoso control cada hora de pulso y presión arterial y una estricta vigilancia clínica de los signos de shock.

ch). Se practican transfusiones sanguíneas de acuerdo y en relación con la pérdida de sangre, y de acuerdo con las modificaciones de la presión arterial.

d). Se practica realimentación precoz siguiendo la dieta prescrita por Andersen. La dieta de Meuelengrancht no se ha empleado.

e). Los enfermos por encima de los 50 años, arterioescleróticos, con úlcera gástrica, y en aquellos que a pesar del tratamiento bien conducido siguen sangrando, se plantea la urgencia de la intervención precoz y oportuna. En estos casos el test de Hinton ha sido de invaluable ayuda.

RETENCION GASTRICA POR OBSTRUCCION EN O CERCA DEL PILORO

Hasta el año de 1952 exclusive, en 988 historias estudiadas se encuentra en 99 casos lo que da una proporción del 10%. En el año de 1952 se estudiaron 147 y en 32 de ellas aparece como síntoma predominante lo que equivale a 21.7%. En el capítulo referente a preoperatorio se tratará sobre el manejo de estos enfermos.

INDICACIONES Y TACTICA OPERATORIA

Establecido el diagnóstico de úlcera gastroduodenal no quiere esto decir que el enfermo al ingresar al Hospital vaya a ser sometido de inmediato al tratamiento quirúrgico por grande que sea el nicho o por antigua que sea la lesión; tenemos por costumbre hacer un estudio profundo de los pacientes a fin de ver cuáles deben ser intervenidos, siempre que llenen las indicaciones relativas. La mayoría de los enfermos

que llegan a la Sala han pasado por servicios médicos generales y especializados en donde han sido sometidos a tratamiento médico durante un tiempo más o menos largo, lográndose en muchos de ellos una mejoría clínica y radiológica completas, con cicatrización de la úlcera; pero una vez salidos del Hospital y entregados a sus ocupaciones habituales abandonan el régimen, la mayoría de las veces por carencia de recursos económicos y regresan con la misma sintomatología, en veces aumentada, e ingresan al servicio quirúrgico en el que se practican los exámenes de rutina en estos casos.

A pesar de que seguimos la tendencia mundial de tratamiento médico de la úlcera gastroduodenal no complicada y no somos intervencionistas sistemáticos, el factor económico-social de nuestros pacientes nos obliga a intervenir en mayor número de casos y esto hace que nuestro porcentaje de operados sea quizás un poco alto comparado con estadísticas extranjeras; este factor económico-social hay que aceptarlo entre nosotros como verdadera indicación de intervención quirúrgica.

Dentro de las indicaciones clásicas tenemos operados: con	
Estenosis pilórica cicatricial	99 casos
Perforación crónica a órganos vecinos	145 casos
Estenosis medio-gástrica	2 casos
Hemorragias a repetición: Hematemesis	105 casos
Melenas.	205 casos

Estos datos se refieren a 931 casos operados hasta 1952 exclusive. En este último año (1952) se operaron 147 casos con hematemesis o sea el 23% y 61 con melenas, 41%, cifras que consideramos más exactas, pues de esa época en adelante la estadística se ha llevado con riguroso cuidado.

Transformaciones cancerosas se han encontrado 4 casos sobre un total de 931 úlceras gástricas operadas en el Servicio. Este hallazgo se refiere a estos últimos cuatro años, pues sistemáticamente de esta época en adelante todos los estómagos extirpados son enviados para su estudio al Laboratorio de Anatomía Patológica. Esta cifra (4) nos parece muy baja comparada con estadísticas extranjeras, aun cuando éstas han variado según las épocas y las tendencias entre un 17% para úlceras prepilóricas y de la pequeña curvatura hasta la no aceptación de la transformación neoplásica.

Decidida la intervención consideramos la situación de la úlcera: en la gástrica la práctica que se sigue en el Servicio, especialmente en los últimos años, es la de la gastrectomía subtotal con técnicas diferen-

tes, según las épocas y el gusto de cada cirujano; se hace el Bilioth I, Polya, Reichel, Moynihan II, Hoffmeister-Finsterer, etc.; este último, Hoffmeister-Finsterer y el Moynihan II han sido los preferidos especialmente en los últimos años sin que tengamos que lamentar malos resultados con las otras técnicas cuando extirpamos suficiente cantidad de estómago a fin de producir hipo o anaclorhidria postoperatoria. Se han practicado 422 gastrectomías para úlcera gástrica en el Servicio.

En la *úlcera duodenal* empleamos diferentes tácticas según estudio del enfermo: en los individuos de 50 años para arriba, con úlceras antiguas sin gran acidez, acostumbramos la gastrectomía subtotal; en los jóvenes con gran hiperacidez gástrica y úlceras duodenales muy adheridas al páncreas en que es peligroso herir el colédoco, optamos por la vaguectomía doble acompañada de gastroenterostomía (21 casos), o piroloplastia (3 casos), operación preconizada por Berg en estos enfermos y que según él da anaclorhidria postoperatoria en el 77% de los casos. En los demás en que hay tela suficiente para hacer una cerradura hermética del duodeno optamos por la gastrectomía amplia. La adición de la vaguectomía en estos casos suprime la fase cefálica de la secreción, reduce la hipersecreción nocturna o de ayuno, causa principal de la gran acidez que acompaña generalmente las úlceras de esta región. Gastrectomías para úlcera duodenal, 719 casos.

En un principio se empleó en el Servicio la vaguectomía sola como tratamiento de la úlcera duodenal en enfermos jóvenes con gran acidez gástrica y se hacía por vía transtorácica (10 casos). Hoy seguimos la ruta abdominal como la más lógica, de técnica quizás más difícil y menos completa, pero con la enorme ventaja de poder ver y palpar las lesiones y en caso de error diagnóstico o transformación maligna optar por algo más radical como la gastrectomía.

Aunque la vaguectomía es operación relativamente nueva en el tratamiento de la úlcera duodenal y el número de operados es bastante grande en diferentes países para sacar conclusiones definitivas sobre su valor, es lo cierto que el fallo definitivo no se ha logrado todavía. Actualmente en el Servicio no se le concede indicación sino en individuos jóvenes con úlcera duodenal con acidez por encima de 80 unidades, asociada naturalmente a la gastroenterostomía, piloroplastia o gastrectomía; nunca como operación sola. No tiene indicación en la úlcera gástrica; y el acuerdo es unánime en que es el mejor tratamiento de la úlcera postoperatoria.

EXAMENES PREQUIRURGICOS

Examen Clínico:

Los pacientes que entran al servicio quirúrgico del Hospital de San Vicente son en su enorme mayoría campesinos y gente pobre de escasos recursos económicos, lo que hace que se presenten en inferiores condiciones de salud, motivo por el cual son vigilados más rigurosamente. Como norma general adoptada en el Servicio quirúrgico tenemos que a cada paciente se le hacen los siguientes exámenes:

Examen Clínico General:

Aparato Respiratorio: En la consulta externa se examina cuidadosamente el estado de las vías respiratorias, siendo requisito para entrar al hospital el chequeo fluoroscópico.

Aparato Circulatorio: Examen clínico del corazón y del sistema circulatorio periférico. En caso de trastornos cardiovasculares el paciente es puesto en manos de un especialista, hasta que éste le dé el pase para el acto quirúrgico.

Aparato Digestivo: La parasitosis constituye uno de los principales problemas en nuestro medio. Aquí se siguen dos conductas, a saber: La primera consiste en desparasitar al paciente antes de la intervención, y la segunda en hacerlo después. En los casos en que se hace posible la desparasitación no se ha tenido en el Servicio ningún incidente.

El lavado intestinal se aplica la noche anterior a la intervención.

El examen de los órganos genitourinarios hecho clínicamente, es asegurado por los análisis químicos y bacteriológicos de orina, el primero hecho rutinariamente y el segundo cuando el cuadro clínico del paciente lo exige.

Dentro de estas mismas consideraciones clínicas se atiende al sistema ganglionar, nervioso, y el estado de la piel y sus anexos.

Focos Sépticos:

Nuestra gente hospitalizada en los servicios de caridad no tiene mucha noción de su higiene personal, de aquí que son muy frecuentes los focos sépticos localizados de manera especial en la boca (caries dentales, abscesos dentarios, gingivitis), en la faringe: amígdalas; oídos: otitis. Siguen en orden de importancia las enfermedades venéreas: Bleonorragias, enfermedad de Ducrey, flujos de diferente etiología, abscesos prostáticos y finalmente infecciones de la piel. La revisión de estos sitios es rutinaria y la extirpación y el saneamiento inmediato son reglas comunes antes de todo tratamiento quirúrgico. Para mayor seguridad se

inicia la aplicación de antibióticos desde uno o dos días antes de la intervención.

Exámenes de Laboratorio:

El hemograma hecho rutinariamente a todo enfermo que se encuentra en el Servicio revela a menudo anemias considerables en su mayoría microcíticas hipocrómicas. Se inicia tratamiento antianémico, como se dijo antes desparasitando al enfermo y acompañándolo luego de una medicación antianémica (transfusiones, compuestos de hierro, vitaminas y alimentación lo más completa posible). Una vez que su cuadro hematológico se encuentra dentro de los límites normales el enfermo se interviene.

Serología:

Desde el año de 1950 se viene haciendo tratamiento antiespecífico en forma masiva hasta reducir la positividad de la serología o hasta negativizarla. Sin que esto obstaculice la operación, siempre que no hayan manifestaciones.

Glicemia y Azohemia:

Son pocos los enfermos que llegan con trastornos en su química sanguínea. Hay un alto porcentaje de pacientes en hipoglicemia relativa debido seguramente a su mala alimentación. Los enfermos diabéticos son tratados y una vez normalizada su glicemia son intervenidos. En cuanto a la azohemia, se aprecia que generalmente es más elevada en aquellos enfermos con estenosis pilórica, vomitadores y mal alimentados, que tienen a su vez trastornos en sus componentes electrolíticos. Con las medidas y cuidados generales, y una vez comprobada su buena excreción renal son intervenidos.

Tiempo de Protrombina:

El tiempo de protrombina, considerado especialmente como prueba de funcionamiento hepático, nos brinda además una mayor seguridad en la intervención.

Tiempo de Coagulación y de Sangría:

Estos tiempos, junto con la clasificación del grupo sanguíneo, son hechos desde que el paciente entra al Servicio, para en caso de alteración en cualquiera de ellos indicar el tratamiento del caso; y el grupo sanguíneo para hacer transfusiones preoperatorias o postoperatorias según el caso.

Proteinemia:

En su generalidad, y como se ha repetido varias veces, nuestros

enfermos son mal nutridos y por consiguiente hipoproteinémicos. Los que se encuentran en estas condiciones son sometidos a una mejor dieta (hiperproteica), transfusiones y preparados de aminoácidos.

Examen Químico de Orina:

Se hace también rutinariamente poniendo especial atención a los enfermos con albuminuria, glucosuria y cilindruria. En general son pocos los pacientes que presentan complicaciones de esta naturaleza en grado tan avanzado que contraindiquen la operación, después de haber sido sometidos a los cuidados generales de alimentación o a la terapéutica adecuada.

Otros Cuidados:

A los pacientes con estenosis pilórica se les hace varias veces lavado del estómago y en algunas ocasiones a mañana y tarde, procurando suplir la deficiencia alimenticia, por venoclisis, y enemas alimenticios algunas veces; lo mismo que tratando de equilibrar el requerimiento electrolítico.

Si el paciente no tiene estenosis pilórica se hace lavado gástrico el día anterior con soluciones bicarbonatadas, y se aplica en la noche un litro de suero.

El enfermo pasa a la sala de cirugía con una sonda de Levin o de Abbott-Rawson.

TECNICAS QUIRURGICAS

Durante los últimos 17 años (1936-1952) se ha intervenido en el Servicio quirúrgico del Hospital de San Vicente de Paúl a 1.449 pacientes que presentaban Úlcera Péptica crónica, comprobada por la exploración clínica y los diferentes exámenes de rutina en el Servicio: Radiografía, Acidograma, y en algunos casos dudosos Gastroscofia.

La indicación quirúrgica fue orientada por diversas complicaciones: Estenosis pilórica o mediogástrica, Perforación crónica a alguno de los órganos vecinos (Hígado, Páncreas, Vías Biliares), Perigastritis o Periduodenitis, Hemorragias de repetición, etc.; en muchos casos se tuvo también en cuenta las fallas al tratamiento médico o la imposibilidad social para seguirlo. Es de anotar que el tratamiento quirúrgico de la úlcera péptica ha ido aumentando progresivamente en los últimos años, sea debido a un aumento de la población, a mejores métodos de diag-

nóstico, a desconfianza en el tratamiento médico o a la imposibilidad de hacerlo bien en un gran número de nuestros enfermos pobres.

La clasificación general de las diversas técnicas empleadas por nosotros es la siguiente:

Gastroenterostomía con exclusión pilórica	5 casos	0.34%
Operación de Balfour	10 casos	0.70%
Vaguetomía Transtorácica	38 casos	2.62%
Vagotomía y Píloroplastia	10 casos	0.70%
Vagotomía y Gastroenterostomía	42 casos	2.90%
Vagotomía y Gastrectomía	18 casos	1.16%
Gastroenterostomía	185 casos	12.76%
Gastrectomía	1.141 casos	78.82%

Es de rigor hacer algunas anotaciones sobre esta estadística:

A). La operación de Balfour, la resección en gotera y la gastroenterostomía con exclusión pilórica, técnicas que há largo tiempo tuvieron algún auge, fueron suspendidas en el Servicio hace más de diez años a causa de sus fracasos.

B). A raíz de los estudios de Dragstedt sobre la sección de los nervios Vagos en el tratamiento de la úlcera péptica, en los últimos cinco años hemos practicado algunas Vagotomías transtorácicas en pacientes jóvenes con acidez muy alta: los resultados fueron halagadores desde el punto de vista de cesación del dolor y disminución de la acidez, pero tuvimos algunas molestias con el retardo en la evacuación gástrica y un caso hubo de ser reoperado posteriormente a causa de una estenosis pilórica. Siguiendo la escuela americana últimamente limitamos su uso para los casos de Úlcera Yeyunal. Seguimos luego la escuela de Crile, Dragstedt y otros asociando la Vagotomía infradiafragmática a Píloroplastia o Gastroenterostomía, con el objeto de mejorar el retardo en la evacuación gástrica que provoca la Vagotomía simple; seleccionamos enfermos en los cuales la gastrectomía no ofrecía buen pronóstico. Los resultados han sido muy buenos y el chequeo posterior de estos enfermos ha demostrado que son modalidades de técnica que debe tener presente todo cirujano. Por último, en los pacientes ulcerosos con acidez muy alta (más de 80 Unidades) hemos adoptado la asociación de la gastrectomía subtotal y la vagotomía infradiafragmática con el objeto de impedir la formación de úlcera yeyunal o fístula gastro-yeyuno-cólica. Hasta el presente los resultados han sido satisfactorios.

C). La gastroenterostomía tuvo su auge cuando nuestra cirugía gástrica era apenas incipiente, y la gastrectomía era considerada como

operación de alta mortalidad aun en manos privilegiadas. Pudimos comprobar su fracaso en buen número de enfermos, como también sus complicaciones: Círculo vicioso, úlcera yeyunal, fistula gastroyeyunocólica, por lo cual ha sido casi totalmente abolida en el Servicio. Actualmente sólo le concedemos una indicación: Ulcerosos con estenosis pilórica, con hipoclorhidria o anaclorhidria, y estado general deficiente e irreversible. En algunos casos escogidos la hemos utilizado como complemento a la Vagotomía abdominal. Preferimos siempre la gastroenterostomía posterior transmesocólica, con asa yeyunal muy corta, de estoma horizontal o vertical, fijando el estómago a los labios de la brecha mesocólica (Técnica original de Von Hacker). En muy pocos casos se ha utilizado la anastomosis marginal.

D). En los últimos años la Gastrectomía subtotal ha sido la operación de elección en el tratamiento de la úlcera péptica. Es fisiológica puesto que al quitar el antro gástrico se suprime la "gastrina" que influye sobre las glándulas del fundus en la producción de ácido clohídrico; desgraciadamente deja intacta la secreción cefálica del estómago lo que da lugar a la formación de un no escaso porcentaje de úlceras yeyunales; esta es la razón por la cual hemos adoptado la asociación de la vagotomía infradiaphragmática a la gastrectomía, en los ulcerosos con acidez superior a 80 unidades.

Toda gastrectomía es buena si llena los requisitos fundamentales para su éxito: a) Resección del 75% del estómago; b) Utilización para la anastomosis de asa yeyunal muy corta; c) Resección de la úlcera mientras no interfiera con el pronóstico operatorio, aunque se ha comprobado que el resultado final es satisfactorio en los casos en que es imposible la extirpación de la lesión; y d) Boca anastomótica lo suficientemente amplia para no interferir con el vaciamiento gástrico. La mejor técnica en Gastrectomía es aquella con la cual cada cirujano está familiarizado, si llena los principios básicos atrás enumerados. Sin embargo, queremos hacer mención sobre algunas ventajas o inconvenientes que presentan las diferentes técnicas que hemos empleado en las 1.141 gastrectomías practicadas en el Servicio quirúrgico del Hospital de San Vicente de Paúl:

Pean-Bilroth	14 casos	1.2 %
Moynihan II (Anterior, isoperistáltica)	589 casos	51.62%
Polia Balfour (Anterior, antiperistáltica)	10 casos	0.9 %
Hoffmeister-Finsterer (Anterior, estoma parcial)	128 casos	11.21%

Reichel-Polia-Finsterer (Posterior, isoperistáltica)	85 casos	7.44%
Bilroth II (Posterior, estoma total)	28 casos	2.4 %
Anastomosis con estoma central	17 casos	1.5 %
Gastrectomías no especificadas	270 casos	23.7 %

Pean Bilroth I y sus derivados (Técnicas de Horsley, Finney von Haberer o Kocher): Resección gástrica y anastomosis gastroduodenal. La técnica más anatómica y fisiológica puesto que reconstruye el tracto gastrointestinal de una manera normal y por lo tanto da menores trastornos postoperatorios. Desgraciadamente su uso es muy limitado puesto que requiere un duodeno fácilmente movilizable y se debe dejar suficiente estómago para poder hacer una anastomosis sin tensión. Tiene muy poca aplicación en la úlcera duodenal, pero puede estar indicada en algunos casos de úlcera gástrica.

Las técnicas de Gastrectomía con anastomosis gastroyeyunal pueden ser anteriores o posteriores al colon, de estoma parcial o total, de acuerdo a la costumbre de cada cirujano. Las anastomosis anteriores son de más fácil ejecución, más asequibles para reoperación en casos de complicaciones, pero necesitan una asa yeyunal más larga por lo cual pueden dar lugar a algunos trastornos postoperatorios. La anastomosis posterior es una técnica más difícil pero más fisiológica puesto que se hace con asa yeyunal más corta y el vaciamiento gástrico es mejor, pero no puede practicarse cuando el mesocolon transversal es muy corto, muy grueso o muy vascularizado; se le reconocen menos secuelas postoperatorias.

Respecto al tamaño de la boca anastomótica los cirujanos aún no se han puesto de acuerdo parece que el estoma pequeño necesita un asa intestinal más corta y por lo tanto tiene menos tendencia a provocar náusea o vómito postoperatorio; sin embargo, en algunos casos el vaciamiento gástrico es deficiente. En nuestra experiencia hemos observado que con todas las técnicas se obtiene un pequeño porcentaje del síndrome de "dumping". En cambio, con todas ellas hemos obtenido un alto porcentaje de resultados satisfactorios.

ANESTESIAS EMPLEADAS EN INTERVENCIONES PARA ULCERA PEPTICA

Durante el curso de 17 años, es decir de 1936 a 1952, se han utilizado toda clase de anestésicos para las intervenciones de Úlcera Péptica.

Así tenemos una gran variedad de ellas, las cuales se han empleado en el Servicio quirúrgico y de urgencias, además una serie de combinaciones de los diversos anestésicos.

En los primeros años, a partir del 36, se utilizó en gran proporción la raquídea y en el año 36, de 60 anestias para úlcera péptica, hubo 33 con raquí, esto es, más del 50%. A medida que han ido mejorando las técnicas de anestesia, ha disminuído apreciablemente el empleo de la raquí-anestesia y en el año 48 sólo la empleamos en un caso; en los últimos 4 años no se ha usado.

La anestesia con ETER, ya sea en la forma primitiva del Ombredanne o en la forma científica y segura suministrada en los modernos aparatos de anesthesiología, como son el Heidbrink, el Foregger y el Mackesson, ha sido la más empleada.

En el transcurso de estos 17 años, se empleó desde la local que a veces es necesaria hasta el cloroformo, el cual debe ser condenado en su totalidad. En los últimos dos años la anestesia usada de preferencia ha sido la combinación de gases (ciclopropano, óxido nitroso, etileno) y éter o mejor pentotal o kemital, ciclo y éter. En todos estos casos la aplicación de curare (tucurín, flaxedil, Syncurine, etc.) ha sido casi sistemática, además la intubación o anestesia endotraqueal es lo común. Estas dos últimas variedades de anestesia son las que mejores resultados nos han dado y así en el año 52 no tuvimos complicaciones graves por lo que se refiere a anestesia en cirugía general.

Echando una ojeada a los cuadros, nos encontramos con 21 variedades de anestesia por el empleo de diferentes combinaciones. La anestesia con éter se lleva el porcentaje más elevado, puesto que tenemos la cifra de 531 con 51.6%. Esta anestesia, muy usada en los primeros años ha ido cediendo el campo a otro tipo, como ha sido el de combinarlo con otros anestésicos muy ventajosos por lo menos para el momento culminante del proceso anestésico, que lo constituye la inducción. Así empleamos para este fin el pentotal o kemital, el ciclo, el óxido nitroso o el etileno para obtener una inducción suave, tranquila, rápida y segura, libre de toda clase de excitación y de complicaciones molestas como el vómito, tos y demás inconvenientes que suelen presentarse cuando se hace con éter.

En el año 52, de 147 anestias, sólo tuvimos 15 casos con éter en contraste con 95 de ciclo y éter; 22 de pentotal ciclo éter; 5 de óxido nitroso y éter; 4 de pentotal-éter; 2 de pentotal-óxido nitroso-curare y 1 de local y esplácnica.

La anestesia con pentotal es casi imposible a no ser que se utilice con curare, ya que es muy difícil obtener buena relajación puesto que es mal relajador. Con pentotal tenemos 8 casos de los cuales 7 fueron en el 46 y 1 en el 50. Pentotal-curare-óxido nitroso la usamos en dos casos el año pasado con buen resultado y es especialmente muy útil en cirugía torácica. Con gases hay 12 casos y es de gran valor cuando está contraindicado el éter como sucede en los diabéticos, en pacientes con lesiones hepáticas, renales, algunas pulmonares, en acidosis y en shock, etc.

La raquídea continua se usó en 4 casos en el año de 1944.

A continuación se especifica el tipo de anestesia empleada en cada año a partir del 36 hasta el 52 inclusive y el total de cada una de ellas con sus porcentajes.

Total de ANESTESIAS empleadas para intervenciones de Ulcera Péptica, desde 1936 a 1952, sobre un total de 1.029 historias revisadas:

Local	6	0.5 %
Local y Esplácica	3	0.2 %
Local y Eter	4	0.3 %
Eter	531	51.6 %
Raquídea	219	21.2 %
Raquídea-Eter	49	4.7 %
Raquídea-Novocaína	2	0.1 %
Raquídea-Cloroformo	1	0.09%
Raquídea Continua	4	0.3 %
Raquídea-Pentotal-Eter	1	0.09%
Raquídea-Pentotal	4	0.3 %
Pentotal	8	0.7 %
Novocaína-Pentotal	1	0.09%
Pentotal-Eter	10	0.9 %
Gases-Pentotal	1	0.09%
Pentotal-Ciclopropano-Eter	24	2.3 %
Pentotal-Oxido Nitroso-Curare	2	0.1 %
Gases	12	1.1 %
Ciclopropano-Eter	130	12.6 %
Oxido Nitroso o Etileno y Eter	12	1.1 %
Cloroformo	3	0.2 %

POSTOPERATORIA DE LOS ENFERMOS GASTRECTOMIZADOS

El control del pulso y de la presión arterial, se hace cada tres

horas. Estos datos son anotados en el cuadro correspondiente, colocado en la historia del enfermo.

Cuando las secreciones son abundantes, se extraen por medio de un aspirador y de una sonda nasal.

Como se vio en el Preoperatorio, es de rutina pasarles a los pacientes una sonda de Levin al estómago. Esta sonda es conectada a un frasco transparente y de color blanco, para apreciar la cantidad, color y consistencia de las secreciones. Este tubo, colocado en las vecindades de la boca anastomótica, nos sirve para aspirar continuamente el estómago, pues sabemos que prácticamente, la peristalsis del tracto digestivo, es nula las primeras veinticuatro horas y como la boca anastomótica está fuertemente edematosa, los líquidos depositados en el muñón gástrico, actúan como agentes irritantes de las paredes, además que les imprimen a las suturas, una mayor tensión.

Actualmente pensamos que es mucho mejor dejar tomar a los pacientes algo de líquido, siempre y cuando su lucidez mental esté perfecta, pues en el postoperatorio, la mayoría de los pacientes experimentan intensa sed y gran sequedad en la boca. Al ingerir estos líquidos, el psiquismo del enfermo mejora. Esto les ayuda a levantar su moral y en general, a ser mejores pacientes.

El líquido ingerido es prontamente aspirado por el tubo de Levin, además que el líquido actúa como disolvente de las secreciones, como moco y sangre, depositadas en el muñón gástrico.

Respecto a los líquidos a inyectar para mantener un balance electrolítico normal, seguimos la rutina siguiente: el día de la operación, administramos endovenosamente suero salino en cantidad de 500 c. c. o sea 4,5 de Cloruro de Sodio. No damos más, debido a que generalmente los enfermos operados tienen un déficit proteínico y una ración más grande de Cloruro de Sodio daría como resultado exagerar el edema de la boca anastomótica.

Administramos también y en la misma forma, 1.500 c. c. de Solución de Dextrosa al 5%, o sea un total de 75 gramos de dextrosa. Le adicionamos un gramo de vitamina C. y complejo B. En ciertos casos, por ejemplo shock, hipoproteinemia, aplicamos pequeñas transfusiones de sangre total.

A pesar de que nuestros laboratorios son buenos y eficientes, el gran recargo de trabajo, hace a veces dificultosa la ejecución de ciertos exámenes, para un control más exacto del equilibrio electrolítico. Obviamos estas dificultades, siguiendo las leyes de Coller y Madock, que

establecen como regla práctica para equilibrar un balance electrolítico, lo siguiente: Dar 1 c. c. de solución salina, por cada c. c. de flúido perdido en orina, vómito o aspirado con la sonda de Levin. Agregamos a esto 150 c. c., para reemplazar los líquidos perdidos por la respiración y el sudor.

Se le agrega a esto 1.500 c. c. de suero dextrosado al 5% para reemplazar la alimentación.

La morfina durante los primeros días es generosamente dada, siempre y cuando haya necesidad.

Aconsejamos levantar al enfermo pronto, lo más rápido posible. Siempre que las circunstancias lo permitan, se levanta al día siguiente. Entendemos por levantada precoz, la que se hace en los tres primeros días.

Si el enfermo a los tres días no ha movido espontáneamente su intestino, le aplicamos un enema de 1.000 c. c. de agua jabonosa a baja presión.

Como drogas durante el postoperatorio usamos rutinariamente lo siguiente: Penicilina 100.000 unidades cada cuatro horas, Estreptomicina $\frac{1}{2}$ gramo cada doce horas.

La dieta de un gastrectomizado la llevamos a cabo con el siguiente ritmo:

- 1º 30 c. c. de agua cada hora.
- 2º 60 c. c. de agua o colada de avena, cada hora.
- 3º 90 c. c. de agua o colada de avena, caldo, agua de Vichy, agua albuminosa.
- 4º 120 c. c. de leche, caldo, colada de avena, cada dos horas.
- 5º 180 c. c. de leche, caldo, colada de avena, cada tres horas, con galletas.
- 6º 180 c. c. de la dieta anterior, cada tres horas, agregándole sopa, cremas, postres, gelatinas y huevos.
- 7º Igual a la dieta anterior, agregándole papa asada, mantequilla y tostadas.
- 8º Igual al anterior, agregándole carne en polvo.
- 9º Darle 6 comidas de una dieta blanda.

La reeducación del estómago y del contenido gástrico, la hacemos dándole al paciente instrucciones claras y sencillas, sobre el tipo de comida, calidad, consistencia, y especialmente, sobre la Cantidad, indicándole que es mejor comer muchas veces, pero en poca cantidad.

El operado es instruído sobre la calidad de las comidas que debe preferir, por ejemplo: legumbres, carne en polvo, huevo, leche, hígado, etc., dieta que en general llena los requisitos esenciales, tanto desde el punto de vista calórico, como vitamínico.

Ultimamente hemos estado usando en pacientes con gran riesgo quirúrgico, los diferentes productos hormonales, a base de hormonas testiculares. Esta droga acrecienta en los individuos, la capacidad de soportar magníficamente el trauma quirúrgico. También usamos con relativa frecuencia el Cloruro de Potasio en forma de solución al 10%, en cantidades de 10 a 20 c. c. diluídos en 250 c. c. de solución de dextrosa al 5%.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES MAS COMUNES EN EL POSTOPERATORIO DE LOS ENFERMOS GASTRECTOMIZADOS

Vaciamiento gástrico retardado.

Complicación pocas veces vista y que en general se debe a tres causas: Proteínas bajas, círculo vicioso y error técnico al rotar el asa. Generalmente con la corrección bioquímica del medio interno (Amigen, Sangre, Plasma), esta complicación cede prontamente. En caso de no ser así, debemos recurrir a un simple tratamiento quirúrgico, la yeyunostomía, a ser posible; y alimentar al paciente por medio de una sonda y con una dieta apropiada.

Como segunda complicación encontramos la *fístula duodenal*. Entre sus causas están, la hipoproteinemia, volemia baja, defecto de técnica y fragilidad del intestino suturado. Fístula, cuyo tratamiento y gravedad guardan relación con el tiempo de aparición. Fístula que aparece precozmente, es debida a un error de técnica en el cierre duodenal. Fístula tardía, traduce pobreza del medio interno. Las tratamos por el original método de Potter, consistente en: a). Aspiración continua de la Fístula. b). Aspiración continua por la boca. c). Lavado de la herida con solución décimo-normal de ácido clorhídrico y protección de la piel con la pasta de aluminio. Completamos el tratamiento con la restauración a lo normal del Equilibrio electrolítico y mejoramos las reservas proteínicas por medio de transfusiones de sangre total, amigen y plasma.

MORBILIDAD EN 1952

En 147 historias revisadas, aparecen las siguientes anotaciones:

Post-operatorio normal	79 o sea el 53.7%
Afecciones respiratorias, predominando bronquitis	5

Absceso sub-frénico	3
Vómitos sangrosos tardíos	5
Absceso de la fosa ilíaca	2
Fístula duodenal	2
Retención de orina por atonía vesical	2
Coma post-operatorio (probablemente urémico)	2
Ileo paralítico	1
Peritonitis	1

No hay ninguna anotación en 45 historias.

Nuestra morbilidad operatoria, tan cargada antes por complicaciones bronco-pulmonares, y cardio-vasculares, ileo paralítico, círculo vicioso, peritonitis, infecciones de las heridas quirúrgicas, etc., se ha reducido considerablemente.

Es de anotarse que las complicaciones del sistema venoso (tromboflebitis y flebo-trombosis) son verdaderamente excepcionales entre nosotros; y que esta observación ya la habíamos hecho antes de adoptar la levantada precoz de nuestros operados.

El único caso que se perdió de los anotados en la morbilidad de 1952, fue uno de los tres complicados de absceso sub-frénico.

SINDROMES LEJANOS DEL GASTRECTOMIZADO

El 'dumping syndrome' se ha presentado pocas veces en nuestros operados, sin que hayamos observado mayor frecuencia en determinado tipo de gastrectomía. Naturalmente nuestra información es deficiente por la dificultad de seguir a distancia a nuestros operados de hospital.

Más frecuente es el estancamiento en el asa aferente, principalmente en las técnicas que utilizan asa larga, especialmente cuando se hace la implantación iso-peristáltica, como ocurre en el Moynihan II. Casi no se presenta este inconveniente en el Riechel-Polia-Finsterer en el cual el asa aferente es corta no obstante ser iso-peristáltica.

El Estancamiento del asa aferente ocasiona los vómitos biliosos periódicos de algunos operados; y a esta ocurrencia, más que a la amplitud de la boca anastomótica, atribuimos varias de las manifestaciones del 'dumping syndrome'.

La sensación rápida de llenura, por poca capacidad del muñón gástrico, que es lo habitual en los primeros tiempos que siguen a la gastrectomía, puede persistir por falta de adaptación y dilatación del

muñón, y es mortificante para el paciente. Naturalmente es más frecuente en los casos de resecciones muy amplias, por falta de capacidad; o en algunos casos de vaguectomía, por atonía gástrica. La mayor parte de las veces acaban por ceder espontáneamente en el primer caso, o con la ayuda del tratamiento médico, en el segundo.

Las agrieras persistentes y otras pequeñas manifestaciones de dispepsia gástrica, las atribuimos a la gastritis del muñón consecuencial al proceso gástrico que frecuentemente precede y acompaña a la enfermedad ulcerosa. En general estas manifestaciones ceden al tratamiento médico y a un poco de régimen.

La anemia secundaria del gastrectomizado se ha presentado en nuestros servicios muy pocas veces. Recordamos sólo unos cinco casos; y en todos ellos nunca se presentó puro el síndrome, ya que al factor intrínseco se agregaban factores de otro orden como el parasitismo intestinal y el factor nutricional, que es tal vez el más importante en nuestras clases pobres. A este respecto conviene anotar que en nuestras clases acomodadas se presenta con menor frecuencia aún la anemia secundaria.

No obstante la frecuencia con que se practicó la gastro-enterostomía en los primeros años a que se refiere nuestra estadística, no se ha presentado un número muy elevado de úlcera marginal o yeyunal post-operatoria. Sólo se han atendido en el Servicio unos doce casos, varios de ellos en enfermos gastro-enterostomizados fuera de Medellín. Refiriendo este número a 185 gastro-enterostomías practicadas en el Servicio, tenemos un porcentaje de 6.6 para esta complicación lejana o mejor para esta manifestación post-operatoria de la enfermedad ulcerosa.

No hemos tenido oportunidad de ver la úlcera yeyunal en nuestros gastrectomizados. Esto no quiere decir que no exista. Hay que tener en cuenta que muchos de los operados que siguen sufriendo, o no vuelven o buscan otros centros y otros medios de tratamiento.

Tratamos de prevenir esta desagradable manifestación ulcerosa, agregando a la gastrectomía la vaguectomía abdominal cuando los acidogramas diurno y nocturno nos muestran hiperclorhidrias que pasan de 80 y 40 unidades de acidez libre respectivamente.

Sólo nos ha tocado intervenir en el Servicio para 4 casos de fistula gastro-yeyuno-cólica. Todos habían sido gastro-enterostomizados en otros medios quirúrgicos. Hemos practicado la reconstrucción de yeyuno y colon con gastrectomía, o la íleo-sigmoidostomía simple, ya que en un caso de reconstrucción de los tres órganos, sin gastrectomía, se presentó precozmente la repetición del proceso.

Únicamente hemos tenido que lamentar dos casos de obstrucción de la boca anastomótica y eso en el post-operatorio inmediato, que nos han obligado a reintervenir por yeyuno-yeyunostomía.

Casos de evacuación retardada se nos han presentado con más frecuencia en el post-operatorio lejano, imputables especialmente al Moyniham II, al Hoffmeister y a la vaguectomía torácica.

CONTROL DE BOCA ANASTOMOTICA

Año de 1952

Se revisaron 147 historias, de las cuales 12 corresponden a operaciones de urgencia (suturas, epiploplastias, etc.).

Las 135 restantes, operadas en frío, previa preparación, se distribuyen así:

Técnicas	Tiempo de vaciamiento del estómago				Total
	En 2 horas	4 horas	Más de 4 horas	Sin control	
Hoffmeister-Finsterer	39	3	2	9	53
Moyniham II	26	10	7	7	50
Riechel-Polya	12	3	-	2	17
Gastrectomía sin especificar . . .	1	-	1	3	5
" Finsterer-Madlener . . .	1	-	-	-	1
" total con yeyuno-yeyunostomía . . .	-	-	-	1	1
Polya-Balfour	1	-	-	-	1
Gastro-enterostomía Von Hacker .	-	-	1	-	1
" marginal	1	-	-	-	1
Operación de Balfour	1	-	-	-	1
Vaguectomía y gastrectomía . . .	2	-	-	-	2
" " gastro-enterost. . .	1	-	1	-	2
Sumas	85	16	12	22	135

De acuerdo con las cifras anteriores, 72.20% de los estómagos operados por las distintas técnicas se vaciaron en 2 horas; 14.15% en 4 horas; y 16.65% en más de 4 horas.

A las 2 horas se han vaciado: 88.63% de los estómagos operados con Hoffmeister; 60.5% de los operados con Moyniham, y 80% de los operados con Riechel-Polya.

A las 4 horas se han vaciado: 95.4% de Hoffmeister; 83.7 de Moyniham, y 100% de Riechel-Polya.

Quedan para vaciamiento muy lento, después de 4 horas, 4.6% de Hoffmeister y 16.3% de Moyniham.

Este estudio, que naturalmente debemos continuar, demuestra, lo que opiábamos algunos, de tiempo atrás, que el vaciamiento del estómago después de gastrectomía, no está en relación con la amplitud de la boca anastomótica sino con el calibre del asa eferente y con la actividad contráctil del muñón gástrico.

Causas de muerte de los operados en frío (no urgentes):

Peritonitis	14
Hemorragia (anemia aguda)	13
Shock	8
Vómito incoercible (oclusión boca, círculo vicioso)	6
Caquexia e inanición (fístula duodenal?)	4
Embolia pulmonar	4
Colapso	3
Oclusión intestinal	3
Desfallecimiento cardíaco	3
Acidosis	2
Bronco-pneumonía	2
Infarto pulmonar	1
Síncope anestésico	1
Shock anestésico (mixto?)	1
Gangrena pulmonar	1
Ileo paralítico	1
Absceso sub-frénico	1
Infarto del miocardio?	1
Uremia	1
No especificadas	28
	<hr/>
Suma	98

Causas de muerte de los operados de urgencia:

Peritonitis	18
Acidosis	2
Fístula duodenal	2
Hemorragia	1
Ileo paralítico	1
Oclusión intestinal	1
No especificadas	16
	<hr/>
Suma	41

Con excepción de unos pocos casos operados de urgencia por hemorragias, casi todos fueron operados por perforación.

De los 41 casos de defunción sólo 2 se operaron antes de 10 horas. Estos parece corresponder a casos de hemorragias; 13 se presentaron entre las 10 y 20 horas, y 7 después de las 20 horas. Figuran en este grupo varios casos llegados a los dos, tres y más días de la perforación. No hay datos sobre el tiempo transcurrido, en 19 casos.

MORTALIDAD POR PERIODOS DE CINCO AÑOS

Global	Operados	Muertos	%
1936—1940	305	37	12.13
1941—1945	372	55	14.78
1946—1950	639	38	5.94
1951	145	5	3.4
1952	227	4	1.7
Total	1.688	139	8.23
No urgentes			
1936—1940	283	29	10.24
1941—1945	304	40	13.12
1946—1950	522	24	4.59
1951	131	4	3.5
1952	209	1	0.4
Total	1.449	98	6.76
De urgencia			
1936—1940	22	8	31.81
1941—1945	68	15	22.05
1946—1950	117	14	11.95
1951	14	1	7.1
1952	18	3	16.6
Total	239	41	17.15

Nuestra mortalidad de 6.76% para las operaciones no urgentes, o sea en frío y con preparación, es alta si se compara con las de Mayo

Clinic y Lahey Clinic que dan un 2.2% y un 2.4% respectivamente; pero están dentro de la cifra de 2 a 9% que trae Bockus para diversos cirujanos y hospitales.

Queremos destacar nuestro porcentaje de 0.4 para el año de 1952, con 1 muerto para 209 intervenciones, el cual está muy por debajo de las cifras antes anotadas para los dos mayores y más acreditados centros quirúrgicos de los Estados Unidos.

Causas de nuestra elevada mortalidad hasta 1945 fueron las malas condiciones generales de los pacientes, la deficiente preparación, la falta de algunos exámenes de laboratorio, la práctica de algunas anestias poco adecuadas (cloroformo, raquídea, etc.), y algunas deficiencias en los cuidados post-operatorios.

A partir de 1945 se introdujo el hemograma de Wintrobe y la dosificación de proteínas del suero entre los exámenes de rutina. Por ese mismo tiempo empezó a recurrirse al ácidograma, como norma táctica, en muchos casos; y empezó a usarse la penicilina, especialmente para tratar algunas complicaciones post-operatorias, entre las cuales eran de gran frecuencia las bronco-pulmonares.

En 1946 se sistematizó el uso de la penicilina en el post-operatorio, se introdujo la aspiración de los retencionistas gástricos, y entró el tubo de Levin u otro similar en el drenaje gástrico durante las cuarenta y ocho primeras horas.

Posteriormente la estreptomycin, como nuevo antibiótico; las transfusiones pre, operatorias y post-operatorias, sistematizadas a partir de 1950 cuando se fundó nuestro banco de sangre; y la tecnificación de la anestesia que sólo se logró en 1952, con la organización de este servicio, trajeron beneficios invaluable, que se traducen fácilmente en nuestras cifras de mortalidad progresivamente descendentes en el quinquenio 1946 a 1950, y en los años de 1951 y 1952.

La utilización de todos estos adelantos científicos, un cuidadoso chequeo del enfermo y una escrupulosa preparación quirúrgica, a la vez que mayor dominio de las técnicas, explican la reducidísima mortalidad de 0.4% en 1952, que presentamos con patriótica satisfacción.

CONCLUSIONES

1. La úlcera péptica es una entidad muy frecuente entre nosotros; y casi constituye un verdadero problema racial.
2. Nuestra estadística muestra alrededor de dos úlceras duodenales por una gástrica, dos en hombres por una en mujeres, y dos en casados por una en solteros.
3. Son factores etiológicos de importancia entre nosotros el género y forma de alimentación, el tabaco, el alcohol, el café, y los factores psíquicos y emocionales.
4. Como síntomas principales aparecen en nuestro estudio, en su orden, el dolor, la agriera, los vómitos y las hemorragias. Al rededor de un 20% de úlceras gastro-duodenales dieron hematemesis y más o menos un 40% presentaron melenas.
5. Es frecuente entre nosotros la hipersecreción en los estados ulcerosos, ya que una serie de acidogramas nocturnos nos muestra una secreción de más de 400 c. c.
6. Hiperacidez de más de 80 unidades se presenta en cerca del 70% de las úlceras duodenales.
7. La vaguectomía bilateral con gastro-enterostomía da una hipoclorhidria entre 0 y 10 unidades; y la vaguectomía bilateral con gastrectomía baja la acidez libre a 0 unidades.
8. Es frecuente la perforación tanto aguda (8%) como crónica (19%) en nuestra clientela hospitalaria. El 96% de estas perforaciones se hicieron al páncreas.
9. Operamos sistemáticamente la úlcera gástrica, por gastrectomía; e intervenimos en la duodenal por hemorragias de repetición, signos obstructivos, perforación crónica, y crisis dolorosas frecuentes a pesar del tratamiento médico.
10. El factor económico-social constituye una indicación quirúrgica de la mayor importancia en nuestras clases pobres y trabajadoras.
11. La intervención quirúrgica en perforación aguda, la consideramos indiscutible. La intervención en hemorragia aguda, la reservamos a unos pocos casos.
12. Cada día somos más estrictos y rigurosos en el chequeo pre-operatorio y en la preparación de nuestros operados de úlcera péptica; y prestamos mayor atención al equilibrio iónico, proteico y hemático de estos pacientes, tanto en el pre como en el post-operatorio. A la práctica de estos cuidados atribuimos, en gran parte, la reducción de la mortalidad en nuestra cirugía gástrica.

MORTALIDAD POR AÑOS

	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	Total	Porcentaje
Total de úlceras pépticas operadas	87	54	48	60	56	47	91	49	74	111	109	106	120	130	174	145	227	1.688	
Total de historias encontradas	68	34	45	50	53	47	91	49	71	59	50	48	63	49	93	85	147	1.102	
Mortalidad global	6	4	8	9	10	6	10	7	16	16	5	10	14	5	4	5	4	139	
Porcentaje	6.8%	7.4%	16.6%	15%	17.8%	12.7%	10.9%	14.2%	21.6%	14.4%	4.5%	9.4%	11.6%	3.8%	2.2%	3.4%	1.7%		8.23%
Total de úlceras operadas, no urgentes (en frío)	82	54	46	52	49	42	78	43	68	73	86	69	101	109	157	131	209	1.149	85.84%
Mortalidad de éstas	4	4	6	7	8	4	7	6	13	10	3	7	7	4	3	4	1	98	
Porcentaje en frío	4.7%	7.4%	13.04%	13.4%	16.3%	9.5%	8.9%	13.6%	19.1%	13.6%	3.4%	1.1%	6.9%	3.6%	1.9%	3.5%	0.4%		6.76%
Total de úlceras operadas de urgencia (en caliente)	5	0	2	8	7	5	13	6	6	38	23	37	19	21	17	14	18	239	14.16%
Mortalidad de éstas	2	0	2	2	2	2	3	1	3	6	2	3	7	1	1	1	3	41	
Porcentaje en caliente	40%	0	100%	25%	28.5%	40%	23.07%	16.6%	50%	15.7%	8.6%	8.1%	36.6%	4.7%	5.9%	7.1%	16.6%		17.15%

13. En el 80% de los casos tratados quirúrgicamente, hemos practicado la gastrectomía, quedando un 20% para otras técnicas, cada vez menos usadas.

Asociamos la vaguectomía abdominal a la gastro-enterostomía, y mejor a la gastrectomía, según las circunstancias, en casos de acidez libre de más de 80 unidades, especialmente en enfermos jóvenes afectados de úlcera duodenal.

14. De las técnicas de gastrectomía hemos dado la preferencia al Moy-niham II, al Hoffmeister-Finsterer y al Riechel-Polya-Finsterer, en su orden.
15. Las complicaciones han sido comunes a los diferentes procedimientos, y los resultados son semejantes con las diferentes técnicas, siempre que sean bien ejecutadas.
16. El estudio radiológico verificado entre los diez y quince días después de la operación, nos ha demostrado que el vaciamiento del estómago no está en relación con la amplitud de la boca anastomótica sino con el calibre del asa eferente y con la actividad contráctil del muñón gástrico.
17. Nuestras anestесias han variado de acuerdo con la época. Hoy damos la preferencia a la endo-traqueal por gases, inducida por pentotal y complementada con curare.
Con los progresos alcanzados en este campo, han desaparecido prácticamente los accidentes y síncope durante la operación, y se han podido emplear nuevas técnicas con mejores resultados quirúrgicos y menor mortalidad post-operatoria.
18. Casi hemos sistematizado la aspiración gástrica, la levantada precoz y la alimentación rápida en nuestros operados.
Los vómitos, el meteorismo y las complicaciones vasculares periféricas ya casi no se observan entre nosotros.
19. La morbilidad operatoria ha disminuído en los últimos tiempos; y las consecuencias y complicaciones tardías son relativamente poco frecuentes.
Es rara la úlcera péptica post-operatoria, bien sea marginal o yeyunal; y más rara todavía la fístula gastro-yeyuno-cólica.
El dumping syndrome es poco frecuente, entre nosotros; pero el estancamiento en el asa aferente no es muy raro en las técnicas que utilizan el asa larga iso-peristáltica.
20. De los muchos datos interesantes sacados del estudio histopatológico de las piezas anatómicas, llama especialmente la atención los casos

de degeneración maligna, histológicamente comprobada, en cortes de úlcera gástrica.

El temor de la degeneración maligna de la úlcera gástrica y la fácil confusión macroscópica con la úlcera carcinomatosa, explican el mayor número de estómagos resecaos por úlcera gástrica que llegan al Departamento de Anatomía Patológica.

21. Del estudio radiológico se desprende que la visualización de la úlcera gástrica entre nosotros es relativamente más frecuente que en otros medios científicos.

También los hallazgos clínicos y quirúrgicos nos muestran mayor frecuencia de la úlcera gástrica con relación a otros centros quirúrgicos.

22. La mortalidad por cirugía de la úlcera péptica gastro-duodenal sin complicación aguda, ha descendido progresivamente en los últimos años, hasta llegar a 0.4% en 1952.

Atribuimos este progreso de nuestra cirugía gástrica a los mayores cuidados pre y post-operatorios, a los avances de la anestesia y al mayor dominio y perfeccionamiento de las técnicas.

PATOLOGIA DE LA ULCERA PEPTICA

Estudio de 580 estómagos resecaados quirúrgicamente.

Emilio Bojanini Mz., M. D.

En el período comprendido entre 1944 y 1952, tiempo que lleva de servicio activo el Instituto de Anatomía Patológica, se estudiaron 580 estómagos provenientes de las clínicas quirúrgicas. Los diagnósticos patológicos en este grupo de estómagos fueron los siguientes:

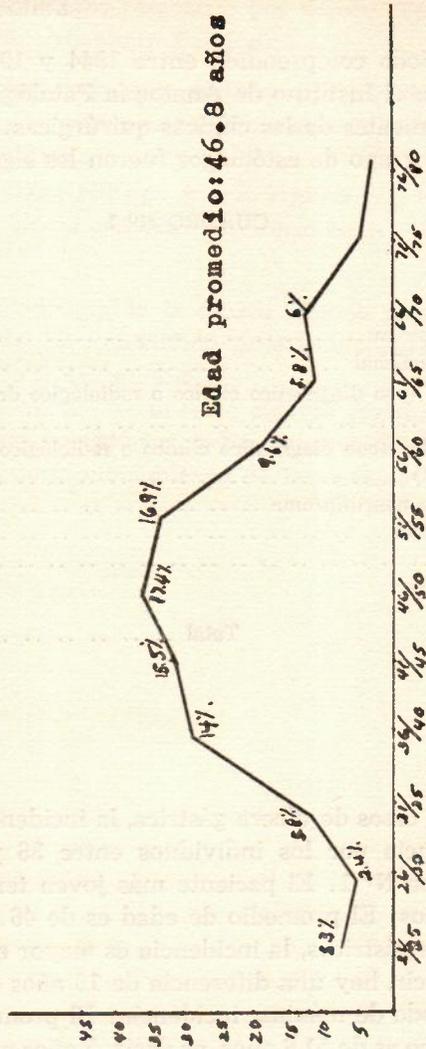
CUADRO N° 1

<i>Diagnóstico</i>	<i>casos</i>	<i>%</i>
Úlcera péptica gástrica	242	41.7
Úlcera péptica duodenal	24	4.1
Gastritis crónicas (con diagnóstico clínico o radiológico de úlcera duodenal)	69	11.9
Estómagos normales (con diagnóstico clínico o radiológico de úlcera duodenal)	83	14.3
Tumores benignos-neurofibroma	1	
Carcinomas gástricos	160	28.0
Carcinoide	1	
	<hr/>	
Total	580	
	<hr/>	

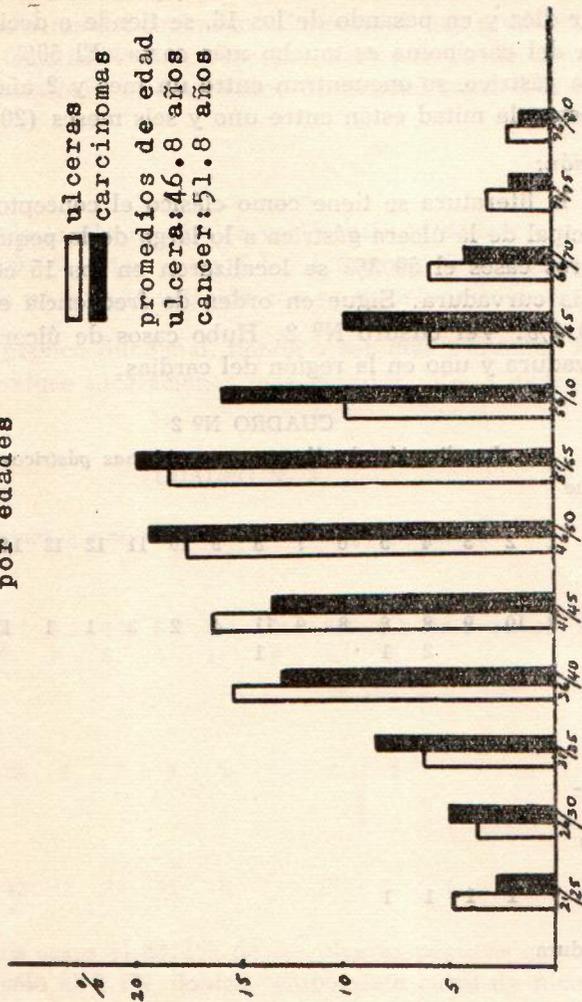
Úlcera péptica:

En los 242 casos de úlcera gástrica, la incidencia por edades muestra una preferencia por los individuos entre 36 y 55 años, según lo muestra la gráfica N° 1. El paciente más joven tenía 21 años y el más viejo tenía 78 años. El promedio de edad es de 46.8 años. Para el grupo de carcinomas gástricos, la incidencia es mayor entre los pacientes de 46-55 años, es decir, hay una diferencia de 10 años en favor del carcinoma, para el período de máxima incidencia. El promedio de edad para el carcinoma gástrico es de 51.8 años, es decir, 5 años más tarde. El paciente más joven tenía 21 años y el más viejo tenía 79 años. Ver gráfica N° 2.

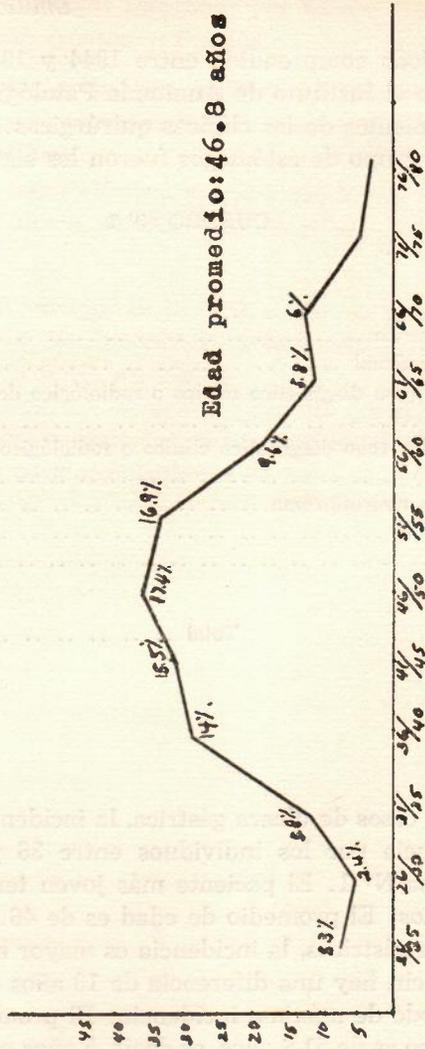
Grafica No 1
Incidencia por edades de la ulcera gastricas



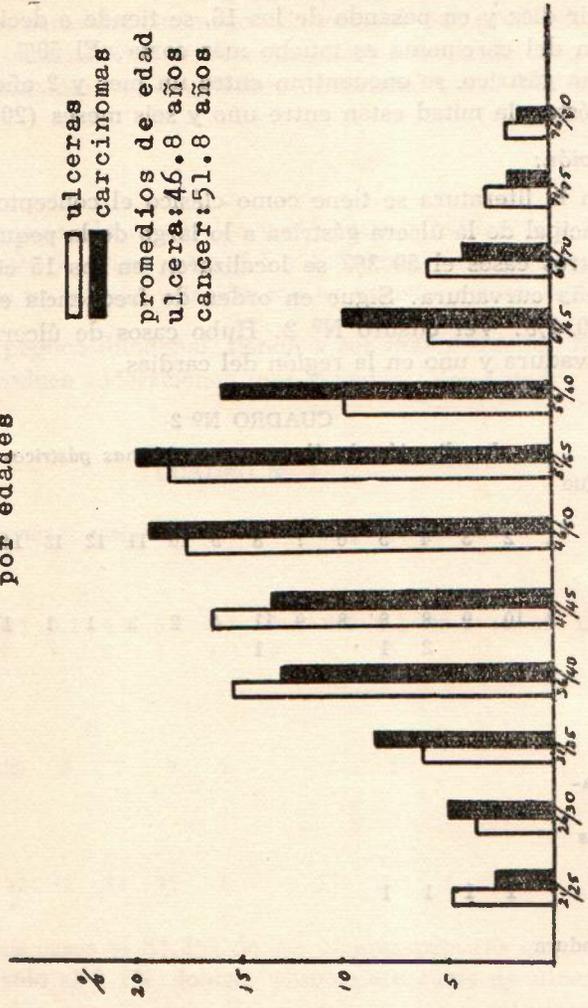
Grafica No 2
Incidencia comparativa de ulcera y carcinoma gastricos
por edades



Grafica No 1
Incidencia por edades de la ulcera gastrica



Grafica No 2
Incidencia comparativa de ulcera y carcinoma gastricos
por edades



Evolución:

Esta varía en forma muy apreciable, desde un mes hasta 34 años, con predominio de casos entre los primeros diez años. Hay que considerar un factor de error en los datos después de los cinco años, ya que hay tendencia a "redondear" la cifra. Después de los seis años es más fácil decir diez y en pasando de los 16, se tiende a decir 20 o más. La evolución del carcinoma es mucho más corta. El 50% de los casos de carcinoma gástrico, se encuentran entre un mes y 2 años de evolución, y entre éstos, la mitad están entre uno y seis meses (20% del total).

Localización:

En la literatura se tiene como clásico el concepto de la localización principal de la úlcera gástrica a lo largo de la pequeña curvatura. En nuestros casos el 50.3% se localizaron en los 15 ctms. distales de la pequeña curvatura. Sigue en orden de frecuencia el antro pilórico con el 30.4%. Ver cuadro N° 2. Hubo casos de úlcera péptica en la gran curvatura y uno en la región del cardias.

CUADRO N° 2
Localización de úlceras y carcinomas gástricos

Dist. pliegue pilórico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	sin inf.	%	
<i>Úlceras</i>																		
Nº casos en P. C.	3	10	9	8	8	8	9	11	4	2	3	1	1	1	1	54	05.3	
cara ant.				2	1			1									21	9.4
cara post.	2	1		2	2	1	1									1	12	11.
región pilórica																	37	14.
cardias																	1	
gran curvatura																	4	
<i>Carcinomas</i>																		
Peq. curvatura		1	1	1	1												47	36.
antro																	63	46.
gran curvatura																	9	
fundus																	1	
cardias																	4	

Algunos autores tienen como sitio más frecuente la región yuxtapilórica.

La preferencia de las úlceras pépticas por la pequeña curvatura,

da bases a la teoría de la vascularización deficiente del *ulcus angularis*, por la tensión que sobre las ramas de la arteria gástrica izquierda produce la posición de pies de la especie humana.

Es difícil precisar el sitio de origen de los carcinomas gástricos porque cuando se operan, la invasión, en la mayoría de los casos, se ha extendido a ambas caras del estómago. En general, hay predilección por la región antral. Cuadro N° 2. La localización no se puede tomar como signo de importancia para el diagnóstico diferencial entre úlcera y carcinoma gástricos.

Tamaño:

El tamaño de la úlcera péptica varió entre 1 milímetro y 8 ctms. de diámetro. El 69.8% están entre 0.5 y 1.5 ctms. de diámetro. El tamaño de la úlcera no guarda relación con su transformación maligna.

La úlcera péptica duodenal, tiende a ser más pequeña. El carcinoma gástrico produce ulceraciones más grandes. Ver Cuadro N° 3 y Gráfica N° 3.

CUADRO N° 3

Tamaños comparativos de úlceras y carcinomas

Diámetr. ctms.	0	1.1	2.1	3.1	4.1	5.1	6.1	7.1	8.1	9.1	10.1	11	12	13	14	15
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
<i>Úlceras</i>																
N° de casos	45	100	28	6	7	3	1		2	1						
<i>Carcinomas</i>																
N° de casos	1	8	13	11	14	11	8		15	8	7	1	4	1	1	1

En nuestros casos el 82.2% de las úlceras pépticas gástricas fueron solitarias y sólo el 8.2% dobles. Hubo siete casos de úlcera triple y uno en que había seis úlceras. Estas eran agudas y sólo interesaban la mucosa. En general, las úlceras agudas tienden a ser múltiples y las crónicas solitarias. Cuadro N° 4.

Evolución:

Esta varía en forma muy apreciable, desde un mes hasta 34 años, con predominio de casos entre los primeros diez años. Hay que considerar un factor de error en los datos después de los cinco años, ya que hay tendencia a "redondear" la cifra. Después de los seis años es más fácil decir diez y en pasando de los 16, se tiende a decir 20 o más. La evolución del carcinoma es mucho más corta. El 50% de los casos de carcinoma gástrico, se encuentran entre un mes y 2 años de evolución, y entre éstos, la mitad están entre uno y seis meses (20% del total).

Localización:

En la literatura se tiene como clásico el concepto de la localización principal de la úlcera gástrica a lo largo de la pequeña curvadura. En nuestros casos el 50.3% se localizaron en los 15 ctms. distales de la pequeña curvadura. Sigue en orden de frecuencia el antro pilórico con el 30.4%. Ver cuadro N° 2. Hubo casos de úlcera péptica en la gran curvadura y uno en la región del cardias.

CUADRO N° 2
Localización de úlceras y carcinomas gástricos

Dist. pliegue pilórico ctms.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	sin inf.	%	
<i>Úlceras</i>																		
Nº casos en P. C.	3	10	9	8	8	8	9	11	4	2	3	1	1	1	1	54	05.3	
cara ant.				2	1			1								21	9.4	
cara post.	2	1		2	2	1	1								1	12	11.	
región pi-lórica																37	14.	
cardias																1		
gran curva-dura																4		
<i>Carcinomas</i>																		
Peq. cur-vadura		1	1	1	1											47	36.	
antro																63	46.	
gran curvadura																9		
fundus																1		
cardias																4		

Algunos autores tienen como sitio más frecuente la región yuxta-pilórica.

La preferencia de las úlceras pépticas por la pequeña curvadura,

da bases a la teoría de la vascularización deficiente del *ulcus angularis*, por la tensión que sobre las ramas de la arteria gástrica izquierda produce la posición de pies de la especie humana.

Es difícil precisar el sitio de origen de los carcinomas gástricos porque cuando se operan, la invasión, en la mayoría de los casos, se ha extendido a ambas caras del estómago. En general, hay predilección por la región antral. Cuadro N° 2. La localización no se puede tomar como signo de importancia para el diagnóstico diferencial entre úlcera y carcinoma gástricos.

Tamaño:

El tamaño de la úlcera péptica varió entre 1 milímetro y 8 ctms. de diámetro. El 69.8% están entre 0.5 y 1.5 ctms. de diámetro. El tamaño de la úlcera no guarda relación con su transformación maligna.

La úlcera péptica duodenal, tiende a ser más pequeña. El carcinoma gástrico produce ulceraciones más grandes. Ver Cuadro N° 3 y Gráfica N° 3.

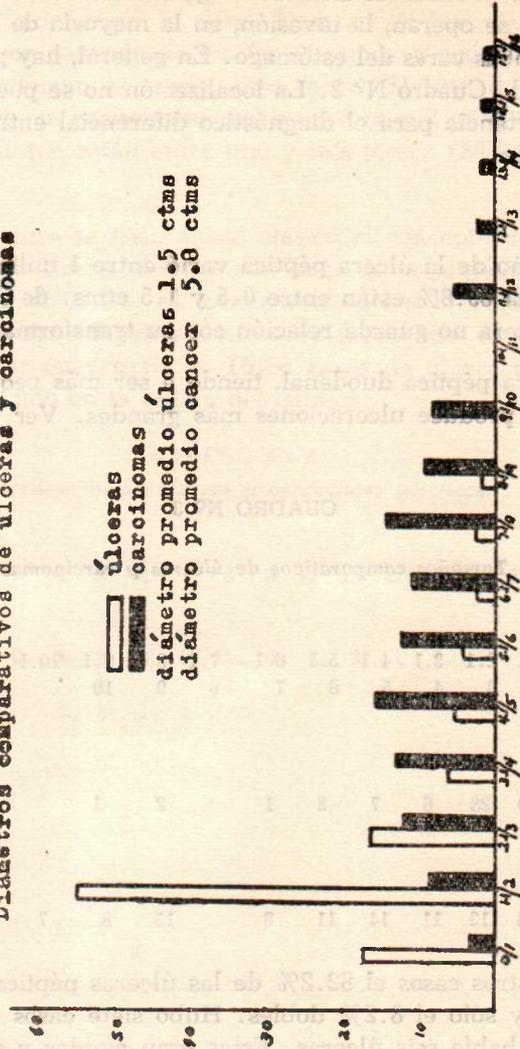
CUADRO N° 3

Tamaños comparativos de úlceras y carcinomas

Diámetr. ctms.	0	1.1	2.1	3.1	4.1	5.1	6.1	7.1	8.1	9.1	10.1	11	12	13	14	15
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
<i>Úlceras</i>																
N° de casos	45	100	28	6	7	3	1		2	1						
<i>Carcinomas</i>																
N° de casos	1	8	13	11	14	11	8		15	8	7	1	4	1	1	1

En nuestros casos el 82.2% de las úlceras pépticas gástricas fueron solitarias y sólo el 8.2% dobles. Hubo siete casos de úlcera triple y uno en que había seis úlceras. Estas eran agudas y sólo interesaban la mucosa. En general, las úlceras agudas tienden a ser múltiples y las crónicas solitarias. Cuadro N° 4.

