

Lesiones rádicas abdominales * **

Nota preliminar

Dres. JULIO MAÑANA y ADOLFO VACCAREZZA

Las lesiones rádicas abdominales configuran una entidad clínica, etiológicamente bien conocida, con alta morbilidad e inclusive mortalidad, cuya terapéutica presenta problemas de difícil resolución.

No es un tema nuevo a esta Sociedad de Ciruja, ya que en el año 1930 el Dr. Vázquez Riolfi (10) hace mencisin a la rectitis estenosante por diatermia. Stajano (8, 9) en 1931 y en 1945 se refiere a las lesiones rádicas y a la cancerización de estas heridas. En el año 1942, Frangela (6) describe con precisión las lesiones rádicas en los distintos órganos abdominales. Y por último, Leborgne (7) presenta en 1949 una casuística de su Servicio.

Este trabajo presenta algunas de las complicaciones de la radioterapia sobre la cavidad abdominopélvica. No se trata de una crítica a este método terapéutico. Todas las clínicas radioteraputicas presentan este tipo de complicaciones. Como bien dice Carlos Dunlop [en Anderson (2)], los exactos períodos de exposición, intensidad, R-por minutos, fraccionamientos y las mejores dosis de radiación, aplicadas al tratamiento de los tumores, no estn nítidamente establecidas. Y a menudo se usan diferencias importantes en las técnicas, con éxitos y complicaciones iguales.

INTRODUCCION

Las acciones colaterales de la radiación se realizan en tres esferas distintas del organismo: 1) sobre el equilibrio ini-

co, proteico y plasmático; 2) sobre el sistema reticuloendotelial, con compresión en los órganos hematoformadores y de la inmunidad; y 3) las lesiones rádicas viscerales. Si bien nos vamos a dedicar a estas últimas lesiones, las alteraciones señaladas en los dos parágrafos primeros deben tenerse en cuenta cuando se intenta tratar las lesiones viscerales.

OBSERVACIONES CLINICAS

Obs. N 1.—Hospital Pasteur, Clínica Quirúrgica del Prof. Bermúdez. Reg. N 1.764. Sexo femenino, 49 años. Ingresa por colapso y cuadro agudo de abdomen. Tres meses antes, por neoplasma de cuello uterino, se le realizó radioterapia. Desde entonces sufre de cólicos intestinales. Se trata intensamente el colapso, y a partir de las 24 horas de su ingreso, la sintomatología confirma un síndrome oclusivo de intestino delgado bajo. La laparotomía muestra en el ileo, a 40 cm. del ciego, un tumor extendido unos 8 cm., cilíndrico, que aumenta discretamente la circunferencia del intestino, blanco rosado, de consistencia firme. El asa en la cual se encontraba el tumor, se alojaba en el fondo de saco de Douglas, por detrás de un útero en retroposición. El mesenterio sin alteraciones anatomopatológicas ni adenomegalias, sólo se presentaba edematoso en el borde mesentérico del intestino. Postoperatorio. Buena evolución.

Estudio anatomopatológico: Asa delgada de 25 cm. de largo, a 6 cm. de uno de sus extremos, existe una estenosis. Serosa depulida y con placas blanquecinas adherentes, de aspecto pseudomembranoso. Pared intestinal congestiva y equimótica. A nivel de la zona estrechada hay una masa amarillento-blanquecino, que rellena totalmente la luz. Su adherencia a la pared es parcial. La pared intestinal está engrosada y edematosa, pero la tnica muscular conserva su integridad.

Microscópicamente se observa en las diferentes tnicas: Mucosa: reas ulceradas a las que adhiere un exudado fibrinopurulento, al-

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Dr. J. A. Piquinela.
** Presentado a la Sociedad de Ciruja del Uruguay el 4 de mayo de 1966.

ternando con otras de mucosa atrofica. En el corion hay grupos de glándulas en activa regeneración, con numerosas mitosis. Muscularis mucosa conservada. Submucosa muy edematosa, aumentada en cuatro veces su espesor normal. Comienzo de organización fibrosa. Muscular con focos de hialinización, congestión vascular difusa, con *numreosos vasos pequeños trombados*. *Serosa engrosada con edema y congestión*. Hay infiltración leucocitaria e inflamación aguda.