Gráfico N.º 3
Díametros comparativos de úlceras y carcinomas



CUADRO Nº 4

Multiplicidad de las úlceras gástricas

	casos	%
1 úlcera	200	82.
2 úlceras	20	8.2
3 úlceras	7	
6 úlceras	1	

La forma de las úlceras pépticas, tiende a ser redondeada u oval y su profundidad varía de acuerdo con la destrucción de las capas del estómago. El fondo es granuloso y recubierto por exudado fibrinoso. Los bordes no son levantados, sino más bien, cortados a pico. La mucosa adyacente es hiperémica. La mayoría de las úlceras estudiadas, presentaba adherencias del epiplón a la serosa y engrosamiento fibroso de la subserosa. El 19.7% estaban perforadas a órganos vecinos (páncreas, hígado, colon transversa). En nueve casos se encontró que la úlcera estaba cicatrizada. En éstos, una hilera de células columnares cubre la zona en que la muscular se encuentra interrumpida por tejido fibroso y además, hay evidencia de infiltración inflamatoria en la "submucosa".

El cuadro histopatológico de úlcera péptica se caracteriza por: ulceración de la mucosa; base cubierta por tejido necrótico y tejido de granulación; reemplazo de la muscular por tejido fibroso; vasos con esclerosis y endoarteritis obliterante; infiltración linfocitaria y polimorfonuclear. La escasez o abundancia del tejido de granulación y del tejido fibroso, es índice de inactividad o actividad de la úlcera péptica.

Transformación maligna:

Sólo encontramos cuatro casos en nuestra serie, que constituyen el 1.4% de las úlceras y el 2.4% de los carcinomas. El criterio para diagnosticar tal cambio, es el mismo que Dible expuso en su informe a la Sociedad de Manchester. Este se basa en el reconocimiento del reemplazo fibroso de la muscular; esclerosis vascular con endoarteritis obliterante; origen del carcinoma en la mucosa adyacente e infiltración del tejido fibroso de la base.

Tan pronto como se reconoció el papel de la irritación crónica en la producción de los carcinomas, se trató de relacionar la úlcera péptica con el carcinoma gástrico. Los hermanos Mayo dieron comienzo a esta discusión académica, diciendo que el 54% de sus casos de carcinoma se

habían originado en úlceras pépticas (1907). En Inglaterra Sherren y Moynihan, siguieron a los Mayo. Algunos de los cambios que los Mayo consideraban como indicativos de carcinoma, eran los producidos por procesos inflamatorios crónicos con distorsión del epitelio.

Úlcera duodenal:

La úlcera duodenal se comprobó en sólo 24 casos, en el fragmento de duodeno adherido al estómago resecaado. En estos 24 casos los datos estadísticos están sujetos a error debido a lo pequeño de la serie. En cuanto a edad, el más joven tenía 14 años y el más viejo 66 años. Hubo predominio del sexo masculino (75%) sobre el femenino (25%). En el grupo de gastritis y estómagos normales había diagnóstico clínico o radiológico de úlcera duodenal en 131 casos, lo cual, hace subir el total de úlceras duodenales a 155. Esto nos da una relación úlcera gástrica duodenal de 1.56/1, que aparentemente significa una inversión de la proporción clásica. Esto no está de acuerdo con las informaciones que nos dan la clínica y los Rayos X, por las circunstancias inherentes al tratamiento quirúrgico de la úlcera duodenal.

En el grupo de las gastritis con diagnóstico clínico o radiológico de úlcera duodenal se hicieron los siguientes diagnósticos:

Diagnóstico	casos
Gastritis crónica	36
Gastritis crónica atrófica	12
Gastritis crónica hipertrófica	2
Gastritis crónica ulcerada	1
Gastritis con granuloma por hilos	1
Gastritis necrótica	1
Gastritis subaguda	1
Gastritis aguda	1

La incidencia por sexos en las gastritis guarda relación con la anotada en las úlceras.

En el grupo de los 580 estómagos estudiados se diagnosticaron los siguientes tumores gástricos:

- 1 — Derivados del mesénquima
 - a — benignos
 - 1—neurofibroma 1
 - b — malignos
 - 1—linfosarcoma 1
 - 2—leiomiomasarcoma 1
- 2 — Derivados del epitelio

HOSPITAL DE SAN VICENTE DE PAUL
SERVICIOS DE RAYOS X

Resumen estadístico del radiodiagnóstico Gastro-Duodenal

EXAMENES DE ESTOMAGO Y DUODENO

AÑOS	Nº de pa- cientes exa- minados con Rayos X	Total de e- xámenes de Estómago y Duodeno	Casos Nor- males	Casos de úlcera gás- trica	Casos de úlcera duo- denal	Casos de Estenosis	Anastomosis Examinadas	Casos de úl- cera en a- nastomosis	Casos de Fístulas Pre o Post-ope- ratoria	Otros casos Patológicos
1931-32	410	107	61	5	25	1	2	0	1	12
1933	357	110	54	8	26	3	3	0	0	16
1934	186	60	33	2	10	5	1	0	0	9
1935	384	119	53	15	17	10	5	0	0	23
1936	515	131	54	14	30	11	1	0	0	20
1937	605	128	57	6	29	8	1	1	0	29
1938	738	138	66	8	24	12	2	1	0	29
1939	797	125	60	8	28	8	4	2	0	22
1940	897	151	71	7	35	6	6	0	0	32
1941	991	154	76	14	25	9	7	4	0	19
1942	817	129	55	8	35	9	5	1	0	16
1943	892	126	51	9	33	3	6	1	0	24
1944	1.235	189	89	20	34	2	6	1	0	37
1945	1.520	166	83	16	31	9	5	1	0	29
1946	1.561	156	99	16	17	9	3	1	0	14
1947	2.639	248	140	16	52	9	11	0	0	35
1948	2.915	361	195	55	71	10	13	0	0	32
1949	3.385	381	192	25	73	13	19	0	0	72
1950	6.039	606	313	47	114	31	23	0	1	139
1951	8.504	842	527	50	140	28	21	2	3	168
1952	8.909	1.011	474	47	177	43	155	0	4	349
Totales en 21 años	44.294	5.438	2.803	396	1.026	239	299	15	9	1.113

a — malignos	158
carcinoma mucoso	11 %
adenocarcinoma	50.2%
limitis plástica	13.6%
carcinoma indif.	17 %
b — Carcinoide	1
	<hr/>
Total	161

ANOTACIONES RADIOLOGICAS SOBRE LAS ULCERAS GASTRICA Y DUODENAL

Información Estadística tomada de los archivos del Departamento de Radiología del Hospital de San Vicente de Paúl.

Oriol Arango, M. D. M. Sc.

Benjamín Pérez M., M. D.

Jefes del Servicio de Radiología del Hospital de San Vicente de Paúl.

El principal objeto de esta comunicación es el de presentar las estadísticas del Departamento de Radiología del Hospital de San Vicente de Paúl en relación a las úlceras gástrica y duodenal. Sin embargo hemos querido antes de transcribir tales estadísticas, hacer un somero comentario sobre el diagnóstico radiológico de las mencionadas afecciones gastro-duodenales.

Los primeros intentos para el diagnóstico radiológico de la úlcera gástrica se le deben a Hemmeter, quien en 1906 trató de demostrar experimentalmente que tales úlceras podían ser visualizadas por los Rayos X y al efecto hizo una serie de experimentos en conejos y gatos. Posteriormente Reiche en 1909 tuvo ocasión de examinar un paciente con sintomatología gástrica, a quien le pudo demostrar un nicho ulceroso.

El diagnóstico radiológico de la úlcera gástrica, así como de la duodenal está basado en los signos directos e indirectos. Los signos di-

rectos, o mejor dicho el único signo directo, ya que en realidad de verdad no hay sino uno, lo constituye el nicho. En el estómago éste se manifiesta como una imagen sobreagregada al contorno gástrico, en forma de una pequeña bolsa y de tamaño más o menos grande según el caso. (Fig. N° 1). En el duodeno en algunos casos se visualiza el nicho en forma semejante a la del estómago pero en la mayoría de las veces aquél se ve como un pequeño punto en donde se hace más visible el medio de contraste, especialmente bajo la acción de la compresión y hacia el cual tienden a converger los pliegues mucosos. (Fig. N° 3). En el estómago también puede verse esta imagen, pero desde luego que no con tanta frecuencia como el nicho ya descrito antes. (Fig. N° 1).

El examen radiológico del estómago y el duodeno es uno de los que más pericia requiere y a veces es necesario practicar numerosos exámenes antes de poder llegar a una conclusión definitiva.

Debido a la gran variedad de localizaciones tanto de la úlcera gástrica como de la duodenal, no es posible hacer el examen en posiciones "standard" y así vemos que es necesario examinar el paciente en Postero Anterior, lateral, oblicuas derecha e izquierda, así como el cambio de la posición vertical a la horizontal. En la primera se puede en muchos casos visualizar un nicho con nivel líquido, lo cual indica, sin que sea absolutamente definitivo, que se trata de una úlcera perforante, o sea aquella que ha penetrado todas las capas gástricas o duodenales y cuyo fondo está constituido por adherencias, por la cara inferior del hígado o por el páncreas. En casos de perforación, sin tener en cuenta el accidente agudo, se verá un fleco de medio de contraste que se extenderá a una distancia más o menos grande del estómago o del duodeno según el caso.

La compresión, especialmente al estudiar la mucosa, es muy importante porque con alguna frecuencia es la única manera de demostrar un nicho tanto en el estómago como en el duodeno. (Figs. 1-3).

La localización de la úlcera la consideramos por separado en el estómago y en el duodeno. En el primero dicha lesión se observa en el mayor porcentaje a todo lo largo de la curvatura menor. La localización en la curvatura mayor es bastante más rara y cuando allí se le ve, se le debe considerar como muy probablemente maligna. En el duodeno, el nicho se puede demostrar según Akerlund en un 60% de los casos tal como ocurrió en sus series y la localización es también más frecuente del lado de la curvatura menor. La compresión, como en el estómago, permite visualizar los nichos en las caras anterior o posterior y además demostrar edema de vecindad cuando éste existe.

Las posibilidades de demostrar el nicho ulceroso son mayores cuando el examen se verifica estando el paciente con una sintomatología franca; sin embargo, si éste se lleva a cabo al aparecer los primeros síntomas, el nicho puede ser muy superficial para que sea demostrable. Nosotros creemos que una hemorragia reciente no contraindica el examen y en muchos de estos casos puede verse el nicho; además la hemorragia puede ser debida a otra causa tal como un neo, por lo cual no se justifica el aplazamiento de aquél.

Las lesiones pilóricas y prepilóricas se localizan en el píloro mismo o en sus vecindades.

El diagnóstico diferencial del nicho ulceroso debe hacerse: 1º con el divertículo gástrico, lo cual es relativamente fácil ya que el divertículo generalmente se localiza en la parte alta del estómago, cardias, y hacia la pared posterior, localización rara para lesiones ulcerosas; además el divertículo presenta una especie de cuello o garganta ausente en la úlcera.

2º Con el neoplasma ulcerado.

Si se trata de un nicho sumergido, es decir, de un nicho cuyo fondo está por dentro del contorno gástrico, el diagnóstico corresponde seguramente a un neo ulcerado, el cual da imagen de menisco tal como la describió Carman. Cuando hay un nicho plano, semejante al del duodeno, la convergencia de los pliegues mucosos es muy importante, ya que en el caso de una simple úlcera aquellos llegarán hasta el cráter mismo (Fig. N° 1); en caso de neo ulcerado, dichos pliegues se detendrán a distancia de él. La compresión y la mucosografía juegan aquí un papel primordial. En caso de lesión neoplásica avanzada, la dificultad será menor y la "imagen de defecto" ayudará considerablemente al diagnóstico. Los controles periódicos después de un tratamiento adecuado y de una dieta estricta, permiten también llegar a un diagnóstico. Las figuras Nos. 5 y 6 son un ejemplo bastante demostrativo a este respecto. El tamaño de la lesión ulcerosa no permite diferenciar sobre malignidad o benignidad, ya que un nicho pequeño puede corresponder a un neo y al contrario un nicho grande a una simple úlcera como es lo común. El problema de la transformación maligna de la úlcera gástrica está fuera de esta presentación.

Hay otra serie de detalles comunes al estómago y al duodeno, los cuales se podrían prestar a confusión, como son los divertículos yeyunales, especialmente los situados en la unión con el duodeno y más aún

cuando esta unión se hace a la altura de la curvatura menor (Fig. N° 2). Los pliegues mucosos duodenales pueden también aparecer en la curvatura menor como nichos y por último una onda peristáltica. Desde luego que todas las incidencias mencionadas solamente podrían hacer cometer tal error en caso de verificar el examen en una sola posición, pero con una fluoroscopia bien conducida, acompañada de los otros factores técnicos ya mencionados, tal error es imposible de ser cometido.

Los signos indirectos de úlcera deben ser considerados también separadamente. Es necesario tener en cuenta que ellos permiten en muchos casos llegar a un diagnóstico si no de certeza, al menos sí de una gran probabilidad, máxime cuando el mayor número de ellos está presente.

En el estómago se puede ver: 1º Incisura espástica de la curvatura mayor, la cual para que tenga valor debe ser permanente y en algunos casos, quizás en la mayoría se le ve coincidir con el nicho en la curvatura menor.

2º El dolor agregado al hallazgo anterior es también muy importante aun cuando no definitivo.

3º La irradiación de los pliegues mucosos a un punto determinado aun cuando no se vea el nicho mismo. Vimos cómo la manera de llegar estos pliegues mucosos al punto de la lesión, permiten juzgar sobre la benignidad o malignidad del proceso.

4º Las deformaciones gástricas pueden considerarse como otros signos indirectos de lesión ulcerosa. El estómago en reloj de arena puede ser de origen funcional por espasmo secundario a una úlcera o de origen orgánico por cicatrización de lesión ulcerosa; en este caso muchas veces se puede ver el nicho.

El estómago en reloj de arena puede confundirse con el estómago en cascada o con un neo esquirroso. La fluoroscopia aclara fácilmente el problema en el primer caso. En el segundo, el aspecto radiográfico zanja perfectamente la dificultad.

El estómago en caracol se puede ver como consecuencia de una úlcera de la pequeña curvatura, la cual ha retraído el antro y el bulbo duodenal hacia ella; cuando el proceso es crónico, el nicho generalmente no se ve.

La estenosis pilórica es generalmente secundaria a lesión orgánica en el canal pilórico, pero puede serlo también a un proceso crónico cicatrizante en el duodeno. La cicatrización a este nivel puede ocluir total o parcialmente el paso gastro-duodenal, causando una retención gástrica

más o menos grande según el caso. La evaluación de esta retención es muy importante para el diagnóstico diferencial.

En el duodeno los signos indirectos más característicos los constituyen las deformaciones del bulbo mismo. Cuando la lesión se sitúa en la curvatura menor, del lado de la curvatura mayor se verá una incisura espástica. En caso de un proceso más avanzado, la deformación es más típica, como por ejemplo la formación en trébol, a la cual acompaña casi siempre excentricidad del píloro (Fig. Nº 4). Fuera de esta deformación hay un sinnúmero más que varía con la localización de la úlcera. Cuando hay estenosis, se formará un pseudo divertículo en las vecindades de ella.

En presencia de una estenosis pilórica por úlcera duodenal crónica, habrá una dilatación más o menos grande del estómago y el bulbo mismo aparecerá fijo a consecuencia de las adherencias casi siempre presentes.

La espasticidad y la irritabilidad tanto del antro pilórico como del bulbo duodenal mismo, así como el peristaltismo invertido en el duodeno, son factores que también hablan en favor de la úlcera duodenal.

Al evaluar las deformaciones del bulbo duodenal, debe tenerse en cuenta que ellas pueden también ser secundarias a presión por la vesícula o las vías biliares normales como también a patología biliar.

Las lesiones tumorales del duodeno así como aquellas de vecindad, especialmente las del páncreas pueden deformarlo. Otras causas de deformación del bulbo duodenal, sin lesión orgánica del mismo, pueden ser las parasitosis intestinales, especialmente cuando éstas son de localización alta. En estos casos, a más de espasticidad e irritabilidad, habrá hipersecreción gástrica. Como es de observación frecuente entre nosotros, desparasitando estos pacientes, todo vuelve a la normalidad.

Úlceras pilórica y prepilórica

Las úlceras pilóricas y prepilóricas son bastante más difíciles de diagnosticar que aquellas en cualquier otro segmento del estómago. La dificultad estriba no sólo en su reconocimiento sino en la naturaleza misma de las lesiones, pues en estas zonas, tanto los procesos benignos como los malignos pueden dar imágenes de defecto y alteraciones en peristaltismo, las primeras por edema y espasmo y las segundas por verdadera infiltración neoplásica de las paredes. Fuera de ser difícil la diferenciación radiológica, debe tenerse en cuenta que la mayoría de las lesiones ulcerosas de esta localización son neoplásicas. Por esta razón el diagnóstico debe ser muy cauteloso.

En favor de benignidad hablan unos pliegues mucosos normales así como un peristaltismo presente en estas regiones. El tratamiento de prueba y los controles periódicos son de un valor inmenso. Es importante recalcar que el diagnóstico de certeza absoluta lo puede dar únicamente el examen anatomopatológico.

Coexistencia de úlcera gástrica y úlcera duodenal

El encontrar úlcera gástrica y úlcera duodenal en el mismo paciente no es muy frecuente; según Feldman en 1.000 de sus casos de úlcera duodenal, la coexistencia con úlcera gástrica fue de 5%. La Fig. N° 1 es un ejemplo bastante típico a este respecto.

Úlcera péptica post-operatoria

Como signo directo evidente está el nicho; las radiografías con compresión y con poco bario son de una trascendencia suma en este caso (Fig. N° 8). Como signos indirectos se verá irregularidad a nivel de la anastomosis, estrechez de la boca anastomótica, acompañada de retención gástrica anormal y además habrá dolor localizado despertado por la palpación; estos hallazgos que aisladamente son sugestivos, reunidos, o cuando la mayoría están presentes, son de gran valor.

Fístulas

Sin que sean de una ocurrencia muy frecuente, las fístulas se pueden presentar como complicaciones a cualquiera de las úlceras hasta aquí mencionadas. Su estudio se hará de acuerdo con los síntomas clínicos y sólo queremos mencionar el hecho de que siempre que se sospeche comunicación gastro cólica, ésta debe ser estudiada tanto por vía descendente como por vía ascendente, siendo esta la manera más factible de demostrarla. (Figs. 9-10).

El resumen hasta aquí presentado no tiene nada de original y su contenido se encuentra en las obras consultadas. Hemos querido presentarlo porque los conceptos allí expuestos son los que hemos seguido para el diagnóstico de las lesiones ulcerosas gástricas y duodenales. En tales diagnósticos están basados los datos estadísticos que a continuación nos permitimos presentar.

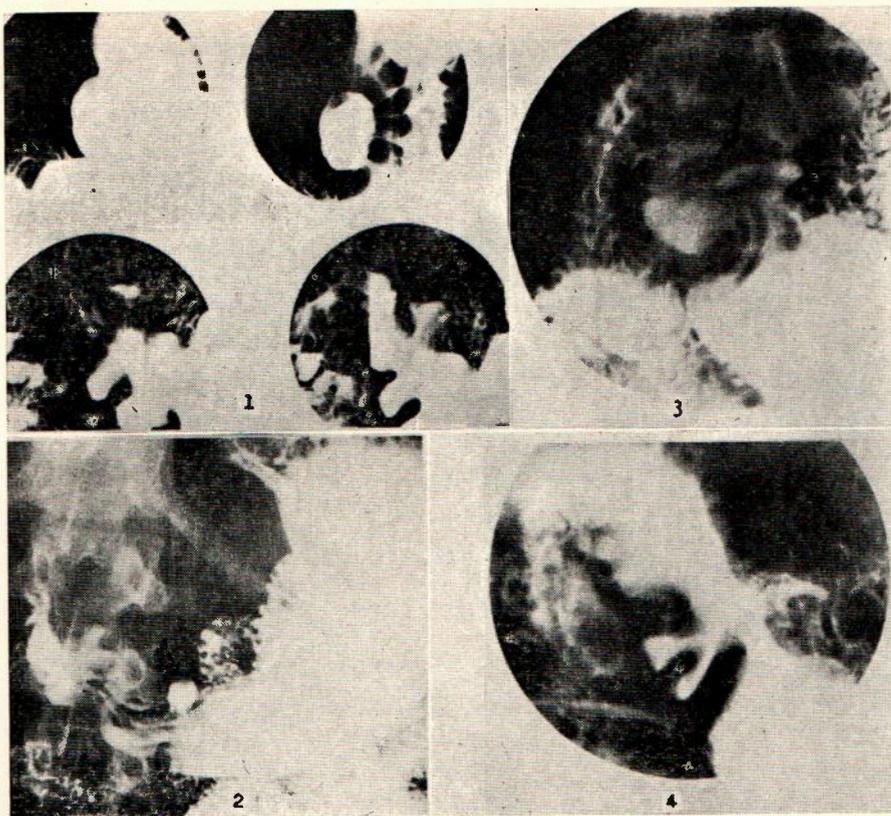


Fig. No. 1. — Las cuatro imágenes localizadas corresponden a un mismo paciente y representan: la de la esquina superior izquierda un nicho gigante de la pequeña curvadura, la de la esquina superior derecha el mismo nicho aislado por compresión, con lo cual se ven los pliegues mucosos. Las dos inferiores muestran el bulbo duodenal típicamente reformado por úlcera y además pequeños divertículos en el duodeno.

Fig. No. 2. — Divertículo duodenal semejando un nicho gástrico.

Fig. No. 3. — Nicho ulceroso duodenal con convergencia de pliegues demostrados por compresión.

Fig. No. 4. — Bulbo duodenal típicamente deformado por úlcera.

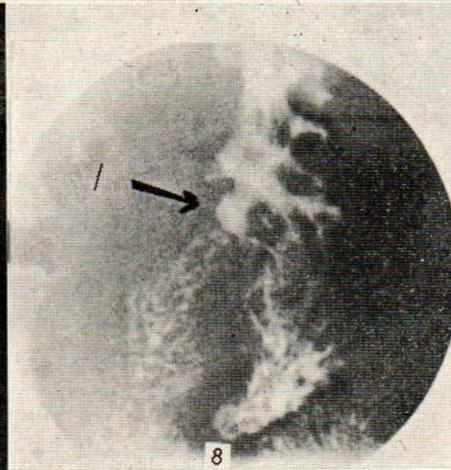
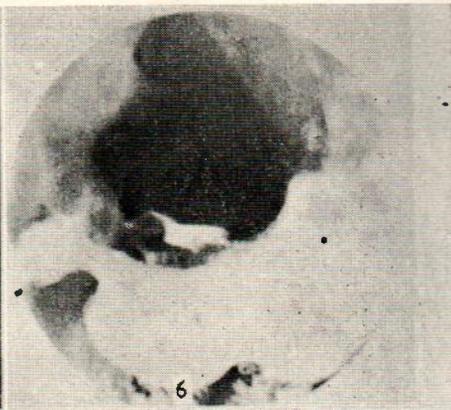
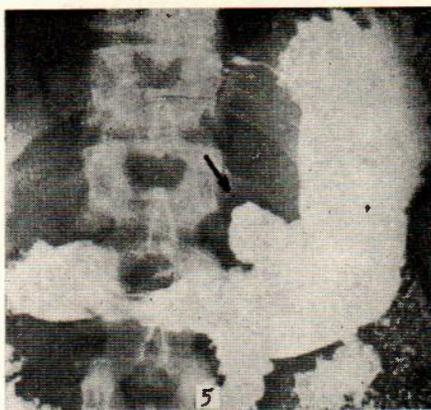


Fig. No. 5. — Nicho gigante de la pequeña curvatura.

Fig. No. 6. — Radiografía localizada del caso anterior después de un mes de dieta y tratamiento. Diagnóstico anatomopatológico postoperatorio retículo-sarcoma.

Fig. No. 7. — Mucosograma normal de una gastroenteroanastomosis.

Fig. No. 8. — Úlcera marginal con nicho demostrado mediante compresión.

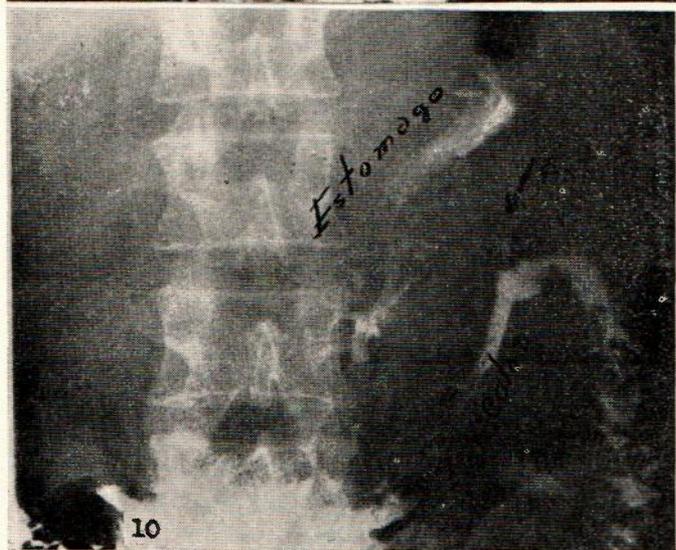


Fig. No. 9. — Fistulas duodeno-biliar por úlcera duodenal. Obsérvese el colédoco completamente lleno con el bario.

Fig. No. 10. — Fistula gastrocólica demostrada mediante enema.

BIBLIOGRAFIA

- BOCKUS, HENRY L., M. D. - Gastroenterology. W. B. Saunders Co. Philadelphia, London 1946, Vol I.
- BUCKSTEIN JACOB, M. D. The Digestive Tract in Roentgenology. J. B. LIPPINCOTT and Co. Philadelphia, London, Montreal 1948.
- FELDMAN MAURICE, M. D. Clinical Roentgenology of the Digestive tract. The Williams and Wilkins Co. - Baltimore 1945.
-

INFORMACION ESTADISTICA TOMADA DE LOS ARCHIVOS DEL SERVICIO DE RAYOS X DEL HOSPITAL DE SAN VICENTE DE PAUL DE MEDELLIN

La información estadística que a continuación nos vamos a permitir presentar corresponde a los veintiún años consecutivos de trabajo en el Servicio de Rayos X del Hospital de San Vicente de Paúl contados a partir del 14 de julio de 1931, fecha en la cual se iniciaron las labores. El cuadro número 1 es un resumen estadístico de los exámenes radiológicos gastro-duodenales verificados hasta el 31 de diciembre de 1952; en él está incluido el número total de pacientes examinados a fin de dar una idea del volumen de trabajo que allí se ejecuta. En las distintas casillas se encuentran: 1º total de exámenes de estómago y duodeno; 2º casos normales; 3º casos de úlcera gástrica; 4º casos de úlcera duodenal; 5º casos de estenosis; 6º Anastomosis examinadas; 7º casos de úlcera en anastomosis; 8º casos de fístula pre o post-operatoria; 9º otros hallazgos patológicos.

La gráfica Nº 1 muestra el aumento progresivo del número de pacientes examinados por años.

Las gráficas Nos. 2-3-4 y 5 representan: La primera el número de exámenes del estómago y duodeno por años; la segunda el número de casos normales; la tercera el número de casos de úlcera gástrica y la cuarta el número de casos de úlcera duodenal.

El cuadro número 2 muestra la frecuencia relativa de las diversas entidades patológicas. La información más precisa que de él se puede obtener corresponde a los porcentajes en veintiún años, porcentajes que son de gran valor ya que el período en el cual se obtuvieron, así como el número total de casos de estómago y duodeno examinados son de consideración. El mayor porcentaje de las úlceras con relación al total de exámenes de estómago y duodeno corresponde a la duodenal

que llega a 18.8%, siguiéndole la gástrica con un porcentaje de 7.3% con relación al mismo número de exámenes.

La relación úlcera gástrica a úlcera duodenal es de 38.5% sin tener en cuenta los casos de estenosis pilórica, la mayoría de los cuales es casi siempre debida a úlcera duodenal. En términos generales podemos decir que tal relación es más o menos de 1 a 3, proporción bastante más alta que la observada en otros países. Según Feldman tal relación es de 1 a 10 en diagnóstico radiológico. Buckstein y Feldman citan los estudios de autopsia verificados por Stewart, Hart, Portis y Jaffe, en los cuales ellos encontraron que la úlcera gástrica aparecía en igual proporción a la duodenal o que aquélla era aún más frecuente que la última.

Los mismos autores citan a Cleland, quien en 5.070 autopsias encontró 110 úlceras gástricas y 70 duodenales. Este mismo autor, Cleland, anotó que el número de úlceras gástricas y duodenales era igual hasta los 50 años de edad y que de allí en adelante la proporción de úlceras gástricas aumentaba considerablemente en relación a las duodenales. Estos hallazgos, comenta Buckstein, son opuestos a los quirúrgicos y radiológicos, según los cuales la úlcera duodenal es considerablemente más común que la gástrica; él da como posible explicación de ello el hecho de la mayor tendencia de las úlceras gástricas a la curación espontánea y además considera que muchas de estas lesiones son tan superficiales que no se pueden demostrar quirúrgicamente o a los Rayos X. La cifra encontrada por nosotros es por demás interesante y según ella en nuestro medio es bastante más frecuente la visualización radiológica de la úlcera gástrica que en otros países. La explicación exacta de ello no la conocemos, pero se nos ocurre que debe haber un factor que impida o al menos dificulte la curación espontánea, ya que podríamos afirmar sin lugar a equivocarnos que el diagnóstico radiológico de tales úlceras se basó 100% en la visualización del nicho, lo que presume una lesión más o menos avanzada. Otra hipótesis que también podría explicar este hallazgo es la del tratamiento precoz. En países más avanzados que el nuestro, los pacientes recurren al examen radiológico al aparecer los primeros síntomas, época en la cual como ya lo mencionamos, generalmente las úlceras no son demostrables; sin embargo el paciente es tratado bajo experta vigilancia y por consiguiente la lesión que no fue demostrable puede o seguramente cura. En nuestro país los pacientes recurren indiscriminadamente a los medicamentos comunes y solamente cuando los síntomas son muy severos entonces si acuden al médico. Es entonces cuando seguramente ya no es difícil demostrar el nicho ulceroso. Sería interesante estudiar las estadísticas de los demás Servicios

Radiológicos del País a fin de ver si tal proporción es constante y en tal caso investigar hasta encontrar la razón para ello.

Igualmente interesante sería estudiar las estadísticas de los Servicios de Anatomía patológica a este respecto.

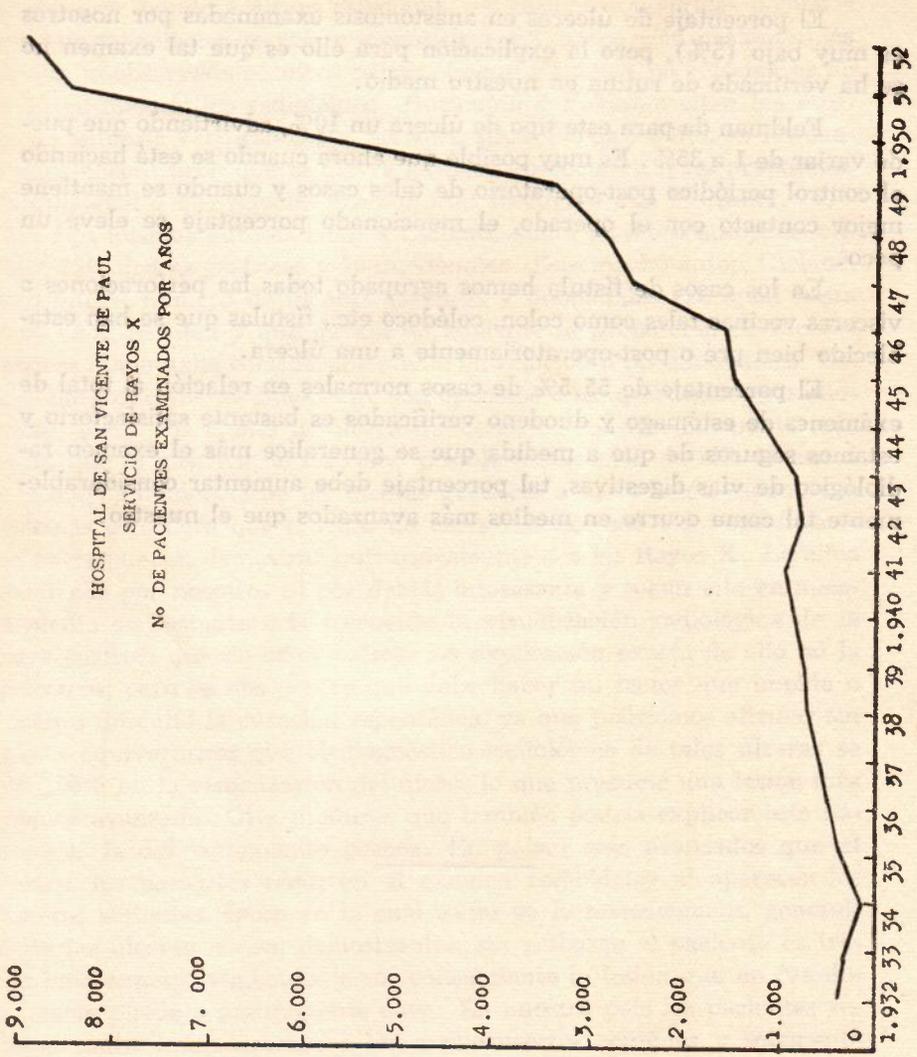
El porcentaje de úlceras en anastomosis examinadas por nosotros es muy bajo (5%), pero la explicación para ello es que tal examen no se ha verificado de rutina en nuestro medio.

Feldman da para este tipo de úlcera un 10%, advirtiendo que puede variar de 1 a 35%. Es muy posible que ahora cuando se está haciendo el control periódico post-operatorio de tales casos y cuando se mantiene mejor contacto con el operado, el mencionado porcentaje se eleve un poco.

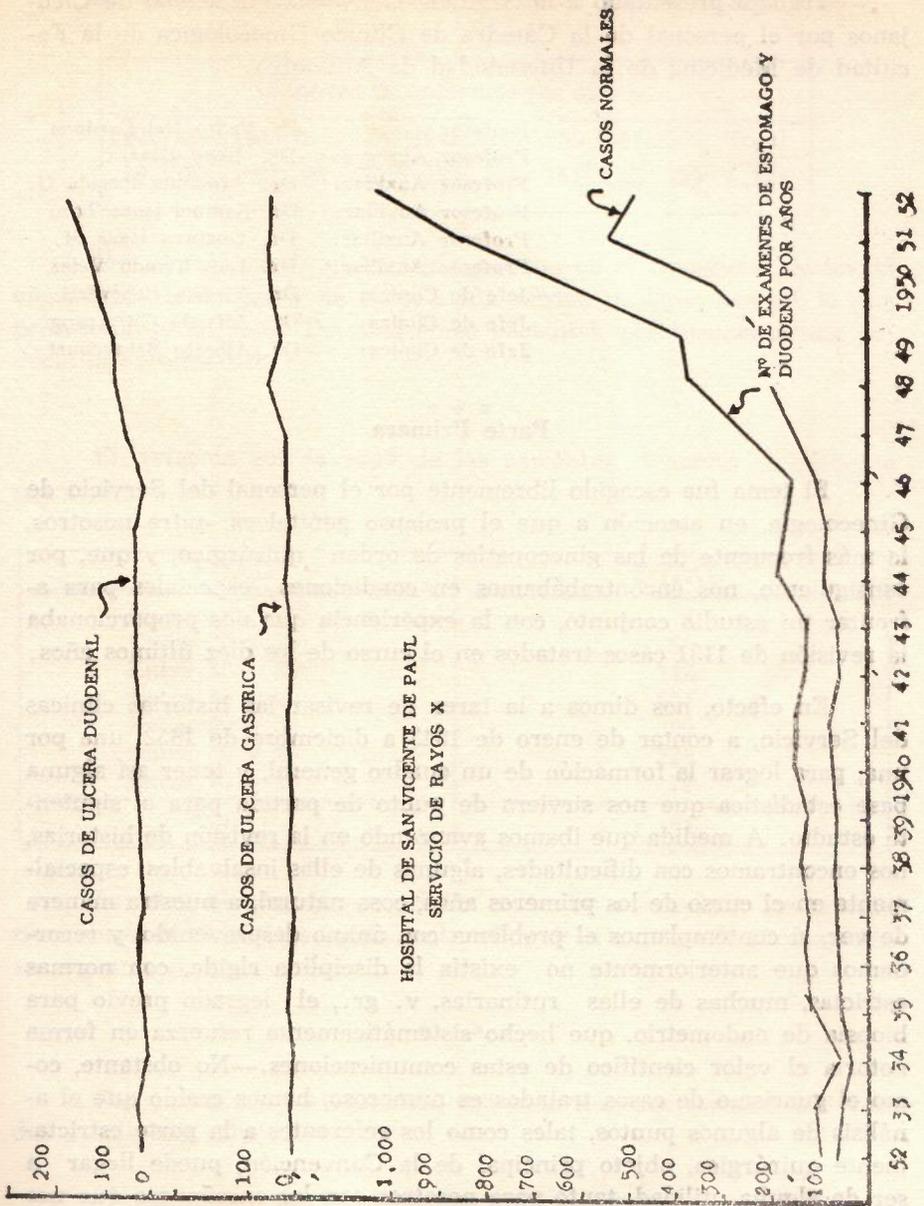
En los casos de fístula hemos agrupado todas las perforaciones a vísceras vecinas tales como colon, colédoco etc., fístulas que se han establecido bien pre o post-operatoriamente a una úlcera.

El porcentaje de 55.5% de casos normales en relación al total de exámenes de estómago y duodeno verificados es bastante satisfactorio y estamos seguros de que a medida que se generalice más el examen radiológico de vías digestivas, tal porcentaje debe aumentar considerablemente tal como ocurre en medios más avanzados que el nuestro.

GRAFICA Nº 1



GRAFICAS Nros. 2-3-4 y 5



TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL PROLAPSO GENITAL

Trabajo presentado a la Segunda Convención Nacional de Cirujanos por el personal de la Cátedra de Clínica Ginecológica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Profesor	Dr. Pedro Nel Cardona
Profesor Agregado:	Dr. René Díaz C.
Profesor Auxiliar:	Dr. Armando Posada G.
Profesor Auxiliar:	Dr. Samuel Isaza Toro
Profesor Auxiliar:	Dr. Gustavo Isaza M.
Profesor Auxiliar:	Dr. Luis Tirado Vélez
Jefe de Clínica:	Dr. Vinicio Echeverri
Jefe de Clínica:	Dr. Alfredo Gil Arango
Jefe de Clínica:	Dr. Alberto Betancourt

Parte Primera

El tema fue escogido libremente por el personal del Servicio de Ginecología, en atención a que el prolapso genital es, entre nosotros, la más frecuente de las ginecopatías de orden quirúrgico, y que, por consiguiente, nos encontrabáramos en condiciones especiales para afrontar un estudio conjunto, con la experiencia que nos proporcionaba la revisión de 1131 casos tratados en el curso de los diez últimos años.

En efecto, nos dimos a la tarea de revisar las historias clínicas del Servicio, a contar de enero de 1943 a diciembre de 1952, una por una, para lograr la formación de un cuadro general, y tener así alguna base estadística que nos sirviera de punto de partida para el siguiente estudio. A medida que íbamos avanzando en la revisión de historias, nos encontramos con dificultades, algunas de ellas insalvables, especialmente en el curso de los primeros años, cosa natural, a nuestra manera de ver, si contemplamos el problema con ánimo desprevenido, y recordamos que anteriormente no existía la disciplina rígida, con normas estrictas, muchas de ellas rutinarias, v. gr., el legrado previo para biopsia de endometrio, que hecho sistemáticamente refuerza en forma notoria el valor científico de estas comunicaciones.—No obstante, como el guarismo de casos tratados es numeroso, hemos creído que el análisis de algunos puntos, tales como los referentes a la parte estrictamente quirúrgica, objeto principal de la Convención, puede llegar a ser de alguna utilidad, tanto para nosotros con las enseñanzas que nos

aporten los cirujanos de otros centros, como para ellos, cuando comparemos nuestros métodos y los resultados obtenidos.

El número de casos, tratados, en el servicio es el siguiente:

Número de enfermas por año										
1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	Total
59	70	83	93	123	134	143	151	142	133	1.131

Por el servicio de ginecología pasaron en el transcurso de los 10 años, 5.557 enfermas, y de ellas, 1.131 sufrían prolapso genital, lo que representa el 20.35%. De cada cinco pacientes, prácticamente una padecía la enfermedad.

* * *

En relación con la edad de las pacientes tenemos el siguiente pormenor:

EDAD	TOTAL
Menores de 20 años	4
Entre 20 y 29	50
Entre 30 y 39	148
Entre 40 y 49	324
Entre 50 y 59	309
Entre 60 y 69	224
Entre 70 y 80	72
Total	1.131

Las dos décadas comprendidas entre los cuarenta y los sesenta años absorben el 56% de las pacientes. Por debajo de los 20 años apenas se registraron cuatro casos.

* * *

Con relación al estado civil, 695 eran mujeres casadas, 306 viudas y sólo 130 solteras.

El número de partos influyó en la siguiente forma:

Número de partos	Total en los 10 años
1	105
2	78
3	93
4	84
5	85
6	92
7	78
8	72
9	79
10	65
11	72
12	73
13	44
14	37
15	16
16	7
17	8
más de nulíparas 18	12
	40
Total	1.131

Llama la atención que el mayor guarismo, (105) corresponde a las pacientes que sólo tuvieron un solo parto. En seguida tenemos los números 93 y 92, y corresponden a las tres y seis partos respectivamente. Los números menores de la serie, que fueron 7 y 8, se refieren a las multíparas de 15 y 16 respectivamente. Es obvio que el número de pacientes con 15 y 16 hijos es muy escaso, y que no sería lógico hacer deducciones al respecto.

Las nulíparas pagaron el tributo con 40 casos en nuestra serie, o sea el 3.5%.

* * *

Aunque la relación entre el aborto y el prolapso genital no parece muy estrecha, hemos querido acompañar el cuadro siguiente, por juzgarlo de algún interés. En efecto, uno de los principales factores etiológicos del aborto es, en nuestro concepto, la hipoplasia genital, la

cual a su vez, es también causa de importancia en la patología del Prolapso.

Con esta previa explicación, veamos el cuadro siguiente:

Número de Abortos	Total de casos
1	260
2	145
3	100
4	59
5	23
6	14
7	8
8	4
9	2
más de 10	9
Total	624

De las 1.131 enfermas de la serie que estudiamos 624 sufrieron abortos, lo que equivale al 55%.

El mayor número (260) correspondió a pacientes que habían sufrido un solo aborto, o sea el 23% de la serie total y el 41. % en la serie total de los abortos.

* * *

En el Servicio de Ginecología seguimos la clasificación universal, para diagnosticar el grado clínico del Prolapso, en grados primero, segundo y tercero, de acuerdo con el descenso del útero: Si baja hasta el introito, grado primero; cuando llega hasta el nivel de los genitales externos, sin sobrepasarlos, grado segundo; y si se exterioriza la hernia pelviana, en forma tal que se palpe el útero completamente fuera de los genitales, grado tercero.

GRADO CLINICO	
Primero	77
Segundo	372
Tercero	626
No anotado	56
	1.131

Al revisar las historias en su fuente, hallamos que los no clasificados que son 56 (5%) corresponden a casos de cistoceles y rectocele, con muy pequeño descenso uterino.

El mayor número corresponde al prolapso de tercer grado, con 626 casos que equivalen al 55.3% del total, vale decir, más de la mitad de los casos tratados. Los de grado segundo fueron 327 o sea, el 32.9%; en cambio los de primer grado tan sólo fueron 77, es decir el 6.8%.

La hysterometría es factor importante en el estudio clínico del prolapso. La amputación del cuello es decisiva cuando la hysterometría es mayor de 7 cms. Las recidivas después del tratamiento quirúrgico son influencias en la mayoría de las veces por la omisión de este tiempo importantísimo en cualquiera de las técnicas adoptadas.

En el Servicio de Ginecología se le da importancia especial a la hysterometría, como orientadora del tratamiento.

En nuestra serie hubo 181 casos con hysterometría de 7 cms., (16%); de 5 a 6 cms., hubo 17 y 16 casos respectivamente (1.5% y 5.4%). Por los números relativos anotados se puede apreciar que solo el 22.9% de los casos llegan al quirófano en condiciones de operabilidad, sin indicación de la amputación del cuello. En cambio, en 725 casos, nuestras pacientes presentaban aumento de su cavidad cérvico-uterina, entre 8 y 15 cms., lo que equivale al 64.1%.

En 147 de las pacientes, no quedó consignado el dato preciso de la hysterometría, a pesar de que en la mayor parte de ellas, se hizo la amputación en el acto quirúrgico, lo que hace suponer que lógicamente hubo aumento de la hysterometría por encima de lo normal.

El estado clínico del cuello uterino es de extraordinaria importancia en los prolapsos.

ESTADO DEL CUELLO	
Sanos	630
Ulcerados	233
Erosionados	226
No existen cuellos	11
No anotados	30
Total	1.131

Con frecuencia las pacientes ingresan con ulceraciones extensas a nivel del cuello y de la pared vaginal. Estas enfermas se estaciona-

ron entre 15 y 60 días en el Servicio hasta llegar a su completa cicatrización. Los esfuerzos realizados por evitar esta ponderosa carga al Hospital han sido inútiles, toda vez que, sin reposo en cama, —y esto sólo se logra en medio hospitalario en esta clase social— la cicatrización es muy difícil. Además de clinoterapia, se hicieron cauterizaciones diarias con merthiolato, o solución de nitrato de plata, y mejor que todo, con tintura de yodo. En casos muy rebeldes se acudió a la electrocoagulación.

Los prolapsos de primero y segundo grado no presentaban ulceraciones; de modo que los 233 ulcerados correspondían a los de tercer grado. Como estos fueron 626, tenemos que el 37.2%, de los prolapsos de tercer grado llegaron ulcerados al Servicio.

Con erociones se registraron 226 casos, o sea, el 20% del total, repartidos por igual entre todos los grados. El promedio de cicatrización osciló entre 6 y 15 días, a condición de practicar diariamente alguno de los tópicos citados.

En el cuadro aparecen 31 casos no anotados, de los cuales 21 corresponden a los prolapsos de cúpula vaginal.

El estado del periné, bajo el punto de vista de su laceración, atrofia o desgarró, es importante en el estudio de la entidad patológica que comentamos. No es factor etiológico único y decisivo, pero sí figura entre las causales más importantes de la enfermedad.

De acuerdo con lo acostumbrado al respecto, clasificamos el periné, en continente, semicontinente y, por último, en periné incontinente, según que las estructuras anatómicas que lo forman estén bien desarrolladas y no laceradas, o al contrario, en mayor o menor grado de atrofia, laceración o desgarró.

El siguiente cuadro da una idea clara sobre el particular:

ESTADO DEL PERINE	
Continentes	62
Semicontinentes	148
Incontinentes	707
Desgarrados	161
No existen	1
No anotados	52
Total	1.131

Entre los 62 casos de periné continente, hubo 3 con desgarro de segundo grado, que cicatrizaron profundamente en perfectas condiciones, con recuperación del plan muscular del periné.

Ninguno de los desgarros perinales completos (de tercer grado) tratados en el servicio en el curso de los 10 años, se acompañó de prolapso genital definido.

En 117 de las pacientes se encontró flujo abundante (10%). Quedan aquí incluidos los correspondientes a 13 casos con neoplasias malignas, y aquellos con flujos abundantes en ulceraciones extensas.

Flujo escaso se encontró en 663 pacientes, de las cuales un alto porcentaje (68) correspondía a pérdidas vaginales de carácter inespecífico, o flujo banal.

FLUJOS	
Abundantes	117
escaso	663
sin flujo	351
Total	1.131

Como se ve, sin flujo de ninguna especie hubo 351 casos, correspondientes a pacientes con prolapso de tercer grado, en menopausia, con epitelio atrofiado y semicornificado, de apariencia dura y seca y que representan el 31% de la serie total.

Con el fin de aclarar algunas situaciones dudosas en relación con la coexistencia del carcinoma genital en el prolapso, se practicaron 173 estudios histopatológicos, con el siguiente resultado:

BIOPSIAS										
1943	1944	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	Total
0	10	7	5	17	22	22	19	24	47	173

En 1944 se encontró un carcinoma cervical.

En 1945 un carcinoma a nivel de la horquilla vulvar.

En 1946 un fibrosarcoma uterino y un carcinoma cervical.

En 1947 dos carcinomas cervicales uterinos: un carcinoma de vagina y un carcinoma rectovaginal.

En 1948 un carcinoma del muñón cervical.

En 1949 dos carcinomas cervicales.

En 1950 un adenocarcinoma.

En 1951 y 1952 no se registraron casos con lesión maligna.

En total doce carcinomas y un fibrosarcoma. Los carcinomas cervicales fueron ocho: una adenosarcoma, y otras localizaciones tres. Total de carcinomas epiteliales, 12; además un fibrosarcoma.

El porcentaje general es de 1.15% y en relación al carcinoma cervical, de 0.7%.

Las técnicas seguidas como tratamiento quirúrgico en los casos que analizamos fueron las siguientes:

TECNICAS QUIRURGICAS	
Golpoperineorrafias	35
Histeroctomías vaginales	94
Op. de Halban	109
Op. de Manchester (Donald-Fothergill)	655
Colpoperineorrafias con fijación uterina	34
Op. Combinada de Spalding-Richardson	28
Op. de Le Fort	27
Op. de Schauta-Abadie (interposición)	22
Otras técnicas	43
Total	1.047

Como se puede apreciar, de los 1.131 casos de prolapsos, 84 no fueron intervenidos.

Entre las 655 operaciones de Manchester, 469 fueron con amputación de cuello, o sea, el 71.6%.

En capítulo aparte se hace un comentario, en apoyo de la conducta seguida en el Servicio, por la preferencia que se le ha dado a esta operación. En efecto, de las 1.047 intervenciones ejecutadas pa-

ra curación del prolapso, le correspondió un porcentaje de 62.5% al —Fothergill—.

La operación completa, es decir, incluyendo entre los tiempos operatorios la amputación del cuello, se practicó en 469 casos; y sin este tiempo, en 186.

La operación de Halban mereció todo nuestro fervor en los años de 1943, 1944 y 1945. Se practicaron en esos tres años 83 intervenciones. En 1946 empezamos con el Fothergill, con un récord de 55 intervenciones en el año, y después de un minucioso estudio comparativo, dimos la preferencia a esta última, claro está, sin abandonar del todo la operación de Halban. Todavía en 1946 se practicaron 11 intervenciones y 12 en 1947, para entrar en un período de receso relativo, del cual no hemos salido, por razones que más adelante tendremos oportunidad de comentar.

La Histerectomía vaginal para curación del prolapso era una de las operaciones más socorridas en el curso de los primeros 5 años del tiempo que comentamos. Los números absolutos fueron, a contar de 1943 a 1947, en su orden, 7,23, 31, 11, y 12, o sea un total de 84. En cambio, de 1948 a 1952 tan sólo se intervinieron 10 enfermas con esta técnica. La histerectomía ha perdido el auge de otros tiempos, y sólo la practicamos últimamente a título de excepción, en casos perfectamente definidos, v. gr., en el carcinoma. Nuestro desafecto por la histerectomía, entre otras razones, se funda en el hecho gravísimo del gran porcentaje de reproducciones registradas, vale decir, del prolapso de vagina consiguiente, como veremos más adelante.

La operación combinada de Spallding-Richarson es una magnífica intervención, que tiene sus indicaciones precisas, y que goza de merecida aceptación. Únicamente le encontramos acogida en 28 ocasiones, por ser un poco restringidas sus indicaciones, con la advertencia de que no nos dió un solo caso de reproducción.

La operación de Schauta-Abadie, o sea la interposición del cuerpo uterino entre la vejiga y la pared anterior de la vagina, conocida en Estados Unidos con el nombre de interposición de Watkins-Schauta, tuvo su auge en el Servicio, por los años de 1943, 1944 y 1945. El profesor francés Abadie tuvo la gentileza de practicarla personalmente en nuestro Servicio en el año de 1938. Amoldamos la técnica a sus enseñanzas, y a pesar de nuestra buena voluntad, optamos por abandonarla, a contar de 1946 en adelante. En esta reseña anotamos 22 intervencio-

nes. Al comentar las reproducciones se verá la razón de nuestra determinación al respecto.

La operación de Le Fort es suficientemente conocida. Nos apuntamos 17 intervenciones en los 10 años.

La combinación de la colpoperineorrafia con alguna de las fijaciones uterinas por vía abdominal, en pacientes jóvenes, con porvenir obstétrico a la vista, fue un recurso de táctica de gran significación y practicamos un total de 34 intervenciones.

Las plastias vaginales completadas con perineorrafia alcanzaron a 35.

Por último, hay un renglón titulado «otros tratamientos» con 41 intervenciones, y que comprende algunas técnicas para tratamiento del prolapso de cúpula vaginal, tales como la operación de Andrews, la operación de Brady y la de Le Fort modificada, por cuanto que los colgajos vaginales se hacen únicamente en la mitad posterior. También se incluyen allí la operación de Epstein y la de Alexander Adams. En la segunda parte del trabajo se estudia en detalle cuáles son las indicaciones de cada intervención quirúrgica.

Veamos en seguida lo referente a la anestesia usada en el Servicio en el curso de las intervenciones.

ANES TESIA	
Raquídea	935
General	59
Local	45
Combinada	8
Total	1.131

Es entendido que la anestesia raquídea es la ideal en esta clase de intervención, y que sólo la abandonamos en aquellos casos en donde no estaba indicada.

La operación de Le Fort generalmente la practicamos con anestesia local.

La mortalidad global fue de 0.76%, con un total de 8 muertes en 1.047 intervenciones. De estas 8 defunciones, 3 fueron consecuen-

ciales a la operación de Halban (dos uremias y una peritonitis); una, por Schauta-Abadie (sin autopsia); una, por operación de Le Fort (hemorragia por discrasia que no pudimos dominar); y 3 por shock anestésico: Un Fothergill, un Epstein y una Histerectomía vaginal, las tres en la época anterior a la fundación del Banco de Sangre.

Reproducciones. En el curso de los 10 años atendimos en el Servicio 52 prolapsos reproducidos. Dicho en otras palabras, 52 pacientes operadas para prolapso genital, algunas en el Servicio de Ginecología y otras fuera de él, acudieron en busca de curación por recidiva;

El siguiente cuadro da una idea global del problema.

REPRODUCCIONES:

Intervención	Nº de intervenciones	Reproducidas	%
Histerectomía vaginal	94	20	21.4
Schauta-Abadie	22	7	27.2
Op. de Halban	109	6	3.65
Fijación de Epstein	2	4	50.0
Op. de Fothergill	665	1	0.9
Colpoperineorrafias	35	6	8.5
Fijaciones uterinas y perineorrafias	32	3	21.8

A medida que iba corriendo el tiempo nos fuimos dando cuenta de cuáles intervenciones daban el mayor número de reproducciones, y fue así como nos vimos forzados a prescindir de algunas técnicas, tales como la histerectomía vaginal, que como anotamos anteriormente, en los últimos 5 años de esta serie sólo se hicieron 10, en un total de 94 en el curso de los 10 años.

Es de justicia anotar que de los 20 casos anotados como reproducciones por este concepto, doce habían sido operados fuera del Servicio de Ginecología, algunos de ellos en otras ciudades del país, caso en el cual, el número relativo de reproducciones, no es exactamente el de 21.4% como figura en el cuadro, sino de 8.5%. Sólo con el deseo de registrar el gran número de reproducciones, (prolapsos vaginales) consecuenciales a la histerectomía vaginal, nos animó a presentar el cuadro tal como está, con el fin de subrayar esta deficiencia notoria en

esta intervención. Conocemos perfectamente la operación de Mayo y las modificaciones ulteriores que a ella se han hecho (Heaney, etc.), que han sido las técnicas seguidas por nosotros en todos los casos.

La interposición de Scsauta-Abadie nos dió el 27% de recidivas, y por eso la hemos tenido abolida en los últimos 7 años.

Las plastias vaginales acompañadas de perineorrafia, nos dio un porcentaje de 8.5% de recidivas.

Las colpoperineorrafias y fijaciones uterinas, en mujeres jóvenes nos dieron el 21.% también y por esto tenemos esta intervención como táctica exclusiva para casos muy especiales.

La operación de Halban tan sólo nos ha dado el 3.65% de reproducción, número muy aceptable, pero por consideraciones ya anotadas al hablar de la mortalidad global, la practicamos muy poco en el Servicio.

La operación de Fothergill arrojó únicamente el 0.9% de recidivas; si a esto agregamos que la mortalidad fue sólo de un caso, y esto por shock anestésico, se comprende fácilmente que es la operación ideal para el tratamiento quirúrgico de la entidad patológica, motivo de esta comunicación.

Por el interés especial que tenemos en esta intervención, se revisaron las 6 historias correspondientes a las recidivas del Fothergill, y hallamos que 5 de las pacientes presentaban prolapso de grado tercero, y la otra, de grado segundo. Hacemos esta aclaración porque en concepto de la mayor parte de los autores, el Fothergill no está indicado en enfermas con grado clínico avanzado (3º), justamente por temor a la recidiva. La edad de las 5 pacientes anotadas, era de 45, 48, 50, 65, y 66 años. La de grado segundo tenía 65 años.

Es bueno recordar que el grado tercero, en la serie completa, alcanzó a 628. Si bien es cierto que no en todos los casos se hizo el Fothergill, si lo fue en número considerable. De donde podemos deducir que las indicaciones de esta operación se extienden no sólo a los grados primero y segundo sino también al grado tercero, aún en pacientes mayores de 60 años.

Aunque parezca innecesario queremos dejar explícita constancia que los datos anotados en la presente comunicación son la expresión fiel de las historias clínicas del Servicio de Ginecología, y que en lo referente a recidivas, pueden existir varios casos ambulantes o legados a otros servicios quirúrgicos, que desconocemos en absoluto.

ciales a la operación de Halban (dos uremias y una peritonitis); una, por Schauta-Abadie (sin autopsia); una, por operación de Le Fort (hemorragia por discrasia que no pudimos dominar); y 3 por shock anestésico: Un Fothergill, un Epstein y una Histerectomía vaginal, las tres en la época anterior a la fundación del Banco de Sangre.

Reproducciones. En el curso de los 10 años atendimos en el Servicio 52 prolapsos reproducidos. Dicho en otras palabras, 52 pacientes operadas para prolapso genital, algunas en el Servicio de Ginecología y otras fuera de él, acudieron en busca de curación por recidiva;

El siguiente cuadro da una idea global del problema.

REPRODUCCIONES:

Intervención	Nº de intervenciones	Reproducidas	%
Histerectomía vaginal	94	20	21.4
Schauta-Abadie	22	7	27.2
Op. de Halban	109	6	3.65
Fijación de Epstein	2	4	50.0
Op. de Fothergill	665	1	0.9
Colpoperineorrafias	35	6	8.5
Fijaciones uterinas y perineorrafias	32	3	21.8

A medida que iba corriendo el tiempo nos fuimos dando cuenta de cuáles intervenciones daban el mayor número de reproducciones, y fue así como nos vimos forzados a prescindir de algunas técnicas, tales como la histerectomía vaginal, que como anotamos anteriormente, en los últimos 5 años de esta serie sólo se hicieron 10, en un total de 94 en el curso de los 10 años.

Es de justicia anotar que de los 20 casos anotados como reproducciones por este concepto, doce habían sido operados fuera del Servicio de Ginecología, algunos de ellos en otras ciudades del país, caso en el cual, el número relativo de reproducciones, no es exactamente el de 21.4% como figura en el cuadro, sino de 8.5%. Sólo con el deseo de registrar el gran número de reproducciones, (prolapsos vaginales) consecuenciales a la histerectomía vaginal, nos animó a presentar el cuadro tal como está, con el fin de subrayar esta deficiencia notoria en

esta intervención. Conocemos perfectamente la operación de Mayo y las modificaciones ulteriores que a ella se han hecho (Heaney, etc.), que han sido las técnicas seguidas por nosotros en todos los casos.

La interposición de Scsauta-Abadie nos dió el 27% de recidivas, y por eso la hemos tenido abolida en los últimos 7 años.

Las plastias vaginales acompañadas de perineorrafia, nos dio un porcentaje de 8.5% de recidivas.

Las colpoperineorrafias y fijaciones uterinas, en mujeres jóvenes nos dieron el 21. % también y por esto tenemos esta intervención como táctica exclusiva para casos muy especiales.

La operación de Halban tan sólo nos ha dado el 3.65% de reproducción, número muy aceptable, pero por consideraciones ya anotadas al hablar de la mortalidad global, la practicamos muy poco en el Servicio.

La operación de Fothergill arrojó únicamente el 0.9% de recidivas; si a esto agregamos que la mortalidad fue sólo de un caso, y esto por shock anestésico, se comprende fácilmente que es la operación ideal para el tratamiento quirúrgico de la entidad patológica, motivo de esta comunicación.

Por el interés especial que tenemos en esta intervención, se revisaron las 6 historias correspondientes a las recidivas del Fothergill, y hallamos que 5 de las pacientes presentaban prolapso de grado tercero, y la otra, de grado segundo. Hacemos esta aclaración porque en concepto de la mayor parte de los autores, el Fothergill no está indicado en enfermas con grado clínico avanzado (3º), justamente por temor a la recidiva. La edad de las 5 pacientes anotadas, era de 45, 48, 50, 65, y 66 años. La de grado segundo tenía 65 años.

Es bueno recordar que el grado tercero, en la serie completa, alcanzó a 628. Si bien es cierto que no en todos los casos se hizo el Fothergill, si lo fue en número considerable. De donde podemos deducir que las indicaciones de esta operación se extienden no sólo a los grados primero y segundo sino también al grado tercero, aún en pacientes mayores de 60 años.

Aunque parezca innecesario queremos dejar explícita constancia que los datos anotados en la presente comunicación son la expresión fiel de las historias clínicas del Servicio de Ginecología, y que en lo referente a recidivas, pueden existir varios casos ambulantes o legados a otros servicios quirúrgicos, que desconocemos en absoluto.

PARTE SEGUNDA

HISTOLOGIA DEL CUELLO UTERINO EN EL PROLAPSO

Normalmente el cérvix uterino consta de su porción intra-vaginal de dos clases de tejidos: el estroma y el epitelio de revestimiento. El estroma está formado casi en su totalidad por tejido conectivo de fibras fusiformes, plejos venosos de paredes delgadas, y en su porción superior, en los límites con el orificio uterino, se observan ya numerosas fibras musculares.

El epitelio de revestimiento es de dos clases: la porción vaginal está cubierta por un epitelio de tipo malpighiano con sus tres capas, la basal de células cúbicas, la intermedia o de células espinosas y la superficial no cornificada en condiciones normales, sin embargo bajo ciertas condiciones patológicas que exponen el cérvix a las influencias atmosféricas como sucede en el prolapso, se desarrolla una capa córnea muy definida, llegando a tomar una apariencia muy semejante a la de la piel.

El epitelio endocervical está constituido por una sola hilera de células de carácter cilíndrico, más altas que las del endometrio el núcleo es más denso y se halla situado en su porción basal, el citoplasma, a causa de su riqueza en mucina, toma un color ligeramente azulado en presencia de la hematoxilina.

Las glándulas del cérvix son de tipo arracimado y están revestidas por un epitelio muy semejante al que se ve en el endocérvix.

En este trabajo hemos verificado 173 estudios histológicos que podemos clasificar de la siguiente manera: los primeros 126, fueron verificados en aquellos cuellos altamente sospechosos de carcinoma, y verificamos en su existencia en 10: los otros 47 estudios histológicos fueron hechos de manera rutinaria a todos los cuellos de los prolapsos uterinos que tuvimos en los últimos meses; en estos no encontramos ninguno.

Como hecho digno de mencionar tenemos la presencia en todos los estudios verificados, de alguna lesión histológica, y sobre todo, la alta incidencia del carcinoma entre nosotros, como lo demuestra el siguiente cuadro.

ESTUDIOS HISTOLOGICOS

Cervicitis 46 casos	46
Fibrosis	19
Hiperqueratosis	9
Leucoplasia	9
Cervicitis con erosión	5
Acantosis. (Figura 5)	2
Epitelio atípico	2
Carcinomas	10
Metaplasia escamosa	1
Granuloma	2
Papilomas	1
Fibrosarcoma	1

Explicación de los hallazgos:

a). Cervicitis:

46 casos. Es muy explicable su frecuencia causada por la fácil contaminación del cérvix uterino del prolapso en contacto con el medio exterior, (figura 6.)

b). Fibrosis:

19 casos. Es esta una hiperplasia del tejido fibroso acompañada por la hipertrofia de las paredes vasculares, con aumento del tejido clásico en su túnica media: es muy probable que esto se deba a la frecuente lucha de los tejidos conectivos entre la degeneración y regeneración causada por las frecuentes inflamaciones; lo que conduce a la hiperplasia. Fig. (1) y (2).

c). Hiperqueratosis:

9 casos, o «Mancha Blanca». Es un espesamiento de la capa superficial que se cornifica considerablemente, apareciendo muy clara la capa de células de la granulosa que no se observa en los cuellos normales;

La Leucoplasia y la Hiperqueratosis, se deben a la tendencia natural que presentan los tejidos hacia la protección

contra los agentes nocivos y así vemos como el cuello uterino en el prolapso va transformando su epitelio mucoso en un epitelio de revestimiento muy semejante al de la piel (Fig. 4).

d). Epitelio atípico:

2 casos. Es un grado intermedio entre el epitelio normal y el epitelio carcinomatoso; hemos observado 2 casos caracterizados especialmente por cierta irregularidad celular con alteración o desorden de las capas epiteliales, ligero aumento del número de mitosis, aspecto que traduce un estímulo de proliferación de diversa naturaleza, pero que sobrepasa, en todo caso, las condiciones normales y lo acerca al epitelio carcinomatoso.

En el prolapso es de poca importancia este hallazgo puesto que en la reparación, al hacer la amputación amplia del cérviz, desaparece por completo el peligro que esta entidad pudiera presentar.

e). Carcinoma:

Para la mayoría de los autores, la complicación del prolapso uterino por el carcinoma, es un hecho poco común. Judds encontró 3 casos en 2.188 prolapsos en la clínica Mayo, un incidencia del 0.14 por ciento.

Emmert y Taussig relataron 4 casos de tipo escamoso, Harvey y Rittchie relataron 77 casos de tipo escamoso también y solamente 1 sarcoma.

Las razones dadas para explicar la rareza de esta condición son numerosas: a) cierta protección producida por la cornificación del epitelio cervical que ocurre tan frecuentemente en el prolapso. b). Disminución de las secreciones en los cuellos expuestos al medio externo y mejor drenaje de éstas cuando se producen; lo cual provoca una especie de sequedad en el epitelio superficial impidiendo así su proliferación. c). Generalmente las mujeres que presentan prolapso llegan más pronto a la consulta que las que presentan carcinoma; lo cual facilita su estudio y permite hacer los tratamientos curativos o profilácticos del caso.

En nuestro estudio hemos encontrado carcinomas de tipo epidermoide y un fibrosarcoma, dando una incidencia de 1,10% cifra esta muy superior a la que anotan todos los autores consultados. La diferencia



Fig. No. 1. — Esclerosis Vascular

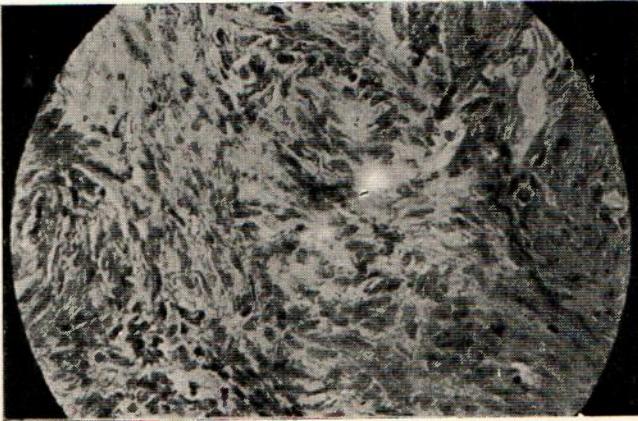


Fig. No. 2. — Fibrosis del estroma

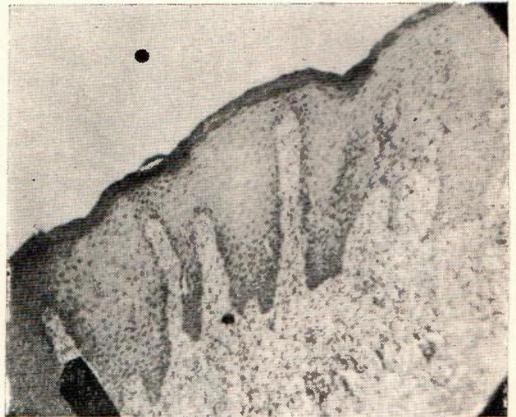


Fig. No. 3. — Hiperqueratosis



Fig. No. 4. — Leucoplasia

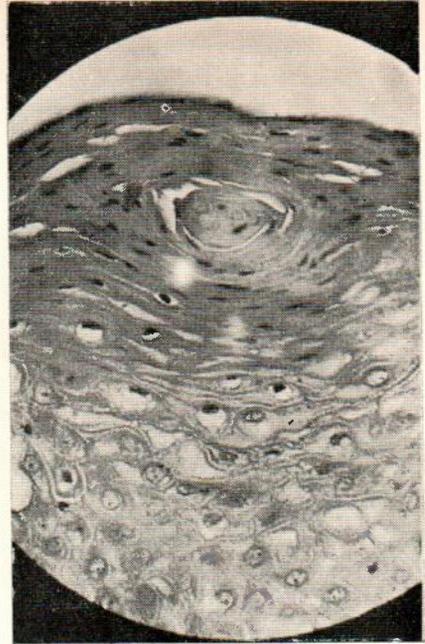


Fig. No. 5. — Acantosis



Fig. No. 6. — Cervicitis - Erosión

notable de nuestro porcentaje, se explica probablemente por la frecuencia más elevada del carcinoma entre nosotros comparada con la de otros países, donde las mujeres son más cuidadosas y consultan con más frecuencia, aún a causa de pequeños trastornos, lo que no sucede entre nosotros donde las mujeres sólo consultan al especialista cuando ya se hallan gravemente enfermas; consecuencia ésta lógica por la falta de propaganda anticancerosa.

ETIOPATOGENIA DEL PROLAPSO GENERAL

Es clásica la discusión de Halban y de Tandler por un lado y de Martín por otro, quienes de una manera parcializada juzgaban la etiopatogenia del prolapso genital. Los primeros sólo veían en él, una hernia pura que se debía a la lesión constitucional o adquirida del piso pélvico. Para el otro, todo residía en una insuficiencia del retináculo uterino, así fuera ella congénita, por insuficiencia hormonal o por traumatismo de cualquier género.

Un concepto ecléctico, sacado de la experimentación, de la Clínica y de los resultados terapéuticos obtenidos con las diversas técnicas ideadas para la corrección de esta distopía, nos enseña que no sólo intervienen en el mantenimiento del útero en posición normal, la integridad del piso pélvico con sus músculos y sus facias; el retináculo uterino, con sus ligamentos, sino que también la presión intraabdominal, que cuando se ejerce normalmente lo hace sobre la pared posterior del útero y lo inclina hacia abajo y adelante, con lo cual contribuye a acentuar la posición normal del órgano. En veces esta misma presión intraabdominal puede convertirse en algo perjudicial si el útero experimenta un desplazamiento hacia atrás, puesto que entonces la fuerza se ejerce sobre la pared anterior (sabemos que la retroversión es la antesala del histerocele), porque coloca al útero en el eje de la vagina lo que facilita su deslizamiento a través del hiato urogenital. Los prolapsos en los úteros anteflexionados son verdaderas excepciones. La retrodesviación especialmente de origen puerperal entra en gran proporción como causa de prolapso por lesión del retináculo uterino sin que sea necesario la alteración del piso pelviano.

Un recuento tan somero como la extensión de este capítulo, de los componentes anatómicos de los distintos elementos que constituyen los aparatos de sostén y suspensión del útero nos serán de suma utilidad para comprender el engranaje que nos haga clara la etiopatogenia de la distopía que comentamos.

El aparato de sostén o apoyo está formado por el piso pélvico y las facias endopelvianas.

El piso lo constituyen el diafragma pelviano principal y el accesorio o urogenital.

El primero lo forman los músculos: elevador del ano é isquio-coccígeno; el segundo los músculos transverso profundo del periné y sus aponeurosis. De todas estas formaciones musculares, la más importante es el elevador del ano.

El diafragma pelviano principal cierra incompletamente la pélvis porque entre las asas del elevador queda un espacio o hiato (hiato urogenital) punto débil del piso a través del cual pasan la uretra y la vagina. El diafragma pelviano accesorio ocluye el hiato urogenital y está constituido por el transverso profundo del periné, reforzados por sus dos hojas aponeuróticas. Los músculos superficiales del periné son el transverso superficial y el isquiacavernoso, el bulbo cavernoso y el esfinter estriado del ano.

El aparato de suspensión (retináculo uterino) está formado por una malla de tejido conjuntivo elástico situado en el espacio pelvisubperitoneal y que partiendo del istmo uterino se difunde por las paredes pelvianas. Las zonas de mayor condensación forman ases que son: dos anteriores, dos laterales y dos posteriores respectivamente, pubo-vésico-uterino, base del ligamento ancho (ligamento cardinal, o transverso de Mackenrodt y por último los posteriores o uterosacros.

Los que más importancia tienen en el mantenimiento de la posición normal del útero son los ligamentos anchos y los uterosacros. Esto se debe a que en la base de aquellos hay la condensación aponeurótica llamada ligamento cardinal y que los ligamentos uterosacros tienen una bandeleta aponeurótica que al llegar a la parte posterior se refleja sobre el sacro, en la unión de la segunda y la tercera vértebra. Los ligamentos redondos que para los antiguos tenían el papel de suspensores del fondo uterino, hoy se consideran como afirma Novak, carentes de todo papel suspensor y que sólo en la gestación prestan un verdadero papel, al dirigir la presentación del feto hacia el canal pelviano durante el parto.

Pero si estos ligamentos tienen un capital papel en el mantenimiento de la estática genital normal de las facias no es menos, su integridad es indispensable para el mantenimiento en su lugar de la vagina y de la vejiga; sabemos que la desgarradura, distensión o atrofia de la facia vesicovaginal sigue el colpocele; y que la lesión de facia rec-

retrovaginal y de la cuña perineal implica el prolapso de la pared posterior de la vagina y del recto, para no citar sino dos ejemplos.

Ahumada resume lo anterior de la siguiente manera: la vejiga descansa sobre los ligamentos pubo-vésico-uterinos y la facia vésico-vaginal. La vagina está sostenida en su bóveda por el retináculo uterino, lateralmente por su facia propia que la ata a la facia endopelviana, reforzada por los rectos y vesico-vaginales, su extremidad inferior unida a la cuña perineal y al diafragma urogenital. La matriz está fijada por el retináculo uterino o malla perigenital y las expansiones viscerales de la facia endopelviana, el retinaculum uterino se desarrolla durante la pubertad por condensación del tejido celular pelviano, presenta su desarrollo máximo al rededor del cuello uterino y de la bóveda vaginal. La cara anterior del recto está sostenida por la facia retrovaginal y la cuña perineal.

En cuanto a la acción de los músculos de la pared abdominal y del diafragma principal y accesorio, frente a la contracción, ella se hace en forma sinérgica y sincrónica, secundados en su acción por los músculos superficiales del perineo que impiden la abertura del hiato urogenital y el descenso de los órganos a su través cuando aumenta la presión intraabdominal. Durante los esfuerzos tiende a elevarse la presión intraabdominal por la actividad de los músculos de la pared del abdomen y del diafragma, entonces los órganos pelvianos tienden a exteriorizarse a través de los puntos débiles del piso pelviano, pero como los músculos de éste forman una unidad con aquellos, se contraen simultáneamente estrechando el hiato urogenital e impidiendo así la salida o prolapso de los órganos genitales a su través.

ETIOLOGIA

Las causas que pueden dañar o hacer insuficiente el aparato de apoyo o de fijación de los órganos pélvicos pueden ser de naturaleza muy variada. En primer lugar sabemos que por la función vegetativa encomendada al ovario y que se traduce por un aparato genital bien desarrollado, en todo sentido, con una disposición perfecta de todos sus elementos, cometido que se cumple por medio de la foliculina secretada por la masa de folículos semimadurantes; cuando estos requisitos no se cumplen tenemos el prolapso de las vírgenes y de las nulíparas, debido a la insuficiencia constitucional (hipoplasia, menor resistencia) de los tejidos conjuntivos y muscular (retináculo uterino, piso pélvico, pared abdominal).

El aparato de sostén o apoyo está formado por el piso pélvico y las facias endopelvianas.

El piso lo constituyen el diafragma pelviano principal y el accesorio o urogenital.

El primero lo forman los músculos: elevador del ano é isquiococcígeno; el segundo los músculos transverso profundo del periné y sus aponeurosis. De todas estas formaciones musculares, la más importante es el elevador del ano.

El diafragma pelviano principal cierra incompletamente la pelvis porque entre las asas del elevador queda un espacio o hiato (hiato urogenital) punto débil del piso a través del cual pasan la uretra y la vagina. El diafragma pelviano accesorio ocluye el hiato urogenital y está constituido por el transverso profundo del periné, reforzados por sus dos hojas aponeuróticas. Los músculos superficiales del periné son el transverso superficial y el isquiacavernoso, el bulbo cavernoso y el esfínter estriado del ano.

El aparato de suspensión (retináculo uterino) está formado por una malla de tejido conjuntivo elástico situado en el espacio pelvisubperitoneal y que partiendo del istmo uterino se difunde por las paredes pelvianas. Las zonas de mayor condensación forman ases que son: dos anteriores, dos laterales y dos posteriores respectivamente, pubo-vésico-uterino, base del ligamento ancho (ligamento cardinal, o transverso de Mackenrodt y por último los posteriores o uterosacros.

Los que más importancia tienen en el mantenimiento de la posición normal del útero son los ligamentos anchos y los uterosacros. Esto se debe a que en la base de aquellos hay la condensación aponeurótica llamada ligamento cardinal y que los ligamentos uterosacros tienen una bandeleta aponeurótica que al llegar a la parte posterior se refleja sobre el sacro, en la unión de la segunda y la tercera vértebra. Los ligamentos redondos que para los antiguos tenían el papel de suspensores del fondo uterino, hoy se consideran como afirma Novak, carentes de todo papel suspensor y que sólo en la gestación prestan un verdadero papel, al dirigir la presentación del feto hacia el canal pelviano durante el parto.

Pero si estos ligamentos tienen un capital papel en el mantenimiento de la estática genital normal de las facias no es menos, su integridad es indispensable para el mantenimiento en su lugar de la vagina y de la vejiga; sabemos que la desgarradura, distensión o atrofia de la facia vesicovaginal sigue el colpocele; y que la lesión de facia rec-

tovaginal y de la cuña perineal implica el prolapso de la pared posterior de la vagina y del recto, para no citar sino dos ejemplos.

Ahumada resume lo anterior de la siguiente manera: la vejiga descansa sobre los ligamentos pubo-vésico-uterinos y la facia vésico-vaginal. La vagina está sostenida en su bóveda por el retináculo uterino, lateralmente por su facia propia que la ata a la facia endopelviana, reforzada por los rectos y vesico-vaginales, su extremidad inferior unida a la cuña perineal y al diafragma urogenital. La matriz está fijada por el retináculo uterino o malla perigenital y las expansiones viscerales de la facia endopelviana, el retinaculum uterino se desarrolla durante la pubertad por condensación del tejido celular pelviano, presenta su desarrollo máximo al rededor del cuello uterino y de la bóveda vaginal. La cara anterior del recto está sostenida por la facia rectovaginal y la cuña perineal.

En cuanto a la acción de los músculos de la pared abdominal y del diafragma principal y accesorio, frente a la contracción, ella se hace en forma sinérgica y sincrónica, secundados en su acción por los músculos superficiales del perineo que impiden la abertura del hiato urogenital y el descenso de los órganos a su través cuando aumenta la presión intraabdominal. Durante los esfuerzos tiende a elevarse la presión intraabdominal por la actividad de los músculos de la pared del abdomen y del diafragma, entonces los órganos pelvianos tienden a exteriorizarse a través de los puntos débiles del piso pelviano, pero como los músculos de éste forman una unidad con aquellos, se contraen simultáneamente estrechando el hiato urogenital e impidiendo así la salida o prolapso de los órganos genitales a su través.

ETIOLOGIA

Las causas que pueden dañar o hacer insuficiente el aparato de apoyo o de fijación de los órganos pélvicos pueden ser de naturaleza muy variada. En primer lugar sabemos que por la función vegetativa encomendada al ovario y que se traduce por un aparato genital bien desarrollado, en todo sentido, con una disposición perfecta de todos sus elementos, cometido que se cumple por medio de la foliculina secretada por la masa de folículos semimadurantes; cuando estos requisitos no se cumplen tenemos el prolapso de las vírgenes y de las nülparas, debido a la insuficiencia constitucional (hipoplasia, menor resistencia) de los tejidos conjuntivos y muscular (retináculo uterino, piso pélvico, pared abdominal).

Cuarenta casos en la estadística del Servicio de Ginecología del Hospital de San Vicente se registraron al respecto.

Es importante tener en cuenta también que unida a esta causa de prolapso, o actuando sola, podemos encontrar la desnutrición, hipoproteinemia, estados carenciales y avitaminósicos tan importantes, especialmente cuando actúan en los períodos de adolescencia y premenárquicos en la génesis del prolapso de las vírgenes. Es importante también como factor etiológico la presencia de una espina bífida oculta.

En el prolapso de las múltiparas es decisivo el estado puerperal que actúa por desgarraduras, rompimientos, relajación e involución deficiente de los elementos que constituyen el aparato de fijación de la vejiga urinaria, el útero, el recto y el paso de la cabeza fetal, y sobre todo en ciertas operaciones obstétricas, tales como aplicación de forceps, versiones, embriotomía, o cuando hay distocias de posición como en las presentaciones cefálicas en variedad posterior, que ponen a prueba la resistencia y la elasticidad de los tejidos.

En las estadísticas del Servicio se encuentra que los partos de las primigestas son la causa más frecuente del prolapso.

Estas lesiones del aparato de fijación son favorecidas por la hipoplasia genital, estrechez del canal, astenia universal (tendencia a la relajación y a la mala involución) a la edad de la parturienta, con mucha frecuencia se trata de primerizas añosas, a la falta de asistencia médica en el parto, lo mismo que a la falta de conocimientos que hagan al facultativo habilidoso, en tales circunstancias; igualmente influye la falta de una medida profiláctica de las desgarraduras del periné como son la anestesia y analgesia bien dirigidas en el período expulsivo, la epiciotomía, la medicación relajadora de los músculos del periné (tipo curare), a la educación de la paciente por métodos psicoterápicos durante la gestación (método de Rider) para evitar espasmos en el trabajo; y por último, el tratamiento inmediato, técnico y científico de las desgarraduras ocurridas en el parto, así como la medicación profiláctica de la infección de las heridas, amén del movimiento y deambulación precoces que unidas a una gimnasia bien dirigida devuelven al periné traumatizado su tenacidad y condiciones normales.

Finalmente el prolapso senil en el cual predomina el descenso marcado del útero (histerocele de tercer grado) con cistocele y rectocele bien definidos, debido a la atrofia natural de los tejidos en la épo-

ca de la menopausia; en estos casos el prolapso estaba como quien dice en estado potencial por mucho tiempo, y solo llega a manifestarse clínicamente después de establecida definitivamente la menopausia.

SINTOMATOLOGIA

Existen notorias diferencias individuales en la sintomatología, aún un prolapso de 3er grado puede ser asintomático excepto por la incomodidad producida por la exteriorización del útero a través de los genitales externos. En la mayoría de los casos, sin embargo, existe una sensación de pesantez en el hipogastrio acompañado de dolor lumbar y sacro, sensaciones que se acentúan cuando la enferma hace ejercicio o simplemente estando de pies. Estos síntomas son debidos a las tracciones progresivas que sufre el peritoneo parietal de la pélvis y a éxtasis venosa producida por el prolapso.

Entre los síntomas precoces se cuenta la polaquiuria, determinada por la retención crónica urinaria. El mecanismo es el siguiente: como el cistocele está más bajo que el orificio interno de la uretra, la orina contenida en él no puede ser expulsada durante la micción, y por eso la paciente recibe la sensación de que su vejiga no ha quedado completamente vacía y pronto vuelve a sentir deseos de hacerlo.

A medida que el proceso avanza, en los grandes cistoceles se produce una incontinencia de esfuerzo, porque el esfínger vesical es distendido por el peso del cistole y no puede cerrar completamente cuando la presión abdominal aumenta sobre la vejiga, especialmente en la risa, estornudos, tos, etc. A consecuencia de ello, puede tener lugar una infección ascendente determinando una cistitis y acentuar así más la sintomatología.

Fuera del prolapso genital existe la mayoría de las veces un prolapso rectal, que puede alcanzar un tamaño considerable determinado constipación crónica. Además pueden coexistir hernias inguinales y crurales, lo cual confirma el estado de una «laxitud conjuntiva», que se extiende más allá del tracto genital. Concomitante con el rectocele y con alguna frecuencia, se encuentra enterocele que es una hernia a través del Douglas por relajación de los ligamentos uterosacros y distensión de la fascia endopélvica; el peritoneo se va insinuando progresivamente formando el saco de la hernia, con contenido epiploico y asas intestinales.

Aunque en nuestra estadística éste no fue muy frecuente, importa hacer el diagnóstico muy cuidadoso con el rectocele, pues si pasa de

sapercibido los resultados operatorios serán mediocres por la aparición nuevamente del enterocele. El diagnóstico se hace en la siguiente forma: por intermedio del tacto rectal y ejerciendo presión sobre el tabique recto-vaginal se observa el rectocele, separado de éste por un surco transversal se aprecia en el fornix posterior un abombamiento que se hace más manifiesto cuando la enferma puja.

Los prolapsos que penden por fuera de la vulva ocasionan, naturalmente, las molestias de un cuerpo extraño y cuando son asiento de procesos ulcerosos o inflamatorios, todos los roces, y por consiguiente todos los movimientos, motivan intensos dolores. La enferma es incapaz de trabajar, y si tiene que hacerlo por fuerza, la inflamación empeora y puede aparecer la gangrena. Es indudable que la vulnerabilidad del prolapso es muy variable y hasta puede faltar por completo, lo cual depende también, en último término, de diferencias constitucionales.

Las mujeres, muy desmejoradas y enflaquecidas, con pérdida notable del panículo adiposo aún en los genitales, y que al mismo tiempo sufren moralmente por cualquier causa, experimentan a menudo una sensación de prolapso, sin prolapso (M. Graefe), que debe ser interpretada como una neurosis y tratada como tal.

La gestación se produce a menudo en mujeres con descenso del útero, y no es un suceso extraordinario verla en casos de prolapso total, en los que se creería imposible su existencia por razones de índole mecánica y estética. El prolapso no constituye nunca indicación para provocar el aborto. En los primeros meses de la gestación suele exagerarse, a consecuencia del aumento de peso del útero grávido; pero después disminuye progresivamente, porque el útero, al crecer y pasar de la excavación pelviana a la cavidad abdominal, arrastra hacia arriba las partes prolapsadas, que ascienden hasta quedar dentro del bacinente de la pélvis. No es necesario insistir en que durante el embarazo y el puerperio no deben practicarse operaciones para curar el prolapso. Es necesario esperar, para verificarlas, a que hayan transcurrido por lo menos seis meses después del parto.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico debe encaminarse, en primer término, a esclarecer si el descenso vesical y uterino son reales, o mejor dicho, si no son consecuencia de otra afección principal que se oculta detrás de ellos. Así, por ejemplo, un tumor de la pared anterior de la vagina —quiste vagi-

nal, quiste del conducto de Gartner, fibromioma del septo vísico-vaginal, puede propulsarla de tal modo hacia afuera, que a la primera ojeada se diagnostique un cistocele y no se reconozca el error hasta completar la exploración que nos informa de la dureza, elasticidad e irreducibilidad de la tumuración. En particular, y imposibilidad de hacer la reducción y el hecho de que un catéter introducido en la vejiga resbale sobre el tumor y no pueda ser introducido dentro de él, colocándolo casi verticalmente, permite excluir la existencia del cistocele.

El diagnóstico del prolapso no complicado es tan sencillo, que no merece una descripción especial. Solo insistiremos que en los casos donde el esfuerzo no es suficiente para manifestarlo, es necesario colocar el espéculo tomar el cuello uterino con una pinza de Museux y traccionar del mismo.

ELECCION DE TECNICA

La multiplicidad de factores que juegan papeles importantes en la corrección del Prolapso-genital, son indudablemente los responsables de que se hayan ideado y descrito tantas técnicas como las que actualmente conocemos.

Entre estos factores, cinco son, los que por su importancia debemos tener siempre en cuenta a saber: 1º EDAD DE LA PACIENTE.—2º GRADO DEL PROLAPSO.—3º TAMAÑO DEL UTERO.—4º PORVENIR OBSTETRICO y 5º COMPLICACION DEL PROLAPSO CON ALGUNA OTRA GINECOPATIA.

Teniendo presentes estos factores podremos elegir la técnica adecuada a cada paciente, corrigiendo así su mal, lo más fisiológicamente posible, meta que exige la moderna Ginecología.

En nuestro Servicio hospitalario; Salas de Santa Rosa de Lima y las Mercedes del hospital de San Vicente de Paúl y dependientes de la Cátedra de Ginecología, hemos trajinado la mayoría de las técnicas quirúrgicas hasta la fecha descritas.

Revisando los cuadros estadísticos presentados nos podemos dar cuenta que hemos practicado las que a continuación anotamos:

- 1º — PLASTIAS VAGINALES ANTERIOR Y POSTERIOR CON PERINEORRAFIA.
- 2º — PLASTIAS VAGINALES CON PERINEORRAFIA Y FIJACION ABDOMINAL.
- 3º — OPERACION DE LE FORT.
- 4º — OPERACION DE ANDREWS para Prolapso de cúpula vaginal.

- 5º — OPERACION DE LE FORT MODIFICADA (Colpectomía sub-total) para Prolapso de Cúpula Vaginal.
- 6º — OPERACION DE BRADY, para Prolapso de cúpula vaginal.
- 7º — HISTERECTOMIA VAGINAL Y COLPOPERINEORRAFIA.
- 8º — OPERACION DE SCHAUTA-ABADIE (Walkins Schauta de los Americanos).
- 9º — OPERACION COMBINADA DE SPALDING-RICHARDSON.
- 10º — OPERACION DE HALBAN.
- 11º — OPERACION DE MANCHESTER (Donald-Fothergill).
- 12º — HISTEROFLJACIONES LIGAMENTARIAS (Doleris, Montgomery, Crossen, Pestalozza).
- 13º — OPERACION DE EPSTEIN.
- 14º — LIGAMENTOPEXIA EXTRAPERITONEAL (Operación de ALEXANDER -ADAMS).

Cada una de estas técnicas fueron aplicadas teniendo siempre presente, los cinco factores anteriormente considerados así:

Las plastias Vaginales anterior y posterior con Perineorrafia, en mujeres jóvenes que presentaban Cisto y Rectocele lo mismo que algún grado de desgarro perineal y en las que el Histerocele no existía o apenas comenzaba.

Las Plastias vaginales combinadas con Histerofijaciones ligamentarias, en aquellas pacientes que presentaban el primer grado de prolapso y cuyo porvenir obtétrico no estaba comprometido más que por esta ginecopatía.

Empleamos en estos casos las técnicas de DOLERIS, MONTGOMERY, CROSSEN, Y PESTALOZZA. Ya por los cuadros estadísticos podemos darnos cuenta del porcentaje que correspondió a cada una, lo mismo que de los resultados con ellas obtenido.

La operación de Le FORT, se practicó en pacientes de avanzada edad, que presentaron prolapsos de 2º y 3er. grados, con todo su tracto genital involucionado pero libre de cualquier otra Ginecopatía.

En los Prolapsos de Cúpula Vaginal consecuenciales a anteriores intervenciones quirúrgicas sobre el utero, especialmente totales, usamos indistintamente las técnicas descritas por ANDREWS, LE FORT MODIFICADA. (Colpectomía bustotal) y la de BRADY.

Usamos también hace ya algunos años la histerectomía vaginal total completada con pericorrafia en aquellas pacientes que se presentaron con prolapsos de 3er. grado y con cuellos patológicos. Hace ya bas-

tantes días no encontramos la indicación de esta clase de intervenciones, pues hoy día disponemos de técnicas más fisiológicas y que no nos dan tan alto porcentaje de reproducciones.

Practicamos de la misma manera la INTERPOSICION DE SCHAUTA ABADIE (WALKINS - Schauta de los americanos) en aquellas enfermas que presentaron prolapso completo y sin ningún porvenir obstétrico. Los cuadros estadísticos indican claramente que no nos sedujo plenamente.

Pasaron por nuestras manos algunas pacientes cuya edad oscilaba entre los 40 y 50 años y que a la vez que se quejaban de prolapso genital presentaron también alguna otra ginecopatía concomitante, especialmente miomas intramurales o Fibrosis Uterinas y en las que no eran escasas las metrorragias; estas pacientes fueron tratadas según la técnica descrita por SPALDING-RICHARSON. La magnitud de esta intervención exige pacientes en magnífico estado general, momento que no es muy común en nuestros medios hospitalarios.

Por pura escuela y teniendo en cuenta que nuestro Servicio es de Cátedra, practicamos algunas HISTEROFIJACIONES, según la técnica descrita por EIPSTEN, en realidad fueron pocos y de sus resultados no quedamos ni mucho menos satisfechos.

Tal vez por el mismo motivo que empleamos la técnica de Epstein hicimos la ligamentoxia extraperitoneal siguiendo a Alexander Adams en algunas enfermas jóvenes y cuya única ginecopatía era un prolapso de 1er. grado.

Encontraréis en nuestros cuadros estadísticos un número no despreciable de pacientes que fueron tratadas según la técnica de HALBAN, enfermas éstas que se encontraban entre la tercera y cuarta década de su vida, con prolapso de 2º y 3º grados y cuyo porvenir obstétrico aún era halagüeño. Los resultados obtenidos son relativamente satisfactorios.

El hecho de ser esta invertención intraperitoneal y el mal estado general en que generalmente se presentan nuestras enfermas hospitalarias, nos hizo ser un poco reservados últimamente con este tipo de operación.

Por el mismo tiempo en que comenzamos a poner en práctica la técnica de Halban o quizás un poco más tarde, decidimos iniciar una serie de tratamientos con base en la operación de MANCHESTER, modificada por FOTHERGILL.

La empezamos naturalmente con recelos y aplicada estrictamente según las normas dadas por sus creadores, es decir, practicándola en aquellos casos en que el prolapso no exceda del 2º grado y con porvenir obstétrico de tener en cuenta.

La bondad de sus resultados no se hizo esperar y a medida que nos decidíamos más y más por ella, y naturalmente nuestra técnica operatoria fue mejorando a ciencia y paciencia la fuimos extendiendo a aquellos casos que ya presentaban prolapso de 3er. grado. Es lógico pensar que estuvimos un poco temerosos de sus resultados futuros en este tipo de pacientes.

La revisión sistemática a que sometemos a nuestras enfermas tratadas quirúrgicamente, nos hizo todos los días más optimistas con el FOTHERGILL y comenzamos a aplicarla indistintamente a la mayoría de las pacientes sin tener en cuenta el grado del prolapso ni su edad.

La benignidad de la intervención, como que es extraperitoneal, lo bien reglados de sus tiempos y los magníficos resultados posteriores, hacen de ésta en nuestro modo de pensar, la intervención ideal hoy en día para la corrección del prolapso genital.

TECNICAS QUIRURGICAS

En dos vías; vaginal y abdominal, han sido agrupadas las técnicas empleadas en la reconstrucción quirúrgica del piso pelviano, para el tratamiento del prolapso genital.

Las técnicas vaginales; Fothergill, Spalding-Richardson, Le Fort, Halban, Schauta e Histerectomía, han desplazado casi por completo a las empleadas en la vía abdominal, porque sus resultados han sido superiores, como veremos en el presente trabajo.

TECNICAS VAGINALES

FOTHERGILL. Colocada la enferma en posición ginecológica se procede a limpiar el campo operatorio con torunda impregnada en tintura de merthiolate y montada en pinza de Foerster; y a ampliarlo, fijando los labios menores a la piel, con unos puntos de sutura. En seguida se colocan en la vagina un par de vulvas, para localizar el cuello y traccionarlo con un par de pinzas de Musseux iniciar la técnica propiamente dicha, la cual consta de los siguientes tiempos:

1).—Incisión mediana longitudinal en la pared vaginal anterior, desde un poco por debajo del meato uretral hasta el cuello uterino,

donde se practica otra transversal, la cual forma con la anterior una T. invertida.

2).—Previa separación de los bordes de la incisión con pinzas de Allis, se inicia con bisturí la disección lateral de los colgajos vaginales, la cual se continúa con torunda montada, hasta separarlos completamente de la vejiga urinaria. Termina este tiempo con la sección de las inserciones de la vejiga en el cuello uterino, a fin de desplazarla lo más hacia arriba posible.

3).—Sutura de la aponeurosis pubo cérico vesical en la línea media desde la base de la vejiga hasta la uretra, para sostener la vejiga al punto donde la había llevado la disección.

4).—Prolongamiento de la incisión transversal hasta rodear por completo el cuello uterino y disección cuidadosa de la mucosa vaginal posterior.

5).—Colocación a cada lado del cuello de un par de pinzas de Pean-Mayo, sobre los ligamentos de Mackenrodt (ligamentos cardinales—base de los ligamentos anchos). Sección de estos, entre cada par de pinzas, ligadura y colocación por delante del muñón cervical.

6).—Amputación del cuello, por debajo de la sutura de los ligamentos de Mackenrodt.

7).—Sutura del Colgajo vaginal posterior al muñón cervical, mediante el punto de Sturmdorf, para rehacer el cuello uterino.

8).—Sección del Colgajo de mucosa vaginal anterior sobrante y sutura de los bordes, comenzando en la extremidad inferior, con otra puntada de Sturmdorf.

9).—Colpoperineorrafia.

Spalding-Richardson. Los dos primeros tiempos son semejantes a los descritos para la técnica de Fotsergilla. En el 3) se completa la incisión transversal alrededor del cuello uterino. Se disecciona el colgajo vaginal posterior. Se amputa el cuello y finalmente se recubre con la mucosa posterior.

4).—Incisión del fondo de saco peritoneal vésico uterino, para hacer bascular el fondo de la matriz hacia adelante.

5).—Los cabos uterinos del ligamento redondo, trompa de Falopio y ligamento utero-ovárico son pinzados en conjunto, seccionados y ligados con catgut crómico N^o 1 en ambos lados, a ras del útero, y las ligaduras reparadas.

6).—Amputación supra-vaginal del cuerpo uterino en el nivel

elegido previamente, pinzando y ligando antes los vasos uterinos, por debajo de donde va a practicarse la sección, para evitar sangría.

7).—Sutura del corte supravaginal con puntos separados o en ocho, con catgut crómico N^o 1 facilitando ésta con la extracción de una cuña y sutura de los cabos de las trompas, ligamentos redondos y útero-ováricos, al muñón.

8).—Sutura del peritoneo vésico uterino a la musculatura uterina, por detrás de la incisión.

9).—Cierre con puntos separados de la aponeurosis pubo cerviceal, para recubrir el muñón uterino.

10).—Sección de la mucosa vaginal anterior sobrante y sutura con puntos separados.

11).—Colporrafia posterior con miorrafia de los elevadores del ano.

Operación de Le Fort. Consiste en tallar con el bisturí, dos colgajos mucosos de forma cuadrangular: uno en pared vaginal anterior y el otro en pared vaginal posterior; una vez disecados y seccionados se practica la sutura de los bordes, por debajo del cuello del utero, con puntos separados y luego con iguales puntos, la de los bordes laterales. Queda entre la primera sutura y el cuello uterino, una especie de túnel con dos orificios en los ángulos para que las secreciones uterinas sean drenadas.

Operación de Halban 1).— Incisión mediana longitudinal — desde la vecindad del meato urinario hasta el cuello uterino— que comprende no sólo la pared vaginal anterior, sino también la fascia vésico-vaginal.

2).—Tomando con pinzas de Allis los bordes de la incisión, se procede a iniciar a ambos lados, con el bisturí, la separación de la fascia de la pared vaginal, la que se termina con torunda de gasa montada en pinza de Foester, y sección a tijera de la inserción cervical de la fascia.

3).—Sutura de la fascia con puntos separados o de manera continua, incluyendo en los inferiores, la porción ístmica del útero.

4).—Resección de la mucosa vaginal sobrante y sutura de los bordes con puntos separados.

En casos de histerometría superior a ocho centímetros debe hacerse la amputación del cuello uterino.

Si coexiste al mismo tiempo que un cistocele, un rectocele, debe practicarse una colporrafia posterior con miorrafia de los elevadores.

res del ano. Halban agrega en casos de prolapso con retroversión, la fijación alta de la vejiga al cuerpo uterino, después de abrir el fondo de saco vésico-uterino y luxar el fondo uterino hacia adelante y fijando finalmente el peritoneo al fondo y cara anterior del útero.

Operación de Schauta. Es esta una operación de transposición, es decir se verifica con ella la interposición del útero, entre la vagina y la vejiga. En sus tiempos iniciales la técnica se conduce como en la operación de Spaldin-Richardson, abierto el peritoneo vésico uterino, y exteriorizado el fondo a través de la brecha, se sutura ésta a la cara posterior del útero y se fija en seguida el fondo a la rama pubiana, colocando un punto en la línea media, para evitar el prolapso de la uretra o del triángulo vesical. Luego se reseca la mucosa vaginal sobrante y se sutura los bordes con puntos separados atravesando el útero subyacente para obliterar los espacios muertos, finalmente se practica una colporeorrafia.

Histerectomía vaginal.—1) Incisión trasversal anterior, a nivel del cuello.

2).—Separación de la vejiga urinaria del útero con instrumentos cortantes primero y luego por medio de disección roma con torunda de gasa, montada en pinza de Foerster.

3).—Incisión del peritoneo vésico uterino y exploración de la pélvis con el dedo índice.

4).—Con bisturí se completa la incisión de la mucosa vaginal, alrededor del cuello uterino, disecando luego la mucosa vaginal posterior para separarla del recto y poner al descubierto el fondo de saco de Douglas, el cual se secciona y se explora.

5).—Pinzamiento, sección y ligadura del ligamento útero sacro izquierdo y luego del ligamento ancho del mismo lado, a ras del útero, incluyendo en la ligadura los vasos uterinos.

6).—Pinzamiento, sección y ligadura del ligamento útero sacro y ligamento ancho-derecho, en la misma forma que en el lado opuesto.

7).—Exteriorización del fondo uterino y colocación de pinzas en la parte superior del ligamento ancho, incluyendo trompa, ligamento ovárico y ligamento redondo. Sección de estas estructuras en medio de las pinzas y reemplazo por ligaduras, en ambos lados.

8).—Finalmente queda el cierre del peritoneo y de la mucosa de la vagina, el que se practica colocando primero en la extremidad derecha de la incisión mucosa anterior un punto de sutura, que deberá atravesar las estructuras más superficiales de la cara posterior de

la vagina, incluyendo el borde, la incisión peritoneal y los ligamentos ancho, redondo y el muñón de la trompa. Otro punto de sutura semejante es colocado en la misma forma en el otro ángulo. Queda así fijada la cúpula vaginal a las diferentes estructuras ligamentosas. Finalmente se colocan dos o tres puntos en la mitad del corte, que atraviesan, la mucosa anterior los rebordes peritoneales anterior y posterior y el colgajo mucoso posterior.

9).—Colpoperineorrafia.

TECNICAS ABDOMINALES

Nos haríamos interminables si describiésemos la enorme cantidad de técnicas, para el tratamiento quirúrgico del prolapso genital, por vía abdominal. Hoy en día han ido perdiendo terreno, siendo empleadas únicamente en casos muy excepcionales.

Diremos tan solo el fundamento de cada una de las principales. En todas se emplea una celiotomía mediana infraumbilical. En la técnica de Gilliam, abierta la cavidad abdominal, se pasa una ligadura temporal, alrededor de cada ligamento redondo y a unos cuatro centímetros del útero. Luego se procede a separar a cada lado la aponeurosis del tejido celular subcutáneo, y a unos tres centímetros se hace una incisión, que penetre a la cavidad abdominal, por la cual ha de extraerse los ligamentos redondos, previamente reparados con la ligadura temporal y que van a suturarse con la aponeurosis.

La de Pestolozza consiste en disecar el peritoneo uterino anterior separándolo de la vejiga y luego fijarlo al fondo de la matriz con varios puntos.

Otra técnica es la ligadura lateral de los ligamentos redondos, haciendo a cada lado dos pliegues, uno que se fija al fondo uterino y el otro a la pared abdominal, quedando así acortados éstos. Se han empleado también el acortamiento de los ligamentos úterosacros, la plegadura de los ligamentos anchos, ventro fijaciones del útero, operaciones combinadas, etc.

CUIDADOS PRE Y POSTOPERATORIOS PARA PROLAPSO GENITAL PRACTICADOS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA DEL HOSPITAL DE SAN VICENTE DE PAUL.

Las condiciones más importantes del preoperatorio son las siguientes:

1º—Estudiar las condiciones del estado general de la paciente.

2º—Estudio de los sistemas circulatorio, respiratorio, urinario, digestivo y nervioso.

3º—Elección de la técnica operatoria y la anestesia correspondiente.

Una vez que la enferma en el Servicio sea revisado por el cirujano, se procede a la preparación quirúrgica, la cual se lleva a cabo en la siguiente forma: la víspera de la intervención se le da una comida ligera entre las 4 y 5 p.m. En seguida un enema evacuante de agua jabonosa, un lavado vaginal antiséptico y en la noche se le hace ingerir un acápsula de seconal de 0.20 grs. El día de la operación se le suministra unos 500 cc. de agua azucarada entre 4 y 5 am.; una hora antes se rasura la región pubiana y se repite la desinfección de los genitales externos y se le da otra cápsula de seconal. Media hora antes, se le aplica una ampolla de morfina-atropina, y llegada la hora de la intervención se traslada la paciente a la mesa de operaciones en donde se le hace el sondeo vesical y una nueva desinfección de la región a operar.

Es conveniente anotar que últimamente estamos siguiendo la escuela alemana en cuanto a la limpieza de los genitales externos y que consiste en lo siguiente: unos cuatro días antes de la intervención se empieza la preparación de la paciente con dos lavados vaginales diarios con agua hervida únicamente, y el día de la intervención con suero fisiológico, para no desvitalizar las células vaginales.

También se ha introducido en el Servicio la urografía descendente en el preoperatorio y la de control en el postoperatorio.

POSTOPERATORIO.—Varía un poco si la intervención se practica con anestesia raquídea o con general. Si con la primera, que ha sido la más usada, se pasa la enferma con sumo cuidado a la camilla, se cubre bien y se lleva a la cama, en donde se deja sin almohada por 12 horas y en decúbito dorsal. Este primer día se le hace tomar líquido en pequeñas dosis. En la noche se le aplica una ampolla de morfina.

El segundo día quirúrgico continúa la operada en decúbito dorsal, se le hacen mover las piernas y se autoriza para que se coloque en decúbito lateral; continúa a líquido y se le da en la noche una cápsula de seconal.

El tercer día posición de Fowler, comida liviana y una pastilla analgésica en la noche.

El cuarto día, lavado intestinal y se retira la sonda vesical, en caso de haberla dejado a permanencia y se aumenta la comida.

El quinto día se levanta la enferma; el sexto o el séptimo se le hace tomar la urografía descendente de control, para despedir al octavo la paciente, no sin antes advertirle que continúe volviendo al servicio a revisión trimestral.

Cuando la intervención se practica con anestesia general, sólo difiere en que el primer día no se administran líquidos, se puede dejar la enferma con almohada y puede pasar de decúbito dorsal a decúbito lateral cuando la enferma lo estime conveniente.

Como antibióticos se acostumbra en el Servicio durante los tres primeros días quirúrgicos un gramo diario de estreptomina y cuatrocientas mil unidades de penicilina.

Como complicaciones en el postoperatorio del prolapso genital se han presentado escasas veces hemorragias del sexto al octavo día, debido a la caída de los puntos de sutura, y la retención de orina después de retirada la sonda vesical. Ultimamente para evitar esta complicación se está eliminando la sonda a permanencia y en cambio de esto se enseña a las enfermas a hacer micciones en decúbito dorsal unos dos días antes a la intervención, porque se ha observado que muchas retenciones de orina postoperatoria que anteriormente se le inculpaban a la anestesia raquídea no son otra cosa que falta de costumbre y vergüenza por las vecinas.

PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL

Propiamente el prolapso de Cúpula Vaginal, entendiendo por tal el que se presenta en pacientes que fueron operadas anteriormente para prolapso y se les hizo histerectomía, se suele presentar en nuestro Servicio con alguna frecuencia. En el curso de los 10 años reseñados se contaron 20 casos.

Igualmente entendemos por prolapso de cúpula, el que se presenta después de histerectomía abdominal, y que, en el mismo lapso, sólo se registró un caso. Tanto en uno como en otro, la evasión de la vagina es completa, sin vestigios de cuello naturalmente.

Puede también presentarse la inversión vaginal como secuela de la histerectomía subtotal, pero entonces, las circunstancias son diferentes, por cuanto que, la presencia del cuello restante, modifica la anatomía de la lesión. De esta variedad se registraron 10 casos. Cuando

la técnica es bien ajustada, y se practica la traquelopexia cuidadosa, esta eventualidad se hace rara. No obstante, en ciertas circunstancias, a pesar de la traquelopexia, se produce el prolapso de vagina por tirantez de los tejidos, o mortificación de los cabos ligamentarios fijados al muñón.

La mayoría de los casos atendidos de histerectomía vaginal previa, se presentó a los pocos meses de la intervención. El cuadro clínico es sencillísimo. La enferma anuncia desde la Consulta Externa su recidiva, con sus naturales consecuencias: Disuria, disquecia, sensación de peso perineal, coxigodinia, y en veces, dolor y hemorragia por ulceración. La inspección en posición ginecológica muestra la hernia pelviana.

El problema no es el diagnóstico sino el tratamiento, porque— con frecuencia— después de la intervención aparece de nuevo otra segunda recidiva, y en ocasiones la tercera, como hemos tenido oportunidad de ver 3 casos en el Servicio.

En un principio, cuando la paciente todavía se encontraba en condiciones de vida conyugal, acudimos a la operación de Brady (por vía abdominal) que por 2 ocasiones, en 8 intervenciones, nos fué infiel, por reproducción a las pocas semanas a pesar de haber usado seda trenzada para la fijación. Aquello nos parecía un imposible, pero era una realidad. Nos explicamos el hecho por mortificación de los tejidos fijados.

En 4 ocasiones acudimos a la operación de Norman Miller, técnica sencilla de entender pero difícil de realizar porque el tiempo principal o básico de la intervención, consiste en reparar los cabos distales de los ligamentos útero-sacos, imposible de visualizarlos por vía vaginal, y entonces, hay que confiar en el dedo explorador (el índice de la mano izquierda) para tomarlos con la aguja y repararlos, lo que nos resultaba una maniobra ciega. En los últimos cinco años la hemos tenido abandonada.

Las plastias vaginales, estilo Fothergill, suelen servir en casos limitados.

Desde mediados del año 1949 en adelante, hemos venido haciendo la operación de C. J. Andrews, descrita por el autor en 1948, y publicada en el Am. J. of Obs. and Gyn. en marzo de 1949. De las 8 veces que se ha ejecutado en el Servicio, en 7 se ha logrado la curación de la enferma, pues sólo contamos con una reproducción.

La operación de Le Fort ha sido modificada y submodificada por varios cirujanos. Una de las últimas innovaciones consiste en reseca 2 cuadrados en la parte profunda, cerca a la cúpula, de tal manera que al afrontar las superficies cruentas, quede vagina suficiente para satisfacer las necesidades conyugales. Un caso tenemos operado así, sin reproducción.

Por último, nuestro recurso, en última instancia, después de agotar los descritos, es la operación de Le Fort, con perinorrafia complementaria; a ella hemos tenido que acudir muchas veces, a pesar de sus inconvenientes sociales y técnicos, pero en todo caso, es un recurso que el cirujano está en la obligación de saber aprovechar en la debida oportunidad.

CONCLUSIONES.

- 1) El prolapso uterino es la más frecuente de la ginecopatías quirúrgicas.
- 2) Su frecuencia máxima es entre los 40 y 60 años.
- 3) La multiparidad no es el factor determinante del prolapso.
- 4) El grado tercero clínico es el más frecuente.
- 5) La complicación del prolapso uterino con el carcinoma, es en extremo rara: 1.10% entre nosotros.
- 6) A pesar de su rareza, deben tomarse siempre las medidas comunes para su diagnóstico; y no hacer nunca la cura del prolapso sin antes haber verificado y de una manera rutinaria, los siguientes exámenes; Papanicolau, biopsia de los cuellos más sospechosos, y curetaje uterino.
- 7) La técnica de elección, por todos conceptos, es la operación de Manchester, modificada por Fothergill.

BIBLIOGRAFIA

- | | |
|--|-------------------|
| 1 Gynecological and Obstetrical Patology | E. Novak |
| 2 Gynecological Histology | Josephine Banes |
| 3 Text Book of Patology | Muir |
| 4 Patología general y anatomía Patológica. | Ribbert-Hamperl |
| 5 Text Book of Pathology | Boyd |
| 6 Text Book of Histology | Maximow and Bloom |
| 7 Tratado de Anatomía Patológica | Costero |
| 8 Human Anatomy | Morris |
| 9 Anatomie | H. Rouvière |

- | | |
|--|---|
| 10 Gynecological and Obstetrical Anatomy | C. F. V. Smout and F. Jacoby |
| 11 Gynecologie Medical | J. E. Marcel et Maurice Fabre |
| 12 Cervicitis | Manuel de Usandizaga |
| 13 Carcinoma of de Cérnix Complicating Procidentia Uteri | A. J.; of Obstétrica and Gynecology
vol. 55, February 1948 N° Doro L. Ashton |
| 14 Cylindroma of de Cérnix with Procidentia | A. J. of Obstétrica and Ginecology.
vol. 50, July 1949 Nol. Roussel J. Palmer. |
| 15 Am. J. of Obst. and Ginecology | N° 3 Vol. 57 |
| 16 Gynecología Operatoria | R. Te linde |
| 17 Progress in Ginecology | J. V. Meigs and S. Sturgis |
| 18 Endocrinología | William Wolf |
| 19 Tratado de Ginecología | Juan C. Ahumada |
| 20 Tratado de Ginecología | W. Stoedel |
| 21 Lewis' Practice of Surgery | Waltman Walters |
| 22 Ginecologic Surgery | Morris A. Goldberger |
| 23 Ginecología | Lawarence R. Wharton |
| 24 Enfermedades de la mujer | Crossen and Crossen |

pital de San Vicente| Fue tan halagüeño el resultado postoperatorio de dicho caso que se optó por seguirlo usando y así murió definitivamente entre nosotros y entre el mayor número de cirujanos generales que todavía operan próstatas, el uso del taponamiento con gasas.

En la aplicación de este primer método se usaba como rutina el doble drenaje uretral-suprapúbico, el cual se utilizaba como método de seguridad para aplicar el continuo lavado por goteo con soluciones estériles (agua, solución salina isotónica y algunas veces soluciones al 5% de ácido bórico). Respecto al uso del ácido bórico en estos lavados rápidamente los suprimimos habiendo leído en alguna revista urológica la explicación muy puesta en razón del gran peligro de reabsorción a través de la celda hacia el torrente circulatorio, trayendo con esto el fenómeno de la intoxicación acidósica irreductible y mortal. Dicho lavado gota-gota por las sondas lo usábamos como método de impedir la formación de coágulos que obstruyeran el sistema de drenaje.

En la antedicha técnica se practicaba simplemente el ojal vesical al estilo exacto de la técnica de Freyer y como única modificación en lugar de los tapones aplicábamos la sonda de Foley por la uretra y una vez inflada con agua la dejábamos dentro de la celda prostática, traccionándola suavemente con fijación al muslo. Rápidamente nos fuimos dando cuenta que la mayoría de los pacientes aparecían con incontinencia de orina temporal que sólo cedía del todo al cabo del mes o dos meses; además, en algunos casos las hemorragias siempre nos molestaba-estaba ocurriendo era que en la forma como lo estábamos usando no nos producía absolutamente el más mínimo beneficio ya que con ello dejábamos el reborde del cuello y las arterias prostáticas que muy cerca de él quedan, completamente libres. Apelamos entonces a inflar el balón no dentro de la celda sino dentro de la vejiga dándole mayor cuerpo que el tamaño de la celda y traccionándolo suavemente hasta colocarlo contra el reborde sangrante el cual quedaba entonces comprimido y sus labios ligeramente imbricados hacia adentro y con ello resolvimos el problema frecuente de las incontinencias y de las molestas hemorragias. La incontinencia, pues, no era debida sino a la distensión que estábamos provocando sobre el esfínter externo con el balón mal colocado.

Un poco más tarde uno de los miembros del servicio, inició una modificación a la técnica conocida como de Thompson Walker o quizás a la de Harris, con enucleación del adenoma a cielo abierto y bajo el control de la vista para luego hacer la hemostasia de la celda con electrocoagulación. Los pasos siguientes eran idénticos, es decir, cierre de la

vejiga con aplicación de sonda Petzer por arriba y Foley por la uretra y finalmente irrigación continua. El balance de estos dos métodos nos demostró que siendo más intervención en tiempo, equipo, etc. el estilo que estamos mencionando, conducía al mismo camino, no se obviaban los inconvenientes de las sondas, de los drenajes continuos, de la sonda tipo Foley etc. y en cambio aumentaba el tiempo quirúrgico sin producir, en nuestro concepto, un verdadero beneficio tangible y se exponía con la electrocoagulación de la celda al retardo de su cicatrización, a la fibrosis y a la estenosis consecutiva.

En la Historia N° 1.074 de fecha abril 19 de 1948 aparece la primera técnica intravesical con cierre total de vejiga que se practicó en el Servicio Urológico, siempre con hemostasia con sonda Foley, siguiendo el método de colocación que antes expuse. Esta técnica parece que hoy en día vuelve a coger cuerpo y entusiasmo en muchos servicios, con algunos partidarios de la sutura de la celda (como lo hacía Harris) y considerándola superior a la técnica Retropúbica de Millin, cosa que en nuestro concepto no es así. En la actualidad usamos la técnica intravesical en aquellos casos cuando intentando una Retropúbica nos encontramos un pequeño adenoma que hace nula la proyección de la cápsula haciendo materialmente casi imposible su visualización y exponiéndose úno a las molestas hemorragias de las venas capsulares anteriores. En esas condiciones procedemos a una pequeña incisión de 4 cms. de longitud en la vertiente anterior de la vejiga, inmediatamente después del cuello, lo cual da lugar suficiente para extirpar el adenoma y colocar un pequeño separador maleable que deja visualizar el reborde sangrante y poner los puntos hemostáticos de sutura. Ultimamente hemos visto en una publicación médica que el Dr. Hryntschak de Viena ha venido popularizándola en Europa, la cual fue presentada a la Reunión anual de la Association Française D'Urologie de septiembre de 1952 por el Dr. P. Aboulker de París. Como ya lo dijimos, dicha operación por primera vez la hicimos en el Servicio de Urología nuestro en abril 19/48. En esa ocasión aplicamos Oxichel en la celda por primera vez entre nosotros.

A pesar de sentirnos ya con una técnica que por primera vez dejaba tranquilo relativamente al cirujano en cuanto al problema de hemorragias y siendo el postoperatorio muchísimo menor de lo que daban las antiguas técnicas de Freyer (promedio de 12 a 14 días en comparación con los 20 a 30 días de la vieja técnica), siempre había el anhelo de poder encontrar la manera de resolver el impase y desaliento que

producían en el ánimo del paciente y el cirujano la tendencia a la fistulización cuando ya se estaba listo para soltar al paciente de la Clínica y se retiraba la sonda uretral para restablecer la micción natural. Esta desagradable complicación y muchas otras nos las ha venido a resolver la más nueva técnica, la Retropública de Millin, con algunas modificaciones por nosotros implantadas como lo veremos adelante.

En mayo 21 de 1948 se hizo la primera Adenomectomía Retropública (Historia Nº 1.083) con la mala suerte de ser uno de los pocos muertos que tenemos en nuestro Servicio Urológico. Triste realidad, el paciente no murió de la Adenomectomía, sino de una hernia inguinal que se estranguló estando el enfermo bajo la acción de la anestesia raquídea que se le había aplicado y luego pasó desapercibida debido quizás al uso de los opiáceos y barbitúricos que se usan durante las primeras horas que siguen a un acto quirúrgico. La era de éxitos empezó con la segunda en mayo 24/48 hasta nuestros días, durante la cual ha sido la técnica preferida, y que en 143 Retropúblicas que se practicaron hasta diciembre de 1952 dieron 2 muertes, la primera no contabilizable debido a la causa distinta que la motivó y la segunda sí porque murió en shock la misma noche de la intervención, motivado seguramente por un acto quirúrgico laborioso debido a fuerte bloqueo del espacio de Retzius y de la cápsula prostática y con tumor fuertemente adherido a los tejidos circunvecinos. Seguramente se trataba de una mala indicación para una intervención Retropública. Así, con eso, tenemos pues una mortalidad en Retropúblicas de un 0.7 sobre 143 casos que aquí se consideran sin tener en cuenta todo el número de casos de nuestra clientela particular que por su condición de ser vienen en muchísimas mejores circunstancias que los enfermos que se presentan a una sala de caridad y con lo cual seguramente se conseguiría si los incluyéramos en este trabajo un más bajo índice de mortalidad que el enunciado.

La tan mencionada complicación de osteitis del pubis que le atribuyen a la Retropública, en nuestro medio está curiosamente ausente, pues después de 4 años consecutivos de estarla practicando e incluyendo fácilmente unas 300 intervenciones de este género (con los casos particulares), solamente hemos podido observar a finales del año pasado un caso claro y concreto de tal complicación, con diagnóstico Radiológico positivo de destrucción del hueso. Como dato curioso y que llama la atención fue que el mismo mes se nos presentaron en forma consecutiva otros dos casos simultáneos de enfermos que presentaban la

típica sintomatología dolorosa que ocasiona tal entidad, con idéntica impotencia funcional etc., pero en ninguno de estos dos casos fue posible comprobar lesión ósea a los Rayos X y posteriormente se comprobó que uno presentaba una miositis del músculo recto anterior izquierdo del abdomen y el otro llegamos mejor a la conclusión de una neuralgia del obturador.

Otra de las complicaciones que le atribuyen algunos autores, la fístula, nunca se nos ha presentado en ningún caso. Hemos creído y así tuvimos la oportunidad de comentarlo en otras ocasiones, posiblemente algunos autores la han tenido debido al hecho de hacer la incisión de la cápsula prostática con el bisturí eléctrico, lo cual trae como consecuencia una electrocoagulación de los bordes, con disminución y merma en el poder de cicatrización de la herida capsular y por consiguiente mayor predisposición a la formación de la fístula.

La hemorragia, tan frecuente en técnicas diferentes, francamente la tenemos completamente dominada. En escasísimos pacientes que han sangrado o mejor que han tenido hemorragia un poco abundante en el post-operatorio (no más de 4), lo hemos resuelto mediante el uso del Panendoscopio para extraer a través de él los coágulos mediante el evacuador de Ellick y la electrocoagulación posterior endoscópica de la arteria que fácilmente se ve sangrar. Como por encanto los pacientes quedan después de esta maniobra con orinas completamente limpias. La simplicidad de este método de tratar las hemorragias después de una Adenomectomía, hace intolerable dejar morir hoy en día un paciente de hemorragia.

Incontinencias definitivas de orina no se nos han presentado hasta el presente en ninguno de los casos. Sólo conozco un caso particular de uno de mis colegas que quedó con una incontinencia después de una intervención bien reglada y sin ninguna complicación en el operatorio ni post-operatorio. Exámenes posteriores por nosotros y posteriormente con el neurólogo parecen demostrar que este paciente presentaba estigmas anteriores latentes de una lesión medular posiblemente de origen específico, cosa que hasta el presente no se ha podido aclarar en forma definitiva ya que todavía está en estudio y observación.

En la Historia clínica marcada con el número 1.814 y con fecha 31 de julio de 1951, se dio un nuevo paso de avanzada cuando resolvimos no volver a usar el tipo de sonda Foley como medio hemostático y se aplicó por primera vez una simple sonda de Nelatón calibre N^o 20 por la uretra, considerando previamente que con la técnica de Adeno-

mectomía tipo Millin, no era necesario el balón, el cual al contrario dificultaba el colapso natural de la celda y estimulaba la producción de pujos y espasmos vesicales, facilitando en esta forma quizás más hemorragias que si no los hubiera. De esa época para adelante el Foley para nosotros perdió su categoría y se hizo menos necesario, siendo contadísimos los casos en los cuales lo llegamos a usar tanto en nuestra clientela particular como en el medio hospitalario.

Mucho tiempo antes de hacer esta modificación, ya habíamos implantado igualmente modificaciones en el sistema de drenaje vesical, haciéndolo totalmente contrapuesto o a la inversa de como estábamos haciéndolo; es decir, en lugar de un sistema completamente abierto y de irrigación lo continuamos absolutamente cerrado, aplicando la sonda y dejando simplemente agua en la vejiga, la cual se deja allí por una o dos horas para luego sacarla, lavar e inyectar nuevamente agua limpia y dejarla nuevamente allí mediante la oclusión de la pinza. Esto lo verificamos por unas dos o tres ocasiones hasta que el líquido se va haciendo menos hemorrágico y entonces directamente la conectamos a un recipiente en el piso de la cama por medio de un tubo de goma. Esto lo evitamos cuando en la sala de cirugía comprobamos que el líquido de lavado sale bastante limpio. Con ello buscamos, mayor quietud vesical y especialmente la hemólisis al entrar la sangre en contacto con el agua, evitando así la formación de grandes coágulos que posteriormente irían a tapan el sistema de drenaje. Generalmente ese método lo usamos en forma rutinaria porque así simplificamos el problema de enfermería tan difícil de encontrar perfecto en nuestro medio. Algunas vez intentamos el uso de sustancias anticoagulantes para dejar dentro de la vejiga pero vimos que eran innecesarias pues el agua era suficiente.

En cuanto a Prostatectomías TOTALES Retropúbicas se han practicado desde la primera que se hizo en el Servicio Urológico (Historia Nº 1.271) el 21 de marzo de 1949 e incluyendo 8 de mi clientela particular, 14 en total con el mejor resultado posible en estos casos. En cuanto a mortalidad operatoria, ninguno hasta ahora. En incontinencias, sólo una definitiva. Ninguna fístula y con postoperatorios más brillantes que cualquiera de las simples Adenomectomías, pues al día siguiente todos los pacientes han tenido sus orinas completamente claras, sin sangre, semisentados y en admirables condiciones físicas y clínicas. La más grande próstata extraída por TOTAL ha sido de 120 gramos.

Generalmente en estos casos hemos conservado la sonda uretral por 18 a 20 días, aguardando un plazo más que prudencial para conse-

guir un mejor afrontamiento y cicatrización de los bordes. Siempre hemos tenido como norma en estos casos, no hacer puntos de sutura entre la uretra y el neo-cuello vesical, sino que hemos apelado en todos ellos a un simple afrontamiento de las dos bocas (vesical y uretral), mediante un balón Foley de 30 c. c. de capacidad, suavemente traccionado con el fin de facilitar la aproximación de los bordes, y esto con un fin preconcebido y es el de evitar lo más que sea posible, ir a traumatizar el esfínter externo con la aplicación de hilos en su proximidad y entorpecer posteriormente su funcionamiento trayendo con ello las incontinencias tan frecuentes en este tipo de intervenciones. Es digno de anotar que en 14 casos que tenemos recogidos y que nos acordamos (pues tenemos unos pocos casos trasapelados), sólo uno de ellos se encuentra con incontinencia. En varios de ellos, a pesar de la tracción del Foley, no se pudo conseguir la aproximación de las dos bocas de anastomosis, quedando entonces una zona en puente hasta de 2 cmtrs. de longitud, donde la sonda quedaba totalmente descubierta. No obstante, todos ellos han cicatrizado perfectamente y hasta ahora, en dos casos que conocemos, se ha tenido que estar haciendo el simple tratamiento de las dilataciones del cuello con beniqué como si se tratara de un estrecho común y corriente. Es decir, estos pacientes han cambiado un Carcinoma por una simple estrechez fácilmente tratable, cosa que la hemos considerado un buen cambio.

Siguiendo la experiencia lograda con esos casos, últimamente hemos encontrado preferible no hacer el afrontamiento absoluto de las dos bocas, sino dejar preferiblemente un puente o zona de no afrontamiento para conseguir con ellos la reconstrucción alrededor de la sonda de un canal de tejido de cicatrización epidermizable que es de considerarse utilísimo para el control de las incontinencias, ya que al simple esfínter externo le queda bastante forzado controlar y resistir el peso de una columna líquida y a relativa presión poniéndolo directamente en contacto con todo el contenido vesical mediante una sutura de afrontamiento. Debe tenerse en cuenta también la posibilidad de esclerosis del esfínter que puede conseguirse mediante la aproximación con tracción de los hilos de sutura en el afrontamiento.

Por medio de este método preferimos conseguir un nuevo canal así sea con tendencia a la estenosis, que es fácilmente tratable y que nos ha alejado la posibilidad de la complicación de la incontinencia, frecuente en casi todos los pacientes que son sometidos a la PROSTATECTOMIA TOTAL. Nos permitimos insinuar para finales experien-

cias, esta nuestra apreciación que en nuestras manos ha dado buenos resultados.