En suma, se trata de lesiones de enteritis fibrinopurulenta. Sin lesiones de naturaleza tumoral primitiva ni secundaria. Tampoco hay lesiones específicas.

Obs. N° 2.—L. D. O., 36 años, masculino. C.A.S.M.U. N° 51.861. El 24-V-60 se le realiza una cistectomía parcial por epiteloma de vejiga. Los ganglios y el tejido conjuntivo de la pelvis no mostraban colonización tumoral. A los tres meses de operado recibe tratamiento radiante con cobaltoterapia. A los siete meses de irradiado consulta por hematuria. El citourograma no muestra células atípicas, y la citoscopia muestra una vejiga telangiectásica de aspecto sano. En la zona del meato uretral izquierdo, una placa fibrinonecrótica, que no tiene aspecto de neoplasma (lesión rádica de vejiga). Al año de irradiado lo intervenimos por una escara glútea de radionecrosis. La anatomía patológica de esta lesión muestra una úlcera cubierta de exudado fibrinonecrótico, asentando sobre tejido fibroso denso de tipo cicatricial. Al año y dos meses de irradiado le extirpamos un nódulo fibroso de celulitis rádica de región hipogástrica. A los dos años se reinterviene por litiasis vesical. La incisión infraumbilical atraviesa un tejido de consistencia pétreo, fibroso. La vejiga es chica y fibrosa. Se extraen cinco cálculos vesicales y una placa calcárea, incrustada en la pared vesical, no signos de neoplasia. La situación del paciente a esta altura de los acontecimientos es la siguiente: sonda vesical a permanencia, pues presenta intensa disuria, polaquiuria y hematuria; hemorrectorragia y tenesmo rectal. Rectosigmoidoscopia, recto que no se distiende normalmente, telangiectásico. Dolor en el trayecto del ciático izquierdo, sin evidencias radiológicas de metástasis, diagnóstico, pelvitis rádica. A los dos años y medio de irradiado se le realiza una neovejiga con asa delgada. En ese entonces se confirman las lesiones de pelvitis rádica y rectosigmoiditis, no se comprueban lesiones neoplásicas. La evolución del paciente se agrava por un síndrome suboclusivo. Existiendo a 10 cm. del ano estenosis rectal marcada. La rectoscopia muestra una proctitis hemorrágica con mucosa lisa, telangiectásica, con pequeñas erosiones que sangran fácilmente; paredes rectales duras inextensibles que se afinan hasta no permitir el paso del rectoscopio. La biopsia muestra una proctitis inespecífica. Se le realiza por esta causa, una colostomía del colon transverso. El enfermo fallece a los 25 días de esta última intervención, con cuadro de uremia y broncopulmonar bilateral.

Obs. N° 3.—Reg. N° 188.784. Hospital de Clínicas, Servicio del Prof. Piquinela. Sexo masculino, 44 años. Ingresa por cuadro suboclusivo. Operado en mayo de 1963 por seminoma. Se efectuó orquidectomía derecha. Hace siete meses que fue irradiado. Mejoría del cuadro suboclusivo, pero aparece una zona dolorosa y fluctuante con crepitación en pared anterior de abdomen que se interpreta como flemón pioestercoráceo. Consultado el radioterapeuta, piensa que dicho flemón se debe a sobredosis del tratamiento radiante. Diez días después aparece una necrosis en línea media. Posteriormente cae la escara drenándose espontáneamente el flemón pioestercoráceo, quedando varias fistulas intestinales de delgado y grueso. El enfermo continúa con mal estado general y anemia. 10-IV-64: Se realiza limpieza quirúrgica de la región, extirpándose la zona necrosada. La herida granula adecuadamente, cerrándose las fistulas yeyunales y persistiendo las colónicas. 10-VIII-64: Se hace cierre de colostomía quedando amplia zona abierta de pared de 10 x 15 cm. en la cual no hay pared abdominal. Se cubre la brecha con tull-grass y apósito de quemado. La evolución postoperatoria es satisfactoria, movilizándose espontáneamente el intestino. La curación permanece seca. Herida en buenas condiciones. Se da de alta. Tiene una evolución favorable. Granulando lentamente.

Obs. N° 4.—Particular. Sexo femenino, 45 años. Consulta por fistula rectovaginal. Ocho meses antes se le había practicado radiumterapia por neoplasma de cuello uterino. Sus padecimientos comenzaron hace dos meses con intensos dolores pelvianos y a la raíz de los muslos, tenesmo rectal, hemorrectorragia, materias glerosas, flujo sanguinolento, para luego instalarse una piogenitorragia y salida de materias fecales por la vagina. Presentaba la paciente una intensa vaginitis con fistula rectovaginal. Por la cual se decide realizar una colostomía de derivación. Actualmente la paciente está en vías de cicatrización total de su fistula y cura de su proceso inflamatorio inespecífico perineal.

COMENTARIO

De nuestras cuatro observaciones, en dos casos las lesiones viscerales aparecieron como consecuencia de radiumterapia para tratar cánceres de cuello uterino. En un caso, luego de la cobaltoterapia pélvica como complemento quirúrgico de un cáncer de vejiga. Y el cuarto caso se trataba de la irradiación de los ganglio ileolumbares postorquidectomía por seminoma de testículo.

Período de latencia.

La sintomatología apreció con distintos períodos de latencia. Depende este período: de la víscera dañada, de si las lesiones son viscerales o periviscerales (perivisceritis adhesiva fibrosa). El período de latencia más corto fue de tres meses (Obs. 1), producido por una enteritis rádica, al ser dañada un asa intestinal en el fondo de saco de Douglas, por radiumterapia de cuello uterino.

En la Obs. 2, a los cinco meses aparecen los primeros síntomas de una cistitis rádica, con mucosa atrófica, telangiectásica y úlcera necrótica. Al año, lesiones de radionecrosis glútea y celutitis fibrosa rádica de hipogastrio. A los catorce meses, perivisceritis pélvica que engloba los órganos pelvianos; con dolores de englobamiento del ciático izquierdo. A los dieciséis meses comienza su historia de proctitis rádica que pasa por todos los estadios hasta configurar una estenosis a los tres años.

En la Obs. 3, a los seis meses hace una radiodermatitis con necrosis de la pared abdominal anterior, constituyendo un flemón pioestercoráceo, con fistulas intestinales de yeyuno y colon transverso.

En la Obs. 4, a los ocho meses de la radiumterapia por un cáncer de cuello uterino hace una fistula rectovaginal.

Las lesiones viscerales y los períodos de latencia clínica, tienen que ver con la fuente radiante, la intensidad y la manera de aplicarla, pero también con las vísceras lesionadas, y la resistencia y la predisposición del paciente. Caso de la Obs. 2 que es un verdadero esquema de lesiones rádicas, como que existiese una predisposición de este paciente a reaccionar en esa forma.

Las lesiones viscerales rádicas.

En el estómago la radiación [Charles Dunlop (2)] deprime la secreción de ácido y pepsina, aumenta la producción de mucus, dificulta la absorción. El tono muscular y la peristalsis se ven aumentadas. Esto explica la diarrea que aqueja a estos enfermos. Siendo la gastroenteritis una de las primeras manifestaciones de la injuria, como en el caso de la Obs. 1.

El duodeno al parecer es más resistente, pero en cambio obra intensamente la energía radiante sobre las vellosidades intestinales, sobre las glándulas de Lieberkun y placas de Pecquet [Frangella (6)]. El yeyunoíleo es muy vulnerable a la irradiación, como lo hemos observado en dos casos nuestros (Obs. 1 y 3).

El colon y recto son más resistentes a la injuria que el delgado, según Charles Dunlop (2).

Las lesiones anatomopatológicas encontradas.