La Adenomectomía perineal, aunque no es nuestra favorita, la hemos practicado algunas veces (24 casos solamente en los años 1948 a 1952) sin incluir algunos escasos pacientes particulares. Dentro de ellas, cinco fueron practicadas por estudiar la técnica muy quirúrgica y sugestiva del famoso urólogo catalán Dr. Puigvert Gorro. El tropiezo permanente de la impotencia y la frecuencia de incontinencias transitorias, así como de fístulas perineales de los primeros días con que quedan estos pacientes no nos han entusiasmado mucho para seguirla ejecutando en mayor número de casos. Solamente encontramos un magnífico campo para su uso en aquellos casos donde la duda de un Carcinoma nos hace plantear la posibilidad de una biopsia previa por congelación, indicadora del camino inmediato a seguir entre la simple Adenomectomía o la Prostatectomía total. La baja mortalidad de esta vía es interesante de tenerse en cuenta para los casos de pacientes en malas condiciones físicas y edad supremamente avanzada. En nuestros casos no hemos tenido ninguna mortalidad hasta el presente.

En el campo de las PROSTATECTOMIAS TOTALES PERINEALES en los 4 años que estamos considerando sólo se practicaron en el Servicio 5 casos, debido a que todo el entusiasmo lo pusimos a la Total Retropúbica, más desconocida que la anterior y por consiguiente nos interesó más para obtener mejor experiencia para el futuro.

En el campo de las Totales Perineales hemos observado 2 casos de fistulación al recto, no debidas a ruptura del mismo durante el tiempo quirúrgico, sino quizás motivadas por esfacele, por la isquemia de la pared rectal consecuencial al desprendimiento de las vesículas, ampulas del deferente, linfáticos subyacentes, etc. Los tres casos que mencionamos fueron en pacientes con Carcinoma muy avanzado (Clasificación IV). De los 2 casos, en uno de ellos se cerró la fístula espontáneamente. En las Totales Retropúbicas, uno hizo otra fístula igualmente por esfacele, la cual curó con dilatación del cuello y aplicación de una sonda a permanencia durante unos 12 días. El otro caso, de fístula rectal en la perineal, actualmente está en observación y tratamiento hormonal, pues por la infiltración de los bordes de la fístula obtenido al tacto rectal, nos hace pensar en una degeneración de los tejidos circunvecinos.

Observando el cuadro de Estadística, vemos que la vía Transuretral va mostrando un aumento progresivo cada año que va pasando y a pesar de los buenos resultados que obtenemos en todos nuestros

casos con la vía Retropúbica. Ello simplemente se explica por dos factores a nuestro parecer: 1º - La mayor familiarización cada día con la vía. 2º - El mejor estudio diagnóstico que nos lleva a precisar mejor el número de casos que se benefician más con ella. Creemos que en los casos indicados es admirable y no se justifica otra técnica distinta.

Más adelante todavía, el 16 de julio de 1952 (Historia Clínica N° 2.013), logramos satisfacer el deseo de no usar sonda uretral en la Adenomectomía Retropúbica, ya que considerando la función que prestaba en las intravesicales, se nos hacía que en las Retropúbicas quizás no se justificaría su uso tanto como en la primera, ya que una de las funciones de la sonda es la de mantener en reposo las paredes móviles y musculosas de la vejiga y facilitar así el cierre de la brecha vesical, pero en la celda prostática, órganos simplemente de conducción y no de contención de orina y de paredes fijas no se le encontraba tanta indicación. Habiendo en un caso anterior ya prescindido de la sonda Foley como medio hemostático, viendo por los casos operados con una simple sonda de Nelatón que la hemorragia era apenas ligera y especialmente con la observación de algunos pacientes que en momento de taparse la sonda por cualquier coágulo antes de entrar en retención se defendían orinando por entre las paredes de sonda y uretra, nos llevaron a pensar que la utilidad de la sonda era simplemente secundaria. Quizás varios de los que operamos por vía Retropúbica habremos tenido uno que otro caso que por accidente se haya salido la sonda durante la noche y en la primera visita de la mañana hemos encontrado al paciente orinando sin dificultad. Dos casos similares a lo narrado nos sirvieron igualmente como medio de información y experiencia para demostrar que la sonda uretral no es tan necesaria como en un principio se ha creído. Fuera de estos casos y razonamientos, no vemos de continuo enfermos con fuertes hemorragias vesicales que son capaces de orinar y expulsar grandes coágulos por la uretra a condición que no tengan ningún obstáculo en la vía de salida?

Así pues, en la fecha enunciada atrás practicamos el primer intento de una Adenomectomía dejando desde la Cirugía al paciente sin sonda uretral y sí la vejiga llena de unos 80 c. c. de agua estéril. Grata fue la sorpresa cuando en las horas de la tarde y una vez un poco repuesto de su estado de pseudo-inconsciencia motivado por la anestesia general, el paciente orinó espontáneamente.

El segundo caso con fecha 22 de julio, operado como el anterior con Anestesia General, fue dejado igualmente sin sonda, pero por la noche el enfermo todavía bajo el efecto ligeramente narcótico de los

estupefacientes y de la Anestesia, entró en retención, para lo cual simplemente se pasó una sonda que sólo se dejó colocada por el resto de la noche retirándose al día siguiente y restableciendo inmediatamente su micción normal el operado.

Con la experiencia de este caso y temiendo nuevas retenciones debido al uso de la Anestesia tipo central, fue por lo cual resolvimos apelar a la Anestesia local según técnica personal que día a día hemos venido perfeccionando y que posteriormente será publicada en otro trabajo más adelante y que se referirá exclusivamente a esta modificación. Con ello hemos venido a resolver en forma más eficiente la situación referente a la posibilidad de inhibición en el funcionamiento vesical en las primeras horas después de la intervención y podemos presentar hasta el presente el primer número de 22 intervenciones de este género sin ninguna complicación hasta el presente. Poco a poco esperamos, con mayor número de casos, poder llegar a precisar, mejorar y dominar más esta técnica que en nuestro campo de acción, tratándose de viejos con gran cantidad de trastornos pulmonares, bronquiales, circulatorios, hipertensionales, etc., le vemos un gran porvenir.

Esta técnica nos fue posible presentarla personalmente en uno de los "meetings" de Urólogos del Stanford Hospital de la Universidad de Stanford en San Francisco de California en enero de 1953 con una magnífica acogida y sorpresa para todos, ya que no era conocida.

En la actualidad estamos tratando de perfeccionar la técnica de infiltración profunda para facilitar el desprendimiento del Adenoma sin el más mínimo dolor, cosa que en bastantes de nuestros casos ya hemos logrado en su totalidad, proporcionando con ello mayor seguridad con el mínimo riesgo en todos los casos de complicaciones avanzadas. En esta forma creemos colaborar con nuestro esfuerzo al adelanto diario de nuestra Facultad de Medicina en el campo de la investigación y el mejoramiento.

No quiero terminar este ligero informe de lo que ha sido nuestra labor en estos cuatro años, sin dar un agradecimiento y enaltecer los méritos de mis compañeros de trabajo, quienes han contribuido eficazmente en el mejoramiento de nuestro Servicio Urológico del Hospital de San Vicente de Paúl.

MOVIMIENTO DE INTERVENCIONES PROSTATICAS EN LOS 5 ULTIMOS AÑOS

		1948	1949	1950	1951	1952	Totales
<i>Transvesicales</i>	1 tiempo	33	21	12	3	4	73
	2 tiempos	11	9	0	0	2	22
<i>Retropúbicas</i>	Adenomectomías	5	19	47	31	41	143
	Prostatectomías	—	3	3	—	—	6
<i>Transuretrales</i>		9	16	19	15	23	82
<i>Perineales</i>	Adenomectomías	2	2	2	9	8	23
	Prostatectomías	—	—	1	1	2	4
	SUMAS	60	67	80	59	80	353

3 muertos en 353 - Índice de Mortalidad = 0.8%

1 muerto en 143 Retropúbicas - Índice de Mortalidad = 0.7%

CANCER DE LA PROSTATA

DR. ALBERTO PEREZ E.

Profesor Auxiliar de Clínica Urológica.

Se trata en este trabajo de mostrar y analizar los casos de cáncer de la próstata que se han presentado en el Hospital de San Vicente de Paúl de esta ciudad, en un período de cinco años, de 1948 a 1952.

Para resaltar la importancia que tiene en la actualidad el cáncer de la próstata comenzaremos con unos breves comentarios sobre su frecuencia, según lo muestran algunos autores extranjeros, pasaremos lue-

go a nuestras estadísticas, a los métodos de diagnóstico y por último las conclusiones.

El cáncer de la próstata es un problema de creciente importancia. Hace cincuenta años sólo se conocían en la literatura mundial 83 casos. Rich de Johns Hopkins, en autopsias, encontró un 40% de cánceres de la próstata en individuos mayores de cincuenta años, en el 68% de los cuales el tumor no había sido descubierto. Basado en estos datos Hinman calcula que en Estados Unidos hay 3.000.000 de individuos mayores de cincuenta años con cánceres de la próstata. Baron y Angrist, en un cuidadoso estudio de cincuenta próstatas obtenidas en autopsias de individuos mayores de cincuenta años, encontraron carcinoma en 24, es decir el 46%. Muir encontró 13% de cánceres en individuos mayores de 60 años. Gaynor el 18% en personas de la misma edad. Neller Meuburger 17,5%. Moore 18%. Kahler 17%. Walthar 30%. Gil Vernet 25%. Oliver Smith 16%. Davis 20%. Moullem 25%. Kümell 20%. Pauchet 20%. Instituto de Patología de Munich 27%. Wilson McGrath 15,5%. Freyer 13,4%. Joung da una estadística del 20% de cánceres de la próstata en individuos que se presentan a la consulta quejándose de trastornos prostáticos.

De cada diez personas que mueren de cáncer en los Estados Unidos, una es debida a cáncer de la próstata o a sus metástasis.

En relación con la extensión del carcinoma encontrada en el momento del examen, Flock de Iowa da los siguientes datos:

- 1º. Cáncer limitado de la glándula, de 5 a 10%.
- 2º. Cáncer cuya extensión va más allá de la cápsula prostática en los tejidos periprostáticos y perivesicales, 55%.
- 3º. Enfermos con metástasis a distancia, 35%.

En el período anunciado hemos encontrado 36 carcinomas entre enfermos hospitalizados con síntomas de obstrucción prostática.

Emilio Bojanini para su tesis de grado examinó tejidos obtenidos en 178 casos operados de obstrucción prostática en nuestro Servicio y encontró 5,6% de carcinomas. Estos son los llamados carcinomas ocultos y que algunos autores estiman que son entre el 5 y el 15%. De 25 autopsias en mayores de 40 años, en estudio concienzudo de muchos cortes seriados encontró un 20% de cáncer.

De los 36 carcinomas encontrados fueron diagnosticados antes de la intervención 23, un 63%.

Diagnosticados después de la operación o durante ella 13, un 63%.
Orquidectomías 23, un 63%.

Prostatectomías totales 11 (retropúbicas 6, perineales 5).

En 4 casos ya el carcinoma había salido de la cápsula e invadido los otros tejidos.

A quienes se les practicó orquidectomía el tratamiento fue completado con estrógenos.

METODOS USADOS EN EL DIAGNOSTICO DE CANCER DE LA PROSTATA.—1) Interrogatorio; 2) Examen clínico; 3) Uretroscopia); 4) Exploración digital por vía rectal; 5) Papanicolaou; 6) Fosfatasa; 7) Placa simple de rayos X; 8) Biopsia por punción o por intervención quirúrgica.

1). - *Interrogatorio*. Un enfermo que se queja de trastornos urinarios con dolores semejantes a los de ciática irradiados hacia los miembros inferiores, dolor en el sacro y por añadidura anémicos y de cierta edad, trae la sospecha de un cáncer.

2). - *Examen clínico*. Por el examen rutinario del aparato genitourinario encontramos que algo nos llama la atención hacia la posibilidad de la existencia de un cáncer de la próstata en la sensación de resistencia, de dureza, digámoslo, transmitida por la sonda que explora la uretra posterior.

3). - *Uretroscopia*. La uretroscopia puede darnos algunos datos que estarían en favor de la existencia de un cáncer de la próstata. Directamente hemos visto las vegetaciones cancerosas salir a través de la mucosa de la uretra posterior. Otras veces hemos visto las paredes de la uretra tornarse blancas nacaradas al paso del cistoscopio, al mismo tiempo que experimentamos claramente una sensación de resistencia, de aprisionamiento del instrumento, que muy posiblemente son debidas a la inextensibilidad de las paredes de la uretra afectadas, de cerca o de lejos por el carcinoma.

4) - *Exploración digital por vía rectal*. Considerado por muchos como el mejor medio de diagnóstico, induce indudablemente a errores como todo lo que depende de la apreciación personal, pero hasta la fecha es una de las exploraciones que más datos nos da. Por medio del dedo buscamos en la próstata los siguientes caracteres: Consistencia, Uniformidad, Bordes, Fijeza y Forma.

Consistencia: Solemos tener pocas dudas sobre la naturaleza de la lesión prostática cuando encontramos una dureza pétreaa; aunque en un gran porcentaje este tipo de dureza corresponde a un carcinoma, también puede ser consecuencia de una T. B. C., de la reacción fibrosa de un absceso enquistado, de un absceso leñoso, de un cálculo o de una

prostatitis crónica. Por otro lado el adenocarcinoma de tipo encefaloide es de una consistencia blanda. No podemos pasar por alto el enmascaramiento de la dureza por edema.

Uniformidad: La no uniformidad de la consistencia, en una palabra los nódulos en pleno parenquima tienen un gran valor en la apreciación del cáncer y siempre que constatemos su existencia, debemos seguir el caso hasta su esclarecimiento. Desde luego que no todo nódulo es un cáncer pero la sospecha existirá mientras no se demuestre lo contrario.

Bordes: Los límites de la próstata se hacen más borrosos cuando un carcinoma se sale de la cápsula y se va infiltrando en los tejidos que la rodean.

Fijeza: Está dependiente ésta de lo anterior y cuando se encuentra es casi seguro que estamos en presencia de un carcinoma avanzado.

Forma: En un principio la glándula ni se crece ni se deforma, pero a medida que el núcleo canceroso aumenta de volumen lo hace sin atención a una forma determinada, como podría hacerlo el adenoma; de ahí que encontremos carcinomas prostáticos con glándulas en formas planas, prolongadas hacia arriba con hipertrofias asimétricas, etc.

5) . - *Método de Papanicolaou*. Consiste en la investigación de las células cancerosas, sea en el fluido prostático, sea en la orina previo masaje, sea en el producto obtenido por punción de la glándula con aguja de punción raquídea. En nuestra estadística los casos de Papanicolaou positivos, fueron confirmados posteriormente por el examen anatomopatológico.

Para manifestar mi opinión sobre el método de Papanicolaou me permito transcribir lo que dicen los doctores Jaime Woorlich y Francisco Durazo Q. en la Revista Mejicana de Urología de enero de 1950, en un comentario del método de Papanicolaou en el diagnóstico de cáncer urinario:

“Después de revisar con cuidado el estado actual de diagnóstico del cáncer en el tracto urinario, hemos llegado a la conclusión de que cualquier recurso de nueva adquisición que nos ofrezca la posibilidad de disminuir nuestro aún amplio margen de error en ese importante aspecto, tendrá que despertar nuestro entusiasmo y simpatía.

El método citológico de Papanicolaou, según las estadísticas de diversos autores que presentamos y nuestra propia pequeña experiencia, parece llenar estos requisitos, por lo que creemos estar en la situación de proponer su ensayo en forma más amplia...”

Podemos presentar hoy en nuestro estudio de cáncer de la próstata 20 exámenes de Papanicolaou practicados sobre fluido prostático, con el siguiente resultado: 8 positivos, comprobados por el estudio histológico; 3 casos dudosos (tipo 3 de la clasificación) de los cuales uno era clínicamente positivo y otro se comprobó por estudio anatomopatológico.

6) . - *Fosfatasas*. Util su dosificación en la investigación de las metástasis, de poca ayuda en el diagnóstico de cáncer de la próstata todavía circunscrito a la glándula. No debe darse mucha importancia a un solo examen pues hay un margen de oscilación bastante apreciable.

7) . - *Placa simple de pelvis*. Sabemos que el cáncer de la próstata hace las metástasis preferiblemente a los huesos de la pelvis y a la columna vertebral. Fácilmente descubribles por medio de los rayos X, la presencia de un foco nos confirma el diagnóstico de un cáncer, al mismo tiempo que nos indica la pérdida de una bella oportunidad para la prostatectomía total, único medio de curación que hasta hoy poseemos.

8) . - *Biopsia por punción o por intervención quirúrgica*. No hemos usado el sistema de biopsia por punción; personalmente lo creo útil aunque tenga inconvenientes y fracase algunas veces. Pero en una materia de tan difícil esclarecimiento como es el cáncer de la próstata creo debemos echar mano de todos los medios que contribuyan a su certero conocimiento.

Queda por último recurso la biopsia tomada por medios quirúrgicos, por exposición de la glándula a través de la vía perineal, método posiblemente el mejor bajo el punto de vista del diagnóstico.

Si después de haber utilizado todos los métodos de diagnóstico anteriormente mencionados aún no estamos seguros de la naturaleza de la lesión prostática, no queda más camino que la biopsia por intervención quirúrgica, usando la vía descrita.

Esta biopsia la hemos practicado en 6 casos, de los cuales 4 dieron carcinoma y 2 adenoma. Según el caso se practica la adenomectomía o prostatectomía total. De todos los métodos de examen indudablemente éste es el que nos da el diagnóstico en un más alto porcentaje, de técnica más difícil y a veces de consecuencias muy desagradables, tales como la incontinencia de orina y la ruptura del recto, accidente que si es conocido durante el acto quirúrgico y reparado no tiene mayores consecuencias.

Se tratade mostrar por medio de estadísticas la considerable im-

portancia que ha adquirido el cáncer de la próstata. Entre hombres mayores de cincuenta años el porcentaje de cáncer de la próstata varía entre un 10 y un 40. 20% es un promedio muy aceptable.

De 36 cánceres diagnosticados por nosotros sólo 7, aparentemente, no se habían salido de la cápsula, por consiguiente eran potencialmente curables, 19,4%; cifra bastante mejor que la que dan la mayoría de los autores.

Como se ve de la descripción de los 8 métodos de diagnóstico de cáncer de la próstata, su descubrimiento oportuno es aún hoy muy difícil, no habiendo un solo método que por sí solo nos lleve a un diagnóstico seguro. Solamente la apreciación de los datos suministrados por cada uno de ellos, valorados por un buen criterio y una experiencia bien fundamentada, pueden llevarnos al descubrimiento preciso y a tiempo del tumor de que venimos hablando.

Y por último parece conveniente decir una vez más que el descubrimiento precoz del cáncer de la próstata o su sospecha está en manos del médico general. Si esperamos que el tumor se manifieste por trastornos urinarios, muy probablemente ya sería tarde. Lo más eficiente sería buscarlo por exámenes periódicos de los hombres mayores de cincuenta años, pues hay que tener presente que de cada 5 de esta edad, uno tiene cáncer de próstata.

CIRUGIA DE LA PROSTATA PRE Y POST-OPERATORIO

GABRIEL LLANO ESCOBAR

(Jefe de Clínica Urológica - Hospital de S. Vicente)

TRATAMIENTO PRE-OPERATORIO

Los cuidados preoperatorios básicos pueden dividirse en dos categorías: primero, los métodos de diagnóstico, que incluyen una cuidadosa historia, examen clínico completo, sin descuidar el aspecto psicogénico, y exámenes de laboratorio; segundo, cuidadosa preparación encaminada a corregir los déficits, a reducir los riesgos quirúrgicos, a facilitar la anestesia y a evitar en lo posible las dificultades y complicaciones en el post-operatorio.

LOS METODOS DE DIAGNOSTICO

Estos métodos ya enumerados son de suma importancia, pues con el concienzudo estudio de todos ellos se llega a evitar errores tales como el practicar adenomectomías no necesarias, por la vía no indicada o el tener que lamentar un desenlace fatal ocasionado por una intervención practicada a destiempo o sin la debida preparación o estudio de otras condiciones asociadas.

Como regla general puede considerarse la adenomectomía como una intervención "fría" o electiva y por lo tanto se podrá disponer del tiempo necesario para el estudio completo preoperatorio y para la adecuada preparación del enfermo.

HISTORIA CLINICA - (Véase necesidad e indicaciones del tratamiento).

EXAMEN CLINICO Y ENFERMEDADES ASOCIADAS

Este debe ser un examen lo más completo posible, pero se le prestará especial atención al *sistema cardiovascular* si se tiene en cuenta que la mayoría de los candidatos son individuos de edad avanzada y además por el hecho de la repercusión que sobre este sistema trae consigo la obstrucción prostática. Por lo tanto en los casos sospechosos se deben ordenar los siguientes tres exámenes: estudio de la tensión arterial, electrocardiograma y estudio radiográfico de tórax y además llamar al cardiólogo para su esclarecimiento y para, de acuerdo con él, tomar las medidas del caso y sobre todo elegir la anestesia que se considere menos inocua.

Mucha atención también se le debe prestar al *estado mental* del enfermo, pues no hay otro factor aislado que pueda afectar tanto el post-operatorio como una *perturbación mental*. En enfermo de esta naturaleza no prestará *ninguna* colaboración y al contrario estará listo a retirarse la sonda, quitarse las curaciones, etc., etc.

Serán excluidas las *diversas* enfermedades del *sistema nervioso* y en particular el *tabes dorsales*, pues esta entidad puede ir acompañada de un tipo de vejiga neurogénico atónica, hasta allí ignorada, y que debe conocerse y estudiarse previamente por medio de la *cistometría* para tomar las medidas del caso y sobre todo para no aventurarse en una operación que no sólo puede ser innecesaria sino que además atentar contra el prestigio del cirujano que la practique en tales condiciones.

En los pacientes que *sufren enfermedades pulmonares* activas, tales como bronquitis, tuberculosis etc., se debe postergar el acto qui-

rúrgico, en lo posible, hasta su restablecimiento. En el caso de la bronquiectasis se debe procurar el drenaje por medio de las distintas medidas como posiciones, aspiraciones, etc.

En los tosedores crónicos se estudiará la posibilidad de la irritación desencadenada o agravada por el hábito del tabaco y aconsejar bien la supresión o la disminución desde algunas semanas antes de la operación. También en estos enfermos se tendrá un mayor cuidado en el cierre de la pared abdominal y utilizar puntos e hilos que den una mayor seguridad y ofrezcan una buena barrera a los accesos de tos.

La diabetes en sí no es una contraindicación para una intervención quirúrgica como la adenomectomía, pero sí debe tenerse muy en cuenta esta entidad, pues el acto quirúrgico y más cuando se usa el éter como anestésico, tiende a exacerbarla. Es por lo tanto muy conveniente instituir medidas especiales antes durante y después de las adenomectomías practicadas en los diabéticos.

De preferencia con la colaboración del internista y con anterioridad al acto quirúrgico, se estudiará cuidadosamente la clase de insulina que se debe usar y además se fijará y estabilizará la cantidad requerida de ésta. Tampoco se debe olvidar que quizás el más importante objetivo en estos enfermos es el mantener la orina libre de cuerpos cetónicos, pues aun cuando la ausencia de glicosuria es un objetivo ya tradicional y muy aconsejable, no da por sí sola la seguridad de que la diabetes está bien controlada.

EXAMEN CLINICO — 2º APARATO URINARIO

Pasando ahora al aparato urinario, debemos considerar los siguientes puntos:

A - Estudio del residuo vesical.

B - Pruebas del funcionamiento renal.

C - Valor diagnóstico de hipertrofia benigna, y

D - Necesidad e indicaciones de la prostatectomía a la luz de los estudios anteriores.

A - Estudio del residuo vesical.

El grado de distensión vesical puede ser visible, palpable o demostrable por la percusión. Pero si no fuere suficientemente claro por estos procedimientos se usará la palpación bimanual con un dedo en el recto y una mano sobre el abdomen, maniobra esta que puede dar una buena impresión acerca del tamaño de una vejiga distendida. Pero si aun así no fuere suficientemente claro este dato, tendríamos que va-

lernos del cateterismo pero jamás como método de rutina, pues el relativo valor del residuo vesical debe supeditarse al peligro que entraña el cateterismo. Bien sabemos que toda instrumentación a través de la uretra indica contaminación y en presencia de un residuo dicha contaminación equivale a infección que será tanto más seria cuanto más afectado se encuentre el árbol urinario superior y cuanto más tiempo transcurra sin el adecuado drenaje que debe proporcionar la intervención. Luego sólo practicaremos el cateterismo vesical y con todas las condiciones de asepsia necesarias, en aquellos enfermos que ya traen orinas infectadas y nos abstendremos de hacerlo en enfermos que llegan a nuestra consulta con orinas estériles.

En este último grupo de enfermos podemos aún conocer con alguna precisión el grado del residuo vesical y sin ningún peligro, valiéndonos de la urografía excretora, que como veremos más adelante, es un procedimiento que se debe utilizar casi de rutina en todos los candidatos para una adenomectomía. Para esto debemos procurar incluir la zona vesical en las diversas placas tomadas y se hará orinar al enfermo antes de tomar la última y entonces en esta forma se apreciará si aún queda orina en la vejiga, pues ésta, mezclada con el medio de contraste que se elimina por los riñones ofrece generalmente imágenes muy claras. En esta forma también se podrá descartar la presencia de divertículos vesicales.

B - Pruebas del funcionamiento renal.

Estas pruebas de funcionamiento renal, en el enfermo que presenta una hipertrofia prostática, están sujetas a ciertas restricciones que deben ser claramente entendidas.

En primer lugar, la incapacidad para un organismo librarse de los productos de desecho puede ser debida a muy diversas causas:

- 1 - A la misma obstrucción prostática.
- 2 - A la hidronefrosis temporal causada por la obstrucción.
- 3 - A la alteración renal definitiva producida por la hidronefrosis a su vez desencadenada por una obstrucción.
- 4 - A la pielonefritis producida por una infección sobregregada al proceso anterior.
- 5 - A la alteración renal concomitante, producida por cálculo, nefritis, etc.
- 6 - A las causas circulatorias pre-renales.

Todos estos factores son de suma importancia, sin embargo los tres últimos deben ser más temidos aun cuando afortunadamente son los menos frecuentes pues en regla general el orden de aparición guarda relación con el orden de la enumeración anterior.

Ahora en cuanto a las *pruebas de funcionamiento renal* propiamente dichas, tenemos las siguientes:

- 1 - Dosificación de la urea en la orina y densidad de ésta.
- 2 - Urea sanguínea o sus equivalentes.
- 3 - Concentración de la urea.
- 4 - Urea clearance.
- 5 - Excreción de la fenolsulfoteína.
- 6 - Prueba del índigo carmín.
- 7 - Prueba de la concentración y de la dilución, y
- 8 - Urografía endovenosa.

En presencia de la obstrucción prostática, las pruebas Nros. 3 y 4, Concentración de la urea y Urea clearance, no tienen mucha validez ya que las muestras resultan diluídas al mezclarse con la orina que permanece como residuo en la vejiga. Por idénticas razones otras pruebas de excreción no tienen mucho valor en estas condiciones.

Por las consideraciones anteriores y por lo que nos ha enseñado la experiencia en nuestro Servicio de Urología del Hospital de San Vicente, practicamos de rutina la dosificación de la urea sanguínea y equivalentes y además la urografía descendente también casi de rutina. Estamos convencidos de que no solamente son sumamente prácticas sino que además sirven muy fielmente para apreciar el grado de alteración del aparato urinario superior y en especial de los riñones.

Y es que la urografía descendente no sólo es una de las más útiles pruebas del funcionamiento renal sino que además nos revela el grado de dilatación de ureteres, pelvis, y cálices así como también el grado de residuo vesical según lo vimos atrás.

De acuerdo con esta prueba y siguiendo algunos autores nosotros clasificamos los casos de obstrucción prostática en tres grados:

- Grado 1. Aquellos con normal o prácticamente normal aparato urinario superior.
- Grado 2. Aquellos que demuestran un apreciable grado de dilatación, y
- Grado 3. Aquellos que no muestran función renal.

El primer grupo puede considerarse como en condiciones óptimas, el segundo seguramente responderá rápidamente una vez se remueva la obstrucción y por último el tercer grupo se considera de mal pro-

nóstico y debe ser manejado con sumo cuidado. Es casi seguro, pues así lo hemos podido apreciar, que además estos grupos tendrán a su vez niveles sanguíneos de urea que guardarán un ascenso paralelo a su grado de lesión renal demostrable a los rayos X por la urografía excretora. Los raros casos de niveles de urea sanguínea elevada y aparente buen estado renal a los rayos X, corresponderán a enfermos con procesos crónicos nefríticos, que deben ser considerados también de mal pronóstico o a los casos en que las causas son de origen extra-renal etc. Será de rigor en estos casos un cuidadoso estudio para su esclarecimiento comenzando por el examen de orina para descartar cilindros, albúmina, etc.

C - Valor del diagnóstico de hipertrofia prostática.

Para llegar a este diagnóstico debemos sumar a las consideraciones hasta aquí tratadas otros exámenes para llegar a la definitiva evidencia.

Nos ocuparemos pues, en seguida, de los siguientes puntos:

1º Tacto rectal, 2º Uretrocistoscopia, 3º Uretrocistografía y 4º Diagnóstico diferencial.

1º *Tacto rectal.* - Este no sólo nos dará una idea aproximada del tamaño de la próstata sino que además sería sumamente útil para el esclarecimiento de un posible neoplasma.

El tamaño de la próstata sirve de guía para la escogencia de la vía que se debe seguir en la intervención, apreciación que será complementada con la uretrocistoscopia en los casos necesarios. Porque se debe mencionar aquí que la ausencia de la hipertrofia al tacto rectal no descarta la evidencia de una obstrucción del cuello vesical de este origen. La próstata de tipo pequeño y firme puede haber mantenido una infección a través de los años que la hayan convertido en un verdadero anillo fibroso que oblitera el cuello vesical casi completamente. Otras veces la hipertrofia será de tipo intravesical, generalmente el lóbulo mediano, y entonces en este como en el caso anterior el tacto rectal dará la impresión de ausencia de hipertrofia, y será una falsa guía para medir el grado y la severidad de la obstrucción del cuello vesical y sólo valiéndonos de la uretrocistoscopia podemos esclarecer estos casos.

2º *Uretrocistoscopia.* - Como lo acabamos de decir, es un examen muy útil para el esclarecimiento de algunos de los casos anteriormente enumerados así como los que deban ser diferenciados de otras entidades que pueden simular el prostatismo. Sólo una salvedad es necesario

tener en cuenta y es que este procedimiento debe ser hecho teniendo en mentes la pronta intervención si es del caso, pues dicha instrumentación puede traer la exacerbación de los síntomas y la recrudescencia de una posible infección urinaria.

3º *Uretrocistografía*. - Es también un método de examen de gran utilidad y que se hace y debe hacerse casi de rutina en enfermos que ya se encuentran con sonda a permanencia y en aquellos en que no es muy aconsejable la cistoscopia por su psiquismo u otras circunstancias. Pueden usarse jaleas o soluciones que contengan derivados del yodo o también el aire inyectado con una jeringa de pera. Pueden apreciarse indistintamente estrecheces, divertículos, grado de trabeculación, imagen de la proyección intravesical de la próstata, neos, etc., etc.

4º *Diagnóstico diferencial*. - En éste es necesario considerar:

1. Otras lesiones obstructivas, especialmente:
 - a) estrecheces.
 - b) cálculos.
2. Causas de origen funcional:
 - a) enfermedades o traumatismos del sistema nervioso central.
 - b) Inhibición debida a una cistitis aguda, etc.
3. Otras causas:
 - a) Divertículos, papilomas, barra interureteral, etc.

D - Necesidad e indicaciones de la prostatectomía a la luz de los estudios anteriores.

Los síntomas para los cuales el paciente busca alivio son los siguientes:

- 1º Aumento de la frecuencia de la micción.
 - a) En el día, interfiriendo con sus actividades normales.
 - b) En la noche, provocando interrupciones frecuentes del sueño o inconvenientes como micciones por rebosamiento, etc.
- 2º Micciones imperiosas que mantienen al paciente en ansiedad o provocan accidentes molestos.
- 3º Dificultad en la micción o micción lenta. Esto trae consigo además el temor a la retención aguda, bien por la progresiva dificultad o bien porque ya el paciente la haya experimentado.
- 4º Infección urinaria rebelde. Generalmente después de una instrumentación.
- 5º Formación de cálculos vesicales.
- 6º Episodios de hematuria aislados o a repetición.

7º Hemorroides o hernias desencadenadas o acentuadas por el esfuerzo.

A estos síntomas el médico sumará y estudiará la presencia de las siguientes condiciones para hacer todavía más aconsejable la intervención:

1º Para el alivio de la distensión vesical, muchas veces ignorada por el mismo paciente.

2º Para aliviar el reflujo o presión sobre el sistema urinario superior.

3º Para el alivio de los síntomas constitucionales causados por la uremia debida a la obstrucción. Y aquí conviene recordar el estado que muchos urólogos catalogan como "el prostatismo silencioso" que puede pasar fácilmente desconocido si no se piensa en él, pues los síntomas son muchas veces de origen digestivo o de intoxicación urémica, como somnolencia, piel seca, inapetencia, cefaleas, cansancio, decaimiento, etc.

Por último es importante declarar aquí en este capítulo que es casi axiomático que todo paciente que busca alivio para este síndrome de obstrucción prostática tiende a presentar sus síntomas muy atenuados quizá por ese tan arraigado temor a la cirugía, y una vez que él cree que no se le va a operar o cuando ya se le ha operado descubre éstos en toda su intensidad.

El estudio de estas indicaciones y su aplicación a cada caso particular es un asunto sobre el cual no se puede dar reglas fijas. Sólo cuando las condiciones generales son aceptables y los síntomas muy molestos, la indicación del tratamiento quirúrgico es algo que no se discute. Siempre que el paciente tenga suficientes síntomas para justificar la intervención debe apelarse a ella, sin olvidar tampoco que mientras más se posponga el acto quirúrgico más viejo se va haciendo el paciente, se va acentuando cada vez más la descompensación urinaria y por lo tanto más riesgo se correrá.

La dificultad se encuentra en la decisión de los casos extremos o sea en los que los síntomas son apenas algo molestos, y segundo en los que se encuentran en muy malas condiciones orgánicas, bien porque la misma obstrucción prostática, descuidada por muchos años, u otras condiciones lo hayan llevado a ese estado.

Siempre que nos hemos encontrado en presencia de uno de estos enfermos que han dejado avanzar su enfermedad hasta estados muy lamentables de caquexia, infección, uremia, deshidratación y desequi-

librio de iones, hemos optado por la sonda a permanencia, además de las otras medidas de orden general, para aliviar su estado. (Vitaminoterapia, sueros, transfusiones, antibióticos, etc.).

Sólo en muy contados casos hemos practicado la cistostomía con miras a postergar la adenomectomía para un futuro más o menos lejano. No hemos encontrado inconveniente alguno en estos enfermos que hemos sometido a una sonda a permanencia y más si se tiene en cuenta que hemos procurado no sobrepasarnos de tres semanas en estas condiciones. Una vez corregidos los déficits y mejoradas las condiciones orgánicas de estos enfermos, los sometemos a la intervención en un solo tiempo, pues aun en estas condiciones, la experiencia nos enseña, que la adenomectomía es de pronóstico muy favorable.

Cuando estos enfermos se encuentran con sonda a permanencia es nuestra costumbre practicar lavados periódicos débiles de permananato, ácido acético, merthiolate, pero en ningún caso con soluciones de ácido bórico, todavía tan en boga, pues éste es definitivamente tóxico y debe retirarse del arsenal terapéutico.

Sabemos que en otras partes se les practica a estos enfermos cistostomías por medio de trócares, pero nosotros preferimos, cuando nos vemos necesitados, practicar cistostomías bajo anestesia local, que apenas pueden ser consideradas como ligeramente más traumatizantes que las practicadas con trócares, pero que en todo caso no entrañan ningún peligro de ruptura del peritoneo, hechas con las reglas del caso.

Queda aún por discutir el problema del enfermo visto por primera vez con retención, en cuyo caso se pueden presentar las tres siguientes modalidades:

1. El enfermo que llega con retención crónica o sea con un alto grado de residuo vesical.
2. El enfermo que, con una larga historia de retención crónica, súbitamente presenta el cuadro de retención aguda, y
3. El enfermo que presenta una retención aguda por primera vez inesperadamente y sin síntomas anteriores.

En los dos primeros casos el ideal es practicar una adenomectomía inmediatamente o al menos en un solo tiempo, pues no hay ninguna razón para dudar de la eficiencia de esta intervención y más aún si se practica antes de que se establezca una franca infección con los cateterismos repetidos, que será tanto más grave cuanto más afectado se encuentre el árbol urinario superior, según ya lo hemos comentado.

En el último caso de retención, aguda o inesperada, se deben aplicar medidas para su alivio tales como: baños de asiento calientes, bolsas de agua caliente sobre el abdomen, antiespasmódicos o en fin todas aquellas medidas que puedan provocar descongestión o disminuyan el espasmo sobreagregado.

Hay un tipo de retención muy frecuente, como es el que se presenta en el post-operatorio de ciertas intervenciones practicadas en el bajo abdomen, tracto genital, recto y columna lumbar, en las cuales el problema radica muchas veces en que el enfermo no está acostumbrado a hacer las micciones en posición horizontal o bien a la acción inhibidora que sobre el destrusor ejercen ciertas drogas del tipo de la belladona, tan usadas en la pre-anestesia. Es por lo tanto muy conveniente antes de proceder a cateterizar estos enfermos usar drogas antagónicas y sin muchos efectos secundarios como el Urecholine de la casa Merk, que es un magnífico parasimpaticomimético y que da muy buenos resultados en estos casos. Este producto viene en ampollas de 5 mg. que se deben aplicar estrictamente por vía subcutánea y con un intervalo de 3 o más horas.

EXAMENES DE LABORATORIO

Aquí en nuestro servicio hospitalario son de rutina los siguientes exámenes de laboratorio: glicemia, azohemia, examen completo de orina, hemograma, fórmula leucocitaria, sedimentación, pruebas serológicas para la sífilis, tiempo de protrombina, examen de materias fecales y en efecto éstos deben ser considerados como de rutina en el preoperatorio de los candidatos para una adenomectomía. Sólo en casos especiales se ordenan algunos otros exámenes y de acuerdo con el caso particular, así por ejemplo cuando tenemos un enfermo en quien sospechamos un desequilibrio de iones, ordenamos: la medida del poder de combinación del CO₂, dosificación del K, Na y así por el estilo. También hemos considerado casi de rutina el examen de las fosfatasa sanguíneas y además una placa simple de pelvis en los casos en que queremos descartar un carcinoma de la próstata, o cuando queremos apreciar su grado de invasión.

CORRECCION DE DEFICITS

El ideal debe ser intervenir sólo en los pacientes que se encuentren lo más cerca de lo normal en cuanto a sus mecanismos fisiológicos y bioquímicos se refiere. Por lo tanto en el paciente que llega con una

historia de largos padecimientos o crónicas deficiencias provocadas por falta de recursos o por negligencia, es una obligación del cirujano el investigar estos déficits y el postergar la intervención hasta que se hayan corregido.

No estaría dentro de los límites por nosotros propuestos entrar a detallar todas las medidas encaminadas a corregir los diversos déficits, pues este solo capítulo daría material para un largo trabajo. Los cirujanos nos encontramos en la necesidad de estudiar muy cuidadosamente todas estas cuestiones de los desequilibrios ácido-básicos, de las terapéuticas de reemplazo de iones y agua a base de las diversas soluciones y de otras medidas como transfusiones de sangre, que es precisamente el mejor y más rápido método para corregir algunas de ellas como anemias, hipoprotrombinemias, etc.

PREPARACION PARA EL ACTO QUIRURGICO

Los cuidados u órdenes preoperatorias son más o menos de rutina en todos los servicios quirúrgicos y apenas los mencionaremos brevemente:

- a) Hipnóticos. - Generalmente se prescriben desde la víspera.
- b) Enemas. - Una enema simple la víspera de la operación es una buena práctica que siempre seguimos con nuestros enfermos.
- c) Preparación de la piel. - Es algo que consideramos de mucha importancia, y hay autores que consideran que la cuidadosa preparación y limpieza de la piel es la mejor medida profiláctica para evitar la tan temida osteitis del pubis.

Las regiones cubiertas de vellos deben ser cuidadosamente afeitadas y toda la piel se lavará con agua caliente y jabón. Con esta limpieza se logrará remover las capas de keratina de la piel donde muchos microorganismos se encuentran atrincherados. El agua caliente no sólo colabora con el jabón en su acción de limpieza sino que además provoca un poco de sudoración y por lo tanto activa la salida de los gérmenes que se encuentran en los folículos pilosos y glándulas sebáceas. Una vez terminada esta limpieza se aplicarán soluciones antisépticas como alcohol, merthiolate, etc.

Hoy se encuentran en el mercado nuevas soluciones o preparaciones que contienen agentes detergentes muy activos y que ofrecen una gran seguridad en su empleo para la preparación de la piel así como para la limpieza de las manos del cirujano. Uno de los más conocidos

y muy aceptado en los hospitales de los EE. UU. es el hexachlorophen, conocido en el mercado con los nombres de G 11 o Phisoderm.

Cuando ya el enfermo se encuentra listo para ser pasado a la sala de cirugía y más si es posible que la adenomectomía se haga por vía transvesical, es muy recomendado dejar dentro de la vejiga unos 350 cc. de solución de Merthiolate al 1×3.000 .

Como pre-anestesia, es de rutina en nuestro servicio, aplicar una ampolla de morfina-atropina media hora antes de la intervención.

POST-OPERATORIO

Cuando la intervención ha terminado, el paciente es llevado de nuevo a su pieza o a la sala general que de preferencia debe estar caliente y en silencio. Allí se le aplican opiáceos según la incomodidad y dolores que el enfermo aqueje, no sobrepasándose en su aplicación por el peligro de deprimir sus funciones vitales.

El pulso se vigila cuidadosamente y la tensión arterial se mide a frecuentes intervalos. Es de rigor comenzar la aplicación por vía endovenosa de soluciones tales como dextrosa al 5%, suero salino normal etc., en cantidades que siquiera alcancen los 2.000 cc. en las primeras 24 horas y siempre que no se sobreagreguen otras circunstancias como vómito, diarrea, hemorragia, pues entonces las cantidades serán mayores y además se aplicará sangre o plasma en esta última eventualidad. Cuando se compruebe un descenso apreciable de la tensión arterial se aplicarán estas soluciones a mayor velocidad para combatirlo. Pues todo descenso en la tensión arterial más o menos sostenido por shock o anemia predispone a la uremia y a la infección y es la causa del 95% de las fatalidades en esta clase de cirugía según Dodson.

Usamos de rutina en nuestros operados 400.000 unidades de penicilina diarias y 0,5 gr. de estreptomycin. Y cuando se retira la sonda, al rededor del 5º día, empezamos a dar por vía oral 1 gr. de sulfadiazina 3 veces al día.

Cuando el enfermo acaba de ser traído a su lecho, se procede a conectar la sonda a un tubo de caucho que drena a su vez en un recipiente colocado a los pies de la cama. Si la orina está saliendo fácilmente a través de este sistema y la cantidad de sangre no es muy abundante, aconsejamos no practicar lavado ni aspiración de ninguna clase, pues no tiene objeto y al contrario puede ser contraproducente y hasta llegar a desencadenar una hemolisis si no se usan soluciones isotónicas.

Por no tener aún un personal de enfermería bien adiestrado no hemos ensayado otros métodos de drenaje que pueden resultar más útiles, tales como el de lavados intermitentes, en circuito cerrado y completamente estéril.

Un poco más adelante, cuando tratemos de las complicaciones, describiremos detalladamente todo lo relacionado con el manejo de la sonda en estos enfermos.

Desde el segundo día post-operatorio y si las condiciones del enfermo lo permiten, empezamos a suministrar los líquidos requeridos por vía oral y si el enfermo colabora también, desde ese mismo día se le empieza a dar su alimentación ordinaria.

El dren que se deja siempre en las adenomectomías cruentas, se empieza a retirar todos los días un poco y sólo definitivamente se hace cuando deje de cumplir su misión.

La sonda también se retira cuando la orina ya aparece de color normal y esto generalmente es alrededor del 5º o 6º día, y sólo la dejamos un poco más tiempo cuando la hematuria sigue presente o cuando se trata de enfermos caquéticos o desnutridos en los cuales prevemos la formación de fístulas.

Aconsejamos también levantar al enfermo desde el 3er. día.

COMPLICACIONES

Tendríamos que alargarnos demasiado, y tal vez sin mucha utilidad, si entráramos a detallar y a tratar todas las posibles complicaciones de orden general que se pueden presentar en el post-operatorio de una adenomectomía. Sólo nos ocuparemos, y no muy extensamente, de aquellas que son más particulares a esta clase de cirugía y que además pueden interferir con el buen resultado que se propone el cirujano al practicarla.

Hemorragia.

La mejor arma para evitar la hemorragia en el inmediato post-operatorio está en la cuidadosa hemostasis y ésta puede ser muy completa sobre todo cuando se emplean la vía transuretral y la vía retropúbica. Con relación a esta última estamos muy de acuerdo con las siguientes palabras tomadas de la obra del cirujano inglés Terence Millin, quien tanto impulso le ha dado a esta vía: "Con la adecuada visualización del interior de la celda prostática por la vía retropúbica es posible un completo control sobre los vasos que sangran y en los casos de hemorragias abundantes o distensiones vesicales por coágulos en el

inmediato post-operatorio se debe pensar en insuficiente hemostasis o en negligencia en el manejo de la sonda”.

Es entonces del caso hacer referencia al manejo de la sonda en estos casos. Hemos usado indistintamente sondas de tipo de Nelaton y Foley, calibres 22 y 24, y no hemos encontrado mayores dificultades en su uso y tan sólo nos encontramos un poco más partidarios de las de tipo de balón después de las resecciones transuretrales, pues parece que contienen un poco las hemorragias en estos casos.

Cuando la sonda se encuentra obstruída o cuando el enfermo presenta síntomas de distensión vesical por coágulos, debemos proceder a destapar dicha sonda y a extraerlos. Para esto lo mejor es hacer uso de la jeringa conocida entre nosotros con el nombre de “jeringa de pera” y por medio de lavados y aspiraciones cuidadosas podemos lograr este objetivo. Pero si esto no es posible entonces retiramos la sonda y colocamos otra de mayor calibre.

Pero si aun así la hematuria continuare o los coágulos permanecieren aún en la vejiga, nos veremos precisados a otras maniobras como por ejemplo a la colocación de una camisa del panendoscopio y a la evacuación de dichos coágulos por medio del aspirador de Ellik. Con esta maniobra se obtienen magníficos resultados y si se hace con la debida suavidad y prudencia no requiere anestesia general.

Pero si nos encontramos frente al caso de una hemorragia que no ha cesado con las medidas anteriores y con las otras que son de rutina en todas las demás hemorragias post-operatorias, vitamina K, transfusiones de plasma y sangre etc., nos queda otra medida muy salvadora y es la de llevar el enfermo a una sala de cistoscopia y bajo anestesia general, pasar el resectoscopio y buscar los vasos que están sangrando y fulgurarlos convenientemente. No son muchas las ocasiones que lo hemos tenido que hacer en nuestro Servicio, pero sí pasan de tres, y siempre se ha logrado un satisfactorio resultado. En donde no se disponga de sala de cistoscopia o este método no llegare a dar resultado, habrá que llevar el paciente de nuevo a la sala de cirugía y practicar la hemostasis a cielo abierto.

Incontinencias.

Hay que distinguir las incontinencias totales o definitivas y las parciales. Las primeras son afortunadamente escasísimas, sobre todo después de las adenomectomías retropúbicas, y exigen el uso de pinzas de incontinencia, orinales o mejor el tratamiento por medio quirúrgico, siguiendo las diversas técnicas propuestas en los tratados de urología. Si

son un poco más frecuentes las incontinencias parciales o de esfuerzo que requieren mucha paciencia por parte del enfermo así como también de ejercicios esfinterianos, dejando recoger orina en la vejiga, o introduciendo diversas soluciones y luego hacer la micción interrumpiéndola varias veces. Aconsejan también muchos autores pasar "beniqué" con alguna frecuencia y prescribir estrocinina por vía oral y a dosis crecientes hasta llegar a 12 o 15 miligramos al día.

Infecciones rebeldes.

La principal causa de las infecciones urinarias rebeldes radica en las enucleaciones o resecciones incompletas. Es por lo tanto muy conveniente, después del fracaso del tratamiento con sulfas y antibióticos, hacer lavados vesicales con soluciones débiles de nitrato de plata y practicar una cistoscopia cuando ya hayan transcurrido varios meses sin resultado satisfactorio.

Fístulas.

Son prácticamente desconocidas después de las adenomectomías retropúbicas y sólo hemos observado una sola y de corta duración atribuible a desnutrición e hipoproteinemia.

Osteitis del pubis.

No se ha presentado en los casos operados en el Servicio de Urología del Hospital y sólo conocemos un caso en clientela particular. Parece que el mejor tratamiento es el de las infiltraciones de novocaína, pues esta condición es sumamente dolorosa, acompañado de irradiaciones y Cortisona. Algunos han aconsejado la resección o aplastamiento de los nervios obturadores.

Estrecheces.

Aun cuando no muy frecuentes, son de temer especialmente después de las resecciones transuretrales y de las prostatectomías totales. Como es lógico se tratarán con dilataciones y si hay recidivas o se sospecha de una fibrosis a nivel del cuello se debe practicar una cistoscopia, para si es del caso hacer una resección de este tejido cicatricial, cosa que ya hemos hecho en alguna ocasión con muy buen resultado.

BIBLIOGRAFIA

- Urological Surgery - Dodson - Segunda edición.
Retropubic Urinary Surgery. Terence Millin, 1947.
Surgical Care - Robert Elman. 1951.

- Fundamentals of Urology. Meed M. Nesbit.
Protatectomy - Charles Wells. 1952.
The Surgical Clinics of North America - June/51.
The Practice of Urology - Harry C. Rolnick M. D. 1949.
Textbook of Genitourinary Surgery - Winsbury - White.. 1948.
Cisto-Urethrogam before Prostatectomy - A. W. Boone J. of Urology. March/52.
Postoperative Treatment following Prostatic Surger. J. of Urology. April /52.
Postoperative Urinary Incontinence - David Davis. J. of Urology. January/51.

CIRUGIA DE LA PROSTATA

VIAS DE ACCESO Y MODALIDADES

DR. PEDRO RESTREPO DOMENECH
Jefe de Clínica Urológica

Este trabajo, encomendado a mí, como parte del tema que el Servicio de Urología del Hospital de San Vicente presenta ante el Congreso de Cirugía, no es esencialmente sino un recuento somero de las técnicas principales de protatectomía que existen en la actualidad, sus ventajas y desventajas, sus indicaciones y contraindicaciones, de acuerdo con nuestra experiencia en el Servicio, y de acuerdo con la experiencia y opinión de la mayoría de los cirujanos que se dedican a la cirugía urológica.

La enumeración de todas las técnicas en la cirugía de la próstata conocidas hasta el momento, sería casi una utopía; la mayoría son modificaciones y sub-modificaciones de las técnicas clásicas. La Cirugía, como arte que es, es algo muy personal, y se puede decir sin exagerar, que no existe intervención donde el cirujano no se aparte de la técnica seguida en mayor o menor grado. La mayoría de las veces, con espíritu emprendedor, tratando de obtener mejores resultados, otras veces, por accidentes inesperados, otras por comodidad y habilidad personal, otras, en fin, por descollar. Es por este motivo por lo que han seguido tantas y tan variadas modificaciones a las técnicas quirúrgicas de la cirugía general y de la cirugía prostática en particular.

Deberán tenerse en cuenta aquellas modificaciones, que mediante las cifras estadísticas y el curso de los años han demostrado beneficio al

paciente, ya sea reduciendo la mortalidad, o bien las complicaciones inmediatas o tardías y en consecuencia, el tiempo de hospitalización. De interés académico, sería dar a conocer el mayor número de técnicas con los nombres de sus respectivos autores, pero este no es el propósito de este trabajo.

CREEMOS QUE TODO CIRUJANO UROLOGO DEBE ESTAR CAPACITADO TECNICAMENTE PARA ABORDAR LA PROSTATA POR CADA UNA DE LAS PRINCIPALES VIAS DE ACCESO. "Acomodar la técnica al paciente y no el paciente a la técnica —dice con razón algún urólogo—. Es indudable que existe un puesto para cada técnica, y los esfuerzos universales estarán encaminados a perfeccionar cada una de ellas".

HISTORIA. - Consideremos primero la vía SUPRAPUBICA.

Los Sirios y Egipcios trataban la obstrucción para la salida de orina, mediante el cateterismo uretral. Lassar de Venecia fue el primero en atribuir los síntomas obstructivos al crecimiento de la próstata. Posteriormente cirujanos como Hunter y Brodie intentaron eliminar la obstrucción tunelizando la glándula crecida mediante sondas metálicas. Sin embargo, a principios del siglo IX, los pacientes afectados de prostatismo estaban condenados al uso de la sonda uretral a permanencia de por vida.

La introducción de la sonda acodada por Mercier en el año de 1840, fue un gran paso en el progreso del tratamiento de la hipertrofia prostática. Poco a poco fueron apareciendo métodos más quirúrgicos, si bien humildemente no aspiraban a suplantarlo a permanencia de por vida, pues solamente aconsejaban usarlos en aquellos casos en que la sonda a permanencia fracasara. Entre aquellos métodos de tendencias más quirúrgicas vale mencionar al de Guthrie, quien mediante una especie de cuchillo introducido por la uretra, practicaba una incisión al cuello vesical. Otros, hacían la punción suprapúbica con trócares, otros más, en fin, la hacían a través del periné o del recto.

Amussat, en 1836, fue el primero en intentar la extirpación parcial de la próstata. Sacó un lóbulo mediano con unas tijeras a través de una cistostomía.

Otros intentos aislados se sucedieron con el correr de los años, y fue así como Billroth en 1867 intentó practicar una prostatectomía perineal parcial en un caso de malignidad.

En 1887, Mc. Guill, presentaba a la Sociedad Clínica de Londres, un método de prostatectomía parcial en aquellos casos en que la sonda

uretral no diera resultado. Un año atrás, Belfield de Chicago había sugerido un procedimiento similar.

Eugene Fuller en América fue el primero en hacer notar que el fracaso de las prostatectomías parciales iniciadas por Mc. Guill en Londres y Belfield en Chicago, se debían simplemente al hecho de ser parciales y que si se enucleaban todos los lóbulos, los resultados serían satisfactorios. Fue así como empleó el método suprapúbico con enucleación digital. Poco caso se hizo al método de Fuller. Sus contemporáneos pensaban todavía en las ideas de castración, método propuesto por William White en 1893, tres años después de la muerte de Mc. Guill.

Más afortunado fue Freyer, que su colega americano Fuller. Publicó un método llamado "Total Extirpation of the Prostate", con mucho éxito, lo que facilitó la divulgación del método a pesar el mismo método de Fuller.

No faltaron algunos en atacarle, acusándolo de haber plagiado a Mc. Guill, pero es bien sabido que Mc. Guill nunca intentó extirpar la próstata totalmente.

Freyer en realidad creía que la prostatectomía era total, pero Thomson Walker y otros, demostraron que el tejido glandular prostático, quedaba rechazado, formando lo que se llama actualmente la falsa cápsula; lo que se extraía era el tejido adenomatoso.

La hemorragia era lo más temible, y todas las variantes del método suprapúbico se encaminaron a eliminar este problema. Así, en 1916 Thomson Walker, en Londres, y Judd en los Estados Unidos, introdujeron, independientemente, el método de la prostatectomía suprapúbica, a cielo abierto, como opuesto al procedimiento ciego de Freyer.

Desde entonces, las técnicas conservaron el punto de vista de Thomson Walker y Judd, es decir, operar bajo el control de la vista. Entre ellas están las de Harris, Wilson Hay, Marion, Pilcher y otras.

La PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL es tan antigua como la precedente; Guthrie primero, después Mercier, idearon los primeros aparatos destinados a eliminar la obstrucción por dicha vía.

En 1603 Turguet de Mayenne fue censurado por la Facultad de Medicina de París, por practicar dicho método.

Bottini, en 1873, hizo uso del galvanocauterio, para cohibir las hemorragias que se producían en tales intervenciones. Young, años más tarde, ideó su instrumento llamado "Punch", que hacía los cortes en frío, por medio de una cuchilla circular. Nuevos instrumentos, más perfeccionados que el de Young, con mejoras ópticas, fueron apare-

ciendo, siendo más conocidos los aparatos de Braasch, Bumpus y Thompson, todavía usados en algunas clínicas de Norteamérica.

La cirugía transuretral dio un gran paso en su progreso, cuando Stern en 1926 aplicó la corriente eléctrica de alta frecuencia a su primer resectoscopio.

El resectoscopio de Stern fue mejorado por Davis y Mac. Carthy. Como mérito principal de estos dos últimos autores se debe el haber generalizado y hecho conocer la vía transuretral.

Actualmente se usa el resectoscopio de Stern-Davis-Mc. Carthy en las principales clínicas de Europa y Norteamérica, en la forma original o bien según las últimas modificaciones de Nesbit, Scott, Kirwin y otras más.

El desarrollo histórico de la PROSTATECTOMIA PERINEAL moderna, ha sido el tema de constantes controversias.

Ya desde la época de Celsus, era conocida la incisión curva clásica lo mismo que el método de la litotomía perineal.

En 1867 Billroth en Alemania, realizó la primera prostatectomía perineal al extirpar un tumor maligno de toda la glándula por medio de una incisión perineal media.

Leisrink en 1862, usando la incisión curva de Celsus extirpó una próstata cancerosa y reconstruyó la uretra.

Zuckerkindl en 1899, perfeccionó aún más la vía mediante disecciones concienzudas del periné.

Proust y Albarrán en 1901, describieron la incisión capsular mediana, la enucleación lobular sola, e idearon un separador especial.

Goodfellow de San Francisco, en el año de 1891 ideó un método que tuvo un éxito notable, a pesar de no poner a prueba la hemostasia. Consistía simplemente en una uretrotomía externa, sobre un punto de apoyo; a continuación, la glándula se hacía descender por presión suprapúbica y era enucleada ciegamente prendida de sus ataduras pélvicas.

Young censuró en 1903 todas estas técnicas ciegas, principalmente las de Leisrink y Zuckerkindl; decía textualmente: "El por qué estos caballeros prefieren la oscuridad a la luz y objetan una técnica conducida bajo completo control visual, es incomprendible. Según mi opinión, el futuro sustentará la cirugía de la próstata sobre una misma base racional de una cuidadosa técnica, tan visual como la de cualquier otra parte del cuerpo". Con esto vemos como Young fue el primero en condenar las técnicas cerradas en la vía perineal, opinión en la que estuvieron de acuerdo más tarde Thomson Walker y otros, como ya vimos

en la vía suprapúbica, al realizar la prostatectomía transvesical a cielo abierto.

De acuerdo con esto, Young desarrolló la prostatectomía perineal conservadora, efectuando la enucleación de los lóbulos y conservando la integridad de los conductos eyaculadores.

Gibson en 1928, eliminó de la técnica de Young los empaques y bolsas que se usaban para controlar la hemorragia y sugirió el simple uso de una sonda uretral a permanencia y cierre completo por medio de suturas.

Por último, ligados estrechamente a esta vía están entre otros los nombres de Puigvert y Gil Vernet de Barcelona, Widbolz de Suiza y Elmer Belt de Los Angeles.

La historia de la PROSTATECTOMIA RETROPUBLICA es la más nueva de todas. De los primeros de que se tenga referencia fue Van Stockum de Rotterdam en 1909. Practicaba una incisión vertical de la cápsula prostática, y enucleaba la próstata con el dedo ayudado con otro dedo introducido en el recto. La hemostasia la hacía con taponamientos y el drenaje por medio de dos tubos: uno uretral y otro por cistostomía.

En 1924 Otto Maier de Insbruck presentó una serie de cuatro casos en que se atacaba la próstata por una vía inguinal extravesical.

En 1934 Jacobs y Casper en América idearon una técnica que permitía la enucleación de los lóbulos laterales y dejaba el canal uretral intacto. El resultado no fue del todo satisfactorio, ya que no permitía la extracción del lóbulo mediano.

En 1945 Terence Millin, habiendo notado por algún tiempo la excelente visualización de la próstata durante la operación de la Cistoprostatectomía total, particularmente en el método retrógrado descrito por Frank Hinman, se dedicó a estudiar en el cadáver la posibilidad de efectuar una prostatectomía suprapúbica extravesical. Comprobando lo fácil de la vía, y desconociendo los métodos arriba descritos, Millin practicó su primera prostatectomía retropública en agosto de 1945.

DESCRIPCION RESUMIDA DE CADA UNA DE LAS TECNICAS CON SUS RESPECTIVAS MODIFICACIONES

1º. PROSTATECTOMIA SUPRAPUBLICA, TECNICA DE FULLER-FREYER

a) *Prostatectomía en un tiempo.*

Ligadura de los deferentes. Distensión de la vejiga con una solución antiséptica (acriflavina, oxicianuro, etc.). Incisión media supra-

pública de unos 3 centímetros. Rechazamiento del fondo de saco peritoneal. Incisión de la vejiga de unos 2 a 3 centímetros. Exploración de la vejiga. Enucleación del adenoma periuretral: Se introduce el índice tratando de buscar el orificio del cuello, rompiendo la mucosa uretral en la comisura anterior (modificación de Squier) o bien como Freyer, quien ataca la masa tumoral en la parte más saliente y posterior, o en fin, como Fuller iniciando el clivaje con tijeras. Se facilitan dichas maniobras, introduciendo el índice de la mano opuesta en el recto. La uretra se rompe lo más cerca del verummontanun. Comprobación de que no quedan restos de adenoma. Taponamiento de la celda con gasas para controlar la hemorragia. Drenaje suprapúbico por medio del tubo de Freyer. Cierre de la pared.

b) *Prostatectomía en dos tiempos.*

Se practicará la cistostomía lo más alto posible, con el fin de poder prolongar la incisión hacia abajo, es decir hacia el pubis, y así, facilitar las maniobras de la enucleación. Se aprovechará el tiempo de la cistostomía para efectuar la ligadura de los deferentes. En lo demás, no se diferencia de la prostatectomía en un solo tiempo.

Como ya hemos visto, todas las modificaciones que siguieron a esta técnica, tienen la tendencia a abrir ampliamente la vejiga y a hacer la plastia del cuello vesical. La abertura amplia de vejiga tiene como fin, hacer la hemostasia, evitar los arrancamientos y las estenosis cicatriciales que dificultan la micción. Vamos a ver las principales de ellas:

2º. PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA A CIELO ABIERTO.

Técnica de Thompson Walker. Es a grandes rasgos la siguiente: Incisión amplia que permite a la mano hundirse entre los músculos abdominales.

Enucleación de la próstata con el dedo, sin la ayuda del dedo introducido en el recto.

Amplia exposición de la base de la vejiga y cavidad prostática con un separador especial y el paciente en posición de Trendelenburg.

Extirpación de todos los colgajos y nódulos de la celda y del orificio del cuello.

Dejar una comunicación amplia entre la vejiga y la cavidad prostática.

Control de la hemorragia bajo visión con sutura, ligadura y taponamiento.

Sonda uretral a permanencia con lavado continuo o intermitente.

Técnica de Harris. Harry Harris, de Sidney, Australia, por medio de un procedimiento plástico, controla la hemorragia, reconstruye la uretra posterior y por último, oblitera la celda. Harris en su técnica demuestra que es posible que no quede superficie cruenta en contacto con las secreciones y que la cicatrización se haga por primera intención, cosa que hasta entonces los cirujanos creían imposible.

Técnica de Wilson Hey. Se hace casi una prostatectomía total con TRIGONECTOMIA y extracción al menos de una parte de las vesículas seminales. La trigonectomía tiene como fin:

Asegurar la continuidad entre la vejiga y la celda prostática con un campo muy amplio para la hemostasia y limpieza de los colgajos.

Evitar la estrechez a nivel del cuello y facilitar la introducción de una sonda uretral en cualquier momento.

Técnica de Hrynstschak. El profesor Hrynstschak de Viena, tiene una técnica bastante parecida a la de Harris.

Hace una cistostomía con una incisión vesical mínima, apenas lo suficiente amplia para colocar un separador. El orificio de la cistostomía se hará por dilaceración del músculo vesical. Estando la región expuesta, la enucleación se hace en la forma ordinaria de Freyer con hemostasia previa en los dos pedículos laterales, que claramente se ven gracias al separador. El labio posterior del cuello es seccionado con hemostasia a cada lado.

Una vez pasada la sonda uretral, se estrecha la cavidad prostática por un punto pasado a 2 centímetros aproximadamente, del borde del cuello en la parte anterior y que cierra en parte la celda prostática. El orificio de cistostomía se cierra herméticamente en bolsa.

Esta técnica se diferencia de la de Harris, en que aquella no trata de suturar la vejiga a la uretra en ningún momento.

Poco usada, la vía transvesical en nuestro Servicio, la empleamos solamente en aquellos casos que se amoldan a las indicaciones que veremos más adelante.

La técnica de Fuller-Freyer típica no la hemos vuelto a usar desde los años 1947-1948. En esos años se principió a usar la sonda de Foley, en reemplazo de los taponamientos de la celda con gasa. Más tarde, cuando se conoció la vía retropúbica, el interés de familiarizarnos con dicha técnica, junto con el entusiasmo por todo lo nuevo, hizo que la vía suprapúbica quedara relegada a un segundo plano. Sin embargo, no por esto dejaron de hacerse algunas prostatectomías a cielo abierto, según la técnica de Thompson Walker.