Las primeras manifestaciones sobre la mucosa intestinal son: edema; degeneración y necrosis de las células del epitelio mucoso; y edema de la submucosa (según los distintos autores consultados, éstos son efectos a las pocas horas); las formas mitóticas desaparecen indicando el fracaso de la reparación normal. *Explica el lento proceso de cicatrización. Este conocimiento es fundamental para el cirujano.*

En las injurias más severas existe daño vascular con telangiectasias (Obs. 2 con vejiga y recto telangiectásicos y endarteritis con trombosis vasculares (Obs. 1). Luego el tejido linfoideo desaparece, el edema se acentúa a la submucosa y se ulcera (Obs. 1). Probablemente la infección agregada, en órganos con microbismo latente, juega un papel fundamental, ya que actúa sobre un tejido mal irrigado, con poca tendencia a la reparación y sin órganos linfáticos. Es posible apreciar cistitis, proctitis y enteritis fibrinopurulentas (Obs. 2 y 1). El peritoneo visceral se depule y se hace opaco y como tiene un alto poder de formación de fibrina se forma una perivisceritis plástica que engloba las vísceras y puede llegarlas a estrangularlas; pero también puede proteger al peritoneo de una difusión en caso de existir fistulas interviscerales o externas o abscesos, caso del flemón pioestercoráceo de la Obs. 3.

Sobre el tejido celular subperitoneal produce una degeneración del tejido conjuntivo que al cabo del tiempo es sustituido por un denso material hialino, con fibrosis, como en la Obs. 2 que produjo una importante pelvitis rádica. Tenemos una observación fuera de esta serie (M. T. de R., enferma del C.A.S.M.U.) que a con-

secuencia de un cáncer de seno, se le realizó castración actínica, a los seis meses consulta por cuadros que se etiquetaron de cólicos ureterales y como existían deformaciones pioloureterales a los estudios radiológicos, el médico tratante le realizó una lumbotomía; encontrado, a la altura del promontorio, un tejido denso, fibroso, tipo tumoral, que englobaba el uréter, se interpretó como adenopatías tumorales. Recibe en su postoperatorio altas dosis de corticosteroides. Al año le efectuamos una laparotomía y no comprobamos las lesiones. Tal vez, este tipo de lesión del conjuntivo, con la evolución natural biológica y el uso de corticosteroides puede mejorar.

Cuadro clínico.

No me voy a referir en especial a la sintomatología de estas lesiones. El hecho importante es el antecedente de la terapéutica rádica. Las manifestaciones clínicas son muy proteiformes, de cuadros claros de fistulas externas e interviscerales, procesos inflamatorios tumorales y síndromes funcionales viscerales; hay toda una gama de síntomas. Como cuadro clínico que interesa recordar, es la fractura patológica del cuello de fémur en una enferma sometida a terapéutica radiante pélvica; antes de inferir que se debe a una metástasis cancerosa, hay que pensar en la osteítis rádica.

La cronopatología de las lesiones rádicas.

Desde las lesiones que comienzan a las dos o tres semanas en forma leve, hasta graves lesiones mutilantes que se completan en períodos de años. Y de lesiones que regresan más o menos espontáneamente, a lesiones que paulatinamente se van agravando, existe toda una escala lesional. Basados en la anatomía patológica, los cirujanos se han esforzado en clasificar estas lesiones en grados o estadios. Nosotros, basándonos en la clasificación de Chanin (3) para la proctitis rádica, hemos confeccionado cuatro estadios para las lesiones viscerales rádicas.

Estadio I: Edema local, congestión, telangiectasias, pequeñas erosiones.

Estadio II: Ulceraciones, inflamación fibrinopurulenta, escaras necróticas, extendidas a mucosas y submucosas, hialinización y fibrosis del tejido conjuntivo.

Estadio III: Perivisceritis adhesivas estenosantes, estenosis intrínseca visceral.

Estadio IV: Abscesos periviscerales, necrosis extendida, fistulas interviscerales y externas.

Estas lesiones son evolutivas y de las pocas horas luego de la radiación comienzan a evolucionar por años antes de encontrar su período de quietud.

¿Porqué se producen estas lesiones?

Tood (9) cree que las lesiones de los estadios primeros se deben a la injuria directa de la radiación, y los estadios 2 y 3 a endarteritis de los pequeños vasos seguidos de trombosis e infarto. Este proceso lo observamos en la Obs. 1. Wenzel (11) cree que la lesión anterior a la estenosis es la destrucción de los linfáticos de las vísceras: si la cadena linfática resulta bloqueada, con el agregado de una destrucción celular, los linfáticos circundan el intestino, en procura de una vía de escape, y forman un linfoedema anular; este líquido edematoso y rico en proteínas, estimula la proliferación fibroblástica. Luego se produce un ciclo de obstrucción, edema, fibrosis, que da como resultado una estenosis circular. Creemos que el edema es importante, ya que se encuentra en todas las anatomías patológicas, pero que la inflamación fibrinopurulenta y necrótica que se excava en profundidad comprometiendo todo el órgano, es la causa de los abscesos y las fistulas, y que la perivisceritis adhesiva es muchas veces la causa de la estenosis, así como junto con la necrosis el establecimiento de una fistula intervisceral.

Lo fundamental a recordar para el cirujano es lo siguiente: las características de las lesiones rádicas abdominales es un proceso evolutivo que pasa por distintos estadios a marcha lenta, que puede durar años hasta llegar a su etapa de quiescencia. Concepto muy importante porque implica que el tratamiento definitivo no debe establecerse hasta haber consolidado la etapa de cicatrización.

Tratamiento.

La base del tratamiento surge de los dos conceptos emitidos anteriormente: a) estadio lesional por el cual cursa la lesión; b) qué etapa evolutiva presenta.

Los estadios I y II, cuando la lesión no asienta en el delgado, pueden y deben ser tratados con tratamiento médico: protección de la mucosa, evitar que el edema con antiinflamatorios, evitar la infección agregada con antibióticos, evitar las adherencias periviscerales con antiinflamatorios y corticosteroides. Si el órgano es asequible del exterior, vejiga o recto, los lavados con protectores de la mucosa; antibióticos y corticoides dan resultado. Estos enfermos necesitan un régimen alto en calorías, vitaminas, minerales, transfusiones, gammaglobulinas, etc.

Los estudios III y IV requieren la cirugía, pero no sin antes haber agotado el tratamiento médico, y balanceando el grado de etapa por el cual cursa la evolución de las lesiones. Si se tiene que reseca un asa delgada como en la Obs. 1 de nuestra casuística, por enteritis fibrinopurulenta, recordar que sólo es un estadio lesional y la enfermedad puede en lo sucesivo progresar más en longitud; por dicha causal no ser cauto en la resección. Con respecto a las fistula, estadio IV, la mejor terapéutica momentánea es la derivación y esperar suficiente tiempo para su cicatrización, resección o plastia. Porque podemos cometer el error de realizar alguna de las terapéuticas antedichas y luego las lesiones siguen evolucionando a la solución primitiva a otra peor. Lo mismo que cuando realizamos una colostomía para tratar una fistula colónica o rectal, realizarla lo suficientemente lejos para que luego no sea incluida en el proceso extensivo rádico.

SUMARIO

1) Se presentan 4 observaciones clínicas de lesiones viscerales rádicas abdominales.

2) Se realizan consideraciones clínicas, anatomopatológicas e interpretaciones del origen de estas lesiones.

3) Se realiza una clasificación por estadios que implica un concepto de tratamiento.

4) Se resalta la importancia que para realizar un tratamiento definitivo es necesario esperar el periodo de cicatrización lesional.

RÉSUMÉ

1) On présente 4 observations cliniques de lésions viscérales radiques abdominales.

2) On réalise des considérations cliniques, anatomo-pathologiques, et des interpretations de l'origine de ces lésions.

3) On réalise une classification par stades qu'implique un concept de traitement.

4) On fait rejaillir l'importance de ce que, pour réaliser un traitement définitif, il faut attendre le période de cicatrization lésionnelle.

SUMMARY

1) Four cases of radium visceral lesions are reported upon.

2) A discussion is carried out of the clinical and pathological features of the disease and of its causation.

3) A classification according to stages, in conjunction with treatment, is presented.

4) It is pointed out that in order to consider definitive treatment it is necessary to wait for cicatrization of the lesion.