Como se comprobará por los datos estadísticos, presentados en otro lugar del tema general, los resultados obtenidos con el uso de la vía retropúbica, nos han sido muy satisfactorios. Es por esto por lo que la hemos estado practicando, casi de preferencia, con un criterio, tal vez demasiado elástico en algunos casos pasando por alto las indicaciones de otras vías.

PROSTATECTOMIA PERINEAL.

1. *Técnica de Young.*

Adenomectomía. - Con una buena posición del paciente (periné paralelo al techo), se introduce un beniqué por la uretra, o el tractor curvo.

Se hace incisión en V, con el vértice situado a 1,5 pulgadas del orificio anal, con dos ramas de 2 pulgadas de longitud sobre las tuberosidades isquiáticas de cada lado.

Se identifica el tendón central y se disecciona cada fosa isquio-rectal con el dedo, pasando por detrás del ligamento triangular.

Se coloca un separador bífido y se secciona el tendón central. Se rechaza el recto hacia atrás, y se ve el músculo recto-uretral que se secciona.

Con un separador acanalado, la uretra membranosa es expuesta. Sección de la uretra, proximal al esfínter externo.

Cambio del beniqué por el tractor recto, el que se introduce por la incisión de la uretra.

Sección de la hoja posterior de la aponeurosis de Denonvilliers, y rechazo de la misma hacia atrás junto con el recto.

Separación lateral con los separadores de hoja delgada (separadores laterales de Young) para mejorar el campo visual.

Se abre la cápsula haciendo una incisión en V invertida y se procede a la enucleación. Una vez efectuada ésta, se introduce un dedo en vejiga para cerciorarse de que no hayan restos de adenoma o de tejido fibroso.

Control de la hemorragia mediante sutura o taponamiento. Parece ser más satisfactorio suturar la pared vesical cerca al orificio, a la cápsula prostática e introducir una sonda de Foley. Algunos aconsejan colocar un tubo a través de la herida perineal como dren accesorio a la sonda uretral.

Cierre del colgajo capsular con puntos separados. Sutura, aproximando en la línea media los elevadores, y sutura del tendón central. Cierre de la piel.

Prostatectomía perineal total para cáncer. - La posición es la misma que para la simple *Adenomectomía*, lo mismo que los tiempos, hasta el momento en que se corta la cápsula. Después, se introduce el tractor recto. La próstata es traccionada y la hoja posterior de la aponeurosis de Denonvilliers se divide a nivel del ápex, exponiendo así la hoja anterior de dicha aponeurosis, que es la que recubre la próstata y vesículas seminales. La superficie posterior de la próstata y vesículas seminales se libera, y entonces las caras laterales se disecan con disección roma. El cirujano se mantendrá dentro de la fascia prostática anterolateral, para evitar la hemorragia y respetar los vasos y nervios. Después de separar dicha fascia, la uretra membranosa se dividirá totalmente por delante del tractor. Traccionando, la próstata poco a poco va asomándose afuera.

La pared vesical se incide en la parte anterior, cerca del límite superior de la próstata, y la incisión se prolongará con tijeras a cada lado. De esta manera, el triángulo vesical se expone ampliamente. Se cortará el triángulo a 8 mm. aproximadamente por debajo de los orificios ureterales. La vejiga se empuja hacia arriba, exponiendo los tejidos que quedan alrededor y enfrente de las vesículas y conductos deferentes. Los tejidos se liberan en masa y la fascia que contiene la irrigación vascular en la extremidad superior de las vesículas seminales de cada lado, se liga y se secciona, lo más lejos posible de la próstata. Se aísla el deferente a cada lado, tirando hacia abajo, se pinza y se secciona.

La masa formada por la próstata y tejidos circunvecinos, se extrae en un solo bloque. Se baja la vejiga, y la porción superior de la uretra se sutura a la pared superior de la herida vesical. Se introduce una sonda a la vejiga por la uretra y se completa la anastomosis entre uretra y vejiga, con puntos separados de catgut cromado. Se coloca un dren cigarrillo y los músculos elevadores se unen en la línea media por una o dos suturas de catgut cromado. La piel se cerrará en la forma usual.

2. *Técnica de Belt.*

La principal modificación a la técnica de Young, y que caracteriza esta técnica, tanto para la adenomectomía como para la prostatectomía radical, consiste en que el plano de clivaje para llegar a la próstata, se hace entre fibras circulares del esfínter externo del ano y las longitudinales del recto. El autor dice que usando dicha técnica se evitan importantes vasos y nervios.

PROSTATECTOMIA RETROPUBLICA.

Adenomectomía simple.

Técnica de Millin. - Incisión mediana infraumbilical de 2,5 a 3 pulgadas de longitud y a 1 pulgada por encima del pubis. También se usa una transversal de la misma longitud y a la misma altura del pubis.

Se hace hemostasia, se abren los rectos y se corta la fascia transversalis en el ángulo inferior de la herida. Se rechaza la grasa prevesical y el peritoneo con el índice, dejando al descubierto la cara anterior de la vejiga y el espacio retropúbico. Después de colocado el separador automático, y ya deprimida la vejiga con pequeñas torundas montadas en pinzas largas, se limpia la superficie anterior de la próstata de la grasa adherente. En caso de ver alguna vena se pinzará y coagulará. Se colocan unas gasas en forma de empaque a cada lado de los recesos laterales de la próstata y se identifica el cuello vesical; medio centímetro por debajo de él, se incidirá la fascia endopélvica, la verdadera cápsula y la falsa cápsula.

Ayudado de una buena aspiración, el cirujano introduce las tijeras curvas, levantando el borde inferior de la incisión con unas pinzas en T.

Se pasa un punto de reparo en cada uno de los colgajos capsulares por medio de una aguja boomerang. Elevando el colgajo inferior, se insinúan las tijeras largas, se liberan los lóbulos laterales, y la uretra se secciona lo más cerca posible de la próstata.

Traccionando del punto de reparo inferior, el índice se insinúa entre la cápsula y la masa adenomatosa iniciando la enucleación de abajo hacia arriba. El adenoma permanecerá pegado al cuello por un pedazo de mucosa, que se seccionará con tijeras deliberadamente.

Habiéndose extraído la masa adenomatosa, se empaca la celda temporalmente con gasa para evitar el rezumamiento. Se vuelve a colocar el separador automático, se retira el empaque de gasa, y tirando de cada uno de los hilos de reparo, se abre ampliamente la cavidad de la celda, permitiendo una inspección cuidadosa para comprobar que no hubiera quedado ningún pedazo de masa adenomatosa. Dirigida ahora la atención al orificio del cuello vesical, se agarra el labio posterior con una pinza dentada y se saca una cuña bien amplia para evitar una contracción ulterior de esta área. Se observa el lecho prostático por última vez y se pasa una sonda por la uretra de paredes delgadas y de un calibre 18-22. Se cierra la herida transversal de la cápsula con sutura continua y catgut cromado N° 1, usando aguja boomerang. Completada la sutura capsular, toda sangría debe de haber cesado.

El espacio retropúbico, se limpia suavemente de coágulos y se espolvorea con polvo sulfanilamida. Se retira el separador y se cierra la pared en dos planos, dejando un dren en el ángulo inferior de la herida.

Se hace vasectomía bilateral y se irriga la sonda con una solución de citrato de sodio al 3.8%, para liberarla de coágulos. Cuatro onzas de dicha solución se dejan en vejiga y se tapa la sonda.

Técnica de Oeconomus. - (Retropública submucosa). Parecida a la de Millin, con la diferencia que separa el adenoma disecándolo de la mucosa uretral, lo que permite dejar la uretra posterior intacta. Como ventajas, el autor señala la ausencia de estrecheces y suprime la cavidad uretroprostática.

Técnica de Shwartz. - Muy semejante, si no igual a la anterior, es la técnica de Harold Schwartz. Dice el autor, que la técnica no es nueva pues ya había sido ensayada por Goldstein, pero por vía perineal. Excluye para esta operación, la glándula carcinomatosa, el enorme lóbulo mediano de protrucción intravesical, el lóbulo mediano subtrigonal, los cálculos prostáticos y las resecciones transuretrales previas.

Se efectúa a grandes rasgos como la de Millin, solamente que después de haber abierto la cápsula, se pasa un beniqué N° 24 a través de la uretra y se procede a la enucleación, primero con los dedos y después con tijeras largas se disecciona la uretra. Para Schwartz, las ventajas de la técnica serían, una hospitalización más corta y disminución en la frecuencia de las complicaciones.

Técnica de Couvelaire. - También en esta técnica las modificaciones a la clásica, son mínimas. Rogers Couvelaire, hace una incisión transversal o vertical de la cápsula, según la forma del adenoma. Emplea el bisturí eléctrico. Enuclea la glándula con la ayuda del dedo introducido en el recto por un ayudante. Hace la ligadura previa de los pedículos vasculares a cada lado del cuello. Sutura el colgajo de mucosa trigonal a la celda. Cierra la cápsula prostática con puntos separados, en dos planos. Drena por la uretra con sonda de Nélaton o Foley.

Prostatectomía radical por vía Retropública. - Los pasos son los mismos que para la simple adenomectomía hasta el momento en que se va a cortar la cápsula. Disecando con el índice, se separa el ápex de la próstata, del recto subyacente. La sonda a permanencia ayudará a reconocer la uretra membranosa por debajo del vértice. Se pasa el disector curvo especial por debajo del pico de la próstata. Se retira la sonda y se coge el pico con unas pinzas largas de Harris; se anuda un hilo de seda por debajo de las pinzas de la ligadura. Después se tracciona la

próstata hacia arriba. Se la disecciona con torunda de la fascia de Denonvilliers que la separa del recto. Se prosigue esta disección de abajo hacia arriba hasta liberar la base de la vejiga. Las vesículas son aisladas, una después de otra, después los deferentes y los pedículos vasculares son pinzados y ligados. La pared anterior de la vejiga se abre transversalmente para exponer el trigono, el cual se secciona cerca de los orificios ureterales. La masa que comprende la mayor parte de la próstata, las vesículas y la mitad o más de la base vesical, se extirpa en bloque. Se hace la anastomosis de la uretra al cuello vesical y se procede a cerrar la pared.

Modificación de Denis - R. Denis hace una modificación propia a la técnica anterior. Encuentra que la sección de la uretra desde el principio es difícil, y muchas veces el muñón queda demasiado corto para poderlo suturar a la vejiga, de donde el consejo de Millin de "conservar el ápex".

El autor prefiere una técnica de exéresis extracapsular de ARRIBA HACIA ABAJO, lo que permite pediculizar la uretra y conservar un segmento accesible.

Técnica seguida en el Servicio de Urología del Hospital de San Vicente. - No hay diferencia mayor con la Retropúbica de Millin. Hacemos incisión mediana vertical infraumbilical la mayoría de las veces. Como demostración, se ha practicado la incisión transversal.

La hemostasia de las venas de la cápsula, la hacemos cuando son venas grandes y fáciles de ligar, de lo contrario, no nos preocupamos, pues la pequeña hemorragia cesa después, la mayoría de las veces al extraer el adenoma y cerrar la herida capsular. Los taponamientos en los recesos laterales de la próstata, no los hemos empleado nunca.

La incisión de la cápsula la practicamos con bisturí solamente. Consideramos que la electrocoagulación produce fibrosis de la celda, favorece la formación de fístula y hemorragia secundaria al caer las escaras.

Practicamos la ligadura sistemática de las arterias prostáticas a cada lado del cuello.

El corte de la uretra lo practicamos unas veces con tijeras, otras con el dedo, tratando, eso sí, de no traccionar bruscamente.

Usamos una valva maleable ancha, sostenida por un ayudante para rechazar la vejiga.

Cuando vemos que queda un franco espolón en el borde posterior del cuello, lo reseca sacando una cuña. Facilitamos esta maniobra,

introduciendo una valva maleable estrecha, doblada en forma de pequeño gancho en una de las extremidades. Introduciéndola por el orificio del cuello, se engancha la semicircunferencia anterior del mismo, que al ser traccionada suavemente por un ayudante, permite ver con claridad las características del borde posterior y los puntos que están sangrando.

Cerramos la cápsula con catgut cromado y puntos separados en X bastante juntos. A veces ponemos unos de refuerzo encima. Comprobamos que la celda ha quedado herméticamente cerrada, introduciendo líquido a presión a través de la sonda uretral y observando cuidadosamente si queda algún escape.

Hemos abandonado el uso de la sonda de balón de Foley. Creemos, como muchos autores, que la retracción espontánea de la cápsula es mejor medio hemostático. Dejamos simplemente sonda de Marion o Nélaton uretral a permanencia. Después de comprobar que la sonda está libre de coágulos, dejamos unas dos onzas de agua estéril en el interior de la vejiga, mientras el paciente es trasladado a su cama e instalado el tubo largo que drena al balde.

RESECCION TRANSURETRAL

Técnica. - Los principios generales son los mismos, no importa el instrumento usado.

Con el paciente en posición de litotomía, se introduce el instrumento, y el campo de resección es orientado. Los orificios ureterales se localizan en primer lugar y se precisa la parte media del rodete inter-ureteral. Se retira lentamente el instrumento y se localiza el verum. El campo de resección estará entre estas dos estructuras; evitar lesionarlas será uno de los principales puntos en la buena técnica del procedimiento.

Cuando el lóbulo mediano y los laterales se encuentran hipertrofiados, uno de los laterales debe ser atacado primero. Si se extirpa primero el lóbulo medio, los lóbulos laterales se colapsan entre sí haciendo de este modo muy difícil el control de la hemorragia y la extirpación eficiente del tejido restante. Una vez completa la resección, se introduce una sonda de Foley con un balón de 30 c. c. dentro de la vejiga a través de la uretra. Antes de introducir la sonda uretral se habrá lavado la vejiga y retirado los fragmentos de los cortes con el evacuador.

En el Servicio empleamos los instrumentos de Brownruker, y el de Nesbit con sus tres camisas Nros. 28-26-24. En aquellos casos en que sea difícil la introducción del instrumento por estrechez en el meato,

practicamos la meatotomía en el momento de la intervención. Si la estrechez es a lo largo de la uretra anterior, no dudamos de hacer una uretrotomía externa por vía perineal y efectuar la resección a través de ella, como lo aconseja Nesbit.

El líquido de lavado es simplemente agua estéril; no se nos han presentado reacciones hemolíticas ni anurias como consecutivas al uso de ella.

Conservamos el uso de la sonda de balón Foley en la técnica transuretral, más que todo por la comodidad que representa como sonda de auto-retención.

VIA COCCI-PERINEAL.

El acceso a la próstata por esta vía, a través de la fosa isquio-rectal, había sido ya estudiada por Cabott en el último siglo y por Voelker en éste. Pero ha sido Couvelaire quien la ha puesto de nuevo en boga.

Técnica de Couvelaire. - Con el paciente en decúbito ventral, se traza una incisión curva que, de la unión sacro-coccígea, se dirige sobre la derecha y se inclina verticalmente sobre la tuberosidad isquiática del mismo lado. Los tiempos comprenden:

Resección del coccis. Rechazo del recto hacia la izquierda. Colocación de un separador. Ligadura previa de las venas de la pared posterior de la cápsula. Sección con bisturí eléctrico de la hoja posterior de la cápsula cerca de su base. Enucleación del adenoma. Escisión y regularización del labio posterior del cuello. Introducción de la sonda uretral. Cierre de la celda en dos, y aun hasta en tres planos. Cierre de la pared.

No se ha practicado hasta el momento en el Servicio la vía Cocci-Perineal.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LAS DIVERSAS VIAS

VIA TRANSVESICAL.

Ventajas. - Es el método más fácil de dominar. Permite el tratamiento adecuado cuando hay patología vesical asociada. Evita traumatizar el recto. Produce los más mínimos trastornos esfinterianos o genitales.

Inconvenientes. - Es más chocante, por el hecho mismo de abrir vejiga. Predispone a la fístula suprapúbica, y como abre más planos, hay más probabilidad de infección.

VIA RETROPUBICA.

Ventajas. - Lo característico de la intervención, es que la vejiga

no se abre, ni se molesta en ningún momento de la enucleación. Se obtiene una visualización precisa del lecho prostático, y la hemostasia se hace bajo visión directa. La mayoría de los casos produce un post-operatorio tranquilo. La sonda drena una vejiga intacta, por lo tanto, habrá menos probabilidades de que se obstruya con los coágulos.

Inconvenientes. - Casi se puede decir que el único, pero sumamente temido por muchos cirujanos, hasta el punto de haberla abandonado, es que predispone más que ninguna otra a la osteitis del pubis. Esta complicación ha sido desconocida hasta la fecha, en los casos operados en el Servicio.

VIA TRANSURETRAL.

Ventajas. - Util sobre todo en pacientes cardíacos, que pueden ser operados en posición favorable a pesar de la ortopnea. El drenaje por sonda uretral es por un tiempo muy corto (2-3 días) y por lo tanto, menos días de hospitalización. Con buen control de la infección, da buenos resultados y bajo índice de mortalidad.

Inconvenientes. - Técnicamente es el procedimiento más difícil de aprender. Es una operación cerrada. La morbilidad es alta. Repetidas intervenciones a menudo necesarias. La infección urinaria, más prolongada, y los resultados funcionales menos perfectos que en los casos en que se efectúe una intervención abierta. La estrechez de la uretra y la incontinencia transitoria, se presentan de vez en cuando, como complicaciones.

VIA PERINEAL.

Ventajas. - Es la vía más directa de acceso a la próstata, y es de particular valor en aquellos casos en que se sospecha la presencia de carcinoma. La próstata es expuesta a través de una pequeña incisión en el periné, que no pone en peligro las funciones vitales, y es ideal para los pacientes en malas condiciones de operabilidad, y en los muy ancianos.

Inconvenientes. - Acarrea un gran riesgo de lesionar el recto, de producir incontinencia post-operatoria e impotencia. Esta última casi con seguridad. Por lo tanto no será la intervención indicada en los individuos relativamente jóvenes.

VIA COCCI-PERINEAL.

Ventajas. - Según el autor, Couvelaire, no trae ningún trastorno esfinteriano, no produce trombosis venosas, y posee la benignidad de toda operación por vía perineal.

Inconvenientes. - Riesgo de osteitis. Como contraindicación sería la presencia de una fístula congénita supurada.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LAS DIVERSAS VIAS

VIA TRANSVESICAL.

Indicaciones. - Cambios patológicos vesicales asociados (cálculos vesicales, grandes divertículos, gran protrucción intravesical de la próstata, o neo vesical coexistente). La existencia de una fístula suprapúbica no es una indicación obligada.

Contraindicaciones. - Obesidad extrema, o enfermedad cardíaca o pulmonar grave. Debilitamiento general. Operación abdominal reciente. Hernia inguinal o abdominal. Abscesos de la próstata. Contractura del cuello vesical y carcinoma de la próstata.

VIA RETROPUBICA.

Indicaciones. - En general, está indicada en la mayoría de las hipertrofias prostáticas de buen tamaño.

Contraindicaciones. - Siendo una vía abdominal como la suprapúbica, las contraindicaciones serán más o menos como las de aquélla. No es contraindicación para efectuar la vía retropúbica, la presencia de carcinoma que no se haya extendido de la cápsula, ya que, como vimos anteriormente, hay algunas técnicas retropúbicas bien establecidas para dicho caso (Millin, Denis, etc.). Sin embargo, la mayoría de los autores están de acuerdo en seguir la vía perineal. Tampoco es contraindicación la presencia de patología vesical asociada, pero se recomienda en estos casos, como acabamos de ver, la vía transvesical.

VIA TRANSURETRAL.

Indicaciones. - Pequeña glándula fibrosa o barra mediana, hipertrofia del lóbulo mediano, contractura del cuello vesical. Pequeña hiperplasia adenomatosa, que no es subtrigonal y para el carcinoma prostático inoperable, con el fin de canalizar la uretra.

Contraindicaciones. - No se recomienda según la mayoría de los cirujanos, para la extirpación de grandes adenomas. Tampoco se recomienda en los pacientes que sufren de hidronefrosis o hidroureter. En general, reemplaza a la prostatectomía transvesical en sus contraindicaciones, a excepción de carcinoma e infección.

VIA PERINEAL.

Indicaciones. - Carcinoma prostático que no se ha extendido más allá de la cápsula. Es una vía de aconsejar en los abscesos prostáticos, litiasis y en los obesos.

Contraindicaciones. - En los pacientes relativamente jóvenes. En los casos en que existe patología vesical asociada.

Con esto, he llegado al final del tema asignado; él nos demuestra que el problema de la cirugía de la próstata, es un problema bastante complejo. Al cirujano frente a un determinado caso, se le presentan múltiples factores, que él, de acuerdo con sus conocimientos tendrá que valorar, con el fin de escoger la vía apropiada. De allí que, para concluir, y repitiendo lo que se dijo al principio, si el cirujano quiere obrar bajo bases científicas, con el fin de obtener el mejor beneficio para el paciente, ADAPTARA LA TECNICA AL PACIENTE Y NO EL PACIENTE A LA TECNICA y para ello, deberá dominar las principales vías de acceso.

BIBLIOGRAFIA

- Textbook of Genite-Urinary Surgery. - H. P. WINSBURY-WHITE. The Williams & Wilkins. 1948.
- Clinical Urology. - OSWALD S. LOWSLEY and THOMAS J. KIRWIN. The Williams & Wilkins. 1944.
- Traité D'Urologie. - G. MARION. Masson et Cie. 1940.
- Retropubic Urinary Surgery. - TERENCE MILLIN. The Williams & Wilkins. 1947.
- L'Adenomectomie Prostatique Retro-pubienne. - R. COUVELAIRE. Editions Bernard Baschet. 1948.
- Urological Surgery. - AUSTIN I. DODSON. - The C. V. Mosby Company. 1950.
- Prostatic Surgery. - STOCWELL. Journal of Urology. August 1950.
- Retropubic, Extraurethral and Extravesical Prostatectomy. - H. B. SCHWARTZ. Journal of Urology. March 1951.
- Choice of Operative Approach for Postatectomy. - J. H. HARRISON. Journal of Urology. January 1951.
- Technique of Retropubic Prostatectomy. - EDGARD BURNS. Journal of Urology. May 1951.
- Indications for Retropubic Prostatectomy. - CARL RUCHE. Journal of Urology. May 1951.

- Etude critique des voies d'abord de la prostate par le traitement de l'adénome, et presentation d'une technique personnelle. - J. MARTINS COSTA. Journal d'Urologie. t. 57 N° 6. 1951.
- Sur la communication de M. Aboulker: Premiers résultats de la prostatectomie de HRYNTSCHAK. - M. GOUVERNEUR. Journal d'Urologie, t. 57 N° 3-4. 1952.
- Prostatectomie total pour cancer. - R. DENIS. Journal d'Urologie. t. 57 N° 11-12. 1952.
- Prostatectomie Retropubienne Sous-muqueuse. Technique et résultats. - OECONOMUS. Journal d'Urologie, t. 56 N° 3-4. 1950.
- Prostatectomie Cocci-perinéal. - R. COUVELAIRE. Journal d'Urologie, t. 56, N° 3-4. 1950.
- Prostatectomías plásticas. - JAVIER LONGORIA. Revista Mexicana de Urología. Mayo-Junio de 1943.
- Nueva vía de acceso anatómico en la Prostatectomía Perineal. - ELMER BELT, CARL E. EBERT y ALBA C. SURBER. Revista Mexicana de Urología, Mayo-Junio 1943.
- Prostatectomía Retropública. - MANUEL E. PESQUEIRA. Revista Mexicana de Urología. Noviembre-Diciembre 1948.
- Comparaison of Retropubic and Suprapubic Prostatectomy. - J. P. ROBERTSON and S. K. COHN. Journal of Urology. August 1950.

CANCER DEL SENO

(CONSIDERACIONES CLINICAS, TRATAMIENTO Y RESULTADOS
SOBRE 486 CASOS).

Contribución del Instituto Nacional de Cancerología.

Por los doctores: José A. Jácome Valderrama,
Juan Jacobo Muñoz y
Humberto Forero Laverde.

El cáncer del seno es una de las formas clínicas más frecuentes de las afecciones neoplásicas malignas, ocupando entre nosotros el tercer lugar, después del cáncer cutáneo y uterino. Por tal motivo, hemos considerado de importancia realizar un estudio sobre los casos que se han observado durante los últimos siete años, con el fin de que al enfocar el problema desde un punto de vista nacional, podamos conocer la realidad del problema.

Sin pretender sentar conclusiones definitivas hemos realizado un estudio estadístico y hemos analizado algunos factores que consideramos de importancia, para presentar hechos que ponen de presente un problema de magnitud para nuestra medicina. El lograr despertar entre el cuerpo médico la inquietud del diagnóstico precoz y del examen clínico adecuado sobre los tumores del seno, sería retribución suficiente, pues así habrían de salvarse la vida de muchas pacientes.

El seno es un órgano olvidado en el examen médico, bien porque el pudor de médico y paciente impide realizarlo, o porque no se le da importancia a su patología. Por otra parte, un gran número de las enfermas que acuden al Instituto, ya han pasado por el consultorio de uno o varios médicos, quienes han despreocupado a la enferma de la afección que presenta o han instituído tratamientos empíricos, haciendo que el tumor progrese y se extienda, perdiéndose un tiempo precioso para la vida de la paciente.

No se justifica que un tumor tan al alcance del examen clínico y tan objetivo en su patología, pase desapercibido al médico y que la decisión de un tratamiento se tome, cuando ya el tumor ha avanzado en forma tal, que sus posibilidades de curación son nulas, como sucede en un gran porcentaje de las enfermas que concurren al Instituto.

Un principio de cancerología con relación a la patología de seno, debería ser que todo tumor de la glándula mamaria, que no ceda a un tratamiento médico adecuado en un tiempo prudencial, debe ser extir-

pado, y estudiado histológicamente. La sencillez del procedimiento y su simplicidad, la ausencia total de riesgos y la seguridad para el diagnóstico, hacen que este procedimiento deba ser sistematizado en cualquier medio.

ASPECTOS CLINICOS

No por el hecho de ser conocidos de todos el cuadro clínico del cáncer del seno, queremos dejar pasar esta oportunidad para destacar algunos aspectos clínicos de importancia. El tumor, que se presenta en el 98,50% de los casos es generalmente el síntoma inicial que aprecia la enferma y por el cual consulta el médico. No es el tumor redondeado, móvil, limitado que corresponde a las formas benignas, sino el tumor irregular, mal limitado, que adhiere a los tejidos vecinos. Sin embargo, aun en las manos más experimentadas, es difícil la diferenciación de estos tumores en sus etapas iniciales y aun cuando han aumentado de tamaño, en algunos casos no se logra establecer su benignidad o malignidad.

El proceso neoplásico ocasiona algunos trastornos anatómicos y fisiológicos en la glándula. Unas veces se adhiere a los tejidos vecinos produciendo retracciones cutáneas y hundimientos de la piel, o se fija a los canales galactóforos ocasionando retracción o desviación del pezón, o se adhiere a los músculos o planos profundos, produciendo cierta fijeza e inmovilidad; otras veces existe un proceso de fibrosis que se traduce en modificaciones de la forma, tamaño y altura del seno.

Al bloquearse la circulación linfática, se produce edema en los tejidos, observable clínicamente en ese aspecto típico de la "piel de naranja" tan conocida de todos. Cuando se produce hemorragia en el tumor y éste está comunicado a los canales galactóforos, hay salida de una secreción sero-sanguinolenta a través del pezón, síntoma que es frecuente también en tumores benignos, como el papiloma intra-canalicular.

La invasión del tumor hacia los planos superficiales, puede alcanzar la piel, con los siguientes fenómenos de edema, congestión, necrosis y ulceración. Cuando en este proceso se comprometen las terminaciones nerviosas, existe dolor, síntoma este muy inconstante y poco frecuente en los procesos malignos del seno.

Para poder descubrir los síntomas arriba mencionados, es indispensable que el examen físico de una enferma se haga con toda minuciosidad y meticulosidad, explorando todas y cada una de sus porciones. La enferma debe observarse y palparse, no solamente en posición de decúbito, sino también en posición vertical, para observar las modifica-

ciones y cambios en la altura y tamaño del seno; no solamente inmóvil, sino en acción, haciéndola ejecutar ciertos movimientos, como la flexión hacia adelante, la contracción de los pectorales, el levantamiento de los brazos, que descubren signos de fijeza o adherencia.

Dada la correlación íntima que existe entre el proceso maligno del seno y las áreas linfáticas —particularmente axilares y supraclaviculares— todo examen de la glándula mamaria debe ser complementado con la exploración de estas regiones. Sospechada la positividad de un proceso neoplásico maligno, deberán hacerse, cuando ello sea posible, exámenes radiológicos complementarios, en particular del sistema óseo y pleuro-pulmonar para determinar la posible extensión del tumor.

Con el fin de esquematizar hasta donde sea posible, la gravedad de la lesión y valorar las posibilidades de tratamiento y sus resultados, y por consiguiente el pronóstico, se han ideado múltiples clasificaciones de los estudios de esta enfermedad. En el Instituto Nacional de Cancerología hemos seguido la clasificación aceptada por la Liga de las Naciones.

Según ésta, la clasificación se hace en cuatro estados, a saber:

Estado I. El tumor está localizado al seno y no hay evidencia clínica de invasión ganglionar, ni de metástasis.

Estado II. El tumor del seno ha producido invasión a los ganglios axilares.

Estado III. El tumor del seno ha producido invasión a los ganglios axilares y supra-claviculares.

Estado IV. El tumor ha dado metástasis a distancia.

Algunos autores consideran que cuando el tumor ha producido ulceración de la piel, o adherencia o fijeza a los planes profundos, el tumor está en un Estado III o IV.

Como se ve, el fundamento de la clasificación en estados clínicos está basada en la invasión que pueda tener el tumor a distancia, o sean las metástasis. Estas pueden hacerse por vía sanguínea o linfática, siendo estas últimas las más frecuentes, hecho demostrable porque sobre 424 casos estudiados, hubimos de encontrarlos en 357, ya que excluimos 62 casos previamente mastectomizados. La frecuencia de la localización de estas metástasis, puede observarse en el siguiente cuadro:

Conocidos los factores predisponentes y el aspecto clínico del cáncer del seno, el médico está capacitado para hacer al menos un diagnóstico de presunción, el que deberá ser confirmado o infirmado por un estudio anatómo-patológico.

La biopsia debería ser un procedimiento de rutina y puede hacerse de varias maneras. Un fragmento del tumor se obtiene por punción o por simples medios quirúrgicos, siendo esta última la más indicada y la que mayores seguridades ofrece, porque permite el estudio macroscópico del tumor, las características y su grado de infiltración.

Algunos médicos temen hacer una biopsia, por el temor de extender la lesión a los tejidos vecinos o propagarlo a distancia. Existiendo en realidad esta posibilidad, el método ideal de biopsia para los tumores del seno, es el que hemos sistematizado en el Instituto Nacional de Cancerología y que consiste en la biopsia por congelación, constituyendo el primer tiempo de la intervención radical, cuando el resultado es positivo.

Sin embargo, no existiendo en algunos sitios las posibilidades para realizar este método, creemos que se debe correr el riesgo de una posible diseminación ante la seguridad de un diagnóstico.

Otros métodos de examen, como la citología de la secreción del pezón (Papanicolau), radiografías de seno, etc., no los hemos sistematizado, porque los resultados obtenidos con ellos han sido en extremo deficientes.

TRATAMIENTOS

Por la frecuencia de la lesión, el tratamiento del cáncer del seno, constituye hoy día uno de los más grandes problemas terapéuticos. El mismo hecho de que la mayoría de los casos llegan en estados demasiado avanzados, ya que solamente hemos encontrado 63 en Estado I sobre un total de 424 pacientes, estado este el ideal para hacer un tratamiento, demuestra las dificultades con que tropezamos para curar el cáncer mamario. Más de la mitad de las pacientes de este grupo han llegado al Instituto en estados que solamente permiten un tratamiento paliativo, cuyos resultados generalmente son muy deficientes.

La demora de estas pacientes en acudir a recibir tratamientos adecuados se debe especialmente a dos factores: el uno de orden personal y el otro de orden profesional. Lo primero consiste en el descuido en consultar al médico por una afección que no impide a los pacientes el desarrollo de sus actividades habituales, casi siempre indolora y de evolución lenta, comparativamente con otras enfermedades, unido al pudor mal entendido de muchas de nuestras gentes. Lo segundo es mucho

más importante, por cuanto encierran error, omisión o descuido por parte del cuerpo médico, se halla involucrado en un crecido número de nuestros casos. Desgraciadamente un crecido número de profesionales tiene todavía una actitud contemplativa con relación a los tumores del seno. Las unturas, los unguentos, y los antibióticos, son formulados diariamente para "disolver" estos tumores, mientras la enferma pierde un tiempo precioso.

En el arsenal terapéutico moderno existen medios de gran valor para el tratamiento curativo o paliativo del cáncer del seno; los unos de eficacia reconocida, los otros aún en experimentación. En el Instituto Nacional de Cancerología hemos sistematizado la siguiente conducta en los diferentes estados:

Carcinoma del Seno Estado I. En estos casos, desafortunadamente muy escasos, el tratamiento es netamente quirúrgico, consistente en la mastectomía radical amplia. En algunos casos la localización interna, se hace irradiación sobre la cadena linfática mamaria interna, la que por no estar al alcance de los medios corrientes de diagnóstico, debe ser profilácticamente esterilizada, al no conocerse el estado de invasión. También en algunos casos hemos hecho irradiación profiláctica de la fosa supra-clavicular correspondiente.

Debe entenderse que este Estado I corresponde a aquellos casos en los cuales la anatomía patológica no ha encontrado lesiones metastásicas en la pieza operatoria resecada.

Carcinoma del Seno Estado II. Para estos casos hacemos la mastectomía radical y luego tratamiento Roentgenotápico post-operatorio consistente en irradiación de axila, fosa supra-clavicular, tórax y cadena mamaria interna. Estas irradiaciones deben iniciarse tan precozmente como sea posible y a más tardar cuando la herida operatoria haya cicatrizado.

En algunos casos, especialmente en mujeres jóvenes, algunos autores aconsejan la castración radiológica o quirúrgica, previo consentimiento de la enferma y de su cónyuge. Nosotros somos más partidarios de la castración quirúrgica, por considerarla más efectiva.

Carcinoma del Seno Estado III. Este tipo de pacientes es tratado por Roentgenterapia amplia. En algunos casos se ha hecho mastectomía radical amplia, asociada a vaciamiento inferior del cuello seguida de irradiaciones. Para muchos este trata-

miento es meramente paliativo, pero los hechos han demostrado que en un reducido número de pacientes se obtienen resultados curativos.

En ocasiones y como tratamiento previo a la Roentgenterapia amplia se ha hecho mastectomía simple. En un gran número de estas pacientes hemos complementado el tratamiento con castración, previa aquiescencia de la enferma y su esposo.

Carcinoma del Seno Estado IV. La extensión e invasión del tumor en ————— estos casos, hace que sean tratados solamente con fines paliativos, si el estado de la enferma lo permite, por medio de Roentgenterapia. La dificultad de controlar el proceso canceroso en distintos sitios, hace imposible pensar en un tratamiento curativo.

En todos estos casos se debe hacer castración, si la enferma es pre-menopáusica. El tratamiento paliativo de elección es la Homonoterapia, que produce regresión de las lesiones y mejoría sintomática en un buen número de casos.

Es de advertirse que las metástasis viscerales poco se benefician de las radiaciones con Rayos X.

TECNICA DE LA MASTECTOMIA RADICAL

Existen ciertos factores que consideramos importantes para el buen éxito de la mastectomía radical. El primero de ellos se refiere a la extirpación en bloque de toda la glándula mamaria, músculos y tejidos adyacentes y del contenido axilar. Con ello se pretende evitar la diseminación de la enfermedad, durante el acto operatorio, ya que el tumor permanece alejado del campo operatorio. Otro factor de importancia digno de considerarse es la orientación y curso de las vías linfáticas y sanguíneas, para que al hacer la disección, ésta se haga concéntrica —yendo de la periferia hacia el centro— bloqueando así las posibles vías de salida de las células tumorales; ello implica siempre, que la disección axilar se haga siempre antes que la resección del tumor. Si bien es cierto que la intervención regulada así, puede ser más difícil desde el punto de vista técnico, ofrece mayores garantías para la enferma.

Por considerar conocidos de todos, los detalles de técnica operatoria en la mastectomía radical y por hallarse descritos en los textos de cirugía, nos abstenemos de mencionarlos. Sin embargo debemos decir que hay ciertos factores para el buen éxito. La incisión debe ser siempre amplia y extensa, para permitir una buena disección de todos los planos y estructuras y un buen acceso a las fosas axilar e infraclavicu-

lar. Las consideraciones estéticas no deben anteponerse nunca a la radicalidad de la operación. La parte superior de la incisión debe ser lo suficientemente alta, para que no se produzcan retracciones axilares que impidan la buena movilidad o produzcan incapacidad en el miembro.

Los haces claviculares del pectoral mayor pueden respetarse, para proteger los vasos axilares y facilitar la recuperación funcional del miembro. El nervio del gran dorsal generalmente se respeta en los casos Estado I y II, pero cuando está bloqueado por ganglios metastásicos a su alrededor, debe ser extirpado. El nervio respiratorio de Bell siempre debe respetarse. La sección de los vasos escapulares puede hacerse sin ningún inconveniente cuando fuere necesario. La fascia anterior del recto abdominal debe researse siempre, por existir allí vías linfáticas de importancia.

Terminada la intervención, es de rutina colocar un vendaje compresivo, preferiblemente sobre una almohada de estopa o algodón que permita un fácil adosamiento de la piel a la reja costal, sin necesidad de emplear una presión excesiva. Para evitar la necrosis de la piel, siempre es aconsejable no dejar suturas a gran tensión, ni hacer disección excesiva del tejido celular subcutáneo.

RADIOTERAPIA

La irradiación se hace con Rayos X en los casos indicados anteriormente. Se hace sobre zonas en las cuales existe posibilidad de recurrencia, con fines curativos o profilácticos, a saber: Fosas axilar y supraclavicular, región linfática de la mamaria interna y pared correspondiente del tórax, para esterilizar las posibles siembras por células residuales.

HORMONOTERAPIA

El empleo de hormonas en el tratamiento del cáncer del seno tiene hoy una gran importancia, al reconocerse el influjo que ellas tienen sobre los procesos tumorales mamarios. La testosterona está indicada en toda enferma con ovarios en actividad y es de especial utilidad en los casos de metástasis óseas. Los estrógenos están indicados en mujeres que hayan pasado cinco años, por lo menos, después de la menopausia, ya que al rededor de esta época están totalmente contraindicados. Son de especial utilidad en las metástasis de los tejidos blandos.

NUEVAS TECNICAS QUIRURGICAS

No podemos dejar de mencionar las nuevas ideas quirúrgicas surgidas ante el problema del carcinoma mamario. A raíz de la demostración de invasión de los linfáticos de la cadena mamaria interna, que se presentan en altos porcentajes, particularmente en los tumores de localización interna, se han esquematizado nuevas técnicas, con el fin de hacer resección de la misma. Estas técnicas implican naturalmente, resección de la pared costal para llevarse en bloque toda la circulación linfática de la mamaria interna, reemplazando el defecto dejado, por medio de plastias de fascia lata. Ya en el Instituto hemos iniciado estas técnicas en casos escogidos.

MacWhirter ha preconizado la mastectomía simple seguida de irradiación inmediata a dosis altas y extensas, presentando estadísticas de curación (43,7% de supervivencia en 5 años en el total de casos) comparables con otros tratamientos más radicales. Sin embargo, estos resultados han sido inconstantes en manos de otros autores.

Como tratamiento paliativo, sobre todo en casos de extensas metástasis óseas se ha practicado la Adrenalectomía bilateral con mejoría sintomática y anatómica de consideración. Esta operación se basa en los factores hormonales cancerígenos de los tumores malignos mamarios.

Después de las recientes comunicaciones de Paxlowsky se están utilizando en algunos centros, como tratamiento paliativo de algunos tipos de cáncer, el injerto de Timo, con lo cual, al lograr un gran estímulo del sistema retículo endotelial, hay una mejoría notable de enfermos, antes considerados incurables. Sin embargo, esto se halla solamente en un estado experimental.

TRATAMIENTO DEL SARCOMA MAMARIO

Voluntariamente hemos dejado para el final estas consideraciones del tratamiento del sarcoma, por la rareza con que se presenta. Aceptando que este tipo de tumores tienen una malignidad mucho mayor que el carcinoma, el hecho de dar metástasis generalmente por vía hemática, hace que en el tratamiento de ellos solamente se haga una mastectomía simple, sin exigir vaciamiento axilar. Con todo, muchos autores consideran indicada también en ellos la mastectomía radical, con base en la elevada malignidad del tumor y en la posibilidad, aunque remota, de metástasis por vía linfática. La radioterapia no tiene indicación alguna en estos casos.

RESULTADOS

Es difícil poder enfocar la realidad colombiana respecto al cáncer del seno, desde un ángulo aislado, así sea el Instituto Nacional de Cancerología, pues existen aspectos que se distorsionan ante las dificultades que existen en los medios de control, particularmente en los enfermos tratados. Nuestro público no está acostumbrado a volver al Hospital donde ha sido tratado, aun cuando se le exijan citas previas y si lo hace algunas veces, puede tener graves dificultades en su transporte, lo que impida que las cumpla. Sin embargo, por otros aspectos, sí podemos ofrecer alguna contribución con este modesto trabajo.

Frecuencia. Como decíamos al principio, el cáncer del seno es tal vez ————— la tercera localización en cuanto a frecuencia, entre nosotros. En los siete años a que se refiere este trabajo, encontramos un promedio de 73,7 casos por año, distribuidos así:

Año de 1946	52 casos
1947	84 „
1948	84 „
1949	77 „
1950	79 „
1951	71 „
1952	69 „

Total . . . 516 casos

(para el estudio y para los cuadros estadísticos, se excluyen 30 casos cuyo diagnóstico no fue plenamente comprobado).

Incidencia. La incidencia por regiones del país no puede establecerse ————— con certeza, pues los Departamentos donde está localizado el Instituto, o aquellos de la vecindad, naturalmente ofrecen cifras más altas, sin que ello indique que allí sea más frecuente esta afección. Estos datos son:

Antioquia	19 casos	3,90%
Atlántico	6 „	1,23%
Bolívar	17 „	3,49%
Boyacá	76 „	15,63%
Caldas	23 „	5,27%
Cauca	4 „	0,82%
Chocó	1 „	0,20%

Cundinamarca	177	„	36,41%
Huila	21	„	4,32%
Magdalena	3	„	0,61%
Meta	1	„	0,20%
Nariño	8	„	1,64%
Norte Santander	26	„	5,34%
Santander	39	„	8,02%
Tolima	29	„	5,96%
Valle	18	„	3,70%
Exterior	10	„	2,05%
Sin dato	8	„	1,64%

Edad. Este factor tan destacado en importancia, se presenta en la siguiente forma:

20 a 30 años	36 casos		7,40%
31 a 40 „	106	„	21,81%
41 a 50 „	158	„	32,51%
51 a 60 „	114	„	23,45%
61 a 70 „	59	„	12,13%
más de 71	11	„	2,26%
Sin dato	2	„	0,41%

Localización. El sitio donde se sitúa el tumor, es más o menos igual en cuanto al lado, siendo el lado izquierdo el más afectado, así:

Seno izquierdo	256 casos		52,35%
Seno derecho	230 casos		47,03%

Se hallaron en nuestra casuística 3 casos de localización bilateral y aparecen sin dato, otros 3 casos, lo que da un margen de error de 0,61%.

Por cuanto a localización por cuadrantes, o sitios determinados, es el cuadrante supero externo el más frecuente, así:

Cuadrante Supero Externo	177 casos		36,19%
„ Supero Interno	63	„	12,88%
„ Infero Externo	16	„	3,27%
„ Infero Interno	6	„	1,22%
Región de la aréola	18	„	3,68%
Totalidad de la glándula	103	„	21,06%
Sin dato	106	„	21,67%

Llamamos la atención sobre la mayor frecuencia de localización en el hemisferio superior y sobre los casos en que se encontró invadido todo el seno.

Vida Genital. Parece tener cierta importancia este dato, pues encontramos las siguientes cifras:

Menstruando	192 casos	39,50%
Menopausia	234 „	48,14%
Sin dato	60 „	12,34%

Puede observarse la mayor incidencia en personas cuya vida genital está en receso.

Hijos. Este es uno de los datos que ha despertado mayor interés entre nosotros, pues hemos observado que a mayor número de hijos, menor incidencia de cáncer del seno. Vale ello decir que la lactancia tiene una gran importancia, pues la gran mayoría de nuestras mujeres acostumbran lactar a sus hijos. Son estos datos:

Sin hijos	130 casos	26,74%
1 „	63 „	12,96%
2 „	66 „	12,96%
3 „	50 „	10,28%
4 „	21 „	4,32%
5 „	33 „	6,79%
6 „	23 „	4,73%
7 „	23 „	4,73%
8 „	14 „	2,88%
9 „	12 „	2,46%
10 „	7 „	1,44%
11 „	6 „	1,23%
12 „	2 „	0,41%
13 „	3 „	0,61%
14 „	2 „	0,41%
15 „	0 „	0,00%
16 „	1 „	0,20%
20 „	1 „	0,20%
22 „	1 „	0,20%

Naturalmente, el mayor número de casos corresponde a mujeres que han tenido hijos, así:

Con hijos	328 casos	67,48%
Sin hijos	130 „	26,74%
Sin dato	28 „	5,76%

Evolución. Al tener en cuenta el tiempo de evolución, desde el momento ————— en que apareció el primer síntoma, hasta el día en que la enferma llegó al Instituto, relacionado con el estado en que se encontraba ya el tumor, hemos encontrado los siguientes datos:

	Estado I	Estado II	Estado III	Estado IV
Menos de 4 meses	21	38	16	2
4 a 7 meses	15	33	45	10
8 a 12 meses	8	31	33	21
Más de 1 año	17	36	59	13
Sin dato	1	5	5	2
Totales	62	143	158	48

(No se incluyen aquí 13 casos en los que no existía dato alguno del tiempo de evolución, ni 62 casos que llegaron ya con mastectomía hecha fuera del Instituto).

Llama la atención la reducida proporción de casos favorables que llegan al Instituto, contra la enorme cantidad de casos en estados avanzados, favorecidos por la demora de la enferma en consultar oportunamente.

Síntomas. La frecuencia de síntomas en nuestra casuística vale la pena ————— de ser presentada, para demostrar los signos que deben buscarse con mayor frecuencia en enfermas afectadas por tumores del seno. Son ellos:

Tumor	418 casos	98,58%
Modificación, forma y tamaño	230 „	54,24%
Retracción del pezón	177 „	41,74%
Piel de naranja	150 „	35,37%
Ulceración	103 „	24,29%
Adherencia a la piel	122 „	28,77%
Dolor	25 „	5,89%
Secreción del pezón	10 „	2,35%

Resultado de los tratamientos. Es quizás lo más difícil de valorar, el ————— resultado de los tratamientos que se

hacen para cáncer del seno, por la inconstancia de las enfermas en acudir a los controles. Muchas de ellas, al sentirse curadas, no vuelven al Instituto; otras no tienen posibilidades de regresar por sus condiciones económicas o por vivir en sitios muy distantes. Sin embargo, la principal causa es el desinterés, que ojalá algún día pudiera inculcarse en los pacientes, ya que es por el bien de ellos, por lo que un centro de investigación, desea observarlos y controlarlos por largo tiempo. El cáncer es tal vez la afección que requiere controlarse con mayor constancia y asiduidad, porque es sólo con el precoz diagnóstico de la lesión principal, de las recidivas o de sus metástasis, como pueden obtenerse los mejores resultados.

Los cuadros que presentamos a continuación, ofrecen por sí solos, los datos más importantes por cuanto se refiere a los resultados obtenidos en los tratamientos hechos en el Instituto Nacional de Cancerología. Los hemos clasificado según los Estados Clínicos, para poder apreciarlos mejor.

ESTADO I

	Mastect. Simple	Mastect. Radical	M. Rad. y Oforet.	M. Rad. y Rayos X	Rayos X	Total
Mortalidad operatoria	0	2	0	0	0	2
Control 1 año a 5 años	0	16	0	3	2	21
Control después 5 años	0	1	0	0	0	1
Metástasis	1	6	0	1	1	9
Muerte antes 5 años	0	3	0	2	1	6
Muerte después 5 años	0	0	0	0	0	0
Sin control	4	11	1	5	1	22
Total	5	39	1	11	5	63

(Nota: del cuadro anterior se han excluido 2 casos sin tratar).

Este estado, considerado ideal para tratamiento, desafortunadamente incluye un número reducido de casos. Con todo, da cifras más altas de supervivencia, la más baja mortalidad y la menor incidencia de metástasis.

ESTADO II

	Mastect. Simple	M. Simple y Ray. X	Mastect. Radical	M. Rad. y R. X.	M. Part. y R. X.	Rayos X	Total
Mortalidad operatoria:	0	0	0	0	0	0	0
Control de 1 año a 5 años:	0	1	20	26	2	2	51
Control después 5 años:	0	0	0	1	0	0	1
Metástasis:	0	0	12	17	1	5	35
Muertes antes 5 años:	0	0	3	3	0	9	15

Muertes después 5 años:	0	0	0	0	0	0	0
Sin control:	2	0	7	10	3	13	35
	<hr/>						
Totales:	2	1	42	52	6	29	137

(Nota: No se incluyen en este cuadro 2 casos considerados como intratables y 9 casos que voluntariamente no se sometieron a tratamiento).

Este grupo de casos da un buen número de supervivencias, sin contar los casos no controlados. Sin embargo comienza a observarse aquí la mayor incidencia de metástasis y la mortalidad se hace más alta.

ESTADO III

	Mast. Simple	M. Simp. y R. X.	Ofo-rect.	Hormo-not.	Mast. Rad.	M. Rad. y R. X.	Rayos X	Radium y R. X.	Total
Mortalidad op.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Control 1 a 5 años.	0	0	0	2	4	5	6	0	17
Control después de 5 años.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Metástasis.	0	0	0	0	0	1	18	0	19
Muerte antes de 5 años.	0	1	1	0	1	0	18	0	42
Muerte después de 5 años.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sin control.	2	0	1	0	3	2	42	1	51
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Total:	2	1	2	2	8	8	84	1	108

(Nota: No se incluyen en este cuadro 29 casos considerados como intratables y 22 casos que voluntariamente no se sometieron a tratamiento).

Estas enfermas presentan una elevada mortalidad a corto plazo, da una elevada cifra de metástasis, todo ello sin contar que un grupo grande de casos ha sido considerado como intratable.

ESTADO IV

	Mast. Sim. Rayos X.	Mast. Rad. y R. X.	Mast. Rad. R. X. y Horm.	Rayos X	Hormono-terapia	Total
Mortalidad operatoria:	0	0	0	0	0	0
Control de 1 a 5 años:	0	1	1	1	1	0
Control después de 5 años:	0	0	0	0	0	0
Metástasis:	0	0	0	0	0	0
Muerte antes de 5 años:	2	0	0	2	0	4
Muerte después de 5 años:	0	0	0	0	0	0
Sin control:	0	0	0	1	0	1
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Total:	2	1	1	4	1	9

(Nota: No se incluyen en este cuadro 38 casos considerados como intratables y 3 casos que voluntariamente no se sometieron a tratamiento).

Este grupo da el mayor número de pacientes rechazadas para tratamiento por considerarse intratables.

Deseamos llamar la atención sobre las cifras globales de mortalidad operatoria en todos los grupos tratados y que es muy reducida.

CIRUGIA DE LABIO LEPORINO

ANOMALIAS LABIO - PALATINAS COMENTARIOS CLINICO - QUIRURGICOS

HERNAN PEREZ RESTREPO
Prof. Agregado de Cirugía Infantil

INTRODUCCION

Es mi propósito, al interpretar el espíritu práctico y real de éste certamen; hacer un análisis global de 220 casos de anomalías labio-palatinas. A la luz de mi experiencia personal, y de mis cuadros estadísticos; hacer un comentario clínico-quirúrgico sobre las ideas clásicas: incidencia, etiología, frecuencia de los diversos tipos, oportunidad operatoria y métodos que he preferido, etc., etc.

Prescindiendo deliberadamente del acopio de la inmensa literatura que existe al respecto, puntualizar mis puntos de vista; y por ende tener la oportunidad de apreciar los de otros colegas que han acudido a esta jornada quirúrgica.

INCIDENCIA.—Con el pie Varus- Equinus, es la más común de las anomalías congénitas.

Conocida desde los egipcios y los arábes. No ahorra climas, ni razas, aunque la negra no es la más apetecida. En el estado de Pensilvania (E.U. de A.) presenta una incidencia de 250 a 300 casos

anuales, y el porcentaje se ha elevado por el mestizaje a un 12,7%. Entre las innumerables estadísticas extranjeras tenemos entre otras; 1924 J. Davis quien da el porcentaje de ocurrencia de 1 x 915 nacimientos; 1943 Grace de Pensilvania 1 x 800; 1942 Foch-Anderson Copenhague 1 x 638; Blair de Wisconsin 1 x 770; Vaughan de New-York en 1947 1 x 1200; en Francia 1 x 942; en Alemania 1 x 1000. En Suecia 1 x 960; en Medellín en la estadística del I.C.S.S., en un total de 309 nacimientos del año 1950 a 1951 dio sensiblemente el 1 x 1000. En la escuela especificada, pública de Cleveland (Ohio) da su consultante técnico en 63.135 niños, un porcentaje de 65,9% hombres y 43,1% mujeres. En mi material registrado de 190 casos, da 86 mujeres y 104 hombres.

FRECUENCIA DE LAS VARIETADES.—Del estudio de Foch-Anderson de Copenhague sobre 703 casos refiere: Labio leporino simple 25%, Labio leporino con o sin palatosquisis (simples o totales) 75%, labio leporino bilateral 25%.

En cuanto al sexo: L. leporino simples o totales 67,7% hombres, L. Leporino bilaterales totales 83,8% en machos, Palatosquisis (sola) 66,1% en hembras. En cuanto a su situación lateral, los laterales simples o totales izquierdos lanzan un 70,1%.

ESTADISTICA DE V. VEAU.—Por estar muy cerca a la nuestra, he de citarla:

Lab. Lep. unil. Simple 33% Da pues, 40% de leporinos simples, y en cambio. 60% de Lep. totales.

Lab. Lep. unil. total 48%.

Lab. Lep. bilat. total 12%.

MI ESTADISTICA:

Lep. Unil. simple	45	22,4%
Lep. Bilat. Simple	3	1,5%
Lep. Unil. total	76	39,5%
Lep. de Keith	2	1%
Lep. Bilat. total	28	14,5%
Palatosquisis total	26	13,5%
Palatosquisis blando	8	4,1%
Uvulosquisis	1	0,5%
TOTAL	189	

Primogénitos		14
Mellizos	Pares	2
Anomalías Labio-palatinas u otras		28
Leporinos en los hermanos		10
Padres leporinos	÷	5
Wassermann, etc.	—	8
		125

(Nota: esta estadística sólo abarca un total de 189 casos, conservándose prácticamente las proporciones en los 220 casos, que son el material en el que se apoya este comentario).

DENOMINACION.—Como acaba de verse he adoptado la clasificación de:

Lab. Lep. unilateral (derecho-izquierdo Simple. Lab. Lep. Unil. total.

Lab. Lep. bilateral Simple. Labio Lep. Bilateral total.

Palatosquisis total. Palatosquisis blando.

Algunos autores tiene clasificaciones más complicadas como puede verse en el libro de Blair e Yvy. Otros como Vaughan lo denomina unilateral completo e incompleto; otros acuden a los vocablos de simple, subtotal complicado etc., etc. Hay quienes prefieren y exigen las acepciones griegas de queilosquisis, gnatosquisis, uranosquisis, esta-filoquisis y palato y uvulosquisis.

ETIOLOGIA.—Todavía radica en el campo de la especulación; ya que no existe la causa única o satisfactoria para justificar estas anomalías. Se persiste en aducir: las causas mecánicas; avitaminósicas, las endocríneas, las toxi-infecciones; las influencias síquicas, y finalmente, la más acogida la causa hereditaria. Voy a comentar someramente, para nuestro medio estas eventualidades.

Entre los factores toxi-infecciosos está en primera línea la sífilis. Defendida por la escuela francesa con Ombrédanne a la cabeza. Este ya bien se expresa categóricamente en su «*Quelques Verités Premiéres En Chirurgie Infantile*».

Quand un Enfant nait avec un bec de-lièvre, surtout se il s'agit d'un premier enfant conseillez toujours au père et a la mère de se soumettre a'un traitement specifique intermittent et prolongé, meime si leur réaction de Wassermann est négative. C'est une assurance contre de semblables accidens ultérieurs. C'est pour eux un reconfort moral, et cette précaution ets toujours acceptée si vous leur expliquez,

que la tare ancestrale peut remonter a'la troisieme ou quatrieme generation, qui n'est plus la'pour protester.

En nuestro material el factor de la Lues es casi descartable. Podríamos atrevernos a calificar de obstinación a la escuela francesa, producto de ese pansifilismo de la época de Fournier, ya hoy notoriamente desmembrado, una vez que el embarazo gemelar no se le incrimina a la sífilis; los abortos aun seriados e inveterados son explicados muchas veces con el factor RH, u otras causas etc., etc. En nuestras observaciones tenemos 140 (observaciones) SEROLOGIAS NEGATIVAS Y SOLO, 8 positivas. Es pues una sorpresa encontrarlas positivas, y cabe preguntar si solamente es una coincidencia, y qué valoración etiológica se le puede dar? Como ilustrativo existe una historia clínica de una leporina bilat., primogénita con serología positiva. Un segundo embarazo fue tratado por reacciones francamente positivas, y al nacer una niña normal, las reacciones de la madre eran positivas. La abuela materna de ambas niñas, presenta si, como lastre hereditario, un cordón congénito cicatricial lateral en el labio, vestigios de procesos cicatriciales intra-uterinos de una probable anomalía. En el mismo orden de ideas, existen varios casos de padres tratados años anteriores al nacimiento de sus hijos leporinos, pero al mismo tiempo ya sus reacciones han sido confirmadas negativas, y por otra parte, hay en sus antecesores anomalías idénticas o afines.

ALCOHOLISMO.—Aunque citado ya de rutina para todas las anomalías; no parece desempeñar un papel clarividente en nuestros casos. En su gran mayoría es negativo, y solo una observación está cargada de este factor: padre dipsómano desde años atrás, no hay heredo-patología de estas anomalías, hija primogénita, hidrocefaliación marcado hipertelorismo, pabellones de las orejas muy lateralizados, atraso mental. Labio leporino bilateral total (con palatosquisis total), amaurosis. Tras una hermanita normal, nació una tercera muerta y macerada. Las reacciones serológicas de los padres son negativas.

Cabe preguntar no obstante, y para arguir en contra del alcohol como factor etiológico, que si él fuera la causa de estas anomalías, lo serían palpablemente más frecuentes, entre los hijos de los portadores.

DROGAS.—Algunas drogas propinadas en los tres primeros meses son acusadas de poder producir algunas de estas anomalías del desarrollo. En la actualidad un autor americano cuyos trabajos no han llegado a mis manos, incrimina a los sulfamidados como capaces de ori-

ginar estos defectos. Anotemos, a ello, que bien existían en épocas en que aún no existían tales substancias en nuestro arsenal terapéutico diario.

CONSANGUINIDAD.—Aunque citada protocolariamente en todas las anomalías, en estas de que nos ocupamos, ocupa la minoría. Es deber anotar por lo demás, que nuestro historia coge en lo referente a los antecedentes, bien hereditarios como personales.

DATOS REFERENTES A LA MADRE.—Las toxi-infecciones durante los primeros meses del estado embrionario, no son en la práctica revelables ni clínicamente demostrables. Las gestaciones son declaradas tal como las anteriores, en las múltiparas. No, son convicentes infecciones, ya que generalmente no las han sufrido o han sido de carácter leve. Alimentación, género de vida, estado ambiental, han sido sensiblemente igual a los anteriores embarazos con nacimientos de hijos normales.

EDAD.—La edad avanzada de la madre ha sido invocada por algunos; aunque otros se acogen a que es más frecuente la anomalía en la edad fértil de 21 a 25 años. En mi estudio es más confirmable una edad avanzada, agregado a ello la multiparidad. La primiparidad apenas la cuento en 14 observaciones. Curioso de citar son estos dos ejemplos: Una primogénita con labio leporio unilateral total y 18 hermanos, normales; y el opuesto, 18 hermanos normales y el décimonoveno leporino. En un alto porcentaje, se trata pues, de madres que han tenido de 8 a 14 embarazos; y en que los leporinos han acaecido en la mitad del número total, o en los 2 a 4 últimos. Cuento en mi casuística, con dos pares de mellizos: dos hombres no primogénitos, el uno leporino simple, y el otro bilateral. Unos mellizos: la una con palatosquisis total, y su compañero, normal.

CONCOMITANCIA DE ANOMALIAS.—Entre la asociación de anomalías pormenorizadas en mi cuadro estadístico general, he de hacer resaltar las más comunes: el estrabismo, el pie varus equinus, sindactilia, una cardiopatía (Enfermedad de Roger), una onfalolocele, una hidrocefalia, una miopatía primitiva, y finalmente, rinolalia en los antecesores, con normalidad labio-palatina. He de recalcar, que estas anomalías existen en los antecedentes familiares.

Es digno de anotar: con todo el énfasis del caso, lo excepcional de que los padres presenten la anomalía labio-palatina. Lo corriente es, que ella exista en las anteriores generaciones. En nuestro personal,

solo pudimos determinar 5 casos, aunque creo, existan unas unidades más.

REPETICION DE LA ANOMALIA EN LOS HERMANOS.—Incidencia que por ventura la declaran escasa la mayoría de los tratadistas. En mi material asciende a 10 casos. En dos casos, hay 3 hermanos leporinos, y el defecto no es igual en ellos. Como consecuencia de lo que precede, no está autorizado el pediatra u obstetra a aconsejar la limitación de la natalidad por el riesgo de la reaparición del defecto en otro hermano.

HERENCIA.—El factor hereditario es en mi opinión el de más peso entre los anteriores aludidos, y el más demostrable por la generalidad de los autores. El mismo crea, un problema ante la eugenesia; ya que la corrección de esta anormalidad, lo que aumenta la capacidad social y de procreación, ha contribuído al aumento de la misma. Antes, morían muchos de ellos tempranamente; hoy, vemos el aumento de concurrencia a los centros hospitalarios, y la rareza de ver la anomalía en adultos. El nazismo, impedía el matrimonio entre leporinos, o en parejas donde se demostraba la sumación evidente de la anomalía; y llegó hasta la esterilización de los mismos. Yo, me aparto de comentar esta conducta, ya que nuestro cometido es otro. Hago hincapié, que tienen más derecho a nacer leporinos de padres leporinos. Coen en una isla del mar del norte confirmó la existencia de una familia del mismo apellido con labio leporino, y la investigación de 21 árboles genealógicos le permitió demostrar la existencia del factor hereditario según las leyes fundamentales de la herencia. La escuela alemana ha sido la más perentoria en este tópico, opina que sería regresiva en niños provenientes de padres sanos en una relación de 1 a 3: en cambio de 1: 1 en padres leporinos. En general se haría de acuerdo con las fórmulas genéticas, siendo recesivo en el 76%, mientras que dominante en el 20%. Las estadísticas antiguas concedían de un 12, a un 20%, las modernas con Davis, Schroeder y Sander le asignan de 42 a 44%; y llegan hasta un 54%.

Haentzchel explica la variabilidad de porcentajes por el hecho de que si bien en un 20% se puede corroborar el factor hereditario, en una gran parte este puede pasar desapercibido pues la anomalía sólo se ha revelado en un incisivo supernumerario; una nariz levemente deformada, o en un cordón cicatricial como en una de nuestras observaciones en antes aludida. En un 35% coexistiría con otras anomalías, y

entre ellas especialmente la debilidad mental. El factor hereditario puede pues existir como causa misma, o como vector de trasmisión.

INFLUENCIAS SÍQUICAS.—Warburton las considera reales como modificadoras de la morfogénesis; y en la Argentina Zeno y Pizarro C., Crespo en documentado trabajo han revaluado el asunto; sostenido qué impresiones violentas, ideas fijas, traumas síquicos sufridos por la madre en los tres primeros meses de la gestación pueden pervertir la embriología y motivar estas anormalidades. Por otra parte, es muy frecuente en nuestro pueblo, como en otros, aludir y acusar como causa de estos defectos: la maldición de padres sobre los hijos, la de personas religiosas; las burlas hechas por embarazadas a lisiados encontrados en su camino; caídas de la madre sobre el vientre o golpes propinados por el esposo. Sin mayores argumentos, se nos hace injusto, que la naturaleza cause estas anomalías por medio de meras fobias o repercusiones síquicas.

Finalmente, hemos aportado en este título mucha literatura, ya que no estoy capacitado para opinar de una manera personal. Agregado a ello, que en este terreno de la etiología, nuestra casuística está lastrada de grandes deficiencias:

Primeramente, no existe en nuestras consultas una historia patrón como lo ocurre en otros medios científicos. Se suma a ello, la deficiencia del personal para investigar la anamnesis en forma estrictamente científica. Contribuye grandemente, a ello, la escasez de cultura de los familiares quienes ignoran el pasado patológico de sus allegados, y el que con mucha frecuencia el niño es traído al hospital por el vecino, amigo o coterráneo que no tienen por qué, conocer los antecedentes familiares del caso. O bien, son los mismos padres que niegan los antecedentes patológicos, ya que muchas veces un pasado venéreo los acusa. Es muy común en nuestro medio un estado de ánimo de negatividad en los cónyuges, ya que el orgullo los impele a no querer quedar señalados como portadores de la tara. Estado síquico que solemos modificar después de un careo detectivesco, y que conduce a confirmar las anomalías idénticas o afines. Es pues, de toda necesidad, establecer esqueletos de historias cuyos modelos están en muchos textos; si pretendemos algún día, tener opinión propia en este tema.