BIBLIOGRAFIA

1. ALLEN, W. M., SHERMAN, I. D. and AMESON, M. Carcinoma of cervix. Result obtained from irradiation of parametrium with radioactive colloidal gold. *Year Book of Radiology*, 310, 1955-1956.
2. ANDERSON, W. A. D. *Pathology*, 2nd ed. St. Louis, C. V. Mosby, 1953.
3. CHANIN, F. I. y Mc ELWAIN, J. W. Tratamiento de la proctitis por radiación en estado avanzado. *Ann. Sur.* (en español), VI, 9: 982, 1959.
4. CHAU, M. P., FLETCHER, H. C., RUTLEDGE, N. F. and DODD, G. B. Complications in high dose whole pelvis irradiation in female pelvic cancer. *Year Book of Radiology*, 326, 1962-63.
5. DOUGLAS, R. G. and BIRNBAUCH, J. Urologic complications following radiologic and surgical treatment of carcinoma of cervix. *Year Book of Radiology*, 314, 1955-56.

6. FRANGELLA, C. A. *La radioterapia en clínica*. Montevideo, Impresora Uruguaya S. A., 1942.
7. LEBORGNE, F. E. Resultados del tratamiento radioterápico del cáncer del cuello uterino. Estudio estadístico de 1.257 casos. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, XX: 470, 1949.
8. STAJANO, S. Hechos de observación de la clínica quirúrgica y radioterapéutica asociadas. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, XVI: 234, 1945.
9. STAJANO, C. y LARGHERO, P. El proceso de cancerización en las cicatrices de quemaduras y en las radiodermitis. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, II: 241, 1931.
10. TODD, H. L. Rectal ulceration following irradiation of carcinoma of the cervix uteri. *Surg. Gynec. and Obst.*, 67: 617, 1938. (Citado por Chanin.)
11. VÁZQUEZ RIOLFI, D. Rectitis estenosante por diatermia. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, I: 225, 1930.
12. WENZEL. Factitial proctitis. The role of lymphatic destruction. *Trans. Amer. Prot. Soc.*, 678, 1956.

DISCUSION

Dr. Perdomo: A uno de estos pacientes que presenta el Dr. Mañana tuvimos oportunidad de tratarlo. Como es una cosa tan excepcional la observación en las clínicas quirúrgicas de este tipo de pacientes, creemos que la enseñanza que dejó en nosotros ese caso merece algún comentario. Tenemos la vivencia de él como un enfermo que se consideraba perdido, completamente perdido. Es el de la Obs. N° 3 del Dr. Mañana. Fue motivo de consultas que consideraban el caso como imposible de solucionar. El enfermo causaba una impresión calamitosa, no sólo por lo que significa como lesión, sino como una afección provocada por el tratamiento, que deja en una situación, del punto de vista moral al radioterapeuta y a los cirujanos tratantes, tremenda. Esa fue la sensación primera que tuvimos de lo que significa tratar a un enfermo de estos, donde el tratamiento ha sido la causa de una afección tan grave. Este enfermo tenía una enorme cloaca, con una gran necrosis de toda la parte central de la pared abdominal. Por allí manaba el contenido intestinal. En esa situación vimos al enfermo y su estado general nos impresionó como que no tenía vida para mucho. Ya llevaba meses en esa situación. Sin embargo, pensamos que ese hombre se podía beneficiar de que se le tratara intensamente el estado general y empezamos con ese plan. "Si está perdido de todas maneras, vamos a tratar de apuntalar su estado general y ver qué pasa". Y nos sorprendió la respuesta al tratamiento de reposición; el enfermo respondió magníficamente. Una vez transfundido de una manera amplia, una vez administrado plasma y una vez puesto en buenas condiciones generales, la herida cambió totalmente y la situación dio un vuelco espectacular. Nos impresionó. Pensamos que realmente cuando uno se encuentra

con un enfermo de estos, ¿no será que uno se desalienta? Sin embargo, el enfermo respondió y curó. Fue una de las cosas de enseñanza, que correspondiendo a un caso aislado no servirá para generalizarlo, pero es una reflexión de interés.

En la otra cosa que nos hizo pensar ese enfermo, fue que había sido operado de un seminoma de testículo. Y todos saben la gravedad de esa situación. Saben que después de hecha la operación sobre el neoplasma primitivo, la evolución muy a menudo es desfavorable y a breve plazo. Ese enfermo que había sido radiado excesivamente, marchó extraordinariamente bien y fue uno de los enfermos que he visto marchar mejor de un seminoma testicular. El enfermo se curó de la lesión aparentemente y no tuvo ninguna otra manifestación del seminoma. Pensamos, naturalmente, que a nadie se le va a ocurrir hacer una terapéutica de este tipo para curar radicalmente un neoplasma, pero ¿no pudo haber sido la excesiva radiación un factor favorable para esterilizar ese neoplasma? Nosotros sabemos que cuando se cumplen las normas, generalmente no se puede tener esa evolución.

Fueron las dos cosas que nos llamaron la atención y nos parece que vale la pena agregarlo a lo que ha dicho el Dr. Mañana.

Dr. Aguiar: Creemos que es de suma importancia la presentación de este trabajo a la Sociedad de Cirugía, por varios motivos. En primera lugar, porque la frecuencia de las lesiones rádicas en el momento actual, es indiscutible que se encuentra aumentada. Tal vez derive ella del aumento de la frecuencia con que se aplica la terapia radiante, o a veces también, derivado del eventual error en la aplicación del método. El hecho concreto es que vemos con frecuencia y hemos tenido oportunidad en nuestra actuación en el Instituto de Oncología, de ver numerosos tipos de estas lesiones. Las lesiones pelvianas, en particular, son las más frecuentes y se llegan a constituir, como dicen los autores en el trabajo, algunos aspectos anatomoclínicos como son los enyesados pelvianos, en los cuales a veces es muy difícil la distinción con una eventual recidiva neoplásica en la pelvis. Fuera de eso y aparte de los caracteres biológicos y lesiones anatómopatológicas que señalan los autores y con los cuales estamos completamente de acuerdo, creemos que debe agregarse otro elemento más y es la modalidad particular evolutiva, propia, de biología personal de cada enfermo, en lo que se refiere al tipo de reacción conjuntiva, hecho de patología perfectamente conocido en el momento actual y que se aplica acá como para otros tipos de lesiones. Es decir, que no todos los enfermos reaccionan o reacciona su tejido conjuntivo, de una manera standard, sino que cada enfermo tiene, o puede tener eventualmente, reacciones muy distintas. Tal vez en la patogenia de alguna de estas lesiones rádicas intervenga esa modalidad particular de cada enfermo. Pero tiene un interés muy grande porque, señalan los autores muy bien, las lesiones son difusas, toman toda la pared

y esas lesiones pueden cicatrizar en los órganos viscerales a nivel de la mucosa. La mucosa se regenera, pero el tejido parietal, el tejido muscular de un órgano como el recto o la vejiga, por ejemplo, no se recupera. Y queda un tejido prácticamente inerte, muy poco apto a la cicatrización, que es justamente el substractum que explica el fracaso de todas las plastias o suturas que se pretenden hacer con finalidad curativa de una fístula o de una lesión de este tipo. En particular, esto nosotros lo hemos visto y hemos tenido oportunidad de tratar algunas enfermas con fístula rectovaginales, provocadas por lesiones radiantes, en el tratamiento de neoplasma de cuello uterino. Creemos que es una lesión terriblemente difícil de tratar y en la cual pone a prueba, no sólo la paciencia del enfermo, sino también la paciencia del cirujano. Nosotros tuvimos una enferma, a la cual recibimos después, que habiendo hecho la fístula rectovaginal por una lesión de tratamiento radiante, se le habían practicado ya dos colostomías sucesivas en el colon izquierdo que sucesivamente se habían ido estenotando, es decir, que las lesiones habían ido avanzando en altura en el intestino e iban a su vez estenotando el colon por el mismo proceso de enteritis o de rectitis radiante. A esta enferma hubo que hacerle una colostomía absolutamente distal, al foco lesionado, una colostomía transversa. Sin embargo, con la colostomía, nosotros no hemos tenido la suerte de los autores en el cuarto caso que presentan. Es la cicatrización espontánea, justamente he visto lo contrario, prácticamente la inercia de esta cicatriz y la persistencia exactamente igual de una fístula. Entonces se va al otro aspecto, al plazo que se debe esperar para practicar plastias. Se señala que ese plazo en el momento actual, de acuerdo a lo que nosotros hemos leído y en ese plano estamos tratando de tratar a los enfermos nuestros, es de alrededor de cinco años. Hasta los cinco años se describen casos de evolutividad de las lesiones en la pared rectal. Cumplido ese plazo en que presumiblemente se consideran estabilizadas esas lesiones, recién entonces se estaría en condiciones de practicar una plastia. La plastia que estamos usando es la plastia con el recto interno, para las fístulas rectovaginales, rotando el recto interno del muslo e interponiéndolo entre la vejiga y el recto. Entre vejiga, vagina y recto en las plastias rectovaginales. Por el momento tenemos muy poca experiencia, estamos en esa orientación y creemos que puede ser una posible solución de estos casos, si uno sabe esperar y si convence al enfermo de que espere a los efectos de obtener un resultado mucho más beneficioso. Habría mucho para comentar, nos interesa mucho este tema y tal vez con más experiencia de futuro se puedan sacar más conclusiones.