COMENTARIOS QUIRURGICOS.

OPORTUNIDAD OPERATORIA.—Dejando a un lado todas las otras opiniones al respecto, sigo generalmente la de operar al tercero o cuar-

to mes de la vida. He operado en los 3 primeros días, dos casos. El acto quirúrgico es más difícil por la escasez y delicadeza de tejidos, el mayor riesgo quirúrgico, y sobre todo la retracción cicatricial que la he corroborado en niños operados en otros países, son argumentos para no intervenir precozmente, y frenar la imperiosidad de los padres para tal proceder. Es muy común, esta interpretación de la urgencia quirúrgica, en hijos de personalidades políticas. La mayoría de autores están contra el principio de que los defectos congénitos deben repararse lo más precozmente posible; y condenan la intervención del 4 (cuarto) al 11 (undécimo) día. En términos generales, se opera cuando el niño esté equilibrado en su alimentación; su curva ponderal esté estabilizada, y el estado general autoriza a creer que resistirá el riesgo quirúrgico. Esto, en lo que se refiere a las anomalías labiales. Su intervención temprana evita generalmente las ostectomías del hemi-maxilar desnivelado. No he visto un caso en que la corrección de las partes blandas reduzca la protusión del tubérculo intermaxilar, y evite la osteotomía del mismo, la que deja mucho que desear en consolidación y en atrofia, en pérdida de retoños dentarios. La que considero, además inevitable, ya que siempre está presente en un grado marcadísimo. La procedo por el método de Ombrédanne, pasando antes de todo los hilos metálicos, y en seguida las incisiones en la mucosa, y la ostectomía propiamente del vémer. Nunca hago en el mismo acto la queilorrafia, sino a las dos semanas después.

En los labios bilaterales, siempre hago la corrección de ambos lados simultáneamente y no he procedido nunca, al consejo que diera V Veau de convertir el bilateral en unilateral; como tampoco he visto que esta conversión, haga la reducción del tubérculo u intermaxilar.

METODOS SEGUIDOS.—Los leporinos simples los operé varios años por el método de Mirault-Blair, el que hube de cambiar por el de Hagedorn modificado, y últimamente practico con mucho entusiasmo y mejores resultados el de Mesurier. El de Mirault-Blair y otros, dejan una línea de sutura vertical, y traen consigo en un altísimo porcentaje la retracción cicatricial hacia arriba del labio, y no centran la columna en la línea media. Los métodos de Hagedorn modificado, y el de Mesurier sobretodo, dan una línea de sutura en escalera que impide la retracción aludida, dan un labio más amplio verticalmente, y puede uno, centrar la columna. Deja más cicatriz, la que puede corregirse en años posteriores.

El bilateral, lo hago por el método de Vaughan, cumpliendo su

consejo de utilizar lo más posible el tubérculo blando. No uso instrumental especial, lo que creo, es una exageración de la fantasía el copioso instrumental que contienen los catálogos al respecto.

El material de sutura, si es deplorable, que tenga que usar el que haya a la mano, ya que su buen uso, repercute definitivamente en la calidad de la cicatrización, y por ende en la elasticidad y motilidad del labio.

DESIDERATUM QUIRURGICO.—No creo, lo expresado por algunos, que en una sólo operación se deben corregir a perfección los diversos componentes anómalos. La realidad, es para mí otra, y la narina neoformada deja un algo que desear, ya que su cartílago carece de buen desarrollo, y su corrección final se debe hacer en la edad escolar.

Como conducta general, soy partidario convencido de una buena disección de las partes blandas, de las óseas, lo que se facilita con inyección previa de suero fisiológico. En un principio tuve considerables fracasos por la avaricia en la disección, y hoy es una sorpresa la sorpresa la dehisencia de la sutura. Algunos, condenan la disección amplia, por lo nocivo que puede ser sobre los centros de osificación, y la cicatriz inelástica que se puede originar. En cuanto a la incisión vestibular, no la he vuelto a suturar desde varios años, y no he tenido que arrepentirme de esta conducta. En el mismo orden de ideas, no uso puntos de distensión, ni apósito, en el labio; ni conozco en nuestro medio el arco de Logan u otros que tengan fines de sostenimiento de la sutura.

OSTEOTOMIA DEL HEMIMAXILAR.—La practico a lo Duplay modificado, en el sentido de no ser tan radical la ostectomía que pueda exteriorizarse en alto la cuña ósea, determinado su tamaño según las medidas pre-operatorias y protésicas previas. A la fuerza quiebro pues el hueso y lo acerco para llenar el espacio. No he tenido nunca necrosis ni infecciones óseas, aunque la posición inmediata del reborde óseo no sea tan perfecta en tiempos posteriores se logra por sí misma, una satisfactoria corrección. Paso, siempre los hilos metálicos antes de hacer la cincelación, para así tener listo el tiempo de adaptación y fijación. De paso sea dicho, no he usado ni una vez el método de Brophy, de la reducción precoz con hilos metálicos de la dehisencia maxilar, y creo, muy poco en sus efectos reales, ya que se requiere un material especializado del que carecemos.

CORRECCION PALADAR.—La palatorrafia la practico de los 8 meses en adelante, y en tesis general antes de que el niño hable. Es decir de los 18 meses a los 24 o 26 meses. Con anestesia al éter oxígeno y sonda naso-faríngea o bucal, o endotraqueal en niños mayores. En la palatopiquis total, la corrijo de una vez y por los métodos clásicos. Recalco, según los gravados, la disección esmerada del pedículo palatino anterior, y el agrandamiento del agujero palatinoposterior según los esquemas, para disminuir la tensión, la compresión de los vasos contra el mismo agujero; y para lograr mejor el desplazamiento del colgajo hacia la línea media. Soy, partidario de la disección lo más amplia posible en la región faringo-amigdaliana. La desinserción radical de toda la musculatura en la apofisis pterigoides, la que en otros tiempos fracturaba con el cincel, y hoy, creo, sea superfluo. No dejo apósito de ninguna clase, y en compensación dejo sonda nasal-gástrica los 4 primeros días.

PALADAR BLANDO.—Sigo una disección más amplia que la limitada en los textos, pasándome, pues unos centímetros de la unión del paladar blando con el óseo. Una buena disección de la unión del blando en el duro, y respetando los vasos palatinos superiores. Alguna vez ligué por experimentación y siguiendo los consejos de Axhausen los vasos palatinos, y obtuve una necrosis del cuarto anterior del colgajo. En el paladar en general, procederé pronto en la palatorrafia, a no practicar en una primera operación sino la corrección del paladar blando, para continuar en una forma progresiva hacia adelante. Conducta, que se está preconizando, para defender el principio de no tapar el defecto sino con un paladar blando que quede elástico, y cuya ventilación sea una garantía a la fisiología de la fonación. Bien sabido es, que la cicatriz retráctil es el enemigo número uno, de esta importante y decisiva cirugía.

RESULTADOS.—Cuento con 4 muertes así: dos por la anestesia, durante la intervención. Anestesia llevada acabo por manos no especializadas. Una, por shock verificada pocas horas de terminada la intervención. La cuarta, un mellizo, operado de labio bilateral, acaecido 48 horas después por un cuadro clásico de hipertermia y palidez.

En la pre-operatoria no le doy mucho valor, como el concedido por algunos autores, a la radiografía para determinar el volumen del timo.

El cuadro de hipertermia y palidez descrito como el enemigo constante en esta cirugía, es sorprendentemente escaso en nuestro ma-

terial. Sistemáticamente tratamos a los operados como si fueran a padecerlo: satisfactoria hidratación; control riguroso por horas las primeras 24 horas de la temperatura rectal, lavados helados, aspirina, y antibióticos. A estos últimos les atribuyo un gran papel profiláctico del mismo cuadro hipertermia-palidez, ya que previenen o combaten la infección en superficie de las mucosas: buco-faríngea, vías respiratorias, digestivas etc., aventurándome a sugerir si es ella, que pudiera desencadenar o formar parte en el proceso de su producción. Aunque bien sé, que las teorías etio-patogénicas aludidas sean otras.

DEHISCENCIA DE SUTURAS.—La dehiscencia total en los tiempos labiales, las tuve en un principio con alguna frecuencia, hace años es un fenómeno el que acontece. La disección amplia de la parte yugal sobre el plano óseo, y el ahorro de trauma de los tejidos, es su justa razón. En la palatorrafia, de igual manera la dehiscencia total es una rareza extraordinaria. Lagunas pequeñas en la unión del paladar blando con el duro, o en el cuarto anterior de los colgajos, las observo en un 20%. Un 60% de las cuales se cierran a cabalidad con repetidos toques (semanales) de nitrato de plata. Acostumbro en la corrección del paladar, la sonda gástrica los 4 primeros días; por otra parte, por que no deajo apositos ni prótesis que protejan la sutura.

Bibliografía

- KIRSCHNER. NORMANN —Die Chirurgie
AXHAUSEN .—Gaumenspalte.
BIER-KUEMEL, etc.—Chirurgische Operationslehre.
GOHRBANDT.—Fragen der kinder chirurgie.
E. GOHRBANDT. KANGER- E BERGMANN.—Lehrbuch der Kinder csirurgie.
BLAIR AND IVY.—Surgery of the mouth.
MITCHELL/NELSON.—Textbook of pediatriac.
BRENNER.—Pediatric surgery.
YEAR BOOK OF PEDIATRICS (varios).
L. O. OMBREDANNE.—Pathologie chururgical general de 1 enfant.
HECTOR MARINO.—Labio leporino.
VAUGHAN H.—Congenital cleft lip. cleft palate and associated nasal deformities

ENCLAVAMIENTOS INTRAMEDULARES EN NIÑOS

Trabajo anexo a la ponencia de Clínica Infantil
2ª Convención Nacional de Cirujanos

Dr. Mariano Castrillón Holguín

La mayoría de los partidarios de este método en adultos, no lo recomiendan en los niños pues sostienen que en estos casi siempre es suficiente el método de Bryant y que el crecimiento compensa los acortamientos y desviaciones; dicen además que la enclavación puede producir trastornos de su hematopoyesis y de su crecimiento, a pesar de tan respetables opiniones, hemos recurrido a la enclavación teniendo en cuenta:

1º — Muchas e interesantes experiencias se refieren a los adultos pero la experiencia en niños es reducida.

2º — El tratamiento se basa en los mismos principios en que se basa el del adulto, excepción hecha de los muy pequeños en los cuales la contracción muscular es muy débil y entonces es suficiente el método de Bryant o un simple yeso.

3º — El criterio moderno con relación a las fracturas tiene en cuenta principalmente la función. Por eso aceptamos que un pequeño acortamiento o una pequeña desviación tratándose del miembro superior, no tiene importancia ya que en nada se perjudica su función de flexibilidad y amplitud de los movimientos.

Pero por la misma razón, le damos en el miembro inferior mucha importancia a los acortamientos y a las desviaciones toda vez que estos pueden perturbar su función primordial de sostenimiento del cuerpo y de su transporte (locomoción). De allí que sea necesario asegurar una restauración anatómica adecuada y un alineamiento correcto. Esto es indispensable tanto en el adulto como en el niño y se logra rápidamente mediante la enclavación intramedular. De donde no vemos ventaja alguna en esperar que el crecimiento pueda lograr más tarde la compensación de acortamientos y desviaciones.

4º — En cuanto a la nocividad de la varilla sobre la medula, creemos que la forma en U de su transversal impide el arrastre total de la medula; simplemente labra su camino. Por lo demás la medula se regenera rápidamente; pero si tal no ocurriera, las amputaciones y los raspados en las osteomielitis, etc., han probado que ningún trastorno

hematopoyético ocurre cuando se suprime una pequeña cantidad de medula ósea.

Es cierto sí, que ocurren algunas alteraciones tanto en los niños como en los adultos y todos los autores juzgan como sin importancia: discreto aumento de reticulocitos, presencia de células juveniles en el torrente sanguíneo, pequeña disminución de glóbulos rojos de hemoglobina, discreta eosinofilia. Pero todo vuelve a lo normal una vez extraída la varilla metálica.

5º — Nadie ha dicho en que consisten los trastornos de crecimiento y es natural que no lo digan puesto que si no han experimentado suficientemente en niños, no lo han observado. Quizá se refieran a la posible lesión de los cartílagos de crecimiento y por consiguiente a los desarreglos que tal contingencia acarrearía pero como la varilla no debe tocar tales cartílagos, ocurrencia tal no es de temerse.

Es interesante no perder de vista la opinión de Michel-Nelson quien cree que la inmovilización prolongada con yeso, puede impedir el crecimiento del hueso; no longitudinalmente, pero si en su diámetro (experimento de Clark).

6º — El método de Bryant a pesar de su simplicidad y de su poca agresividad ha producido, en muchos de los niños que hemos tratado, mortificaciones de la piel harto molestas. Sin embargo preferimos las tracciones cutáneas en niños muy pequeños y cuando el desplazamiento o fragmentario es mínimo.

En niños mayores también hemos obtenido buenos resultados con tratamiento incruento empleando tracción e inmovilización con yeso pero en fracturas con pequeños desplazamientos. Cuando existe gran desplazamiento, varios han sido los casos de consolidación viciosa: unos han sido corregidos después por enclavación y otros han sido confiados al crecimiento que se encargue de compensarlos más tarde. En estos el tiempo de deambulación y el de recuperación ha sido largo (1 y 2 meses).

En muchos casos de tratamiento incruento no hemos obtenido reducción anatómica completa y numerosas son las rigideces, las atropías y las angulaciones observadas.

Por las razones expuestas, este servicio se ha decidido por la enclavación intramedular bien aplicada y después de observar los 105 casos tratados por este método desde 1949 hasta febrero de 1953 y que figuran en el cuadro que sigue, juzgamos ventajoso el procedimiento y creemos que sus beneficios no deben negarse a los niños.

	Nº	SITUACION			FORMA			RESULTADOS		
		Sup.	Med.	Inf.	T	O	C	B	R	M
FEMUR	93	23	64	6	44	46	3	90	2	1
HUMERO	6	1	3	2	4	2		5	1	
TIBIA	3			3	3			3		
CUBITO	2			2	2			2		
RADIO	1			1	1			1		
TOTAL	105	24	67	14	54	48	3	101	3	1

- ANESTESIA : En todos, éter-oxígeno sin accidentes.
 METODO : En todos, abierto.
 ERRORES : Una varilla larga, una corta, una floja y una extracción prematura.
 COMPLICACIONES: 4 angulaciones- 3 supuraciones en tejidos blandos.

COMENTARIO: Figura un caso malo por reproducción de fractura que se debió a extracción prematura de la varilla.

Los tres casos considerados como regulares por presentar ligeras rotaciones y pequeños acortamientos, tuvieron como causa el error de varilla corta o floja.

Las cuatro angulaciones siempre en tercio inferior de fémur, se debieron al no empleo de yeso complementario y deambulacion precoz.

Los tres casos de supuración de tejidos blandos, reconocen como causa, deficiencias de asepsia.

En cambio todos los demás casos pueden calificarse como excelentes porque en ellos se ha conseguido magnífica continuidad anatómica, rigurosa firmeza de los fragmentos y libertad de las articulaciones vecinas. Es así, como hemos obtenido corta hospitalización que representa una economía para el hospital traducida en mayor movimiento del servicio y una mayor economía para el enfermo quien vuelve más pronto a sus actividades habituales. Otra ventaja conseguida, es suprimir la sensación de invalidez y las incomodidades que proporcionan los otros procedimientos (yesos, férulas, etc.).

Hemos empleado la enclavación especialmente en las fracturas de tercio medio y superior del fémur prefiriendo las fracturas transversales y las oblicuas.

Empleamos el método abierto que nos ha resultado sencillo, traumatiza poco y es seguro. Con asepsia rigurosa y el empleo sistemático post-operatorio de antibióticos, se han alejado los peligros de otras épocas.

No hemos observado trastornos del crecimiento, ni agresión a la medula, ni agresión al hueso, ni metalosis, ni embolías grasosas, ni un solo caso de osteomielitis.

En varios casos hemos observado callo exuberante debido probablemente al mal trato recibido por el periostio; pero en controles radiográficos que hemos obtenido después de un año, observamos la desaparición completa de tal exuberancia.

También en varios casos hemos anotado retardo en la consolidación del callo al nivel de la línea de fractura pero todo se reduce a demorar un poco más la extracción de la varilla.

Termino este breve comentario destacando las principales ventajas:

1º—Reducción anatómica, fijeza de los fragmentos y movilización articular.

2º—Son escasas las atrofias y rigideces que se presentan.

3º—No se presenta osteoporosis.

4º—No es necesario el yeso; salvo el yeso complementario en fracturas del tercio inferior del fémur.

5º—No se presentan angulaciones si el método es bien aplicado.

6º—El tiempo de recuperación es precoz.

7º—La recuperación es completa.

ANOTACIONES SOBRE ENCLAVIJAMIENTO INTRAMEDULAR

- DR. JOAQUIN ARISTIZABAL — Profesor.
DR. JAIME CANO A. — Jefe de Clínica.
DR. RAFAEL ROLDAN — Jefe de Clínica.
DR. GABRIEL ALVAREZ — Jefe de Clínica.
DR. HERNANDO ECHEVERRI — Prof. Auxiliar.

El enclavijamiento de los huesos largos a la manera de KUNTSCHER representa a nuestra manera de ver la adquisición de más valor en el terreno de la Traumatología en los últimos veinte años. Este eminente cirujano alemán realizó sus trabajos experimentales bajo los auspicios de la Universidad de KIEL. Su mérito primordial radica en que logró afectar una osteosíntesis sin necesidad de abrir el foco de fractura. Como es obvio tuvo que valerse para ello de un aparataje especial que le facilitara la reducción anatómica de los fragmentos, equipos de rayos X y ayudantes entrenados en estos menesteres.

En nuestro Servicio, en un principio nos dimos a la tarea de imitar su procedimiento sin lograr resultados favorables, motivo por el cual, iniciamos la etapa de la intervención a cielo abierto con resultados buenos como lo dicen claramente las estadísticas de siete años en el Servicio de Traumatología del Hospital de San Vicente de Paúl.

Este método, que en verdad tiene visos revolucionarios, tuvo y aún tiene detractores y también grandes defensores. Muchos fueron los argumentos en su contra, siendo de destacar los siguientes, en cuanto a la intervención a «cielo abierto» se refiere:

QUE EL FOCO DE FRACTURA NO DEBE PONERSE AL DESCUBIERTO POR EL PELIGRO DE INFECCION.

Lo mismo ocurriría con cualquier tipo de oste-síntesis y por otra parte la infección no es ninguna forma resultante de la técnica a «cielo abierto», sino la consecuencia lógica de una mala técnica operatoria. El peligro está en nosotros mismos: falta de asepsia, indicación desafortunada etc. Los tiempos han cambiado notoriamente en el terreno quirúrgico con el advenimiento de las medicaciones bacteriostáticas y antibióticas, el avance de la anestesia, la transfusión etc.

Por estas razones es cada día mayor el forcejeo entre lo que pudiéramos llamar la escuela ortopédica conservadora y la que apela a los medios quirúrgicos para resolver sus problemas. Sin que lo dicho

quiera suponer una entrega total a la Cirugía ya que las reducciones ortopédicas siguen ocupando la primacía en la gran mayoría de las fracturas. No obstante hoy entramos por medios cruentos al foco de la fractura, con más confianza que otrora, gracias a las conquistas logradas por la ciencia moderna.

QUE AL ABRIR EL FOCO DE FRACTURA SE VA A ATENTAR CONTRA LAS ESTRUCTURAS QUE TIENEN QUE VER CON LA EDIFICACION DEL CALLO.

En el enclavijamiento, el callo que hemos visto en multitud de casos se forma a expensas del periostio; al menos eso es lo que muestran los rayos X, sin que ello implique la no participación de todos los tejidos ambientes al foco de fractura, como lo demostraron genialmente René Leriche y Policad hace ya varios años.

De allí que somos muy celosos en lo que respecta a la conservación del periostio, evitando desgarrarlo del hueso y tratando de no desinsertar los músculos que le aseguran su aporte nutricional. Las maniobras con los fragmentos deben ser delicadas hasta donde sea posible, huyendo del «manoseo» que tanto afea el acto quirúrgico y que tan malas consecuencias trae para la biología de los tejidos.

El hematoma fracturario que desempeña papel tan importante en la génesis del callo no desaparece en la intervención, pues a pesar de buena hemostasia siempre hay un rezumamiento que resulta salvador.

Ya KUNTSCHER lo demostró en los enclavijamientos cerrados y llegó a la conclusión de que «el enclavijamiento es desde el punto de vista mecánico-biológico el método más favorable para el tratamiento de las fracturas de los huesos largos» (1). Ahora bien, no podría negarse que en la técnica a «cielo abierto» sufren un poco más las estructuras tisulares, a pesar de que el hecho concreto respaldado por la fuerza estadística de centenares de casos clínicos, es que la consolidación se efectúa y en muchos casos de manera exuberante.

Y no podría ser de otra manera si tenemos en cuenta que la buena consolidación está supeditada, en parte, a la perfecta inmovilización de los fragmentos después de una correcta reducción, así como del tratamiento funcional consecutivo. De allí que los otros métodos, ya sean ortopédicos o quirúrgicos, no son sino remedos si se comparan con las bondades del enclavijamiento en lo que concierne a las fracturas diafisarias del fémur.

En tibia, antebrazo y en muchas ocasiones en húmero acostumbramos a ensayar después del enclavijamiento por temor a la rotación del fragmento periférico. De allí que su empleo en los casos en que hay que ensayar no sea tan benéfico como en las fracturas del fémur.

En cuanto a la creencia generalizada entre algunos autores de que la varilla acelera la formación del callo, continúa aún en el plano de la discusión, pues los resultados experimentales de muchos son aprobatorios y en cambio Böhler, a quien consideramos el padre de la traumatología moderna, no coincide con estos pareceres.

QUE EL ENCLAVIJAMIENTO PUEDE SER CAUSA DE LA TEMIBLE EMBOLIA GRASOSA?

Fabio Lema Gutiérrez en su Tesis reporta un caso de muerte por posible embolia grasosa. Desafortunadamente no fue comprobada por necropsia. Nosotros en centenares de casos no hemos tenido tan macabro accidente: Lo que ocurre es que está demostrado que las mayorías de las embolias grasas a pulmón transcurren dentro del cuadro sub-clínico y se presentan muy rara vez como lo afirma la Patología en los individuos adolescentes (medula roja) o en los adultos y ancianos (medula gelatinosa). En los niños según el informe de los Cirujanos del Servicio «Clarita Santos» tampoco reportan un solo caso de muerte por embolia grasa a pulmón o cerebro.

QUE DESTRUYE PARTE DE LOS TEJIDOS HEMOFORMADORES?

Como bien lo dice el Dr. M. Castrillón, la varilla en U no arrastra el tejido medular sino que se labra su propia brecha. Por otro lado la medula ósea posee un gran poder de regeneración como lo demostraron Waltherhofer y Schran.

En un principio se hicieron chequeos completos de los cambios en la Histología sanguínea en adultos, aunque es sabido que la medula roja existente en los huesos largos es escasa.

En los niños se hicieron muchos controles y se encontraron los cambios anotados por los autores alemanes: «Discreto aumento de reticulocitos, presencia de células juveniles, pequeña disminución de glóbulos rojos y de hemoglobina, discreta eosinofilia». Todos estos cambios regresan al retirar la prótesis del canal medular.

En conclusión las alteraciones producidas en la hematopoyesis son pasajeras y de poca trascendencia.

INDICACIONES

FEMUR

Es su indicación más importante y en la que hemos obtenido mejores resultados. Como hecho histórico hay que anotar que Kuntscher llevó a cabo su primera intervención en una pseudo-artrosis del fémur. Enumeraremos las siguientes indicaciones:

a) En fracturas cerradas de tipo transversal y que distan seis a siete centímetros del pico del trocanter o de la línea articular de la rodilla.

b) En fracturas espiroidales con la condición de asegurarlas valiéndose de alambre de vitalium sostenido por perforación ósea y acompañado muchas veces de yeso pelvi-cruro-pédico.

c) En fracturas patológicas.

d) Después de Osteotomías.

e) Algunos lo han usado para artrodesis de la rodilla.

f) En las pseudo-artrosis, pero siempre acompañada de injerto óseo.

CUANDO NO OPERAMOS LOS CASOS?

a) Nunca en período de shock, siguiendo este principio de Cirugía General.

b) En todos los casos en donde está más contraindicada la Cirugía general (Insuficiencia cardíaca, Cardio-renales etc.).

c) Esperamos a que el edema traumático se reabsorba un poco

d) En fracturas abiertas y de manera muy especial en las producidos y en ese lapso verificamos los exámenes clínico y de laboratorio del paciente. Suprimimos la férula de Thomas que les aplican de emergencia en la Policlínica Municipal y los colocamos en la férula de Braun, con tracción esquelética de la cresta tibial cuando la fractura es expuesta. En caso contrario (fractura cerrada) les aplicamos un Tillaux Días después los intervenimos bajo anestesia general (Ciclo-propano-éter-oxígeno).

e) En las fracturas cerradas nos abstenemos de intervenir mientras el paciente sea presa de cualquier entidad infecciosa general, ni tampoco cuando como consecuencia del trauma la piel está infectada a nivel del foco de fractura. Tenemos cuatro casos que fueron desastrosos debido al olvido de esta circunstancia. Hicieron procesos osteo-

mielíticos de los cuales los principales culpables no fueron los cocos, sino nosotros que en mala hora ordenamos la intervención.

ACTO QUIRURGICO

En el muslo practicamos la incisión antero-externa en el tercio medio y la externa en los tercios superior e inferior.

Cómo seleccionamos la clavija?

«El diámetro de la cavidad medular es siempre unos dos milímetros más corto del que se mide sobre una imagen roentgenológica obtenida a la distancia focal de 60 centímetros» (1). Pero como lo importante es simplificar las cosas más bien que hacerlas complejas, la rutina en el Servicio es tomar con un metro la distancia entre el pico del trocánter y la interlínea articular del lado sano y a esta cifra le restamos de 5 a 7 centímetros. Durante el acto operatorio ensayamos sobre la cavidad medular, cuál ha de ser la clavija que mejor puede sostener los fragmentos. Siempre tenemos a la mano clavijas de diversos diámetros y dimensiones.

Usamos la vía retrógrada sin valernos de guías y dejando que la misma clavija labre su lecho en el macizo trocántereo.

La flexión de la rodilla y la aducción forzada del muslo facilitan la tarea.

No suturamos los músculos porque esto les priva de la circulación y los desvitaliza. El afrontamiento anatómico de las fascias los coloca en su lugar. Nunca dejamos dren. Después del acto quirúrgico el miembro se coloca en un aparato de Braun y se le fija el pie por cualquier medio. Así se evita la rotación posible del fragmento distal. La elevación del miembro evita el edema quirúrgico y como consecuencia calma el dolor y favorece la cicatrización. Los movimientos se inician cuando la herida está cicatrizada. Entre el sexto y séptimo día el enfermo sale del Hospital después de haberle enseñado los ejercicios del caso; se insiste en la contracción del cuádriceps y la movilización activa de la rodilla. Esta articulación es problema serio si no se instruye bien al paciente, pues, la rigidez articular no da espera y su tratamiento es engorroso. Días después se ordena el control radiológico.

Al cuánto tiempo se debe ordenar la deambulaci6n?

Cuando se inició la era del enclavijamiento ordenábamos la deam-

bulación precoz. En la segunda o tercera semana el paciente empezaba a caminar en muletas. Tuvimos algunos fracasos consistentes en angulación de las clavijas o en ruptura de las mismas. Cuál fue la causa? En realidad ignoramos si se debió a mala calidad de los materiales o a caídas o movimientos demasiado bruscos durante el post-operatorio. Pero la movilización precoz no evita las rigideces, aumenta la condición circulatoria y estimula la formación del callo? Claro que sí. Sin embargo todos los movimientos los puede verificar el paciente en su lecho y solamente le permitimos deambular al cabo de cincuenta días por término medio. Ahora bien, cuánto debe el paciente soportar el peso del cuerpo? El mismo se encargará de regular la fuerza de apoyo y el momento en que pueda utilizarla.

Hásta dónde la compresión mecánica del foco favorece la formación del callo?

De acuerdo con la Ley de Roux Pawels que reza: «Las fuerzas funcionales de presión son osteogénicas, mientras que las fuerzas que actúan traccionando o por cizayamiento determinan la formación de tejido conjuntivo», el apoyo del cuerpo debería iniciarse precozmente y aunque se dudara de la concepción de Pawels, el hecho de poner a caminar a un traumatizado tiene repercusión favorable no solamente en el terreno somático sino en el alivio de la esfera psíquica.

El hecho de que el «Weight bearing» favorece la formación del callo es puesto en duda por Watson Jones en su última obra sobre Traumatología. El genial traumatólogo apela a argumentaciones asaz convincentes y con maravillosa capacidad razonadora termina por mostrarnos la «falacia» de la vieja y clásica aserción. Termina con un cuadro estadístico en fracturas de la tibia suficientemente elocuente.

ENCLAVIJAMIENTO DE FRACTURAS ABIERTAS

Muy frecuente en nuestro medio son las fracturas expuestas producidas por arma cortante. El machete es el arma usual de nuestros campesinos antioqueños y de él se valen para la agresión o la defensa.

Abrumadoras son las dificultades que tenemos a diario frente a las heridas de antebrazo y mano que en la mayoría de los casos vienen acompañadas de lesiones nerviosas, tendinosas y muchas veces vasculares que hacen de la cirugía de la mano uno de los problemas más difíciles de la cirugía ortopédica. Por fortuna cuando la lesión es re-

ciente, o sea, dentro del período de las ocho primeras horas, la fractura expuesta está lógicamente contaminada pero no infectada. Es precisamente en estos casos en donde el enclavijamiento lo consideramos como una indicación de urgencia. Vienen luego los casos en los cuales la conducta es más difícil y son aquellos que llevan varios días de una infección manifiesta.

Allí las rafias de nervios y tendones están contraindicadas; también lo estará en todos los casos la fijación ósea por la clavija. Se corre el riesgo de diseminar la infección por el canal medular. Y el peligro consecutivo de convertir una osteomielitis focal en una masiva o desencadenar una séptico-pioemia.

Pero acaso esta conducta pasiva y expectante no favorece (como lo hemos comprobado en muchos casos) la pululación microbiana al dejar los cabos óseos a su libre albedrío? No es por cierto más grande el dolor, el edema local y la mortificación de los tejidos cuando los cabos no están en su sitio?

Se nos dirá que hay muchos medios de inmovilización: alambres con transfixión esquelética, férulas metálicas, pesas etc. Mas todos estos medios no reducen bien o dan una inmovilización aleatoria que impide la consolidación y precipita la fusión de los tejidos por la supuración.

La clásica norma de nunca realizar osteosíntesis en fracturas abiertas tiene a nuestro modo de ver que ser revaluada. Sin embargo este tema tan interesante lo queremos someter a la discusión y esperar a que el tiempo y otras investigaciones análogas a la nuestra nos fijen definitivas normas de conducta.

En las fracturas producidas por arma de fuego el enclavijamiento presta muy buenos servicios; dichas fracturas son del tipo conminuta o esquirlosa y no raras veces están acompañadas de lesión del ciático o de complicaciones de tipo vascular. De tal manera que el tratamiento es de los más difíciles. La mayoría de nuestros casos fueron producidos por proyectil de fusil o de pistola. El viejo grass determina lesiones escalofriantes, por los enormes destrozos de partes blandas en su orificio de salida.

Por fortuna las nuevas promociones médicas tienen presente la importancia de la inmovilización de urgencia y la evacuación inmediata de los pacientes a un Hospital competente. En este sentido las férulas de Thomas son auxiliares magníficos. Sea esta la ocasión para insistir en que los médicos rurales al lado de su equipo de rutina debe-

rían tener en sus manos férulas suficientes para poder prestar un servicio rápido y efectivo. En la primera Guerra Mundial la introducción de la férula de Thomas hizo descender la mortalidad en las fracturas de fémur por arma de fuego, del 60 al 80% hasta aproximadamente hasta el 16%.

Movilizar un enfermo con una fractura de estas sin cumplir con el requisito de la inmovilización equivale casi a firmar la respectiva boleta de defunción. Más tarde viene la «toilette» quirúrgica de la herida que debe hacerse en el quirófano y no en otro sitio. Lo importante es evitar la infección y la solución del problema óseo vendrá por añadidura. Se hace transfijión esquelética tibial y se coloca el miembro sobre la férula de Braun. Pasados algunos días, cuando el estado general es satisfactorio y es limpia la apariencia de la herida se procede al enclavijamiento. En muchos casos la clavija se acompañará de yeso pelvi-cruro-pédico.

Nuestros resultados han sido halagadores a pesar de que la manipulación quirúrgica se hizo sobre zonas seguramente infectadas. Como hecho curioso debemos anotar que en estos casos no se presentó ningún caso de osteomielitis hasta donde llegan nuestras averiguaciones.

PSEUDO-ARTROSIS DEL FEMUR

Cinco casos hemos operado; dos de ellos sufrieron heridas por fusil que les produjeron sección del ciático, fractura conminuta del fémur y destrozo amplio de partes blandas. En todos hemos logrado la consolidación gracias a que hemos procedido de la siguiente manera: Espera prudencial hasta que el estado general del paciente sea mejor aunque no haya desaparecido la infección local. Algunas veces hemos hecho injerto por deslizamiento y otras injerto tibial. En dos ocasiones el injerto se hizo con huesos tomados del respectivo Banco de Huesos. Practicamos el enyesamiento pelvi-pédico en muchos de estos casos.

Uno de los casos de injerto de hueso fue intervenido dos veces debido a que en la primera ocasión solamente se «refrescaron» los fragmentos sin utilizar injerto y el resultado fue negativo. De allí que la línea directriz sea: Avivamiento de los cabos, eliminación de los tapones fibrosos del canal medular, enclavijamiento, injerto óseo y yeso pelvi-cruro-pédico.

TIBIA

No somos partidarios del enclavijamiento de la tibia, a pesar de que nuestra estadística es pobre en este hueso. Es cierto que hemos obtenido consolidación a larga espera aunque tres de nuestros cuatro casos eran fracturas abiertas e infectadas. La razón más poderosa de nuestra animadversión por este método, tratándose de la tibia, es la de que la clavija hay que acompañarla de yeso si se quiere evitar la rotación axil del fragmento periférico. Pierde entonces el método gran parte de su magia que es precisamente la movilización activa y precoz que es posible darle a las articulaciones vecinas al foco de fractura si se hubiera prescindido del yeso.

En el presente año nuestra línea de conducta frente a las fracturas de tibia ha sido quirúrgica y los resultados no nos han defraudado.

HUMERO

El enclavijamiento está indicado en todas las fracturas de la diáfisis humeral. En el Servicio hemos intervenido 35 casos, todos ellos por el método abierto. Atravesamos la epífisis superior haciendo salir la varilla por la parte superior de la articulación del hombro. Aunque nunca se presentó la artritis se observó en cambio un estado reversible de atrofia muscular del muñón del hombro. Otro de los inconvenientes que hemos observado es la diástasis de los fragmentos óseos que predispone a la pseudoartrosis. Esto puede evitarse valiéndose del enyesado simultáneamente con una compresión en sentido vertical sobre el hombro y el codo.

ANTEBRAZO

Las fracturas diafisarias del antebrazo son extremadamente difíciles de reducir por medios ortopédicos y si se consigue la reducción tienen la tendencia a desplazarse posteriormente. En la fractura de Monteggia, de la cual tenemos dos casos, el enclavijamiento del cúbito es una de las buenas indicaciones.

Enclavijamos el cúbito siempre y hacemos reducción quirúrgica del radio que en la mayoría de los casos no requiere ser enclavijado ya que si la fractura es transversal los fragmentos se sostienen casi siempre.

La varilla se lleva por vía retrógrada y se saca por el olecranon. Cuando enclavijamos el radio pasamos la varilla a través de la articulación radio-carpiana colocando la mano en hiperflexión palmar forzada. A primera vista el hecho de atravesar la articulación es una ma-

niobra que produce repulsión pero los resultados no la justifican. No hemos tenido ningún caso de artritis de esta articulación pero sí ligera rigidez con disminución de la capacidad funcional la que puede hacerse regresar con el ejercicio. De treinta y siete casos de fracturas de cúbito diez fueron fracturas abiertas determinadas por arma cortante o de fuego (fusil). Tres de ellas fueron intervenidas de urgencia y cuatro eran fracturas en período activo de infección. Las tres restantes eran fracturas en malas posiciones pero con los tejidos blandos cicatrizados.

Siempre acudimos al yeso después de la intervención para evitar la rotación axil del fragmento periférico. Empleamos la mayoría de las veces el clavo de Kischner pero en otras ocasiones el clavo de Steinhmann y también varillas en U de Kuntscher.

RIGIDECES ARTICULARES

En un principio empleábamos la incisión mediana anterior y pudimos observar secuelas muy difíciles de vencer debido en gran parte a la atrofia y fijación de la musculatura extensora del muslo. Esta fibrosis del cuadriceps es un problema de difícil remedio y la repercusión en la motilidad articular es manifiesta. Como muchos de los casos enclavijados fueron precedidos de yeso la rigidez en ellos fue mayor.

Luego cambiamos de incisión con mejor resultado. Por otra parte, como la rigidez de la rodilla se debe a edema, falta de tratamiento funcional, infección, inmovilización en posición forzada etc., insistimos en la elevación del miembro hasta tanto los fenómenos flogísticos hubiesen desaparecido; instruimos al paciente sobre la motilidad precoz de las articulaciones vecinas al foco, encareciéndole además la contracción del cuadriceps.

A pesar de todo y a causa de nuestras inmensas lagunas en lo que compete a rehabilitación, fisioterapia etc., nos encontramos a diario con la desazón de las rigideces articulares. Además de la pobreza de nuestros medios asistenciales hay factores quizás más importantes como la ignorancia, la miseria y el hecho de que la mayoría de nuestros enfermos no vivían en la ciudad sino que procedían de los campos después de recorrer largas distancias por difíciles vías de comunicación. Por esta causa solamente regresaban al Servicio para control radiológico tres o cuatro meses después de la intervención.

ENCLAVIJAMIENTO EN NIÑOS

Siguiendo nuestra iniciativa los doctores Hernán Pérez Restre-

po y Mariano Castrillón, del Servicio quirúrgico de «Clarita Santos», trataron 105 casos de fracturas diversas por el método del enclavamiento intramedular y he aquí una síntesis del Informe presentado por ellos:

«Este Servicio se ha decidido por la enclavación intramedular bien aplicada y después de observar los 105 casos tratados por este método desde 1949 hasta febrero de 1953 y que figuran en el cuadro que sigue, juzgamos ventajoso el procedimiento y creemos que sus beneficios no deben negarse a los niños.

	Nº	SITUACION			FORMA			RESULTADOS		
		Sup.	Med.	Inf.	T.	O.	C.	B.	R.	M.
FEMUR	93	23	64	6	44	46	3	90	2	1
HUMERO	6	1	3	2	4	2		5	1	
TIBIA	3			3	3			3		
CUBITO	2			2	2			2		
RADIO	1			1	1			1		
TOTAL	105	24	67	14	54	48	3	101	3	1

ANESTESIA: En todos, éter-oxígeno. Sin complicaciones.

Método: En todos, abierto.

ERRORES: Una varilla larga, una corta, una floja y una extracción de varilla.

COMPLICACIONES: Cuatro angulaciones. Tres supuraciones en tejidos blandos.

COMENTARIOS:

Figura un caso malo (reproducción de la fractura, debido a extracción prematura de la varilla). Los tres casos considerados como regulares por presentar ligeras rotaciones y pequeños acortamientos, tuvieron como causa, el error de varilla corta o floja. Las cuatro angulaciones siempre en tercio inferior de fémur, se debieron al no empleo

CUADRO DE ESTADISTICA

HUESO	SEXO		SITUACION			FORMA			INFECC. OSEA	RETT. CONS.	PSEUD. ARTRO.	RUPT. VAR.	ANGUL.	VAR. CORTA
	N°	M.	F.	Sup.	Med.	Inf.	T.	O.						
FEMUR	354	294	60	30	304	18	208	92	52	48	5	1	12	3
HUMERO	35	28	7	35			25	5	5	16	3			4
CUBITO	37	25	12	12	8	17	17	8	12	15	5		2	1
RADIO	16	10	6	5	2	9	7	3	6	7	2		1	
TIBIA	4	4			3	1	2	1	1	4				
TOTAL	446	361	85	82	317	45	259	109	76	90	15	1	15	4

de yeso complementario y a deambulaci3n precoz. Los tres casos de supuraci3n de tejidos blandos, reconocen como causa, deficiencias de asepsia. En cambio todos los dem1s casos pueden calificarse como excelentes porque en ellos se ha conseguido magn1fica continuidad anatómica, rigurosa firmeza de los fragmentos y libertad de las articulaciones vecinas.

Empleamos el m3todo abierto que nos ha resultado sencillo y seguro y que con asepsia rigurosa y el empleo sistem1tico post-operatorio de antibi3ticos, ha alejado los peligros de otras 3pocas. No hemos observado trastornos del crecimiento, ni agresi3n a la medula, ni agresi3n al hueso, ni un solo caso de osteomielitis, ni metalosis ni embolias grasosas.

En varios casos anotamos retardo en la consolidaci3n del callo a nivel de la l1nea de fractura pero todo se reduce a demorar un poco m1s la extracci3n de la varilla.

Terminamos este breve comentario destacando las principales ventajas:

1^a.—Reducci3n anatómica, fijeza de los fragmentos y movilizaci3n articular precoz.

2^a.—Son escasas las atrofas y rigideces que se presentan.

3^a.—No se presentan angulaciones si el m3todo es bien aplicado.

4^a.—No se presenta oseoporosis.

5^a.—No es necesario el yeso salvo el caso de yeso complementario en fracturas del tercio inferior del f3mur.

6^a.—El tiempo de recuperaci3n es precoz.

7^a.—La funci3n recuperada es completa».

C O N C L U S I O N E S :

PRIMERA: Consideramos que el enclavijamiento es el mejor tratamiento de las fracturas diafisiarias del f3mur.

SEGUNDA: Hacemos un an1lisis de su indicaci3n en las fracturas abiertas recientes, as1 como tambi3n de las abiertas infectadas y llegamos a la conclusi3n de que a pesar de que la Casuística es reducida en muchos de estos casos debe ser usado el enclavijamiento.

TERCERA: Que el tiempo de hospitalizaci3n promedio es de doce d1as, cifra muy baja si se compara con los otros m3todos.

CUARTA: Que en las fracturas de tibia, h3mero y antebrazo los resultados son buenos, pero nunca comparables con los obtenidos en f3mur, por las causas ya anotadas.

41 CASOS DE RESECCION PULMONAR PARA TUBERCULOSIS

HOSPITAL DE «LA MARIA» — Medellín

DR. ANTONIO RAMIREZ

DR. ALFONSO MEJIA C.

DR. LUIS GARCIA P.

Hoy se reconoce el hecho de que la tuberculosis es una enfermedad generalizada cuyo tratamiento se hace de acuerdo con sus manifestaciones. Las lesiones pulmonares son susceptibles de ataque por diversos métodos; la eficacia de los cuales se aprecia por los efectos sobre los síntomas y signos. El objetivo principal de toda terapéutica sobre estas lesiones es la conversión definitiva del esputo.

La mayoría de los casos de tuberculosis pulmonar presentan, después del tratamiento médico, una o más zonas de lesiones confluentes al mismo tiempo que pequeños focos diseminados. Esas lesiones confluentes siguen cursos variables y sólo algunas de ellas alcanzan una cicatrización definitiva. La resección pulmonar interviene aquí como medida terapéutica valiosa realizando la conversión de esputos en muchos casos en los que otras medidas son inoperantes.

Estos principios generales son base para considerar el problema de las indicaciones de la resección pulmonar. Aún se discute y hay confusión acerca del tipo de lesión tuberculosa que debe ser resecado así como del período durante el cual debe procederse a la intervención.

Ante todo, las defensas orgánicas contra la enfermedad deben movilizarse al máximo, obteniendo por medios ordinarios el mayor grado posible de localización antes de emprender la resección.

Bickford y Edwards (1) establecen simplemente que la resección del tejido pulmonar afectado de tuberculosis se lleva a cabo por dos razones: 1º Para extraer zonas con lesión persistentemente activa a pesar del reposo, la quimioterapia y la terapia de relajación. 2º Para extraer zonas con lesiones que han alcanzado una etapa de inactividad aparente pero que sin embargo pertenecen a un tipo de lesiones que, según la experiencia, presentan peligro de reactivación bajo condiciones de sobrecarga física e infección intercurrente. Ellos agregan: la resección es una seguridad para el futuro.

Lo anterior, incluye entonces: el pulmón excluido, la bronquiectasia, la broncoestenosis, los casos en que han fracasado el neumotórax o la toracoplastia, las lesiones nodulares, las cavernas insufladas, las cavernas hiliares y las cavernas medioapicales de pared gruesa. A estos podemos añadir los casos de empiema con lesión pulmonar concomitante y los derrames persistentes.

En esta presentación hago una revisión de los resultados inmediatos obtenidos en los primeros 41 casos de mi experiencia personal en el Sanatorio «La María» en donde he trabajado, con la valiosa colaboración del Dr. Alfonso Mejía y del personal médico del Hospital, desde Junio de 1952. De acuerdo con experiencias extranjeras, los resultados tardíos muestran bajas en el número de los enfermos beneficiados inmediatamente por la resección. Este número es, en esta serie de casos, muy halagador hasta hoy y las bajas que de entre ellos veremos ocurrir en el curso del tiempo no mermarán nuestro entusiasmo por esta terapéutica.

La mortalidad operatoria es, hasta la fecha, nula y sólo un caso (neumectomía) ha muerto en el postoperatorio. Se han practicado 14 neumectomías, 16 lobectomías simples, 3 lobectomías acompañadas de decorticación del lóbulo restante, 3 bilobectomías (media y superior), 3 lobectomías con resección segmentaria de uno o dos segmentos de vecindad, 4 resecciones segmentarias únicas y una resección en cuña. Sólo hay un caso de resección bilateral (lobectomías superiores) y un caso de lobectomía superior derecha en una paciente que presentaba una toracoplastia en el lado izquierdo.

PREOPERATORIO. De acuerdo con los principios ya establecidos, los pacientes llegaron al servicio quirúrgico habiendo agotado los procedimientos terapéuticos ordinarios aconsejados en cada caso. Cuando la experiencia del sanatorio hacía prever el fracaso de otros tratamientos se apeló a la cirugía precozmente, en unos cuantos casos. Con tales antecedentes se tenía entonces un máximum de localización de las lesiones. Los pequeños focos diseminados, de ocurrencia común, no impidieron la resección de lesiones localizadas, pero su presencia hacía agotar toda la gama de procedimientos terapéuticos y únicamente se procedió a la intervención en ausencia de signos de actividad marcada. La evolución sintomática y radiológica, el hemograma y, en particular, la eritrosedimentación suministraron siempre un criterio director de la conducta.

Se exigió un aspecto endoscópico libre de lesiones tuberculosas activas con anterioridad inmediata a la resección. Así se descartaron temporalmente los pacientes con ulceraciones, tejido de granulación o edema de la mucosa. El simple enrojecimiento o las lesiones cicatriciales no fueron obstáculo.

Las edades de los pacientes fluctuaron entre los 17 y los 53 años y los tiempos de evolución conocida de la enfermedad entre 15 años y 2 meses.

INDICACIONES Y TIPOS DE LESION

Fracasos de neumotórax: En 21 enfermos había el tratamiento por el neumotórax. Se practicó neumectomía en 9 que presentaban las siguientes lesiones radiológicas:

Imagen cavitaria con fibrosis del resto del pulmón (4 casos).
(V. Radiografías, caso N° 12).

Imagen cavitaria acompañada de lesiones exudativas (3 casos).

Imágenes cavitarias múltiples (un caso).

Imagen cavitaria con empiema (un caso).

En seis enfermos se practicó lobectomía única; las lesiones eran las siguientes:

Imagen cavitaria del vértice (4 casos).

Imagen densa del vértice (2 casos).

Se practicó bilobectomía (medio y superior) en un caso con caverna del tercio superior y nódulos parahiliares y en otro caso se recurrió a lobectomía bilateral por lesión cavitaria del vértice izquierdo y fibronódulos productivos en el vértice derecho. (V. Radiografías, caso N° 28).

Un enfermo que presentaba zona densa con posible caverna en el vértice derecho fue tratado con resección segmentaria y otro, además de la lobectomía superior, requirió la resección segmentaria del vértice del lóbulo inferior y la decorticación de los segmentos basales del mismo lóbulo.

La decorticación del lóbulo inferior se asoció a la lobectomía superior en otros dos casos.

Fracaso de toracoplastia. En cuatro enfermos la toracoplastia no había obtenido la conversión del esputo o la cicatrización de las lesiones.

Se resecaron: Una caverna gigante que permaneció inmodificada después de la resección de 7 costillas, una caverna de diámetro

mediano también inalterada después de la resección de 4 costillas, dos casos de persistencia de bacilos en el esputo después de resección de costillas en cada uno; radiológicamente había una posible persistencia de las lesiones en estos dos casos.

Pulmón excluido. Además de los casos descritos entre los de «Fracaso del neumotórax» se operaron 3 con lesiones similares.

Cavernas con lesiones asociadas. Además de los 8 casos de neumectomía incluídos entre los de «Fracaso del neumotórax» se practicaron dos resecciones totales del pulmón para cavernas asociadas con otras lesiones en el resto del parénquima.

Lobitis excavada. 5 casos. (Lóbulo superior derecho en los cinco).

Cavernas únicas. Se hizo lobectomía superior derecha para caverna única en una paciente en quien se había practicado una toracoplastia, con bolas de ping-pong, en el lado izquierdo para imágenes anulares, en colmena, en el tercio superior del hemitórax. (V. Rx. caso N^o 10). Se operó una caverna pequeña del vértice derecho (resección segmentaria), en otra enferma, una caverna gigante del vértice derecho y en otro una caverna del lóbulo inferior derecho con infiltración de todo el lóbulo.

Lesiones sólidas Empleamos una vez la resección cuneiforme para un «tuberculoma» axilar (lóbulo superior) y 3 resecciones segmentarias para lesiones sólidas del vértice. (V. caso N^o 25).

Bronquiectasia. Sólo se ha presentado un caso de bronquiectasia post-tuberculosa cuyas manifestaciones clínicas hayan requerido la resección (lobectomía inferior izquierda).

Tratamiento preoperatorio. Ya mencionamos antes la importancia de obtener el máximum de localización de las lesiones y el mínimum posible de actividad antes de acometer la resección quirúrgica. La mayor parte de los pacientes operados presentó, en alguna época de la evolución de su enfermedad, lesiones demasiado extensas y aún bilaterales que hubieran hecho impracticable cualquier tratamiento quirúrgico lógico a no ser por la terapia antibiótica, muy especialmente por los derivados del ácido isonicotínico. El análisis detallado de los resultados de esta terapéutica es objeto de un

estudio cuya publicación prepara el Dr. Aguilar. Algunos de esos casos así tratados evolucionaron de manera notable.

Técnicas. En todos los casos (excepto uno) se usó la posición de decúbito lateral y se hizo una incisión posterolateral a lo largo de la quinta o sexta costilla resecano una de estas en sus dos tercios posteriores. Siempre empleamos el electrobisturí y la electrocoagulación con gran economía de sangre y tiempo y sin complicaciones de ningún género atribuibles a aquellos. Según los requerimientos se hizo o no, despegamiento extrapleurar y en todos los casos se hizo disección hiliar cuidadosa con identificación de todos los elementos, sin haber llegado nunca, por defecto de esta identificación, a la necesidad de hacer una resección más amplia que la planeada al explorar el pulmón. Se inició casi siempre la disección de los vasos, en la ligadura de cada uno de los cuales se emplearon dos hilos dobles; muy rara vez hubo necesidad de recurrir a la transficción. La sección bronquial siempre procuró dejar muñones cortos y el cierre de éstos se hizo con puntos separados, de lino o seda, aplicados de manera progresiva a medida que avanzaba la sección sobre una pinza de Price Thomas colocada en el lado distal. El muñón se recubría con pleura o tejido de vecindad.

Toracoplastia complementaria de la resección. Con las publicaciones del grupo de Liverpool (1) se hace más clara la indicación de la toracoplastia complementaria en casos de lobectomía superior. Según las cifras de este grupo los pequeños nódulos que permanecen en los lóbulos restantes se reactivan con mayor frecuencia en los casos en que se permite la sobre-distensión para llenar el hemitórax. Los casos con toracoplastia complementaria ofrecen mayor seguridad.

De acuerdo con estos conceptos hemos planeado las últimas lobectomías para acompañarlas de toracoplastia simultánea. Hasta ahora sólo tenemos un caso; en varios de los últimos enfermos operados nos hemos visto obligados a post-poner las toracoplastias complementarias simultáneas porque ellos han requerido extensos despegamientos extrapleurales haciendo de la toracoplastia un procedimiento expuesto a complacaciones mayores.

Toracoplastia post-neumectomía. Hay la tendencia actual a practicar la toracoplastia sistemática después de la neumectomía y autoridades como Price-Thomas (2) la preconizan. Cournand (3) y Gaensler (9) han demostrado que es posible pre-

venir la sobredistensión pulmonar manteniendo el mediastino central mediante el control de las presiones intratorácicas del lado operado y, por otra parte, Gaensler (9) mostró que la toracoplastia, precoz o tardía, disminuye considerablemente la función respiratoria (Mx. Cap. Resp.) del pulmón contralateral. Estudios funcionales llevados a cabo personalmente en el Hospital de Shotley Bridge me han permitido confirmar estos fenómenos y me han llevado, en la práctica, a prescindir de la toracoplastia en los casos no infectados. El mediastino puede mantenerse fácilmente en posición central durante los primeros meses; y después esa posición se modifica poco y, por consiguiente, la función del pulmón contralateral se altera en grado mínimo, sobre todo en sujetos jóvenes en quienes una ligera distensión no significa enfisema.

Control de secreciones. La inundación del árbol bronquial sano por las secreciones infectivas provenientes de la porción que se reseca, ha sido uno de los problemas de la cirugía pulmonar. Las siembras tuberculosas, las neumonías y las atelectasias, complicadas de infección o no, son amenaza permanente para los enfermos operados.

Es importante por consiguiente, el procurar el control máximo de la diseminación de esas secreciones desde la lesión que se quiere extirpar. La posición decúbito lateral, teniendo el lado sano en posición inferior con relación al lado enfermo, es la más apta para facilitar, por gravedad, esa diseminación. Para prevenirla se han ideado diversos procedimientos que tienden a excluir, por vía endobronquial, el territorio enfermo permitiendo al mismo tiempo la oxigenación y el paso de los anestésicos por los territorios sanos (4). En esta serie he usado el bloqueo endobronquial con el tubo de Thompson y en algunos de los últimos casos hemos empleado la mesa de Overholt que permite colocar al enfermo en posición decúbito prono, sobre soportes especiales para cadera y esternón, dejando completamente libres los movimientos respiratorios y asegurando la salida de las secreciones hacia el exterior por la acción de la gravedad.

Anestesia. Siguiendo las técnicas establecidas por los ingleses se empleó la anestesia por pentotal, curare y óxido nitroso como rutinaria para las resecciones pulmonares que aquí se presentan. (1) y (5).

La cuidadosa disección biliar así como la deficiencia respiratoria de estos enfermos requieren, a la par que una completa estabilidad del mediastino e inmovilidad diafragmática, una perfecta ventilación

que asegure la mejor oxigenación tisular posible. Las dosis convenientes de curare que empleamos aseguran estos efectos al mismo tiempo que evitan las dosis altas de barbitúricos y ahorran por consiguiente los desastrosos efectos tóxicos de éstos (vómitos, depresiones prolongadas, etc.). El complemento de la anestesia de plano superficial conseguida con el Tiopentone se obtiene por medio del óxido nitroso en concentraciones que no comprometen la buena oxigenación.

Debe anotarse además, que con este tipo de anestesia en ningún momento se impide el uso de la electrocoagulación.

Salvo en uno o dos casos especiales, los enfermos no presentaron vómitos postoperatorios y la gran mayoría de ellos salió de la sala de cirugía en estado semiconsciente y con reflejos normales. El estudio completo de estas anestесias es objeto de un trabajo que adelanta el Dr. Reyes.

Para dar una idea de las dosis de anestésicos y drogas asociadas empleadas podemos traer aquí los siguientes datos: de Curare (Tucurín) la dosis promedio fue de 31 mgm. y de Pentotal 69 cgm., para un promedio de peso de 54 kilos y para un tiempo de dos horas cincuenta minutos como promedio de duración de la anestesia. Conviene anotar aquí que las dosis de Pentotal requeridas eran menores cuando se aumentaba la dosis preanestésica de morfina hasta 2 cgm., y aún a 3 cgm.

Técnica. Premeditación, a base de un barbitúrico de acción prolongada (0,10 cgm.), morfina (1 a 3 cgm.), y atropina (0,5 a 1 mgm.).

Inyección intravenosa de curare (tucurín) (20 a 30 mgm.), seguida de la inyección de pentotal (50 cgm.). El curare previo al pentotal evita los espasmos respiratorios y facilita la rápida broncoscopia e intubación. Acto seguido se procede a la broncoscopia que permite la limpieza por aspiración y la intubación bronquial selectiva para aislamiento de la porción que se quiere reseca. Retirado el broncoscopio se aplica el tubo endotraqueal con manguito inflable instalando enseguida la respiración manual controlada para la cual preferimos el circuito, llamado «to and fro» por ofrecer menor resistencia y menor espacio muerto que el circuito circular. La mezcla gaseosa que el paciente respira tiene oxígeno y óxido nitroso en concentraciones convenientes.

La broncoscopia post-operatoria inmediata me parece de gran importancia, sobre todo en los enfermos con abundantes secreciones,

pues ello evita accidentes y complicaciones respiratorias graves.

Esta técnica anestésica cumple los objetivos enumerados antes y ofrece un margen de seguridad muy amplio por las dosis mínimas empleadas, a condición de que el anestesista mantenga una perfecta oxigenación de la sangre. Es de aplicación y sostenimiento muy simples. El curare es una droga de fácil control y de mínimos efectos tóxicos; en ninguno de los enfermos operados con esta técnica anestésica hemos observado efectos desagradables atribuibles al curare. En varios miles de casos del Hospital de Shotley Bridge no ha habido inculpaciones graves para el curare. La acción de éste puede suspenderse en cualquier momento por medio de la prostigmina la que, asociada con la atropina, no ofrece riesgos cardiovasculares.

Nota sobre transfusión. Gracias al uso apropiado de la sangre no hemos visto hipotensiones graves o duraderas en estos enfermos. Únicamente en los casos en que ha habido insuficiencia temporal de sangre para transfusión, las hipotensiones han sido alarmantes. Los enfermos han salido de la sala con presión sanguínea normal o muy vecina de ella; en muy pocos casos, y ello sólo temporalmente, la presión sistólica ha sido, al salir de la cirugía, inferior a 100 mm. Hg.

Después de sufrir muchas contingencias e inconvenientes transfusionales por desplazamiento u obligación de las agujas, algunas veces en los momentos más apremiantes, apelamos a la canulación de las venas con sondas de politeno introducidas a través de agujas gruesas o mediante disección de la vena. Usamos siempre dos vías de infusión simultáneas. Desde entonces no hemos tenido grandes apuros de transfusión.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

Operatorios: Paro cardíaco. El primer caso operado presentó paro cardíaco súbito advertido oportunamente y que cedió de manera fácil al masaje directo y a la mejor oxigenación de la sangre. La ventilación pulmonar era evidentemente deficiente en este caso por defecto en la respiración manual controlada.

Ruptura de grandes vasos 1o. Un caso (el N^o 21) de englobamiento, por tejido fibroso, de la vena cava superior, en el cual la disección de este vaso ocasionó su desgarradura hasta el tejido auricular. El taponamiento digital de la aurícula y su sutura con hilo de seda terminaron felizmente el incidente.

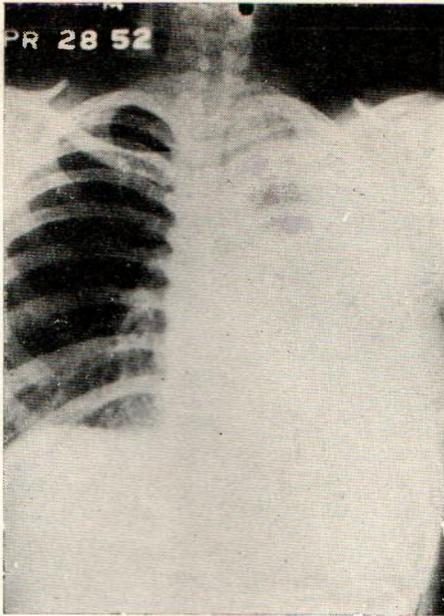


Fig. 1 H. I. Opacidad generalizada, no homogénea con zona excavada infraclavicular. H. D. Aspecto Normal. Abril 20/52.

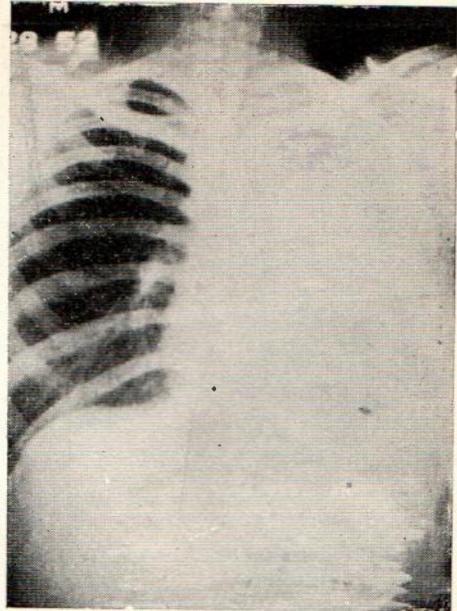


Fig. 2 Post-operatorio. Neumectomía izquierda. H. I. Opacidad homogénea por derrame. H. D. Aspecto normal. Oct. 28/52.

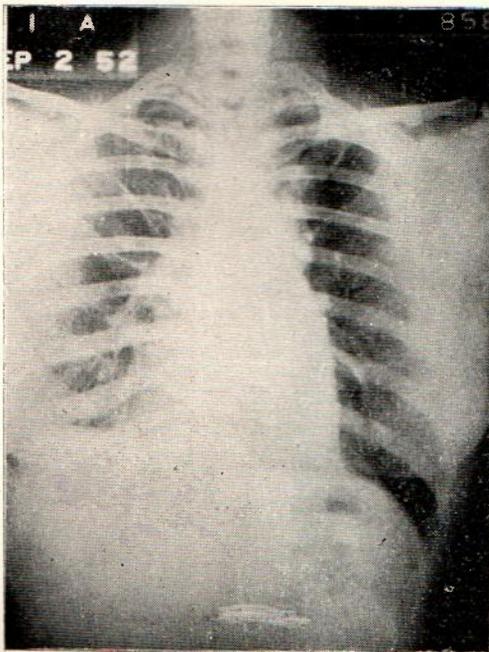


Fig. 1 H. I. Imagen cavitaria del vértice. H. D. Fibronódulos en el Lóbulo superior. Sep. 2/52.

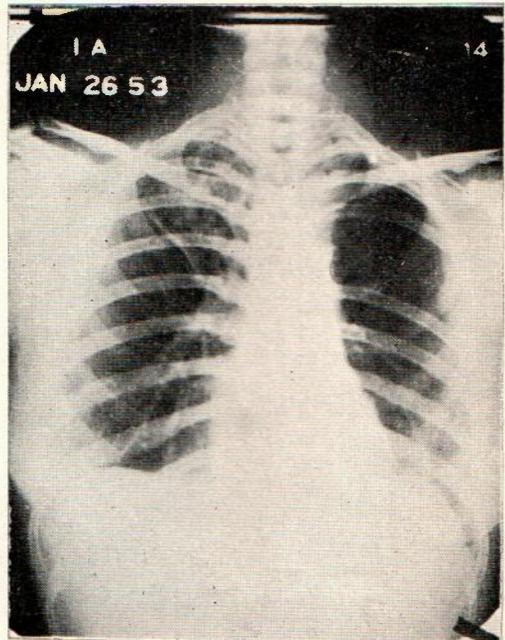


Fig. 2 Después de Lobectomía superior izquierda. (Baciloscopia positiva). En. 26/53. Posteriormente se hizo lobectomía superior derecha.

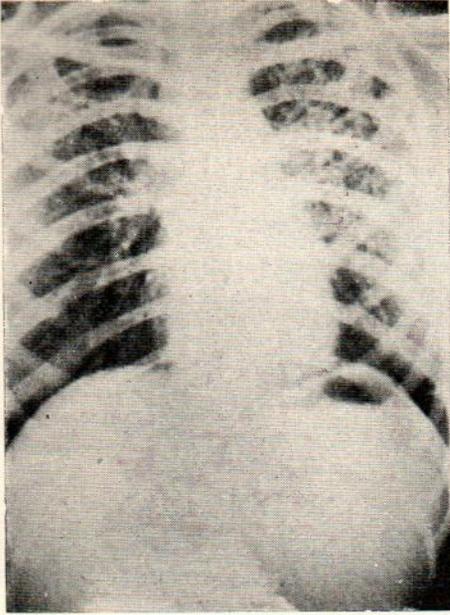


Fig. 1 H. D. Fibronodulosis exudativa. Imagen cavitaria (caverna insuflada) del vértice. H. I. Nodulosis exudativa que compromete la totalidad del campo pulmonar. Inicia tratamiento médico. Nov. /50.

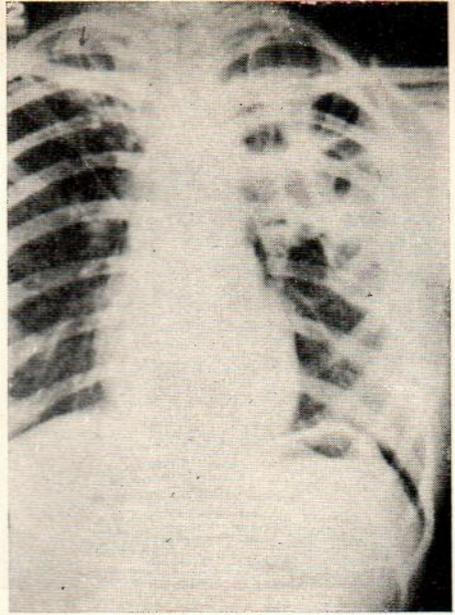


Fig. 2 H. D. Imagen cavitaria de la cima. H. I. Plombaje con esferas de celuloide, para lesiones del vértice. Zonas de fibrosis del resto del parénquima. Agos. 27/52.

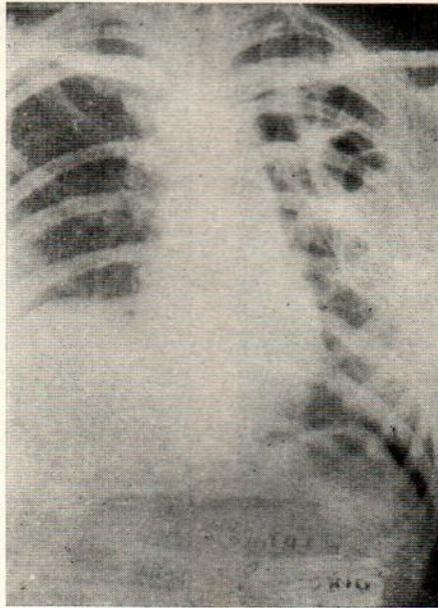


Fig. 3 Después de Lobectomía superior derecha. Oct. 6/52.

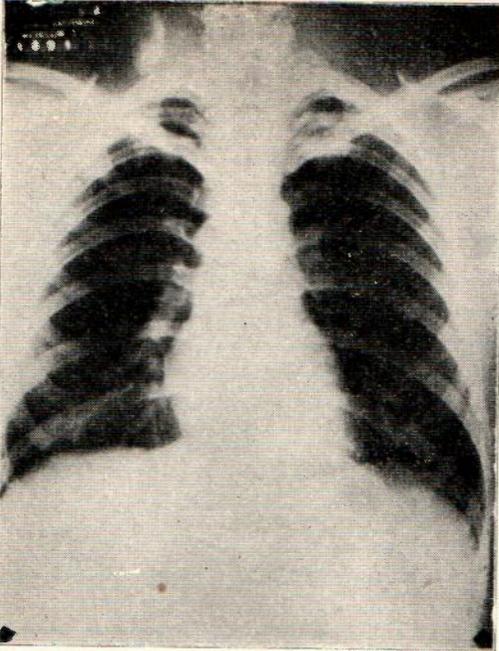


Fig. 1 H. I. Zona densa con posible formación cavitaria del vértice.
H. D. Nódulos en el vértice.

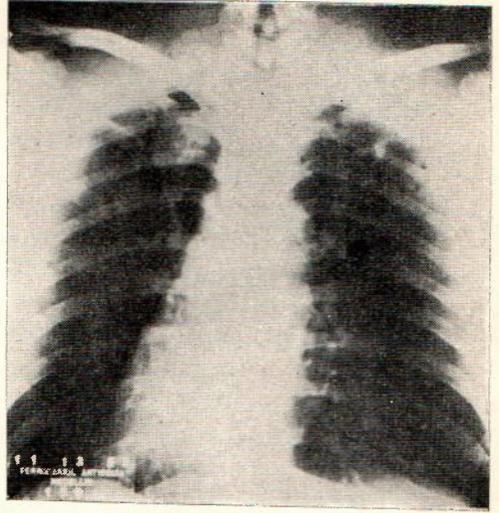


Fig. 2 Radiografía penetrada tomada el mismo día
Nov 13/52.

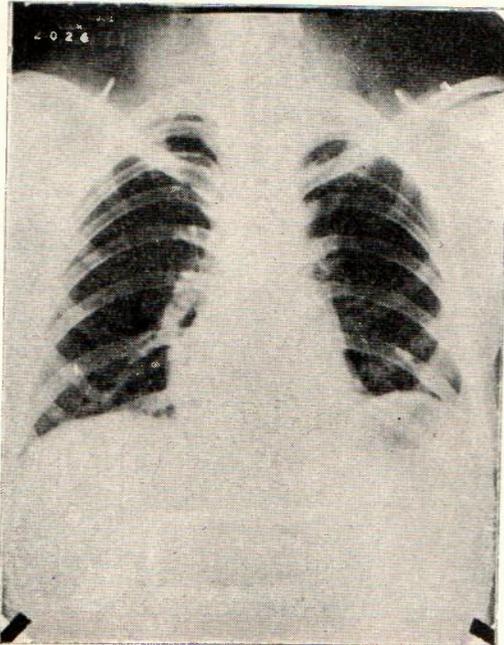


Fig. 3 Después de resección segmentaria del vértice izquierdo.

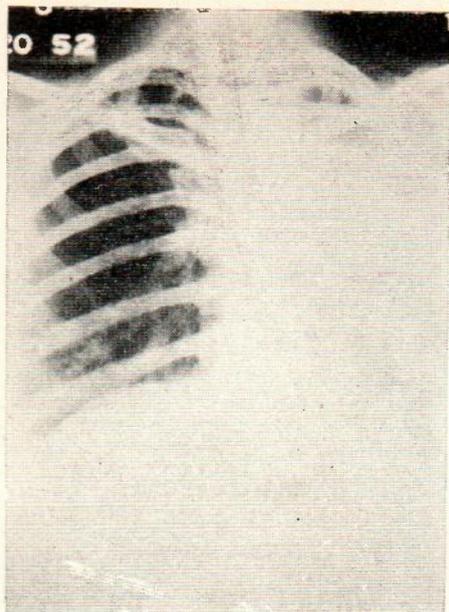


Fig. 1 H. D. Imágenes fibrosas del vértice.
H. I. Opacidad homogénea con excavación del vértice.

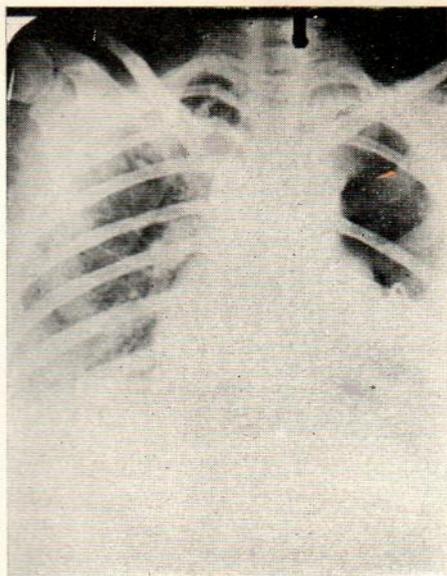


Fig. 2 Post-operatorio. Neumectomía izquierda
H. D. Imagen infiltrativa, con posible excavación, en el vértice (Baciloscopia positiva).

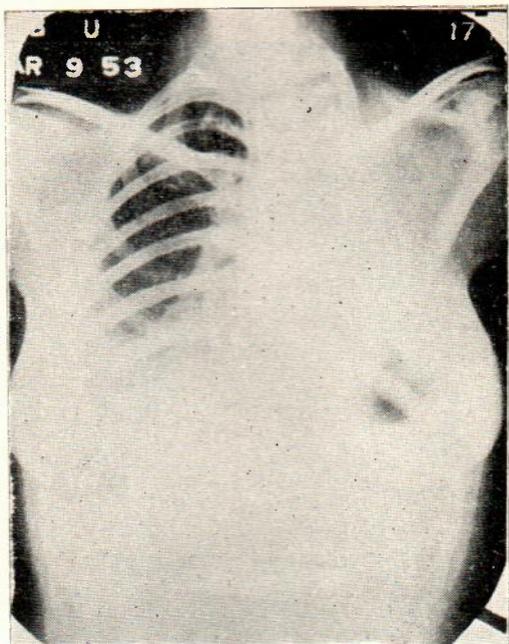


Fig. 3 Post-toracoplastia izquierda para empiema
H. D. Nódulos, con calcificación iniciada, del vértice izquierdo.

2º Después de terminada una lobectomía superior (caso Nº 18) y al voltear a la enferma sobre la mesa operatoria, se produjo abundante hemorragia que salía por el tubo de avenamiento. La presión arterial descendió bruscamente y el pulso se hizo casi imperceptible. Sin pérdida de tiempo, se reabrió la herida operatoria y, al encontrar un hemitórax lleno de sangre, se hizo pinza manual sobre el hilio y se limpió la cavidad con lo cual pudo apreciarse una herida lateral del tronco principal de la arteria pulmonar. Esta había sido revisada antes de emprender el cierre del Tórax y se había encontrado en perfectas condiciones; posiblemente la tijera, al seccionar los hilos finales de recubrimiento del muñón bronquial, produjo una herida que la torción de la arteria impidió observar en ese momento. Cuando se terminó la sutura la presión sanguínea era inapreciable, el corazón apenas mostraba débiles latidos y la sangre disponible para transfusión se había agotado; se pasaron en pocos minutos 2.000 cc. de Graplasmod por vía intravenosa y a presión, al mismo tiempo que se hacía masaje cardíaco e hiperventilación pulmonar. Rápidamente se restableció entonces la función cardíaca con recuperación de un nivel aceptable de la presión arterial. El post-operatorio transcurrió sin otros incidentes, después de varias transfusiones de sangre, complementarias.

3º En otras cuatro ocasiones se presentaron desgarraduras de la arteria pulmonar y la sutura remedió oportunamente estos accidentes.

Post-operatorios: hemorragia. El único caso de muerte (el Nº 2) en esta serie lo fue por hemorragia post-operatoria que se inició lentamente en las primeras horas y se hizo grave en las horas de la noche terminando con la vida de la paciente al amanecer. Fue la segunda enferma intervenida y la falta de dominio sobre todos los factores del medio influyó notablemente en la actitud pasiva adoptada frente a esta complicación. Por otra parte nos fué imposible conseguir una cantidad adecuada de sangre durante la noche. De todos modos la lección fue aprendida y poco después dos casos similares fueron reintervenidos oportunamente con buenos resultados; uno de ellos inmediatamente después y otro a las 24 horas; el primero por pequeños vasos adherenciales de la cúpula torácica, el segundo por hemorragia intercostal.

Infección sin fístula 4 casos. 1º En el 5º día post-operatorio se presentó fuerte elevación de temperatura en un enfermo neumectomizado, (caso Nº 7). La punción aspiradora demostró la presencia de diplococos en el líquido pleural; se hizo toracotomía al 8º, día con eva-

cuación de cóagulos y líquidos y con lavado de la cavidad. Después de introducir antibióticos se suturó la pared sin dejar avenamiento; la temperatura reinició el ascenso a los pocos días por lo cual se practicó avenamiento cerrado y cuatro semanas después de la primera intervención se hizo Toracoplastia de 6 costillas. El espacio apareció obliterado radiológicamente y la herida cicatrizó sin mayores inconvenientes permitiendo la salida del enfermo un mes más tarde.

2º Una paciente, a quien se había practicado una pleuroneumectomía (Caso Nº 20) para empiema con lesiones pulmonares, presentó salida de líquido por la sonda de la herida en el 6º día. Con la aplicación de unos cuantos ganchos metálicos se suspendió temporalmente el rezumamiento pero la temperatura empezó a ascender progresivamente haciendo necesario el avenamiento. En el 15º día se hizo toracotomía evacuadora que dio salida a coágulos y líquido hemático maloliente. Después de lavado e introducción de sulfas y estreptomycinina se cerró la pared. El líquido intratorácico empezó a acumularse con ascenso de la temperatura requiriendo de nuevo el avenamiento y, un mes después de la resección, una toracoplastia de 6 costillas que consiguió obliterar el espacio con cicatrización completa de la herida y salida de la enferma 6 semanas más tarde.

3º La última enferma neumectomizada (Nº 39) ha presentado infección post-operatoria de la cavidad; se ha instalado el avenamiento y se planea la toracoplastia.

4º Uno de los casos recientes de lobectomía superior derecha (Nº 38) presentó también infección pleural por encima del lóbulo inferior precozmente adherido a la pared, se practicó avenamiento y se planea la toracoplastia.

Si en el tratamiento de los empiemas el objetivo es la obliteración del espacio infectado, debe pensarse que la obliteración de un piotórax consecutivo a una neumectomía ha de ser precoz para evitar la toxemia prolongada y la pérdida de proteínas, minerales etc., por la supuración de tan extensa superficie. El enfermo tratado precozmente conserva sus buenas condiciones físicas, no así el enfermo que ha soportado infección y supuración prolongadas. Los dos casos así tratados me parecen de elocuencia suficiente para corroborar lo expuesto, lo mismo que los casos de fístula que describiremos a continuación.

Fístulas. 4 casos. 1º El caso Nº 17. (Vease Radiografías) que presentaba un pulmón izquierdo excluido con «lesiones fibrosas del vértice del lado opuesto» continuó con esputo positivo después de la

neumectomía. Se recurrió a la hidrazida del ácido isonicotínico. El control radiológico mostraba entonces «lesiones infiltrativas con posible caverna del vértice derecho», 4 semanas después de la intervención apareció fuerte tos con abundante esputo purulento y fétido, acompañados de ligero aumento de la temperatura. El control radiológico mostró un descenso en el nivel del líquido del hemitórax izquierdo. En vista de eso se procedió al avenamiento de la cavidad y el examen bacteriológico del pus así obtenido comprobó la presencia de bacilos Gram-negativos y de diplococos Gram-positivos. El estado general de la enferma mejoró progresivamente hasta permitir la toracoplastia 3 meses más tarde; la paciente se encuentra hoy en buenas condiciones, su esputo es negativo para BK y el control radiológico muestra obliteración del hemitórax izquierdo y fibrosis con calcificación iniciada de las lesiones del vértice derecho. (V. Rx. Caso N° 17).

2º El paciente N° 34 ofrecía, al final de la resección y antes del cierre de la pared, evidencia de pequeñas fístulas, en apariencia parenquimatosas, las cuales se trató de suturar sin resultado satisfactorio por lo friable del tejido, pero se consideró que cerrarían espontáneamente en pocos días. Sin embargo, persistió un neumotórax de localización superior con presión positiva permanente; se reintervino al 10º día con intención de cerrar las fístulas, encontrando solo unos pequeñísimos escapes parenquimatosos que se recubrieron con pleura de vecindad. Pocos días más tarde hubo elevación de la temperatura al mismo tiempo que persistía el neumotórax con creciente nivel líquido; se procedió al avenamiento y 12 días más tarde a la toracoplastia que consiguió la obliteración del espacio con mejoría completa del enfermo.

3º La paciente N° 29 a quien se practicó resección segmentaria por caverna simple del vértice derecho mostró en el postoperatorio inmediato una sombra densa paramediastinal superior. Poco después sobrevino expectoración hemoptoica abundante con BK positivo y la aparición de un espacio aéreo en la parte superior del hemitórax; broncoscópicamente había evidencia de comunicación bronco-pleural. Se hizo Toracoplastia 6 semanas más tarde y, aunque hay evidencia radiológica de obliteración del espacio, el esputo continúa positivo habiendo aparecido además una zona infiltrativa de la base derecha. Durante todo este tiempo se ha insistido con la hidrazida del ácido isonicotínico y con la estreptomycinina y ahora, tres meses después, se ha instalado el neumoperitoneo.

4º La enferma N° 22 fue operada con resección segmentaria del vértice izquierdo. Radiológicamente se encontró en el post-operatorio un pequeño espacio anterosuperior con nivel líquido y presión positiva; el líquido fue aspirado y el espacio, aunque continúa presente, no ha provocado la aparición de ningún síntoma por lo cual se observa desde hace cuatro meses.

Siembra broncogena. Además de la paciente N° 29 ya descrita, el enfermo N° 3 sufrió en la primera semana post-operatoria una fuerte alza de temperatura con expectoración blanca en cantidad media, e infiltrado radiológico de la base derecha (se había resecado el lóbulo superior derecho). El esputo fue siempre negativo para BK pero sin embargo se insistió durante varias semanas con la hidrazida del ácido isonicotínico y con la estreptomina; durante ese tiempo la temperatura descendió progresivamente y el estado general mejoró por completo. Pudo éste haber sido un proceso neumónico de otro orden pero su evolución nos hace incluirlo aquí.

Derrame. La presencia de líquido en el hemitórax es constante después de las neumectomías. Cuando se organiza y llena el espacio cumple una finalidad deseable. En pocas ocasiones desvía el mediastino y ocasiona alguna molestia; únicamente en estos casos (muy pocos) procedemos a la punción aspiradora de líquidos no infectados. Si se tiene en cuenta la posibilidad de fístulas tardías, me parece conducta conveniente el aspirar los líquidos cuyo nivel aparezca por encima o muy cerca de la altura del muñón bronquial pues se evita el riesgo de inundación contralateral en el caso de aparición de la fístula.

En dos casos de lobectomía y uno de resección segmentaria hubimos de recurrir a la punción aspiradora para líquidos persistentes.

Atelectasia. Tres enfermos requirieron la broncoscopia aspiradora en la primera semana post-operatoria. Un caso de fracaso de toracoplastia (N° 35) presentaba una ligera broncoestenosis del lóbulo inferior pero evolucionó normalmente. Los otros dos no ofrecieron dificultad seria.

Complicaciones varias. Dos casos de malaria iniciada en los primeros días del post-operatorio hicieron temer la infección pleural. La demostración del hemoparásito y el tratamiento específico solucionaron el problema, un paciente con 6.150.000 glóbulos rojos por mm., en el preoperatorio, desarrolló una taquicardia paroxística desde la iniciación anestésica; ella persistió por varias semanas apesar de diversos

tratamientos y poco a poco va disminuyendo, (el enfermo está digitalizado).

La paciente de la lobectomía bilateral (Nº 27), presentó sianosis grave y persistente, taquicardia, náuseas y tos desde los primeros días que siguieron a la segunda intervención. Fue necesario el oxígeno permanente y la morfina para mantener a la enferma en condiciones aceptables. Se instaló neumoperitoneo, intentando así reducir el posible enfisema bilateral. Se inició digitalización en vista de la progresiva taquicardia e hipotensión. Con la ligera mejoría conseguida fue posible el llevarla a la pantalla radiológica en donde se observó la parálisis del hemidiafragma derecho (segundo lado operado). Se optó por poner a la enferma en posición sentada y con ello la mejoría ha sido más evidente.

RESULTADOS:	Total de enfermos	41
	Mortalidad operatoria	0
	Muertos en el postoperatorio .	1
	(hemorragia)	

Se hizo baciloscopia repetidas veces en cada enfermo y se hizo estudio del jugo gástrico antes de la salida. Estos exámenes fueron siempre negativos en 39 enfermos.

La enferma de la lobectomía bilateral continuó positiva hasta la segunda intervención.

La enferma Nº 10 en quien se practicó la lobectomía superior derecha en presencia de toracoplastia para un sistema de cavernas del lado izquierdo, salió del sanatorio con sus exámenes negativos. Contra lo aconsejado inició un embarazo, poco después de su salida, con gran detrimento físico agravado por persistentes vómitos. Tres meses más tarde la baciloscopia se hizo positiva y la radiología apenas indicaba una posible reactivación de las lesiones previamente controladas por la toracoplastia. Esta enferma continúa hoy su embarazo bajo cuidados especiales.

La enferma Nº 29 en quien se hizo resección segmentaria, ya descrita, complicada con fístula bronquial e infiltrado de la base con baciloscopia positiva, continúa hospitalizada.

La paciente Nº 17 ya comentada (neumectomía complicada por fístula y empiema) mostró temporalmente el BK en el esputo al mismo tiempo que aparecía el infiltrado del vértice contralateral. Actual-

mente la baciloscopia es negativa y las lesiones de ese vértice están en vías de calcificación. La enferma está próxima a salir del Sanatorio.

En el resto de los enfermos la baciloscopia ha sido persistentemente negativa. Ellos han sido controlados periódicamente hasta la fecha, con excepción de dos quienes se han ido para poblaciones alejadas pero que tienen instrucciones de volver a la aparición de cualquier síntoma o signo.

En resumen, de los 41 sobrevivientes, una enferma se halla en observación con embarazo en progresión y con esputo positivo por posibles lesiones reactivada debajo de toracoplastia contralateral, y otra enferma se halla aún en el Sanatorio por infiltrado de la base del mismo lado con baciloscopia positiva. Han salido en buenas condiciones 35 enfermos y cuatro más se hallan en observación postoperatoria.

Comentario. Albanese y Badano (6) publican, en mayo de 1952, 10 casos operados. Uno complicado por fístula, operado de toracoplastia cuatro meses mas tarde y fallecido 10 días después por «insuficiencia cardíaca». Otro con fístula bronquial y siembra contralateral ha evolucionado bien con el tratamiento médico.

Clagett et al. (7) publican, en agosto de 1952, una serie de 73 casos operados de resección con revisión al cabo de uno o más años. Hubo tres muertes operatorias (dos por hemorragia y una por anoxia), una muerte al cuarto día por derrame masivo con rechazo mediastinal; cuatro enfermos murieron en el primer año por fístula y empiema; 53 (72,6%) enfermos estaban en condiciones satisfactorias al cabo de un año y 10 presentaban lesiones activas de TBC.

Gale et al, (8) revisan en julio de 1952 una serie de 325 casos con una mortalidad operatoria del 5,5% y una conversión del esputo en 81,2% de los casos.

Bickford Edwards (Liverpool) (1) en diciembre del 52 publican una serie de 729 casos. La mortalidad, en los tres primeros meses desde la operación fue del 1,92%. De 223 enfermos controlados de manera estricta el 88% estaba en buenas condiciones al cabo de dos o más años.

Si bien es cierto que las distintas estadísticas no son comparables, si podemos hacer énfasis en nuestra mortalidad operatoria (o casos) y en la postoperatoria (1 caso) hasta ahora. Los riesgos han sido muy variados y muchos de los casos con más de 7 años de evolución (hasta 12) presentaron, en épocas anteriores, lesiones bilaterales y de-

masiado extensas que solo los antibióticos pudieron limitar para hacer posible una resección como último recurso.

La conversión de esputos se ha demostrado en 39 casos; únicamente hemos visto cuatro fístulas las cuales han sido tratadas con resultado satisfactorio. La infección no ha tenido consecuencias fatales y de ella se han recuperado bien los pocos enfermos afectados. Los resultados tardíos serán estudiados a su debido tiempo.

RESUMEN:

Presentamos aquí la revisión de 41 enfermos operados desde junio del 52.

Explicamos algunos detalles de la técnica operatoria y de la anestesia.

No hubo muertes operatorias. Una paciente murió 15 horas después por hemorragia, 39 casos presentan conversión del esputo hasta ahora; uno de los no convertidos presenta lesiones contralaterales que habían sido controladas con toracoplastia, 4 pacientes presentaron fístula y fueron tratados satisfactoriamente por medio de la Toracoplastia

Bibliografía

- (1) Bickford B. J., Edwards F. R., Esplen J. R., Gifford J. G., and Thomas O. F., *Thorax* 7:310, 1952.
- (2) Price-Thomas C. XIV Congress of International Society of Surgery, París (1951).
- (3) Cournad A., Riley R. L., Himmelstein A. and Autrian R., *J. Thoracic Surg.* 19:80,1950.
- (4) Ramírez A. *Antioquia Médica.* (En prensa).
- (5) Millar E. J., *Proc. Royal Soc. of Surg.*
- (6) Albanese A. R. y Badano A. H.
La Prensa Med. Arg. Vol. XXXIX No. 13:596, 1952.
- (7) Takaro T., Clagett O. T., Hodgson C. H., Carr D. T., *Proc. Staf Meet. Mayo Cl.* 27:345. Aug. 27, 1952.
- (8) Gale J. W. Dickie H. A., Curreri A. R.
Ann. Surg. 136:132, 1952.
- (9) Gaensler E. A., Strieder J. W.
J. Thoracic Surg. 22:1, 1951.

CANCER DE LA BOCA

DR. CARLOS VASQUEZ C.
Profesor Titular de Clínica de Or-
ganos de los sentidos.

La alarmante frecuencia que últimamente hemos podido comprobar entre nosotros, nos ha movido a resucitar este tema siempre viejo y siempre nuevo con toda su terrible actualidad.

Los factores etiológicos que hemos podido comprobar los analizaremos brevemente mencionando en primer lugar la herencia que aparece con una incidencia muy notoria, siendo de considerar la observación del carácter familiar más que propiamente herencial a que tanto se refería nuestro maestro Gil J. Gil. Queremos entender por factor etiológico familiar a los sujetos que están desde pequeños sujetos a las mismas influencias de clima, hábitos de vida, circunstancias emocionales, modos de alimentación, etc.; contra los cuales se puede luchar modificándolos como sucede en los individuos que por su vocación religiosa llegan a los conventos donde la vida higiénica hace menor la incidencia neoplásica.

En segundo lugar, puede considerarse como factor de grande importancia la edad; que aparece en todas las estadísticas entre los 35 y los 60 años. El sexo que en casi todos los tratados da un porcentaje abrumador a los hombres nos ha parecido entre nosotros francamente desviado y podemos asegurar como una mínima proporción la relación de un hombre por cuatro mujeres.

El tabaco cuyo papel etiológico todavía se discute, aparece como definitivamente culpable en nuestros casos; no solamente por lo que dice cantidad sino a la calidad y sobre todo a la manera de fumarlo. Entre nosotros sobre todo en las regiones ribereñas donde las mujeres ofician de lavanderas, pescadoras, etc. tienen la curiosa costumbre de fumar con la candela para adentro, cuya explicación puede estar en el hábito profesional o en el reflejo de imitación y lo que parece en algunas regiones, un probable origen legal, pues acontece que en la región de Antioquia, Sopetrán, Dabeiba, etc., desde los tiempos del virreinato se promulgó una prohibición, de fumar dentro de la ciudad y de noche, por miedo a los repetidos incendios que se provocaban y para burlar tal disposición lo hacían con la candela para adentro para así no ser identificados. Parece que hay también un origen ritual, pues en la India Kim, Subra y Rao en la villa de Vizagapatán oriental tienen la

costumbre de fumar el chuta según el Adda poga que da rotundos antecedentes de leucoplasia y su degeneración maligna.

El alcohol no lo podemos mencionar como un factor que aparezca en nuestras estadísticas con mucha frecuencia, pues como hemos dicho arriba en general las mujeres no son muy dadas a su uso y menos a su abuso; sin embargo en el sexo masculino la costumbre del alcohol fuertemente concentrado y adulterado no puede desconocerse.

Los condimentos de que tanto se recurre sobre todo en los lugares donde la alimentación es poco sazónada, en especial el ají; el modo de tomarlos: muy calientes, tienen su natural incidencia etiológica.

Tanto el tabaco, el alcohol, como los condimentos, parecen tener su acción cancerígena por los aceites volátiles, bases pirídicas y de núcleos bencénicos que los aproximan a los hidrocarburos superiores tipo del alquitrán, al cual los experimentadores han inculgado tenazmente.

La sífilis, el lecho del cáncer de los franceses, sigue teniendo un rotundo papel aun cuando no sea fácilmente denunciado por los métodos de laboratorio, pero aun cuando la serología sea negativa las lesiones cicatriciales específicas que han podido pasar desapercibidas ofrecen las mayores posibilidades de que con los otros agentes etiológicos concurren para determinar su aparición; y me parece haber encontrado un acuerdo en la mayoría de los autores consultados sobre la necesidad de un tratamiento antiespecífico en las ulceraciones, fisuras, o proliferaciones de la mucosa bucal.

La higiene bucal sea por los traumatismos infecciosos que provocan el mal estado de la dentadura, las raíces, los dientes mal implantados, han sido frecuentemente condenadas y aparecen constantemente en nuestros casos.

CUADRO CLINICO:

La diferenciación entre las lesiones malignas y las benignas de la boca es en algunas ocasiones tan difícil, aun con el recurso histopatológico, que para algunos el único criterio seguro de malignidad es la producción de metástasis, lo que en general ocurre tardíamente. Sin embargo la malignidad de un tumor bucal puede sospecharse una vez hecho el interrogatorio de las circunstancias etiológicas antes descritas por las modificaciones de la mucosa bucal que sean, 1º crónicas, 2º induradas, y sobre todo ulceradas; es claro que para la cronicidad debe atenderse a los informes del paciente que generalmente son poco creíbles, tanto más cuanto que estas lesiones provocan pocas manifestaciones

funcionales o dolor; pero cuando es dado observarlas deben buscarse con interés y cuidado, puesto que hay siempre un límite claro entre la suavidad normal de la mucosa y la resistencia acartonada que la lesión ofrezca.

Como consecuencia de esta induración siempre hay, sobre todo en las regiones móviles, una pérdida de la elasticidad y una notoria inmovilidad de la región afectada. En cuanto a la ulceración que es muy frecuente en los carcinomas, pero muy tardía en los adeno-carcinomas aparece en general como una pérdida de sustancia profunda de límites muy bien definidos y levantados; pero podría ser solamente una fisura que trata de profundizarse dentro de la induración. El color de tal úlcera es en general rojo con alternancias hacia el blanco grisáceo, pero la superficie es finamente granulosa, y esta granulación es muy frecuente en las úlceras canceromatosas de la boca.

La forma ulcerosa tiene una mayor incidencia en las mejillas y en los bordes de la lengua, en cambio la forma fisuraria es más frecuente hacia la base especialmente en las vecindades con el pilar anterior.

El dolor y el ardor son síntomas generalmente tardíos, y la mayor parte de las veces sólo se presentan como una pequeña incomodidad que no es continua, apareciendo de una manera continua, solamente en las últimas etapas.

La forma proliferante en general se presenta con más frecuencia en el borde alveolar, crece muy despacio y no tiene tendencia a ulcerarse y es notoria la poca tendencia a la metástasis.

En general hay una dificultad en la masticación, pero sobre todo una abundante sialorrea espesa y continua, que sin ser tan intensa como en los tumores farigo-laríngeos, no pasa desapercibida. Esto sobre todo cuando se tocan las regiones inervadas por el nervio lingual, y casi siempre va en aumento.

Las metástasis ganglionares, en ocasiones síntomas concomitantes con el descubrimiento de la lesión, en lo general se encuentran en los ganglios más cercanos al foco primitivo, pero pueden presentarse en sitios alejados al tumor inicial, y en casos más raros se hacen en la región opuesta, que sólo puede explicarse por la riqueza de anastomosis linfáticas. Son generalmente múltiples, es decir, atacan a varios ganglios y se puede confirmar en el momento quirúrgico que son más abundantemente numerosos de lo que la exploración clínica pudiera denunciar. El volumen de tales adenopatías es variable, pero en general el tamaño es función de la duración y de tipo histológico. Son bien deli-

mitados fácilmente por la vista y el tacto, muy adheridos a los planos superficiales y profundos, porque siempre hay una zona de periadenitis; no hemos podido observar los ganglios móviles que encuentran algunos autores al principio.

No son dolorosos, por lo menos mientras permanecen inmunes a una infección sobre-añadida. La aparición en general es precoz y puede constituir el primer síntoma que llame la atención del paciente.

Cada ganglio evoluciona por su propia cuenta: aumenta de volumen, da una ulceración neoplásica y en algunas ocasiones se fistuliza y se ulcera, pero también puede dar metástasis a regiones alejadas como los ganglios supraclaviculares y aun los del hueco axilar; las metástasis generalmente siguen la vía linfática, pero no se desconocen casos que han seguido la vía sanguínea por intermedio de los vasos neoformados que rodean al tumor.

Los tumores de la mucosa bucal, en el comienzo no dan sangrías de consideración, pero sí, constantemente, provocan pequeñas pérdidas que anemian el individuo y que deben tenerse en cuenta para el tratamiento ya sea quirúrgico o fisioterápico. En general las grandes hemorragias se verifican en las últimas etapas de la enfermedad y provienen de la ulceración de un vaso grande o de la brusca caída de una escara; son tan abundantes, a veces, que provocan la muerte del enfermo.

La mayor parte de estos enfermos son individuos que no solamente por el sitio de su lesión, sino por la misma desintegración celular proveniente del cáncer, a las hipoageusias y parageusias, y en otras ocasiones por el miedo de provocar o intensificar su dolor, rechazan en especial los alimentos sólidos cuya masticación les es por lo menos incómoda.

Respecto a la sensibilidad al frío y al calor, no he podido formarme un criterio cierto, pues mientras unos, que me han parecido la mayoría, aceptan los alimentos tibios o francamente fríos, en otros los calientes parecen darles algún alivio. En general la alimentación es menos dolorosa cuando se hace con líquidos o sustancias semilíquidas que pueden ser fácilmente lateralizadas hacia el lado menos afectado.

ANATOMIA PATOLOGICA:

La apariencia macroscópica de los tumores puede reducirse a tres tipos principales que se reconocen fácilmente en la clínica, son: la forma *ulcerosa*, la *vegetante* y la *infiltrante*.

La forma ulcerosa generalmente presenta una pérdida de sustan-

cia por lo general única, pero que puede ser múltiple con tendencia a la confluencia, cuyos bordes son levantados, la mayor parte de las veces irregulares e *indurados*. El fondo de la úlcera como ya dijimos, es finamente granuloso de color rojo grisáceo que cuando sangra deja ver en especial después de los períodos de sueño el barniz negruzco de la sangre descompuesta que da un mal olor que es característico. La profundidad de tales úlceras es variable y en ocasiones como en la forma comisural del labio tiende a ensancharse haciendo más amplia la hendidura bucal; en otros sitios tiende a ponerse en conexión con las cavidades vecinas (senos maxilares, faringe).

La forma vegetante presenta un aspecto papilomatoso, irregular de base Sesil que infiltra más o menos dentro de la mucosa. Hay que mencionar la forma llamada exofítica pura en la cual la infiltración es poco notoria y el tumor tiende a crecer "hacia el observador". En estos casos la tumoración es más bien blanda y sangra al menor contacto del dedo o del instrumento que la toca.

La forma infiltrante tiene tendencia a crecer en profundidad, pero sobre todo en superficie, estando siempre recubierta por una mucosa de aspecto sano pues las únicas modificaciones son un leve levantamiento y rubor de la superficie que lo cubre, pero termina ulcerándose. En ocasiones al tacto puede identificarse una serie de nódulos que hacen necesario un diagnóstico diferencial con los procesos gomosos de las lesiones nodulares (sífilis, lepra, T. B. C.) o parasitarios. Estos procesos infiltrantes sobre todo cuando se hacen hacia la parte posterior provocan un trismuz tenaz.

Formas mixtas: los procesos típicos arriba descritos pueden combinarse para provocar la forma úlcero-vegetante o la úlcero-infiltrante; de esta última la variedad fisuraria de frecuente incidencia en la unión de la base de la lengua con el pilar anterior, tiene la particularidad de que la infiltración es muy notoria reduciéndose la úlcera a una pérdida de sustancia lineal cuyos bordes son francamente retoñantes.

ANATOMIA MICROSCOPICA:

Siendo la mucosa bucal un epitelio pavimentoso estratificado, es natural que dé nacimiento a las variedades conocidas con los nombres de espino-celulares, baso-celulares o de la combinación de los dos. Son todos malpighianos y tienen por característica la similitud con las formaciones de la piel (epiteliomas epidermoides). Tienen su origen siempre en la célula basal, pero en los espino-celulares tal célula tiene tiem-

po de diferenciarse hasta llegar a hacerse espinosa, que a su vez puede llegar hasta la célula córnea; en las llamadas propiamente baso-celulares, la célula madre no alcanza a diferenciarse y por eso se llaman epitelomas inmaduros; en los epitelomas intermediarios la célula basal no alcanza a diferenciarse hasta la célula espinosa y no da filamentos de unión.

Las características de los espino-celulares son las de que tienen formaciones redondeadas (que les han valido el nombre de epitelomas perlados) y siempre se encuentran células poliédricas con filamentos de unión, que en sus capas más externas pierden su núcleo para hacerse del tipo córneo enrollándose sobre sí mismas y se imbrican en capas concéntricas como un bulbo de cebolla y que dan al corte el aspecto característico de los globos córneos.

Los epitelomas baso-celulares o inmaduros se presentan con aspecto de cordones y masas invasoras que se anastomosan entre sí; las células son de volumen variable atípicamente agrupadas. En el centro de las proliferaciones la disposición celular es completamente anárquica y la presión mutua que ejercen entre sí las células las hace alargarse de tal manera que toman el aspecto de fibroblastos; a veces en la periferia tienen más bien una disposición en empalizada. El estroma de los carcinomas activos es muy rico en fibroblastos, en vasos y en células inflamatorias, y por lo tanto sangran mucho y muy fácilmente.

En los epitelomas intermediarios también se encuentra la disposición acordonada y las células que están en la periferia del cordón tienen el aspecto de las células basales, pero debajo de estos elementos se encuentran células poliédricas que intentaron ser espino-celulares pero que nunca llegan a tener los filamentos de unión característicos y su protoplasma oscuro es como en el caso de las células basales, francamente basófilo.

Los epitelomas llamados mixtos, tienen zonas netamente baso-celulares y otras espino-celulares.

La siguiente estadística, que debemos a la gentileza del Dr. Alfredo Correa Henao, cuya constante e inteligente devoción por estos asuntos es bien conocida, dará una idea de la incidencia del cáncer en la boca, su relación con otras lesiones, las frecuencias de la localización según las variedades histológicas.

TOTAL DE TUMORES EN LA CAVIDAD ORAL

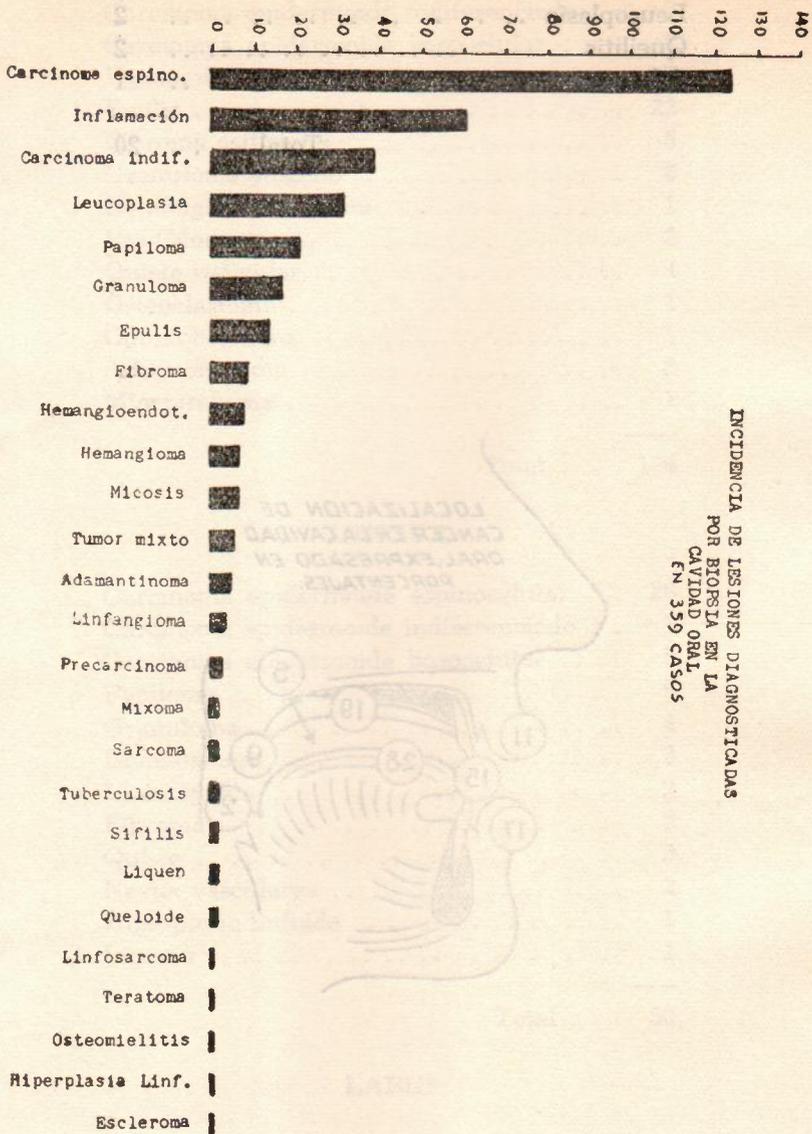
Carcinoma epidermoide espinocelular . . .	60
Carcinoma epidermoide indiferenciado . . .	7
Carcinoma epidermoide basocelular	2
Papilomas	9
Epulis	23
Fibroma osificante	5
Granuloma piógeno	6
Hemangioendotelioma	1
Pre-Cáncer	2
Quiste radicular	4
Osteoclastoma	1
Odontoblastoma	1
Adamantinoma	2
Mioepitelioma	1
Total	124

LENGUA

Carcinoma epidermoide espinocelular . . .	26
Carcinoma epidermoide indiferenciado . . .	1
Carcinoma epidermoide basocelular	0
Papiloma	9
Granuloma	4
Hemangioma	3
Linfangioma	2
Fibroma	2
Quiste	2
Nevus vasculares	2
Hiperplasia linfoide	1
Lipoma	1
Total	53

LABIO

Carcinoma epidermoide espinocelular . . .	8
Carcinoma epidermoide basocelular	2

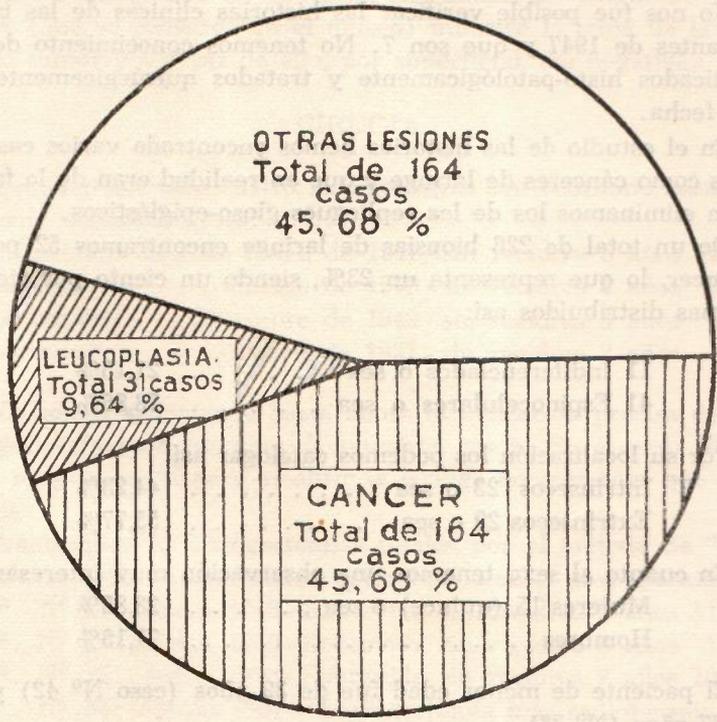


INCIDENCIA DE LESIONES DIAGNOSTICADAS
 POR BIOPSIA EN LA
 CAVIDAD ORAL
 EN 359 CASOS

DR. MARCO PASAROTO - BOGOTÁ

Hechos revisados los archivos del Instituto de Anatomía y Fisiología y encontrado que el primer diagnóstico histopatológico de Cáncer de la Faringe que figura en las estadísticas tiene fecha de estudio de 1944. No nos fue posible encontrar otros estudios de casos de Cáncer de la Faringe hechos antes de 1944. No tenemos conocimiento de casos de Cáncer de la Faringe diagnosticados histopatológicamente y tratados quirúrgicamente antes de esta fecha.

En el estudio de la Faringe se encontró un total de 164 casos de lesiones de la Faringe. También encontramos los de Leucoplasia y Cáncer de la Faringe. De un total de 238 lesiones de la Faringe, 164 corresponden a lesiones de la Faringe y 74 a lesiones de la Laringe. Para el estudio de la Faringe se representó un 23%, siendo un 45,68% de lesiones de la Faringe.



El paciente de número 33 (caso N° 33) y el de número 34 (caso N° 34) fueron tratados con cirugía conservadora. Sólo un paciente (caso N° 20) recibió todo el tratamiento. Constatamos esto viendo los datos de los pacientes conservados. Constatamos esto sólo el porcentaje de 1,23%.

Uno paciente (caso N° 23) recibió la laringectomía y oído por la radioterapia. Después vino a solicitar la cirugía conservadora antes citada y se le indicó laringectomía total. La radiación y la cirugía conservadora en este caso. Después de un tiempo para poder más radioterapia en otra ciudad. Después de un tiempo para poder más radioterapia en otra ciudad. Después de un tiempo para poder más radioterapia en otra ciudad. Después de un tiempo para poder más radioterapia en otra ciudad.

CANCER DE LA LARINGE

DR. MARCOS BARRIENTOS — Prof. Auxiliar.

Hemos revisado los archivos del Instituto de Anatomía Patológica y encontrado que el primer diagnóstico histopatológico de Cáncer de la Laringe que figura en las estadísticas tiene fecha de octubre de 1944. No nos fue posible verificar las historias clínicas de las biopsias hechas antes de 1947 y que son 7. No tenemos conocimiento de casos diagnosticados histo-patológicamente y tratados quirúrgicamente antes de esta fecha.

En el estudio de las historias hemos encontrado varios casos clasificados como cánceres de laringe y que en realidad eran de la faringe. También eliminamos los de los repliegues glosio-epiglóticos.

De un total de 226 biopsias de laringe encontramos 52 positivas para cáncer, lo que representa un 23%, siendo un ciento por ciento de epitelomas distribuidos así:

11 Indiferenciados o sea	21,15%
41 Espinocelulares o sea	78,85%

Por su localización los podemos catalogar así:

Intrínsecos 23 o sea	44,23%
Extrínsecos 29 o sea	55,77%

En cuanto al sexo tenemos una observación muy interesante:

Mujeres 15 (quince) o sea	28,85%
Hombres	71,15%

El paciente de menor edad fue de 39 años (caso N° 42) y el de mayor 77 años (N° 38).

Sólo un paciente (caso N° 20) rechazó todo tratamiento, aun advirtiéndole que podría hacersele cirugía conservadora. Constituye esto sólo el bajo porcentaje de 1,93%.

Otro paciente (caso N° 22) rechazó la hemilaringectomía y optó por la radioterapia. Meses después vino a solicitar la cirugía conservadora antes citada y ya se le indicó laringectomía total. La rechazó y buscó más radioterapia en otra ciudad. Regresó meses más tarde para someterse a la laringectomía pero ya fue imposible por tener una necrosis de los cartílagos que le causó la muerte.

El caso N° 15 con pequeño tumor de cuerda móvil, a quien por haber tenido un gran infarto del miocardio temimos practicar laringofisura, le indicamos radioterapia. El resultado comprobado clínica e histopatológicamente fue nulo. Se hizo traqueotomía y murió a consecuencia de su cáncer de la laringe.

El paciente del caso N° 25 murió por malos cuidados después de traqueotomía, que hubo necesidad de hacerle por disnea intensa después de la biopsia. Fue de una gran enseñanza por cuanto la pieza de autopsia (que se conserva en el museo) muestra la toma de la biopsia en pleno tumor y a pesar de ello, por superficial, dio negativa.

CIRUGIA

Hemos practicado cuatro laringofisuras con resultado hasta ahora plenamente satisfactorio así:

- | | | | |
|------------|----------------------|----------------|-----------------|
| La primera | el 3 de mayo de 1947 | - sin recidiva | 5 años 11 meses |
| La segunda | febrero de 1949 | - sin recidiva | 4 años 2 meses |
| La tercera | diciembre de 1949 | - sin recidiva | 3 años 4 meses |
| La cuarta | abril de 1951 | - sin recidiva | 2 años |

No hemos encontrado hasta ahora la indicación precisa de la hemilaringectomía para ninguno de nuestros casos. En el caso N° 39 la creímos muy indicada pero al abrir la laringe encontramos que era insuficiente.

Practicamos 12 laringectomías totales por el método de "Campo reducido" con *cero* de mortalidad operatoria o en el post-operatorio:

- 1ª. N° 17. Mayo 1949 - Sobrevida sin recidiva 3 años 11 meses
- 2ª. N° 23. Marzo 1950 - Sobrevida sin recidiva 3 años 1 mes
- 3ª. N° 26. Junio 1950 - Sobrevida sin recidiva 2 años 10 meses
- 4ª. N° 34. Agosto 1951 - Laringectomía más radioterapia (7.000 R.) Recidiva un año después in-situ.
- 5ª. N° 39. Abril 1952 - Sobrevida sin recidiva 1 año.
- 6ª. N° 41. Mayo 1952 - Laringectomía más radioterapia.
- 7ª. N° 49. Mayo 1952 - Laringectomía más radioterapia; sobrevida sin recidiva 11 meses.
- 8ª. N° 45. Agosto 1952 - Laringectomía más radioterapia. Metástasis ganglionares a los 4 meses.
- 9ª. N° 46. Septiembre 1952 - Sobrevida sin recidiva 7 meses.
- 10ª. N° 51. Febrero 1953 - Sobrevida sin recidiva 2 meses.
- 11ª. N° 47. Septiembre 1952 - Sobrevida sin recidiva 7 meses.

**CUADRO QUE RESUME LOS CASOS DE CANCER DE LARINGE ESTUDIADOS EN EL LABORATORIO
DE ANATOMIA PATOLOGICA**

Nº	Nombre	Edad.	Sexo	Localiz.	Nº Biop.	Tipo	Fecha	OBSERVACIONES
1	C. Muñoz	54	F.	Intrín.	615	Espino.	Octubre 1944	
2	D. Pareja	45	F.	Extrín.	1074	Espino.	Junio 1945	
3	L. Aristizábal	60	M.	Extrín.	10974	Espino.	Noviembre 1945	
4	E. Echavarría	57	F.	Extrín.	2080	Espino.	Junio 1946	
5	J. Alvarez	50	M.	Extrín.	2040	Indif.	Sepbre. 1946	
6	D. Villa	75	M.	Extrín.	2333	Indif.	Octubre 1946	
7	M. Uribe Rpo.	60	M.	Extrín.	2337	Espino.	Sepbre. 1946	
8	A. Hernández	60	M.	Intrín.	2684	Espino.	Mayo 3/47	Particular. LARINGOFISURA. A los 5½ años no hay recidiva.
9	E. Correa	50	F.	Extrín.	3141	Espino.	Julio 23/47	Contraindicados radioterapia y cirugía. -
10	F. A. Tobón	76	M.	Extrín.	3301	Indif.	Octubre 1947	Particular.
11	R. Franco	55	M.	Extrín.	3582	Indif.	Enero 1948	Hospital.
12	A. Salazar	64	M.	Extrín.	4115	Indif.	Julio 1948	Traqueotomía. Hospital.
13	J. Riaza	41	M.	Extrín.	4243	Indif.	Octubre 28/48	Particular. Fracaso radioterapia.
14	C. Angel	60	M.	Intrín.	4664	Espino.	Dicbre. 10/48	Particular. Fracaso radioterapia.
15	R. Rpo. Lemos	58	M.	Intrín.	4811	Espino.	Febrero 11/49	Particular. LARINGOFISURA. En la fe- cha no hay recidiva.
16	C. Duque	68	M.	Intrín.	4916	Espino.	Mayo 19/49	Hospital. LARINGECTOMIA. En la fe- cha no hay recidiva.
17	R. Castaño	49	F.	Intrín.	5333	Espino.	Julio 8/49	Hospital.
18	F. Sánchez	63	M.	Extrín.	5516	Indif.	Novbre. 30/49	Hospital. LARINGOFISURA. En la fe- cha no hay recidiva.
19	E. Rivera	53	M.	Intrín.	6091	Espino.	Diciembre 3/49	Hospital. Rehusó tratamiento quirúrgico.
20	A. J. Galeano	53	F.	Intrín.	6097	Indif.	Enero 1950	Hospital.
21	L. Marín H.	65	M.	Extrín.	6124	Espino.	Enero 28/50	Hospital. Rehusó primero hemi y poste- riormente laringectomia. Irradiación pro- dujo condritis.
22	L. Correa	50	M.	Intrín.	6205	Espino.	Febrero 1950	Hospital. LARINGECTOMIA. En la fe- cha no hay recidiva.
23	C. Tabares	70	F.	Intrín.	6328	Espino.	Abril 1950	Hospital.
24	R. Cano	55	M.	Extrín.	6509	Espino.	Abril 1950	Hospital. Traqueotomía. Defunción por mal cuidado.
25	L. Miranda	75	M.	Intrín.	6548	Espino.	Junio 1950	Hospital. LARINGECTOMIA. En la fe- cha no hay recidiva.
26	A. Lema	50	F.	Intrín.	6824	Espino.	Octubre 1950	Hospital.
27	J. Rodas	66	M.	Extrín.	7538	Espino.		

28	R. Mejía D.	61	M.	Extrin.	7689	Espino.	Noviembre	1950	Hospital. Radioterapia.
29	M. G. Jiménez	65	F.	Extrin.	7860	Espino.	Enero	1951	Hospital.
30	M. A. Pino	64	M.	Extrin.	7973	Espino.	Febrero	1951	Hospital.
31	P. Herrera	64	M.	Extrin.	8027	Indif.	Febrero	1951	Hospital. LARINGECTOMIA CON VACIAMIENTO CUELLO. Post. radioterapia. Sobrevida 1 año.
32	E. Peláez	55	M.	Intrin.	8377	Espino.	Abril	1951	Particular. LARINGOFITSURA. En la fecha no hay recidiva.
33	P. L. Pérez	55	M.	Intrin.	9225	Espino.	Julio	1951	Particular. LARINGECTOMIA Baltimore. No hay recidiva.
34	I. Vález	66	M.	Intrin.	9422	Espino.	Agosto	1951	Particular. LARINGECTOMIA y radioterapia. Recidiva al año.
35	A. Cadavid	67	F.	Extrin.	9979	Espino.	Octubre	1951	Hospital. LARINGECTOMIA Y VACIAMIENTO CUELLO. Muerte por anestesia.
36	J. M. Villegas	60	M.	Extrin.	10216	Espino.	Noviembre	1951	Particular. LARINGECTOMIA Y VACIAMIENTO CUELLO. Radioterapia. Sobrevida 6 meses.
37	J. Cuartas	50	M.	Extrin.	10504	Espino.	Enero	1952	Rehusó radioterapia. Particular. Particular. LARINGECTOMIA. En la fecha no hay recidiva.
38	P. Zapata	77	F.	Extrin.	10939	Indif.	Marzo	1952	Particular. LARINGECTOMIA. En la fecha no hay recidiva.
39	J. M. Ochoa	65	M.	Intrin.	11049	Espino.	Abril	1952	Particular. LARINGECTOMIA. En la fecha no hay recidiva.
40	J. C. Montoya	54	M.	Extrin.	11077	Espino.	Marzo	1952	Particular. RADIOTERAPIA y post. LARINGECTOMIA. En la fecha no hay recidiva.
41	A. Posada	65	F.	Intrin.	11637	Indif.	Mayo	1952	Particular. RADIOTERAPIA y post. LARINGECTOMIA. En la fecha no hay recidiva.
42	María de L. M. García	30	F.	Extrin.	11836	Espino.	Mayo	1952	Adenopatías bilaterales. Radioterapia.
43	M. García	45	F.	Extrin.	11904	Espino.	Junio	1952	Hospital. Adenopatías bilaterales. Radioterapia.
44	J. Sánchez	58	M.	Extrin.	11973	Espino.	Junio	1952	Hospital. Adenopatías bilaterales. Radioterapia.
45	L. Vález V.	75	M.	Intrin.	12430	Espino.	Agosto	1952	Particular. LARINGECTOMIA. Metástasis ganglionares a los 4 meses.
46	C. E. Mejía	70	M.	Intrin.	12723	Espino.	Septre.	1952	Hospital. LARINGECTOMIA. En la fecha no hay recidiva.
47	F. Restrepo	66	M.	Intrin.	12816	Espino.	Septre.	1952	Particular. LARINGECTOMIA. No toleró radioterapia. En la fecha no hay recidiva.
48	T. PARRAS	40	M.	Extrin.	13108	Espino.	Octubre	1952	Hospital. LARINGECTOMIA. Radioterapia. En la fecha no hay recidiva.
49	A. Sánchez	59	F.	Intrin.	11283	Espino.	Abril	1952	Particular. LARINGECTOMIA. Radioterapia. S6lo dio positiva biopsia ganglionar.
50	C. TUIS F.	40	M.	Extrin.	5858	Espino.	Mayo	1949	Hospital. LARINGECTOMIA. No hay recidiva.
51	Moñía H. C.	40	M.	Intrin.	14059	Espino.	Febrero	1953	Hospital. LARINGECTOMIA. No hay recidiva.
52	A. Santiago	70	M.	Intrin.	14028	Espino.	Febrero	1953	Hospital. LARINGECTOMIA. En la fecha no hay recidiva.

De los 11 casos tenemos 4 en los que hemos agregado a la cirugía la radioterapia intensiva con dosis (7.000 R.) y técnica que se usa para el tratamiento único con Rayos X. Fueron estos los casos en que a pesar de darnos negativas múltiples biopsias de tejidos vecinos (espacio pre-epiglótico etc.) y de ganglios, encontramos muy invadida la base de la epiglotis. A este grupo pertenecen las dos defunciones que tenemos hasta ahora, Números 34 y 45).

Cirugía de CANCER EXTRINSECO con metástasis ganglionares de un solo lado hemos practicado en tres casos (Números 31, 37 y 36).

La operación con anestesia general consistió en vaciamiento unilateral de cuello con extirpación en un solo bloque de músculos de la región antero lateral, tejido celular, vena yugular interna, troncos y ganglios linfáticos, lóbulo tiroides, glándula submaxilar, parte inferior parótida y laringe.

El resultado fue: una sobrevida de un año; otra de seis meses y una muerte por anestesia. En dos de los casos se hizo radioterapia intensiva antes de la operación.

Entre los casos que hemos podido observar no conocemos el primero de curación por la sola radioterapia.

Por lo dicho anteriormente se puede observar cómo la mayoría de los pacientes llega demasiado tarde para beneficiarse de la cirugía conservadora. En la mayoría de los enfermos que llegan a consulta ya no es posible practicar siquiera la laringectomía total. Esto es un serio problema que podría remediarse por medio de la propaganda entre el público, los médicos generales y aun con los especialistas. Gran parte de los enfermos que vienen con lesiones avanzadas han sido tratados médicamente sin hacer una biopsia, por médicos generales y en algunos casos por otorrino-laringólogos.

INDICACIONES Y RESULTADOS DE LA CIRUGIA RADICAL DEL CUELLO

CONTRIBUCION DEL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

DR. JOSE A. JACOME VALDERRAMA

DR. BERNARDO MORENO MEJIA.

DR. JOSE MIGUEL HUERTAS DE FRANCISCO.

La cirugía radical del cuello en relación con el cáncer es quizás uno de los temas menos conocidos en nuestros medios quirúrgicos. La valoración de las nuevas técnicas operatorias frente a los resultados obtenidos y a la supervivencia de los pacientes —favorecida por los adelantos de la anestesia y el uso de antibióticos y transfusiones— ha hecho que este tipo de cirugía tenga mayores indicaciones cada día.

Los tumores malignos de la cabeza y del cuello, en general pueden ser tratados por medios quirúrgicos o radioterápicos. Unos y otros tienen por fin, el extirpar o esterilizar las células neoplásicas, pero queda en estos casos la posibilidad de que esas células cancerosas hayan migrado previamente a otras zonas, principalmente a través de los conductos linfáticos, dejando así un grave problema cuya solución generalmente corresponde a la cirugía.

El vaciamiento radical del cuello tiene por objeto extirpar tejidos que eventualmente pueden presentar células neoplásicas dentro de sus estructuras normales o que francamente presentan metástasis carcinomatosas. Siendo una operación bastante mutilante, se justifica plenamente, ya sea desde el punto de vista profiláctico o curativo, porque va a quitar zonas que en su normal funcionamiento pueden transformarse en vehículos rápidos de metástasis, aun en lesiones primitivas ya curadas.

La riqueza de redes linfáticas y ganglionares de esta zona, explican las múltiples y variadas vías que pueden aprovechar las células neoplásicas para hacer nuevas siembras tumorales en otras zonas del organismo. Los tumores epiteliales malignos son la mayoría en la oncología de la cabeza y el cuello; de ahí que la metástasis se haga generalmente a través de los canales linfáticos más o menos precozmente.

Con excepción de algunos tumores del tiroides y el melanoma maligno, la mayoría de los cánceres epiteliales de la cabeza y el cuello, producen sus metástasis a través de la vía linfática; sólo excepcionalmente el carcinoma epidermoide situado en estas regiones invade el sistema venoso de retorno a los pulmones o el sistema venoso prevertebral.

Por esta gran preponderancia de las extensiones linfáticas del cáncer de la cabeza y el cuello, los tumores permanecen durante un período de tiempo más o menos largo localizados por encima de la clavícula, hecho que no ha sido lo suficientemente apreciado en la lucha contra el cáncer.

La red linfática del cuello, es por lo tanto como un dique o tamiz que retiene entre sus estructuras las células neoplásicas, por un tiempo más o menos largo, antes de dejarlas pasar al resto del organismo. Por otra parte, son las estructuras del cuello, zonas perfectamente abordables para la cirugía, explicando por qué se va a atacar esta zona —extirpándola— para evitar el progreso de la enfermedad. Por otra parte, la mayoría de los tumores de la cabeza y el cuello, dan solamente metástasis unilaterales, por la condición anatómica individualizada de las redes linfáticas. Naturalmente no ocurre esto, cuando el tumor primitivo ha rebasado la línea media o cuando el bloqueo linfático que han producido las células neoplásicas produce un reflujo hacia los ganglios del lado opuesto. Esto es muy importante de considerar al resolver una indicación terapéutica, porque si la extensión anatómica del tumor es limitada, el tratamiento quirúrgico puede hacerse, mas si la neoplasia ha llegado ya a los pulmones, columna vertebral, huesos largos, hígado, etc., la conducta a seguir varía fundamentalmente, ya que el tratar las lesiones cervicales no tiene objeto y el enfermo se debe considerar incurable.

Desde el punto de vista clínico, en muchas ocasiones es el ganglio cervical metastásico el primer síntoma encontrado por el paciente o por el médico y que viene a ser el punto de partida para investigar el origen primitivo de la lesión que ha pasado desapercibida hasta entonces. En presencia de un tumor ganglionar del cuello que no corresponda a lesiones inflamatorias endobucales, de la cabeza o de la cara, se debe pensar en la posibilidad de un tumor primitivo oculto de esas zonas o en la iniciación de un tumor ganglionar primitivo.

El estudio topográfico de los ganglios nos permite hacer el diagnóstico clínico de localización del foco primitivo, ya que existe una relación íntima entre éstos y determinadas zonas. Tales sitios se pueden observar en la gráfica N^o 1 y son más o menos los siguientes:

- 1).—Los nódulos ganglionares metastásicos localizados en la región yuxta-parotídea, corresponden generalmente a lesión primaria situada en la naso faringe y glándula parótida.
- 2).—Si están situados en la región del esterno-cleido-mastoideo, en su mitad superior, corresponden a lesiones iniciales de la cavidad bucal, faringe, y anillo linfático de Waldeyer.

- 3) .-Los situados a la altura del tercio medio del esterno-cleido-mastoideo y en su borde posterior, son en general metástasis de la nasofaringe y tiroides.
- 4) .-Los ganglios metastásicos localizados bajo el tercio inferior del músculo esterno-cleido-mastoideo, son secundarios a carcinomas de la glándula tiroides, seno piriforme, esófago superior, y raramente de la clavícula.
- 5) .-en la región supra-clavicular izquierda, en su tercio interno, ha descrito Troisier desde 1889 la presencia de uno o varios nódulos ganglionares metastásicos de cáncer de los órganos digestivos abdominales y principalmente del estómago.
- 6) .-En la región sub-maxilar lateral corresponden a lesiones de los dos tercios anteriores de la lengua, piso de la boca, mucosa de la mejilla y encía.
- 7) .-En la región sub-maxilar anterior se encuentran las adenopatías metastásicas del cáncer del labio inferior.

Para el tratamiento de los tumores malignos primitivos de la cabeza o del cuello pueden seguirse varios procedimientos:

- a) .-Radioterapia.
- b) .-Radioterapia pre- o post-operatoria y cirugía.
- c) .-Cirugía. Esta cirugía del foco primario puede ser complementada con vaciamiento radical del cuello, en uno o en dos tiempos.

Concretándonos a las indicaciones del vaciamiento radical del cuello, bien como complemento o como indicación única, se han dado normas entre las cuales se destaca el cuadro clásico de Duffy, que ha sido parcialmente modificado por los adelantos técnicos modernos.