Dr. A. J. Sierra: El trabajo presentado por los Dres. Mañana y Vaccarezza, me ha resultado sumamente interesante. En realidad, no con

afán de corrección, por supuesto, debo hacer algunas precisiones, porque creo que ello agrega elementos importantes a lo expuesto por los autores, con quienes estoy de acuerdo en la seriedad de estos cuadros patológicos.

Una de las historias presentadas fue la de la Sra. E. Q. de D., de 49 años, operada por el Dr. Mañana en la Guardia del Hospital Pasteur, el 23-IV-65, e ingresada luego en el Servicio del Prof. Bermúdez. Esa paciente, que había sido irradiada con rádium intravaginal y roentgenoterapia pélvica, por un neo de cuello uterino, dos meses antes, ingresó, luego de antecedentes de vómitos y diarrea, con un cuadro de oclusión de delgado. El diagnóstico definitivo anatomopatológico, fue "enteritis intensa, con tapán fibrinoso intraluminal", presumiblemente de origen rádico. En realidad, contrariamente a lo manifestado por el exponente, esa paciente no evolucionó bien.

Continuó internada e nel Servicio durante varios meses. La incisión operatoria mediana infraumbilical, que tuvo que asentar en una pared abdominal baja muy irradiada, no cicatrizó nunca, abriéndose veinte días más tarde, y quedando con un fondo átono, necrótico, poco secretante, hasta su muerte.

A lo largo de más de tres meses continuó con alternativas de constipación y baloneamiento, seguidos de diarreas profusas. Persistió una anorexia total. Frecuentemente, y sin causa evidente, vómitos alimenticios de aparición y cese caprichoso. Anemia progresiva, irrecuperable, con mielograma normal.

Ninguno de los exámenes médicos, ginecológicos, radiológicos o de laboratorio, pudo demostrar recidiva neoplásica o lesión orgánica de otra causa. Ni la medicación empleada (antibióticos, desinfección intestinal, vitaminoterapia, transfusiones múltiples, etc.) fueron capaces de mejorarla ni de impedir una progresiva desnutrición, que llegó prácticamente a la caquexia, sin que el cuadro de vómitos y diarreas frecuentes cesara.

Finalmente instaló un cuadro psíquico, con llanto frecuente, depresión, negativismo, etc., que el psiquiatra consultado no pudo modificar. Terminando en un estado muy especial, con inmovilidad total, mutismo, a pesar de que la paciente con los ojos abiertos y lúcida, entendía órdenes. Este cuadro fue estudiado con gran interés por los neurólogos Dres. Malosetti y Gonzalo Fernández, pues hicieron diagnóstico de "mutismo akinético", síndrome raro, que sería la segunda vez que se ve en nuestro ambiente, y que al parecer es debido a lesiones extensas, difusas, muy a menudo neoplásicas o de otro orden, de la sustancia reticulada del tronco cerebral. Un electroencefalograma confirmó el diagnóstico, mostrando esa lesión difusa de tronco. Finalmente, a los tres meses y medio de su ingreso, el 5-VIII-65, falleció.

Creemos que en gran parte, y por eso citamos la evolución de esta paciente, su deterioro progresivo se debió a la persistencia de su enteropatía rádica.