Indicaciones:

- 1) .-El carcinoma primitivo ha sido controlado.
- 2) .-El carcinoma primitivo está limitado a un solo lado de la cara.
- 3) .-El carcinoma primitivo debe tener un tipo histológico definido.
- 4) .-Las metástasis deben estar limitadas a un solo grupo ganglionar o a dos triángulos cervicales vecinos.
- 5) .-La cápsula del ganglio debe hallarse libre de invasión.
- 6) .-No existen metástasis ganglionares en el lado opuesto del cuello.
- 7) .-No debe haber metástasis a distancia.
- 8) .-El paciente debe encontrarse en condiciones generales apropiadas para soportar la intervención.

Contraindicaciones:

- 1) .-El carcinoma primitivo no ha sido controlado.
- 2) .-El carcinoma primitivo ha sobrepasado la línea media de la cara.
- 3) .-El carcinoma primitivo pertenece a un tipo histológico indiferenciado.
- 4) .-No hay metástasis evidentes en los ganglios linfáticos cervicales.
- 6) .-Existen metástasis ganglionares bilaterales.
- 7) .-Existen metástasis a distancia.
- 8) .-Malas condiciones generales del paciente.

El cuadro anterior ha sido modificado por Slaughter en el sentido de que las indicaciones se amplían a todos los casos en que existen metástasis cervicales clínicamente demostrables, siempre que los nódulos ganglionares sean móviles, tanto sobre los planos profundos como bajo la piel, y cuando no existen metástasis a distancia. E igualmente reduce las contraindicaciones a los siguientes puntos:

- 1) . Cuando condiciones patológicas diferentes impiden soportar la intervención.
- 2) . Cuando existen metástasis a distancia.
- 3) . Cuando las adenopatías metastásicas cervicales se encuentran fijas a los tejidos vecinos, o sea cuando ya existe una invasión extracapsular de los ganglios.

Concretándonos en particular a los tumores malignos que se benefician con la cirugía radical del cuello, vale la pena enumerar, aun cuando sea brevemente, sus sitios de localización primitiva en relación con la frecuencia observada en nuestro medio. Si bien es cierto que al Instituto han llegado un número muy grande de tumores localizados en la cabeza, la cara y el cuello, no todos ellos han sido sometidos a un tratamiento quirúrgico radical, ya que las indicaciones terapéuticas han sido diferentes, bien sea porque han sido tratados por radioterapia (Radium intersticial o local y Roentgenterapia) o bien porque el tipo y variedad del tumor solamente han exigido una escisión local.

De nuestras estadísticas en relación con el vaciamiento radical del cuello hallamos que las lesiones primarias más frecuentes que han requerido este tratamiento, son las siguientes:

LABIO INFERIOR. - Los epitelomas y carcinomas localizados en este sitio, generalmente dan metástasis tardíamente. Además son lesiones tan aparentes, que casi siempre se diagnos-

afectado y respetando la vena yugular del lado opuesto. Martin y Conlay han preconizado los vaciamientos bilaterales completos en dos tiempos, permitiendo que se forme una circulación de retorno eficiente en el lado que se ha operado en la primera etapa, habiéndose salvado así, casos que antes se consideraban incurables.

BASE DE LA LENGUA. Los tumores de la base de la lengua son generalmente anaplásicos y sensibles a la irradiación. Quirúrgicamente la base de la lengua es una región difícil de abordar y cualquier resección de esta zona implicaría glosectomía total, o si una porción de ella puede salvarse, la irrigación e inervación de la parte restante, quedan tan comprometidas, que esa porción es completamente inútil. De ahí que para controlar la lesión primitiva, se prefiera generalmente la radioterapia.

Es muy frecuente que los enfermos aprecien primero el tumor cervical metastásico que la lesión lingual y en muchas ocasiones el médico es culpable de ello, por falta de examen completo, en el que ha omitido examen visual de la orofaringe y base de la lengua con espejo y palpación digital de esta zona.

PISO DE LA BOCA. El carcinoma del piso de la boca, más frecuente en los hombres, tiene una gran incidencia en las gentes del litoral Atlántico, donde frecuentemente acostumbran a fumar con la candela hacia adentro. Esta es causa también de cáncer de la lengua.

El tratamiento de las lesiones que tienen esta localización varía según que la enfermedad comprometa partes móviles o partes adyacentes al maxilar. En las primeras puede hacerse tratamiento radioterápico; en las segundas es preferible el tratamiento quirúrgico, por razón del peligro de la necrosis del hueso a causa de las dosis elevadas de irradiación. El tratamiento de las metástasis, necesariamente es quirúrgico.

ENCÍA INFERIOR. En el cáncer de la encía el tratamiento es quirúrgico. Generalmente la irradiación está contraindicada por dos razones: la primera, la encía está formada por una membrana engrosada, por debajo de la cual está el periostio. Como resultado de esto, sólo existe un tejido de 1 o 2 mm. de espesor cubriendo el hueso. La segunda, es el peligro de la osteo-radio-necrosis, complica-

ción muy grave que generalmente termina en una intervención o en la eliminación espontánea de grandes secuestros.

PALADAR Y AMÍGDALAS. Generalmente corresponden a tumores epidermoides y adenoides, que son muy sensibles a la irradiación, siendo fácilmente curables por este medio, los focos primitivos y dejando a la cirugía el tratamiento de las metástasis cervicales.

MEJILLA. La leucoplasia y la irritación crónica por higiene deficiente son por lo general las causas etiológicas más frecuentes del cáncer de la cara mucosa de la mejilla. El tratamiento del foco primitivo puede ser radioterápico o quirúrgico. Si lo primero, la irradiación debe hacerse a una zona extensa, porque casi siempre estos tumores dan ramificaciones múltiples. Si lo segundo, deberá hacerse una cirugía radical y extensa.

TIROIDES. En el tratamiento del carcinoma del tiroides y sus metástasis, han sido muy grandes los avances logrados en los últimos tiempos, especialmente cuando se trata al comienzo de su evolución, no sólo por la cirugía radical, sino por el uso de los elementos radioactivos, principalmente el I-131.

La invasión del carcinoma tiroideo a los ganglios cervicales se hace muy precozmente y en un porcentaje tan alto, que Catell lo fija en 88%. De esto se deduce que el tratamiento quirúrgico debe estar encaminado a la tiroidectomía, para reseca el tumor primario, seguida—si es posible en el mismo tiempo operatorio— de la disección radical del cuello, en el lado mayormente afectado.

Es característico del cáncer del tiroides su rápida invasión a los vasos sanguíneos, lo que hace muy posible que se hagan metástasis a distancia, particularmente a pulmón y huesos. Para ello es siempre indispensable un completo examen médico, asociado a exámenes radiográficos y de laboratorio para buscar otras localizaciones de la enfermedad. En caso de existir estas metástasis, el enfermo puede beneficiarse con la tiroidectomía radical y tratamiento ulterior de yodo radioactivo.

En caso de carcinomas iniciales localizados en un solo lóbulo, se debe hacer la hemitiroidectomía con disección del cuello del mismo lado, existan o no adenopatías palpables, ya que la sola hemitiroidecto-

mía es una operación incompleta, por la posibilidad de que existen metástasis ganglionares cervicales en un estado preclínico, que al ser descuidadas, van a tener una rápida evolución. Si por el contrario, existe la duda de posible presencia de células cancerosas en el lóbulo opuesto o en el resto de la glándula, es aconsejable, para dar mayores probabilidades de curación, practicar la tiroidectomía total, acompañada de la resección en bloque de los músculos pretiroideos y el esternocleidomastoideo, la vena yugular interna y todo el paquete célula-ganglionar del lado del cuello mayormente afectado.

GLÁNDULAS SALIVARES. El tumor más frecuente de la parótida es el mixto, el que por no dar metástasis, no requiere sino una extirpación local amplia, sin necesidad de hacer vaciamiento radical del cuello. Las submaxilar y submentoniana tienen igual predilección en lo que se refiere a tumores primitivos. Sin embargo estas últimas dos glándulas son susceptibles de invasión por tumores vecinos del maxilar, lengua y piso de la boca, lo que hace indispensable su extirpación en toda cirugía radical del cuello.

Nos queda por considerar la indicación del vaciamiento profiláctico del cuello, entendiéndose como tal la intervención que tiene por objeto reseca las adenopatías de un lado del cuello en individuos que presentan un carcinoma en alguna de las regiones correspondientes a los territorios ganglionares afectados, y que se encuentran en un estado pre-clínico, es decir, en quienes sólo es evidente la lesión maligna, por medio de cortes histológicos repetidos.

El tema ha sido muy discutido. Para algunos como Slaughter, consideran que el ideal en estos casos, consiste en practicar la intervención tan pronto haya evidencia clínica de cáncer secundario en los ganglios del cuello. Martin ha encontrado que aproximadamente un 40% a 50% de los enfermos que presentan carcinoma de la lengua, sin metástasis ganglionares, al hacerse el tratamiento de la lesión primitiva, las desarrollan más tarde. Este alto porcentaje de casos, justifica plenamente la intervención profiláctica. Roux Berger considera que existe un 27% de curaciones con la intervención profiláctica y sólo un 17% con la intervención curativa, sin tener en cuenta los casos inoperables. Taylor y Nathanson han encontrado que un 90% de sus enfermos desarrollaron metástasis ganglionares durante el primer año, después de haber tratado y controlado la lesión primaria. Martin y Sugarbaker hallan un 30% en condiciones similares.

Por otra parte, la mortalidad operatoria, que era una de las objeciones principales para el vaciamiento profiláctico, han dejado de ser un obstáculo. Gordon Taylor, citado por Sebilau, tenía una mortalidad del 48% de los casos operados; Martin encuentra un 10% y nosotros en el Instituto, sólo tenemos un 1,92%. Todo ello nos inclina a pensar que en nuestro medio, la disección radical profiláctica del cuello, se justifica plenamente más aún si se tiene en cuenta la dificultad de control de los pacientes.

TECNICAS OPERATORIAS

En el vaciamiento radical del cuello deben tenerse todos los cuidados de una intervención de cirugía mayor, pero siendo esta zona tan vascularizada y teniendo órganos tan importantes para la vitalidad del individuo, deben extremarse los cuidados en grado sumo. Las dos principales complicaciones son la hemorragia y la embolia aérea, por lo cual es conveniente ser extremadamente cuidadosos en la hemostasis y en la disección, procurando identificar planos, tejidos y órganos durante todo el tiempo operatorio. En el Instituto no hemos tenido estas complicaciones.

Si bien es cierto que algunos autores aconsejan la anestesia local, actualmente preferimos la anestesia general con intubación endotraqueal

Incisiones. Se han ideado muchas incisiones, todas las cuales can dar una exposición amplia del campo operatorio. Las gráficas las explican obviamente. Nosotros preferimos las incisiones que dando un campo operatorio amplio, permitan una buena cicatrización del colgajo cutáneo, que cuando se deja con ángulos muy agudos, tiende a esfacelarse. Puede decirse que últimamente hemos sistematizado la incisión de Conley por llenar estos requisitos.

Disección. Hecha la incisión y disecado el colgajo cutáneo cientemente, bien sea con el músculo pellejero del cuello, lo que hace una disección más limpia y menos cruenta, o por fuera de él, se procede a hacer la disección comenzando por la parte inferior del cuello, para trabajar lo más lejos de la lesión y evitar exprimir células neoplásicas hacia la corriente sanguínea o linfática general del organismo.

Los diagramas presentados explican fácilmente las etapas de la intervención:

Fig. 8.—Técnica de Roux Berger. - Sección transversal paralela al maxilar inferior, sección de los vasos faciales, disección de la celda submaxilar y resección de esta glándula. Disección del esternocleidomastoideo, de la vena yugular, y del paquete linfático, los que se ligan y seccionan. Disección hacia arriba para quitar las vainas aponeuróticas y vasculares, los ganglios y demás elementos, respetando los elementos nobles. Sección y ligadura de los mismos en la parte alta.

Figs. 9 a 11.—Técnica de Dahey. - Indicada especialmente en los casos de carcinoma tiroidiano y teniendo en cuenta la capacidad de este tumor para invadir los vasos venosos, se incluye en la exéresis ganglionar del cuello, no sólo la extirpación de todos los ganglios cervicales, sino también de la vena yugular interna, desde la clavícula, hasta la apófisis mastoides, junto con todas las venas tributarias en toda la extensión posible. Lahey es muy cuidadoso en la identificación del nervio espinal accesorio, por medio de un estimulador de corriente galvánica, método que hemos empleado con excelentes resultados.

Figs. 12 a 17.—Técnica del Instituto Nal. de Cancerología. - Iniciamos la disección por la parte más inferior del cuello, aislando y diseccionando la vena yugular superficial, la inserción esternal y clavicular del esternocleidomastoideo y de la vena yugular profunda. Los vasos son ligados con doble ligadura: simple y con transficción; el músculo ligado en masa. Se continúa la disección hacia arriba, llevándose todas las facias, paquete linfático, vena y músculo esternocleidomastoideo, así como las ramas del plejo cervical III, IV y V. Sección del milohioideo, de los vasos venosos confluentes; disección y vaciamiento de la celda submaxilar. Cuando la resección incluye el maxilar inferior, aislamiento de éste, sección en su parte media y movilización hacia el lado, sección de los músculos del piso de la boca en su implantación, del masetero y ramas del temporal, hasta luxar el maxilar; sección de la cápsula articular y extirpación del hueso. En todo caso, sección del esternocleido en su inserción mastoideana, aislamiento y ligadura de la vena yugular profunda y superficial con la misma técnica y cuidados empleados en la parte inferior. Cierre de la piel, dejando drenes de Ponrose. En caso de resección de maxilar, reconstrucción del piso de la boca. En caso de reseca parte de la lengua, se adosa ésta, a la pared de la mejilla.

RESULTADOS

Es muy difícil en nuestro medio, hacer una valoración exacta de los resultados obtenidos, particularmente a largo plazo, debido a que los

pacientes no comprenden la gravedad de la enfermedad que han sufrido y generalmente no cumplen las citas de control que se les dan. Desde la fundación del Instituto Nacional de Radium —hoy de Canceroología— se ha tratado de crear esta política y este criterio de las citas periódicas de control, con el fin de vigilar a los pacientes allí tratados; sin embargo no ha sido posible lograr que nuestro público comprenda la importancia que ello tiene y de ahí que muchos casos se pierden, bien porque la lesión quedó definitivamente curada y el enfermo no consideró necesario su regreso al Instituto, o bien porque al presentarse la recidiva o la metástasis, no tuvo facilidades económicas de transporte para poder trasladarse a su control.

Esto ha impedido valorar plenamente la bondad de los tratamientos y por consiguiente fijar normas exactas y criterios bien regulados. Lógicamente las estadísticas que podamos presentar, ofrecen fallas explicables por estas mismas circunstancias.

En el Instituto se ha practicado la cirugía radical del cuello casi desde su fundación, habiéndose hecho el primer vaciamiento radical el 20 de agosto de 1935, por los doctores José Vicente Huertas y Pablo Tovar Borda. La casuística de los primeros 25 casos intervenidos, está incluida en el trabajo de tesis de uno de nosotros.

Hoy presentamos solamente los resultados que se refieren a los casos tratados en los últimos diez años —1943 a 1952—. Vale la pena destacar el hecho de que este tipo de cirugía se está practicando con mayor frecuencia, por las condiciones anotadas anteriormente y por la mayor indicación que se le da hoy a la cirugía en el tratamiento de estas lesiones cancerosas.

En el período de 1935 a 1940 se operaron 25 casos, lo que da un promedio de 5 casos por año.

En el período de 1943 a 1950 se operaron 52 casos, lo que da un promedio de 6,5 casos por año.

En los años de 1951 y 1952 se ha operado un total de 26 casos, lo que da un promedio de 13 casos por año, o sea que hemos duplicado el volumen quirúrgico con relación a los años anteriores.

Localización. Habiéndose hecho en los últimos 10 años 78 vaciamientos radicales del cuello, encontramos que las localizaciones de los tumores primitivos que hicieron indicar esta intervención, fueron las siguientes:

Lengua	22 casos	28,21%
Piel (cara y cuello)	11 „	14,10%
Labios	10 „	12,82%
Amígdalas	7 „	8,98%
Tiroides	5 „	6,41%
Mejilla (cara interna)	3 „	3,84%
Encía	3 „	3,84%
Piso de la boca	3 „	3,84%
Sin origen aparente	3 „	3,84%
Paladar	2 „	2,57%
Parótida	2 „	2,57%
Utero	2 „	2,57%
Tumores benignos	2 „	2,57%
Fosas nasales	1 „	1,28%
Maxilar inferior	1 „	1,28%
Branquioma maligno	1 „	1,28%

Total 78 casos 100,00%

Llama la atención que los sitios de mayor frecuencia corresponden a la lengua, la piel de la cara y del cuello, los labios, las amígdalas y el tiroides. Creemos sin embargo que la incidencia del cáncer tiroideo es mayor, pero debido a que esta glándula está al alcance del cirujano general, muchos de estos casos no concurren al Instituto.

El cáncer de la lengua es mucho más frecuente de lo que revela el cuadro anterior, debido a que hay una gran proporción de casos, tratados simplemente con radioterapia, dando un gran porcentaje de curaciones. El vaciamiento radical del cuello es empleado solamente en los casos en que haya metástasis cervicales o cuando por la malignidad o tipo del tumor, está indicado el vaciamiento profiláctico. Es esta una de las zonas donde la Radiumterapia encuentra sus mayores indicaciones y donde se observan los resultados más halagadores.

Otro tanto podría decirse del cáncer de la piel y de los labios, que generalmente son tratados simplemente con radioterapia, ya sea con Radium o con Rayos X, sin que sea necesario recurrir a la cirugía radical, mientras no existan metástasis cervicales.

Existe sin embargo una excepción y son los Melanomas Malignos, los cuales exigen siempre un tratamiento radical y tan precoz como sea posible. Si bien es cierto que para estos casos se han indicado tratamientos radioterápicos a base de grandes dosis de irradiación, nosotros

no hemos obtenido los buenos resultados que dicen haber logrado los autores alemanes por este medio. Los americanos han sugerido por otra parte, un tratamiento a base de Vacuna Anti-rábica, el cual hemos empleado en algunos casos, tanto en enfermos que fueron operados, como en otros que se consideraron intratables quirúrgicamente, logrando en ellos la detención aparente de la lesión, por un tiempo que todavía no podemos valorar.

Por todo ello, consideramos que mientras el caso sea operable, este es el tratamiento de elección, haciendo extirpación quirúrgica de la lesión tan amplia como sea posible, acompañada de vaciamiento radical del cuello.

Sobre los 78 casos operados, 10 corresponden a Melanomas Malignos, lo que indica la frecuencia que existe en nuestro medio.

En los casos de Cáncer del tiroides, encontramos que los cinco enfermos tratados fueron sometidos a varias intervenciones, la mayoría de ellas verificadas fuera del Instituto. Fueron resecciones parciales de la glándula, hechas posiblemente por error de diagnóstico y en las que faltó la biopsia previa por punción, o la biopsia por congelación, hecha en el mismo acto operatorio.

Por otra parte, todos ellos eran pacientes cuyas edades oscilaban alrededor de los cuarenta años, lo que nos lleva a pensar que la tiroidectomía en las personas maduras y en los viejos, siempre que sea necesario hacerla, debe hacerse total, si no radical cuando el diagnóstico de presunción sea confirmado por el patólogo.

La frecuencia de metástasis pulmonares y su precocidad en los casos de carcinoma tiroidiano, exigen que se establezca la norma de un examen radiográfico del tórax, previo a toda tiroidectomía en personas de edad o en aquellas que habiendo sufrido por largo tiempo de un bocio o hiperplasia del tiroides, presentan bruscamente un crecimiento rápido de la glándula.

Las posibilidades de tratamiento que han abierto los Isótopos Radioactivos, hacen que la tiroidectomía total esté indicada aún en aquellos casos de cáncer tiroidiano con metástasis pulmonares, pues así el tratamiento quirúrgico puede ser completado con la aplicación de Yodo Radioactivo.

Se habrá observado que mencionamos dos casos de localización primitiva de útero. En realidad, la metástasis ganglionar cervical es excepcional en estos casos, pero puede presentarse, de la misma manera que en algunos casos de carcinoma prostático o en seminomas del testículo.

En los últimos dos años se han hecho seis casos, incluidos en estas estadísticas, de Hemi-maxilectomía Inferior, solos (en casos de tumores benignos) o complementados en el mismo tiempo operatorio con el vaciamiento radical del cuello. Este tipo de cirugía amplía el campo de las indicaciones operatorias para el cáncer oral y abre nuevos horizontes de curación para estos enfermos, quienes se recuperan muy satisfactoriamente y en corto tiempo, a pesar de lo mutilante que pueda considerarse esta intervención.

Por otra parte, la cirugía plástica y el uso de prótesis sintéticas favorece a estos pacientes en su recuperación. En uno de nuestros enfermos hicimos injerto de costilla, en una zona extensa y con excelentes resultados.

Para concluir, presentamos una síntesis de los resultados obtenidos en casos objeto de este estudio.

RESULTADO	TRATAMIENTO		
	Cirugía	Cirugía y Radiot.	Total
Buen resultado, antes 1 año	25—32,05%	13—16,66%	38—48,71%
1 año o más	3— 7,69%	— —	3— 7,69%
2 años o más	3—	2— 2,57%	5— 2,57%
3 años o más	2— 2,57%	—	2— 2,57%
5 años o más	—	1— 1,28%	1— 1,28%
Totales	33—42,31%	16—20,51%	49—62,82%
Recidivas locales antes de 1 año	3— 3,85%	—	3— 3,85%
1 año o más	1— 1,28%	—	1— 1,28%
Recidivas en cuello antes de 1 año	12—15,40%	2— 2,56%	14—17,96%
antes de 2 años	1— 1,28%	—	1— 1,28%
antes de 5 años	—	1— 1,28%	1— 1,28%
Totales	17—21,81%	3— 3,84%	20—25,65%
Metástasis a distancia	3— 3,84%	—	3— 3,84%
Muerte inmediata u operatoria	3— 3,84%	1— 1,28%	4— 5,12%
Buenos resultados en T. Benignos	2— 2,57%	—	2— 2,55%
			78—100,00%
RESUMEN:			
Buen resultado	33—42,31%	16—20,51%	49—62,82%
Recidivas	17—21,81%	3— 3,84%	20—25,65%

Metástasis	3— 3,84%	—	3— 3,84%
Muerte inmediata u operat.	3— 3,84%	1— 1,28%	4— 5,12%
Buen resultado T. Benigno	2— 2,57%	—	2— 2,57%
	<u>58—74,37%</u>	<u>20—25,63%</u>	<u>78—100,00%</u>

BIBLIOGRAFIA

- ACKERMAN and REGATO - Cancer, Diagnosis, Treatment and Prognosis. Edit. Mosby, St. Louis - Reimpresión 1948.
- BIKHAM WARREN STONE - Operative Surgery, Edit. Sauders - Reimpresión 1947.
- CATTELL R. B. - Indications for Neck Dissection in Carcinoma of the Tyroid. - The Journal of Clinical Endocrinology. Sep. 1950.
- CHRISTMAN, OTTOLENGHY, RAFFO - Técnica Quirúrgica. Edit. Ateneo, Buenos Aires, 1946.
- HUERTAS JOSE MIGUEL - Vaciamiento de la Región Lateral del cuello. - Edit. Minerva, Bogotá, 1941.
- IGARZABAL JOSE E. - Tratado de Patología Quirúrgica. Librería Hachette, Bs. Aires, 1946.
- LAHEY FRANK H. - Radical Dissection of the Neck. The Surgical Clinics of North America. Junio, 1949.
- LENORMANT CH. - Resumen de técnica operatoria por los Prosectores de la Facultad de Medicina de París. Edit. Nacional, México, 1947.
- MARQUEZ VILLEGAS CARLOS - Conferencias sobre linfáticos. - Tip. Voto Nacional, Bogotá, 1940.
- MARTIN H. and MORFIT M. - Cervical Lymph Node Metástasis as the first symptom of cancer. Surgery, Gynecology and Obstetrics. Vol. VII, Feb. 1949.
- MORENO MEJIA BERNARDO - Cirugía Radical del Cuello en Cancerología. Edit. Saturno, Bogotá, 1952.
- PACK GEORGE T. and LIVINGSTON E. - Treatment of Cancer and Allied Diseases. Edit. Hoeber, Inc., 1944.
- PRUDENTE A. y MELEGA H. - Neuvelles Techniques Operatoires dans la Chirurgie du Cancer. Masson et Cie., 1951.
- REGATO JUAN A. - Tratamiento de las Adenopatías Metastásicas del cuello. Archivos Cubanos de Cancerología. Oct., Dic., 1947.
- ROUVIERE H. - Anatomie des Lymphatiques de L'home. Masson et Cie. París, 1932.
- SEBILEAU PIERRE - Cáncer de la Lengua, París, 1932.
- SLAUGHTER DANELLY P. - Neck Dissections: Indications and technics. The Surgical Clinics of North America, Feb. 1946.
- TESTUT L. JACOB O. - Anatomía Topográfica. Edit. Salvat, 1950.
- THOREK M. - Modern Surgical Technic, 1949, Edit. Lppincott.

RESUMEN DEL TEMA CIRUGIA DEL DOLOR

CONSIDERACIONES ANATOMICAS

Y FISIO - PATOLOGICAS

SOBRE LAS VIAS DE CONDUCCION DEL DOLOR

DR. R. CARMONA A.

Sherrington divide las diversas sensibilidades en tres (3) grandes grupos:

INTEROCEPTIVAS.—Son las sensaciones viscerales generales que se originan en los órganos internos.

PROPIECEPTIVAS.—Son las sensaciones que se originan en los músculos, ligamentos, huesos, tendones y articulaciones. Informan sobre la posición de un miembro, el tono de los músculos, el esfuerzo de algún músculo, el estado de movimiento o de reposo.

EXTEROCEPTIVAS.—Son las sensaciones que se originan en la piel y en las mucosas y que responden a los estímulos externos. Este grupo de las sensaciones exteroceptivas se divide a su vez en tres grandes tipos: Sensibilidad táctil, sensibilidad al calor y sensibilidad al dolor.

Desde Magendie en 1822 se sabe que las raíces posteriores de la medula espinal conducen la sensibilidad hacia los centros, y Dana en 1886 fue el primero que propuso su sección para el alivio del dolor, con la operación llamada Rizotomía Posterior.

Sherrington con su método de «Sensibilidad Remanente» demostró que a cada raíz posterior corresponde determinado territorio cutáneo llamado dermatoma. Con ese mismo método demostró que el territorio de cada raíz sobrepasa y penetra dentro del territorio de la raíz contigua, tanto la superior como la inferior, de manera que hay territorios cutáneos que pueden tener inervación proveniente de más de una raíz posterior.

Pronto se hizo evidente, debido a estos hechos fisiológicos, que en los casos de dolor somático hay que seccionar no sólo la raíz correspondiente sino también una por encima y otra por debajo de ella. Pero cuando esta regla se aplica a territorios extensos, se puede provocar el peligro de la isquemia medular y el de una laminectomía extensa.

Pero la Rizotomía Posterior no sólo secciona las vías de conducción del dolor sino también las correspondientes a otras sensibilidades, como las táctiles, kinestésicas, barestésicas, miestésicas, de donde se suceden los trastornos consiguientes.

Estudiando la medula espinal se puede demostrar como las fibras de conducción del dolor siguen determinadas vías dentro de esa estructura, descritas así por Crosby:

Las fibras sin mielina, o ligeramente mielinizadas, entran a la medula espinal por la rama externa de la raíz espinal, recorriendo un trecho no mayor de un segmento, las unas hacia arriba, las otras hacia abajo, siempre dentro del Tractus de Lissauer, para dirigirse inmediatamente después a la sustancia gelatinosa de Rolando, donde terminan en neuronas llamadas de primer orden.

Desde la sustancia gelatinosa de Rolando el impulso continúa un corto trecho hasta el Nucleus Propius Dorsalis situado en el asta posterior (Dorsal funicular gray cell body) donde encuentra otra neurona. A partir de esta nueva neurona del asta, posterior el impulso doloroso viaja cruzando la línea media de la medula espinal, por fibras que pasan por la Comisura Blanca Anterior y van a buscar la hemimedula del lado opuesto para engrosar el haz espino-talámico.

El haz espino-talámico está situado en la parte anterior de cada hemimedula, limitado por detrás por las fibras aferentes rubro-espinales y córtico-espinales (haz piramidal) y por fibras aferentes espino-cerebelosas. Por dentro está limitado por fibras de asociación interneuronales del asta anterior y por la misma asta anterior. Por delante está limitado por fibras vestibulo-espinales. Y por fuera está limitado por la porción más anterior del haz espino-cerebeloso.

Quirúrgicamente se limita el haz espino-talámico, cuando se lo va a seccionar en una cordotomía, por una línea recta que prolongase la inserción del ligamento dentado hacia el canal del epéndimo, línea recta que formaría un ángulo de unos 15 grados con otra recta que dividiría la medula espinal en dos porciones iguales, una anterior y otra posterior. Esta recta que se dirige al canal epidurario es el límite posterior del haz espino-talámico.

En las porciones dorsales y cervicales de la medula espinal, la parte más externa y posterior del haz espino-talámico está formada por las fibras de conducción dolorosa provenientes de los segmentos corporales inferiores, es decir, sacras y lumbares. Algo más internamente y más hacia adelante, se encuentran las fibras dorsales. En la par-

te más interna se van acumulando las contribuciones de los segmentos dorsales superior y cervicales.

Esta distribución de las fibras del haz espino-talámico en la medula espinal se conserva hasta el bulbo y aún algo más arriba en la protuberancia. Debemos aquí observar que la llamada cordotomía cervical alta, es decir la que se efectúa en los segmentos cervicales I III, puede interferir con los impulsos aferentes que viajan al centro frénico situado en los segmentos cervicales III y IV.

La disposición anatómica del haz espino-talámico en el bulbo ha sido estudiada con técnicas de Marchi, tanto en el *Macacus Rhesus* como en personas muertas después de cordotomía.

Tales estudios muestran como el haz espino-talámico en el bulbo adopta una situación superficial, viajando entre la Oliva Bulbar y el Cuerpo Restiforme por fuera y la Sustancia Reticular del Bulbo raquídeo por dentro. También se conserva aquí la laminación de las fibras que provienen de los segmentos sacros, lumbares, dorsales y cervicales, siendo las sacras las más superficiales, siguiendo algo más adentro las lumbares, luego las dorsales y, por último, confundidas con la sustancia reticular, se encuentran las fibras que conducen el dolor provenientes de los segmentos cervicales.

La sección del haz espino-talámico a este nivel del bulbo raquídeo, o tractotomía bulbar del haz espino-talámico, ha sido intentada desde hace unos 20 años. Inicialmente se practicaba una incisión de 4 o 5 mm., en un punto del haz correspondiente a la unión del tercio medio con el tercio inferior de la Oliva Bulbar, y detrás de ella, casi hasta el surco posterior y externo. Con ello se obtuvo analgesias por encima del hombro.

D'Errico propuso entonces volver a hacer la incisión en el sitio primitivo, en la unión del tercio medio con el inferior de la Oliva, con una profundidad de hasta 5 mm., limitada por delante por la Oliva y limitada atrás por las raíces del vago, con lo cual se obtiene analgesia hasta el mentón y el vértex.

En la Protuberancia Anular, o Pons de los autores anglo-sajones, la distribución del haz espino-talámico es tan complicada y tan mezclada a otras vías aferentes y eferentes que no resulta práctico intentar en ella la sección de dicho haz.

El haz espino-talámico también ha sido seccionado en el mesencéfalo por Dogliotti con técnica modificada luego por Walker. A este nivel ya se han juntado al haz espino-talámico las fibras trigeminales

que conducen la sensibilidad de la cara. Por esto la tractomía mesencefálica, produce una hemianalgesia de todo un lado del cuerpo, y es uno de los inconvenientes que se le encuentra.

En el mesencéfalo el haz espino-talámico sigue un trayecto superficial muy preciso sobre el pedúnculo cerebral desde el surco lateral hacia adentro, hacia la base del tubérculo cuadrigémino anterior. Su profundidad o grosor es de unos 6 milímetros en el hombre.

Finalmente, el haz espino-talámico termina en el Tálamo en el nucleus ventralis postero-lateralis de la terminología de Walker, y algunas fibras que traen sensibilidad de la cara terminan en el nucleus ventralis postero-medialis. Como sus nombres lo indican, estos núcleos están situados en la cara inferior del tálamo, en su porción más posterior.

Spiegel y sus colaboradores trabajan en la actualidad perfeccionando un instrumento estereo-táxico que les permita llegar, a través de agujeros de trepanación en el cráneo, hasta la terminación del haz espino-talámico en el tálamo, por medio de finas agujas que permitan la fulguración o destrucción eléctrica de los núcleos terminales de la sensibilidad dolorosa, para obtener, al igual que los métodos ya esbozados de la cordotomía y la tractotomía, una hemianalgesia en el lado opuesto del cuerpo humano.

RIZOTOMIAS Y CORDOTOMIAS

DR. L. C. POSADA G.

La Rizotomía o Sección de las Raíces Posteriores es una intervención que se practica para aliviar el síntoma dolor en una gran variedad de enfermedades en las que el dolor es predominante: Cáncer, Tabes dorsales, Compresiones radiculares por tumores, osteítis, inflamaciones; Neuralgia del trigémino ciática, neuralgia glossofaríngea, neuralgia post-herpética.

Hemos aplicado el principio de «Sensibilidad Remanente» de Sherrington y en toda rizotomía hemos seccionado al menos tres raíces, excepción de la ciática y de las neuralgias del trigémino o del glossofaríngeo.

La rizotomía se puede practicar pre-gangliónica, extra o intradural; cuando se necesita seccionar más de tres raíces es preferible practicarla intradural con una laminectomía amplia.

La rizotomía es una intervención que da magníficos resultados para tratar cualquier dolor somático, y tiene un uso especial cuando el dolor se localiza en la cara, nuca, tronco o en los casos de neuralgia glossofaríngea, auricular, temporal u occipital.

El dolor referido a la cara, cabeza, nuca y cuello sigue las vías aferentes del V y IX pares craneanos, a los cuales se acompañan las fibras simpáticas. El dolor referido a la nuca sigue las cuatro primeras raíces posteriores cervicales.

Las vías del dolor en el V par tienen sus células de origen en el ganglio semilunar y las fibras salidas de estas células se dividen en ascendentes cortas y descendentes largas. Las primeras terminan en el núcleo central sensorial en la protuberancia, en cambio que las descendentes corren por un tractus que se llama raíz descendente del trigémino o raíz bulbo-espinal del trigémino.

De esto se desprende que la rizotomía trigeminal se puede practicar postganglionariamente a nivel de ganglio de Gasser o por delante de él por avulsión de los nervios supra o infra— orbitarios, mandibular o maxilar. Y se puede practicar postganglionariamente siguiendo la técnica de Dandy, con craniotomía de la fosa posterior, seccionando las dos terceras partes del nervio en su emergencia de la Protuberancia, cuidando de dejar intacta la raíz motora. Por último, practicando una tractotomía bulbar para-olivar posterior, dos o tres milímetros por encima o por debajo del polo inferior de la oliva bulbar.

Las fibras dolorosas del glosso-faríngeo son aferentes viscerales generales, ellas inervan parte posterior de la faringe, lengua por debajo de la línea ectodermo-endodermo. Las células de origen se encuentran en el ganglio petroso y de allí se dirigen a la sustancia gris del Fascículus Solitarius. Hay otras fibras somáticas aferentes en el nervio glossofaríngeo que se originan en las terminaciones nerviosas de la piel del oído externo.

De aquí se deduce que para lograr un alivio permanente en un dolor que afecte las distribuciones dermatoméricas del IX par, garganta, base de la lengua, oído externo y faringe, es preciso practicar una intervención intra-craneana en la fosa posterior, seccionando las raíces del IX par en su emergencia del surco lateral del bulbo, inmediatamente por debajo de la Protuberancia Anular. Si esta intervención se prac-

tica bilateralmente hay que respetar las fibras del vago, porque la sección de ambos vagos es incompatible con la vida.

De ninguna manera recomendamos la alcoholización del IX par por los peligros que acarrea, dadas las vecindades de centros vitales como el Bulbo, el nervio vago y el IV ventrículo.

El dolor de la neuralgia occipital es llevado por fibras aferentes viscerales generales de los nervios occipital mayor y menor y por el auricular mayor, que se originan en las primeras raíces cervicales. El dolor se irradia desde la parte superior de la nuca, posterior de las orejas, y desde el occipital y el vértex. Este tipo de dolor se trata quirúrgicamente con una rizotomía de las tres primeras raíces posteriores cervicales. Si el dolor solo se refiere a uno de los nervios occipitales o auriculares, se suprime con la avulsión de éstos.

Las rizotomías para dolor en extremidades superiores deben ser extensas abarcando desde C III hasta D I. Son peligrosas por la isquemia que pueden provocar en la medula y por los trastornos tróficos que acarrea. En el miembro fantasma son inoperantes. Las rizotomías de una o dos raíces posteriores para suspender un dolor muy localizado en mediano, cubital o radial son aconsejables pero de muy poco uso en la práctica. En general, para dolores intensos de miembro superior, seccionando el haz espinotalámico a nivel del segmento cervical I, o también una tractotomía bulbar o mesencefálica.

Las rizotomías en tórax y tronco son muy efectivas para suspender tanto el dolor visceral como el somático. En estos casos siempre preferimos las rizotomías amplias, de más de tres raíces, intramedulares, practicando una laminectomía. En casos de dolor muy localizado a una dermatoma torácica o abdominal, resecamos extraduralmente la raíz periférica correspondiente como también una por encima y otra por debajo. Las alcoholizaciones y novocainizaciones son métodos terapéuticos sencillos, efectivos y de uso diario, pero de efectos pasajeros.

Las rizotomías para dolores en miembros inferiores tienen su principal uso en la ciática, pero no todos los autores están acordes en este punto. Nosotros preferimos tratar la causa de la ciática: TBC, hernia del núcleo pulposo, sacralizaciones, lumbalizaciones, hipertrofia del ligamento amarillo, artritis reumatoides, espina bifida oculta, estrechamientos de los agujeros de conjugación, várices epidurales, espíndilolistesis, tumores extra- o intra- medulares, operado directamente sobre estas entidades.

Para los dolores intensos pélvicos y de los miembros inferiores cuya causa no tiene tratamiento, preferimos la cordotomía dorso-cervical o cervical superior, bilateral, seccionando los haces espino-talámicos en dos segmentos distintos de la medula.

El dolor llamado simpático lo tratamos con simpaticectomía lumbar para los miembros inferiores, tóraco-lumbar para abdomen, pélvis y miembros inferiores, tocácica para tórax, torácica superior para miembro superior, tóraco-cervical para corazón y pleura, y para cuello y en-céfalo la hacemos estelar con cervical medio y superior.

CARDOTOMIAS

Del mejor entendimiento de la fisiopatogenia del dolor durante los últimos 25 años y de la precisión anatómica de las vías aferentes y eferentes del dolor somático y visceral en la medula, se dedujo que la sección del haz espino-talámico intramedular (cordotomía) produciría un alivio electivo sobre el síntoma doloroso.

La cordotomía se lleva a efecto por medio de una laminectomía total bilateral de las dos o tres primeras vértebras cervicales, o de dos vértebras cervicales y la primera dorsal. En seguida se incide la dura longitudinalmente y, sin herir la aracnoides, se repara el ligamento dentado en el sitio de su inserción dural, usando una pinza recta y seccionando por fuera de la pinza. Luego se hace rotar la medula para visualizar su cara anterior, y para ello se jala de la pinza que repara el ligamento dentado al mismo tiempo que se introduce el mango del cuchillo por el lado opuesto de la medula; así queda a la vista la raíz motora, liberando ésta de sus envolturas aracnoideas para mejor visualización.

A la vista del operador queda entonces el cordón antero-lateral de la medula. Antes de proceder a su sección se marca, con cera de hueso, una distancia de 4 a 5 mm., en la punta de un cuchillo de Parker N^o 11, teniendo en cuenta el mayor o menor diámetro de la medula. Con este cuchillo se incide la aracnoides y luego la piamadre a nivel de la inserción medular del ligamento dentado, y en este momento se hace la incisión en el cuadrante antero-lateral de la medula, llevando el cuchillo de manera que su punta emerja uno o dos milímetros por delante del origen del nervio motor, respetando siempre la raíz motora y escogiendo un punto medular poco vascularizado, visualizando siempre la arteria espinal anterior.

Una sección semejante del haz espino-talámico se practica en el cordón antero-lateral del lado opuesto teniendo siempre como regla hacer esta nueva sección uno o dos segmentos medulares por encima o por debajo de la primitiva, y respetando siempre los segmentos medulares de la innervación diafragmática (C3 y C4).

En ocasiones hemos seccionado una o dos raíces posteriores somáticas para evitar las radiculalgias post-operatorias, pero esto no es necesario cuando se ha tenido suficiente cuidado de no traumatizar las raíces ni la medula. La dura se satura firmemente con seda. Las partes blandas se suturan por planos, también con seda.

Preferimos siempre la anestesia local a cualquiera otra, y con ello obtenemos la colaboración del enfermo durante todo el acto quirúrgico para observar, basados en el control neurológico de las sensibilidades, los resultados inmediatos de la intervención, averiguando con el enfermo si el dolor desapareció total o parcialmente, y el nivel superior de la zona termo-anestésica. Si el dolor persiste o el nivel superior es muy bajo, como por ejemplo infra-umbilical, rectificamos la profundidad del corte medular introduciendo el cuchillo de Parker a mayor profundidad o haciendo que su punta emerja por delante de la raíz motora, hasta lograr una termo-anestesia total por debajo de la dermatoma dorsal 5ª.

Con este tipo de cordotomía cérvico-dorsal preferimos tratar el síntoma dolor de cualquiera afección pélvica o de miembros inferiores. Para tratar el dolor torácico hasta clavícula y el dolor en miembro superior, preferimos la cordotomía cervical superior en los segmentos C1 y C2 usando una técnica semejante, aunque en ocasiones reseca- mos también el borde posterior del agujero magno.

Preferimos la cordotomía bilateral aun para el dolor unilateral porque la experiencia nos ha demostrado en el cáncer que el dolor tiende a hacerse bilateral o se propaga por metástasis a sitios cercanos o lejanos. Hemos tenido buena experiencia en cordotomías unilaterales para herpes zóster, en cambio en las crisis lancinante del tabes dorsalis la cordotomía debe ser siempre bilateral.

Hemos usado la cordotomía como tratamiento quirúrgico del dolor intratable médicamente en el cáncer abdominal, pélvico, óseo, torácico; en neuralgias herpéticas, en tales dorsalis, reumatismo deformante doloroso, queloide doloroso, artritis a TBC, espíndilo-listesis a TBC, lesiones del cono medular o de la cola de caballo intratables por otros

medios. No tenemos experiencia en prurito, ni eczema doloroso ni en miembro fantasma doloroso.

Durante la post-operatoria se coloca al enfermo en decúbito dorsal evitando los movimientos de la columna vertebral, bajo antibióticos, dieta seca y posición semisentada del tercer día en adelante para evitar las fístulas de LCR, con analgésicos para la herida quirúrgica. Se usa sondaje de marea en los casos que presentan paresias o parálisis post-quirúrgicas. Debe usarse la movilización precoz en la cama.

Las complicaciones más frecuentes en nuestra experiencia son las paresias o parálisis de miembros inferiores y los trastornos vesicales con retención de orina y vejiga neurogénica. Las fístulas de LCR, son poco frecuentes y ceden a la terapéutica anteriormente anotada. Los resultados inmediatos de este tipo de intervenciones es en general excelente o bueno, y el enfermo suspende radicalmente los estupefacientes. Hay aumento del apetito, y si la enfermedad no es curable por lo menos cesa el sufrimiento, y el enfermo puede gozar de sus días restantes en condiciones completamente diferentes, al igual que sus familiares. Y el médico cumple su misión: «Sedare dolorem opus divinum est».

CIRUGIA DEL DOLOR INTRATABLE POR MEDIO DE LAS TRACTOMIAS RIZOTOMIAS

DR. E. BUSTAMANTE Z.

Vamos a considerar el dolor intratable como una entidad independiente que lleva al neurocirujano a suprimirlo sin tener en cuenta la etiología del mismo. Al cirujano sólo le interesa en este caso la localización del dolor para elegir el tipo de intervención adecuada. Es necesario, sin embargo, antes de recurrir a tratamiento quirúrgico, definir los siguientes puntos:—1). Que el dolor no ceda a ningún otro procedimiento, como radioterapia en el caso del cáncer. 2). Que la intensidad del mismo es suficiente para justificar un procedimiento muchas veces difícil y arriesgado, y que puede dejar algunas secuelas definitivas, como paresias o trastornos esfinterianos, afortunadamente en po-

cos casos. 3). Que el período de supervivencia de un paciente con cáncer, por ejemplo, sea lo suficientemente largo para justificar la intervención. Ella estará contraindicada en enfermos de cáncer caquectizante, con anemia acentuada, no sólo por el mayor riesgo operatorio, sino porque la supervivencia de estos pacientes está reducida generalmente a unas pocas semanas.

Para efectos del tratamiento quirúrgico se puede hacer una división según la localización del dolor, en tres grandes grupos:

- a) Cráneo y cara, lengua, garganta y cuello;
- b) Hombro, miembro superior y región alta del tórax; y
- c) Tronco y miembros inferiores.

Para cada una de estas localizaciones están indicadas técnicas distintas, que dependen de la altura a que tiene que ser abordada la vía sensitiva central o de las raíces o nervios que tienen que ser seccionados para suprimir el dolor.

Nos ocuparemos ahora de los distintos procedimientos quirúrgicos empleados para tratar el dolor en las dos primeras localizaciones anotadas. Tales procedimientos comprenden:

- 1) Las intervenciones hechas sobre el cerebro mismo: Lobotomía, Resecciones corticales y Talamotomías;
- 2) Las secciones de la vía sensitiva en el tronco encefálico: Tractomías encefálica y bulbar, y
- 3) Las secciones de los nervios sensitivos craneanos y de las primeras raíces cervicales.

LOBOTOMIA. — La lobotomía como procedimiento para el tratamiento del dolor se usó durante algún tiempo con resultados al parecer halagadores. Actualmente se ha demostrado que esta intervención suprime el sufrimiento del paciente mientras se encuentre con las alteraciones mentales que provoca siempre la lobotomía. Inmediatamente el paciente vuelve a su estado mental normal, el dolor reaparece. Por consiguiente, consideramos que actualmente las únicas indicaciones de la lobotomía en caso de dolor puramente físico son los carcinomas inoperables, considerados más o menos rápidamente mortales, con supuesta supervivencia no mayor de 3 a 4 meses. Esto se aplica sobre todo a pacientes en malas condiciones, porque la lobotomía es una intervención más sencilla y mejor tolerada que una cordotomía, por ejemplo.

Por tratarse de una intervención ampliamente conocida no queremos entrar en detalles de técnica quirúrgica. Nosotros seguimos siempre la técnica de Poppen, haciendo dos orificios de trepanación

parasagitales, por delante de la sutura coronaria y haciendo el corte de la sustancia blanca del lóbulo frontal, siguiendo el plano de la misma sutura y pasando por delante del cuerno frontal del ventrículo lateral.

En el servicio de Neurocirugía hemos efectuado 9 lobotomías para dolor, con los resultados transitorios enunciados.

RESECCIONES - TALAMOTOMIAS

Se ha ensayado, para tratamiento del dolor, la resección del área post-central, sensitiva (Gutiérrez-Mahoney-1942), procedimiento que el mismo autor ha abandonado por los fracasos casi constantes del método. Se ha hecho también la topectomía, o resección de la corteza correspondiente a las áreas frontales 9 y 10, como modificación de la lobotomía, con resultados desalentadores también a la larga. Esta intervención tiene el inconveniente de ser un procedimiento quirúrgico largo, que requiere la ejecución de colgajos óseos frontales bilaterales, con un trauma quirúrgico mayor que el de una lobotomía. En el servicio de Neurocirugía sólo hemos practicado una topectomía para linfoscoma de la axila, con muerte pocos días después por meningitis.

La Talamotomía es un procedimiento todavía en experimentación, pero con resultados que parecen hasta ahora prometedores. Consiste en la ablación quirúrgica o electrocoagulación del núcleo mediano del tálamo, núcleo sobre el que se proyectan precisamente las fibras que vienen del lóbulo frontal. No tenemos ninguna experiencia sobre esta técnica.

TRACTOTOMIA MESENCEFALICA. — La tractotomía mesencefálica está indicada especialmente en los casos con dolor que abarca el hombro y miembro superior. En realidad esta intervención suprime la sensibilidad dolorosa y térmica en toda una mitad del cuerpo. Teóricamente, entonces, serviría para todo tipo de dolor unilateral de cualquiera localización. Pero en dolores del tronco y miembros inferiores debe practicarse la cordotomía que es un procedimiento más sencillo. Igualmente, en los fenómenos dolorosos de la cara, garganta y cuello, hay también otros procedimientos como la rizotomía del trigémino, del glossofaríngeo, que pueden hacerse más fácilmente.

La tractotomía fue ideada por Dogliotti en 1938, y fue modificada por Walker en 1942, según la técnica que vamos a describir.

En esta operación se pretende seccionar la vía sensitiva espino-talámica y trigeminal en el mesencéfalo, por donde corren juntas. Pa-

ra ello se practica una craniotomía occipital hasta descubrir el polo occipital del cerebro. Descubierta éste, se levanta y, siguiendo el polo formado por la tienda del cerebelo, se llega hasta la región peduncular. Se identifica los tubérculos cuadrigéminos, la salida del IV par y la arteria cerebelosa superior. En seguida se hace una incisión sobre el pedúnculo, desde el surco lateral hacia adentro, hacia la base del tubérculo cuadrigémino anterior, con una profundidad de unos 5 mm. esta operación da una anestesia cruzada, de manera que debe hacerse al lado opuesto del dolor.

En el servicio de Neurocirugía no hemos tenido todavía ningún caso en el que pudiera estar indicada.

TRACTOTOMIA BULBAR. — Se llama así a la sección del haz espinal del trigémino en el bulbo. Fue ideada por Sjoqvist en 1938, para tratamiento de las neuralgias del trigémino. Para este objeto nos parece preferible la rizotomía retrogasseriana de Frazier. La tractomía bulbar estaría indicada en los casos de dolor que abarque no solo la cara sino la garganta y el cuello, por la posibilidad de ejecutar simultáneamente la sección de la vía trigeminal, la sección del glosofaríngeo y, si es necesario, la de las primeras raíces cervicales posteriores. En estos casos la hemos utilizado nosotros.

Para ejecutar esta operación se hace una craniotomía de la fosa posterior con resección del borde posterior del agujero occipital y del arco posterior del atlas. Si se quiere hacer rizotomía cervical se resecan también las láminas de la 2ª y 3ª vértebras cervicales. Abierta la meninge, se descubre el ángulo inferior del IV ventrículo y, a 4 o 5 milímetros por debajo de éste, y hacia afuera sobre el tuberculum cinereum, se hace una incisión de 3 o 4 milímetros de profundidad y 5 milímetros de extensión. Si se quiere seccionar el glosofaríngeo se rechaza el cerebelo hacia arriba, descubriendo los pares craneanos IX, X y XI. Identificado el primero, se corta entre dos clips de plata. De la misma manera se puede identificar las primeras raíces cervicales y seccionar el número necesario según la extensión del dolor.

Hemos practicado esta intervención en dos ocasiones para cáncer de la cara, con dolores irradiados a la base de la lengua y al cuello en un caso, y al cuello únicamente en el segundo caso. En el primero se hizo la tractomía y sección del glosofaríngeo y de las 3 primeras raíces posteriores cervicales con buen resultado en cuanto al dolor, pero el paciente murió al 5º día, de meningitis, ya que el hueso occipital se encontró invadido e infectado durante la trepanación. El segundo ca-

so no sufrió sección glosofaríngeo, actualmente lleva tres meses de operado y se mantiene sin dolor.

RIZOTOMIA DEL TRIGEMINO. — Esta operación está indicada en todo tipo de dolor que afecte el territorio del V par, no tratable por otros medios.

La sección del trigémino puede hacerse en la fosa media (Operación de Frazier), o en la fosa posterior (Operación de Dandy). Nos parece preferible la vía temporal por ser más sencilla y porque da siempre buenos resultados.

La técnica es la siguiente:— A través de una craniectomía temporal, cuyo borde inferior llega a la base del cráneo, se desprende la meninge hasta encontrar el agujero redondo menor, por donde penetra la arteria meníngea media. Ligado y seccionada ésta, se encuentra luego la tercera rama del trigémino, la cual se sigue hacia arriba hasta descubrir la segunda rama y por último el ganglio de Gasser. Se abre en cruz la hoja que lo recubre y se ponen al descubierto las fibras post-ganglionares en forma de abanico, y estas se seccionan en la cantidad necesaria, según la extensión del dolor, respetando siempre la rama motora, fácilmente identificable.

Esta intervención puede dar como complicaciones una parálisis facial, en veces definitiva, o lesiones de la córnea por la anestesia de la misma cuando se secciona las fibras que corresponden a la primera rama del trigémino.

Hemos operado en el Servicio de Neurocirugía 9 casos: 2 carcinomas de la cara, 2 neuralgias postherpéticas y 5 casos de neuralgia esencial del trigémino. En todos ellos, menos en las neuralgias postherpéticas, el dolor ha desaparecido. No hubo mortalidad operatoria ni complicaciones oculares. Un caso (carcinoma) quedó con parálisis facial.

SERVICIO DE NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL DE S. VICENTE

Cuadro que resume los resultados obtenidos en Cirugía del Dolor

Hist. N° Nombre	Diagnóstico	Intervención	Complicaciones	Resultado
2 F. V.	Carcinoma Cérvix	Cordotomía D1 y D2	Ninguna	Bueno, para dolor
14 L. F. P.	Cáncer pulmón	Lobot. Bilateral	Incont. orina	No se queja de dolor Muerte a los 3 meses
19 R. Z.	Trauma cola de caballo	Cordot. C7 y D1	Incont. orina	Bueno, para dolor
30 E. A. V.	Sarcoma brazo izquierdo	Lobot. Bilateral	Confusión mental	Bueno, para dolor
45 B. A. G.	Sarcoma axila izquierda	Topectomía frontal Bilateral	Excitación	Muerte a los 4 meses Muerte a los 13 dias
125 M. B. C.	Neo cérvix	Lobot. Bilateral	Desorientación	No se queja de dolor
178 R. A.	Neo cérvix	Lobot. Bilateral	Desorientación	No se queja de dolor
181 B. R.	Neo cérvix	Cordot. C5 y C7	Ninguna	Bueno, para dolor
189 M. M.	Neo cérvix	Lobot. Bilateral	Desorientación	Muerte a los 18 dias
209 E. C.	Neo Rinofaringe	Tractomia bulbar y Rizotomía C2 y C3	H i p o - Meningitis	Muere a los 4 dias
210 E. T.	Neo cérvix	Cordot. C7 y D1	Ninguna	Bueno, para dolor
220 A. M.	Neo cérvix	Cordot. C7 y D1	Incont. orina	Bueno, para dolor
322 T. V.	Neo cérvix	Cordot. C4 y C6	Radiculitis sup.	Bueno, para dolor
261 R. E. A.	Neo cérvix	Lobot. Bilateral	Incont. orina	Bueno, para dolor
284 R. C.	Neo cérvix	Lobot. Bilateral	Desorientación	Muerte a los 7 dias
268 R. V. P.	Neo cérvix	Cordot. C7 y D2	Fístula LCR	No se queja de dolor Muere a los 14 dias
314 T. O.	Neo cérvix	Cordot. C4 y C6	Pares. Miembro Sup. izquierdo	Bueno, para dolor
315 A. T.	Neo cérvix	Cordot. C7 y D1	Ninguna	Bueno, para dolor
362 V. C.	Linfosarcoma cuello	Cordot. C7 y D2	Reten. orina	Bueno, para dolor
375 R. J.	Neo cérvix	Cordot. C7 y D1	Ninguna	Bueno, para dolor
408 A. F.	Neo vesical	Cordot. C7 y D1	Radiculalgias	Muere a los 5 dias
485 E. C.	Neo gástrico	Cordot. C7 y D1	Miemb. superiores	Bueno, para dolor

ESOFAGO-COLO-YEYUNOSTOMIA CON FORMACION DE UN NEO-HIATO

Comunicación preliminar de la conducta que hemos adoptado para el tratamiento quirúrgico del carcinoma gástrico.

ADOLFO VELEZ GIL y

HERNANDO GALLO ZULUAGA

Del Servicio de Gastroenterología del
Hospital de San Juan de Dios de Cali.

Desde hace cuatro años estamos trabajando en cirugía del cáncer del estómago; hemos sido desde el comienzo defensores de la gastrectomía total, la que casi siempre practicábamos por vía abdominal con esófago-yeyunostomía. En julio 18 de 1952 uno de nosotros (Gallo), hizo una esófago-gastrectomía (total de estómago), para un carcinoma de tercio inferior de esófago y techo gástrico, utilizando el colon transverso anastomosándolo al esófago y al duodeno. En noviembre del mismo año se reopera el enfermo por presentar una estenosis en la anastomosis colo-duodenal; se encontró una recidiva en este sitio y metástasis en el lecho gástrico. Se hizo una derivación del neo-estómago (colon) al yeyuno latero-lateral y el enfermo falleció en enero de 1953. En algunos casos de gastrectomía total hemos tenido recidivas en la unión del esófago al yeyuno y en el que utilizamos colon transverso tuvimos recidiva en la anastomosis colo-duodenal.

A raíz de los fracasos que hemos tenido con la gastrectomía total ya en carcinomas avanzados, como en los que pudiéramos llamar de diagnóstico precoz o de carcinoma incipiente de los cuales presentamos los estudios radiológicos de los dos últimos casos y resumimos las historias, hemos resuelto dar un paso adelante y hacer una cirugía más radical, pues las gastrectomías totales y subtotales que se practican actualmente no nos han dejado satisfechos. Consideramos que no podemos quedarnos con la cirugía actual, sino que debemos buscar una nueva solución haciendo resecciones más amplias.

Por esto hemos adoptado las siguientes normas para el tratamiento quirúrgico del carcinoma gástrico:

A) Gastrectomía total, resección del esófago sub-aórtico, la mayor cantidad de duodeno posible y esplenectomía en todos los casos, sea cual fuere el tamaño de la lesión. Sólo una cirugía amplia puede darnos mejores resultados en el carcinoma gástrico.

B) Utilización del colon transverso en todos los casos con anastomosis término-lateral del esófago al colon y termino-lateral del colon al yeyuno. El colon transverso nos presta una gran ayuda para hacer una cirugía más radical y hemos observado que los enfermos con colon marchan mejor que los enfermos con yeyuno.

C) Alejar el neoesófago-estómago así formado del hueco epigástrico llevándolo por la parte lateral del tórax a un nuevo hiato en el diafragma y seguir por la región lateral del abdomen hasta el yeyuno. Así se podría evitar las recidivas duodenales y en los casos malos que seguramente tendremos, lograr que las recidivas locales gasten más tiempo en estenotar el neo-esófago-estómago y se consiga aumentar la supervivencia.

DESCRIPCION DE LA TECNICA

Incisión torácico-abdominal o torácica.

Desprendimiento colo-epiploico. Liberación del esófago y sección de éste entre dos ligaduras y protección de los cabos con preservativos. Liberación del techo gástrico y esplenectomía. Limpieza del tronco celiaco y sus ramas, ligadura de la coronaria. Limpieza de la hepática y resección de epiplón gastro-hepático. Disección, corte y cierre del duodeno. Movilización de los ángulos esplénico y hepático del colon. Corte del segmento de colon a utilizar y anastomosis término-terminal para restablecer la continuidad del colon. (Véase foto N^o 1). Cierre del extremo distal del segmento de colon. Anastomosis termino-lateral de esófago a colon. (Véanse fotos Nos. 2 y 3). Anastomosis término-lateral del extremo proximal del segmento de colon al yeyuno. (Véase foto N^o 4). Cierre del hiato esofágico y fabricación del nuevo. (Véase foto N^o 5). Cierre de la pared..

CASUISTICA

Caso N^o 1.—Historia clínica N^o 13864. J. R. 45 años. Agricultor. Natural de Guaitarilla (Nariño).

Evolución de la enfermedad: 2 años. Dolor epigástrico que aparecía después de las comidas. Julio 12/52: radiografías de estómago y duodeno con diagnóstico de ulcus de la pequeña curva. Se le trata como ulceroso. A los dos meses, disfagia para los sólidos y regurgitaciones. Septiembre 23/52: radiografías con diagnóstico de carcinoma de techo gástrico. Hace un mes, disfagia para los líquidos. Noviembre 15/52: radiografías con diagnóstico de carcinoma de cardias y techo

gástrico. Estudio complementario y pre-operatorio de rutina. Diciembre 3/52: toracotomía con resección de la séptima costilla izquierda; tumor de techo gástrico y cardias; se hace gastrectomía total, resección del tercio inferior del esófago, esplenectomía; con esófago-colo-yeyunostomía S. T. Diciembre 15/52: control radiográfico con buen funcionamiento de la anastomosis. Enero 17/53: se da de alta en buenas condiciones. Diagnóstico anatomo-patológico: Adenocarcinoma indiferenciado de techo gástrico y cardias.

Caso N^o 2.—Historia clínica N^o 13714. E. G. 54 años. Negociante. Natural de Cali.

Evolución de la enfermedad: 8 meses. Fatiga epigástrica y a veces vómitos. Desde hace dos meses: dolor epigástrico continuo; estreñimiento de siete días; pérdida de peso (8 kilos). Se palpa masa epigástrica, móvil, lisa, de tamaño de 5 x 8 centímetros. Febrero 6/53: radiografías de estómago y duodeno con diagnóstico de cáncer del antro pilórico. Febrero 11/53: incisión abdomino-torácica; tumor del antro pilórico; se hace gastrectomía total, esplenectomía, resección del tercio inferior del esófago; con esófago-colo-yeyunostomía S. T. Febrero 27/53: control radiográfico del tórax con diagnóstico de derrame pleural izquierdo; drenaje de tórax con aspiración; antibióticos. Abril 9/53: evoluciona favorablemente. Diagnóstico anatomopatológico: Adenocarcinoma del antro-pilórico.

Caso N^o 3.—Historia clínica N^o 15170. A. M. 42 años. Obrero. Natural de Guacarí (Valle).

Evolución de la enfermedad: 3 años. Dolor epigástrico que calma con la ingestión de comidas; agrieras y vómitos; períodos de calma. Desde hace 8 meses vomita frecuentemente. Hace un mes vomita todo lo que come; enflaquecimiento extremo. Enero 20/53: radiografías con diagnóstico de estenosis pilórica e infiltración del antro pilórico. Febrero 12/53: incisión abdomino-torácica; tumor pequeño del antro pilórico; se hace gastrectomía total, esplenectomía y resección del tercio inferior del esófago con esófago-colo-yeyunostomía S. T. Febrero 24/53: control radiográfico con buen funcionamiento de la anastomosis. Marzo 6/53: se da de alta en buenas condiciones. No hay examen anatomopatológico.

Caso N^o 4.—Historia clínica: Pensionado. M. M. 50 años. Agricultor. Natural de Tuluá (Valle).

Evolución de la enfermedad: 1½ años. Dolor epigástrico, anorexia, enflaquecimiento, vómitos frecuentes. Julio/52: radiografías con

diagnóstico de cáncer del antro pilórico. El vómito se hizo más frecuente y el enflaquecimiento más extremo. Enero/53: radiografías con diagnóstico de cáncer del antro pilórico; exámenes complementarios y preoperatorio de rutina. Marzo 19/53: incisión abdomino-torácica; tumor del antro pilórico; se hace gastrectomía total con esófago-colo-yeyunos-tomía S. T. Marzo 31/53: control radiográfico con buen funcionamiento de la anastomosis. (Véase foto N° 6). Abril 2/53: se da de alta en buenas condiciones. Diagnóstico anatomopatológico: Adenocarcinoma del antro pilórico.

RESUMEN Y COMENTARIO

Presentamos una técnica de cirugía para carcinoma gástrico.

Presentamos tres casos operados con esta técnica que evolucionan bien hasta ahora. Hemos observado que estos enfermos andan mejor que aquellos en los que hemos utilizado yeyuno.

Conclusiones definitivas, ninguna; el tiempo lo dirá.

BIBLIOGRAFIA

- DAVID STATE, M. D. - THOMAS BARCLAY, M. D. - WILLIAM D. KELLY, M. D.
- Gastrectomía total con utilización de un segmento del colon transverso para reemplazar el estómago extirpado. - Anales de Cirugía. Vol. 10 N° 12 de diciembre de 1951.
- Sur 28 cesophagoplasties préthoraciques avec le colon, pratiquées pour cancer de l'oesophage. Enquête chirurgicale de J. C. Hudler, avec la collaboration de M. M. J. L. LORTAL, JACOB, MIALARET, A. MOUCHET, POLLEX, FRILEUX, RENDON, DENOIX et MONOD-BROCA. Revue de Chirurgie. Juillet-Aout 1951.
- GALLO Z. HERNANDO - Un caso de cáncer de estómago y tercio inferior de esófago en el que se utilizó el colon transverso. En prensa.
- VELEZ ADOLFO - Gastrectomía total en cáncer gástrico. Comunicación al Congreso de Gastroenterología de Cartagena. Marzo de 1952.