

Presentado en la Sesión del 16 de Noviembre de 1931

Preside el doctor D. Prat

Visualización hepática

Por el Dr. B. VARELA FUENTES

El doctor Varela Fuentes, presenta varias radiografías de visualización por medio del thoroastat.

No aparecerá en este Boletín.

Presentado en la Sesión del 16 de Noviembre de 1931

Preside el doctor D. Prat

El proceso de cancerización en las cicatrices de quemaduras, y en las Radiodermitis.

Su similitud, sus características. Hechos de observación.

Por el Dr. CARLOS STAJANO con la colaboración del Dr. PEDRO LARGHERO

La cancerización de las viejas cicatrices, constituye para nosotros, una modalidad de cáncer humano, de enseñanzas similares a las del cáncer experimental.

Seguimos oponiendo en Cancerología la noción celular pura, a la noción de tejido y toda la evolución de la célula neoplásica, desde su advenimiento al través de las fases predecesoras, hasta su desaparición en el curso del tratamiento por las radiaciones, la creemos ver depender de la fisiología o de la fisiología patológica del tejido en que ella nace.

No podemos por nuestra parte seguir concibiendo el cáncer exclusivamente al través de las propiedades aisladas de la célula neoplásica. Es del equilibrio del tejido vascular, conjuntivo, epitelial de glándulas, o de revestimiento, al través de una colaboración funcional de conjunto, que concebimos a los tejidos diferenciados. Los procesos tumorales benignos de los tejidos, se nos representan como trastornos funcionales dentro de ese régimen de federación histofisiológica, y que por su carácter, no tiene esa estabilidad, como parece deducirse de la anatomía patológica cadavérica, sino que son cambiantes, con todas las posibilidades de la regresión total, por normalización de las causas que los provocaron, así como en otros casos de la agravación progresiva al través de numerosas formas anatómicas intermediarias, que atestiguan estados fisiológicos también muy particulares de la federación tisular.

La cancerización final, en los casos en que ella se produce, indica la claudicación de la energía que mantiene a la vida histofisiológica de federación. Este episodio cuando está en inminencia de producirse, se

realiza cuando las reacciones fisiológicas de defensa que se oponen normalmente a toda agresión o a todo desgaste regional acaban por agotarse, después de un período a veces prolongadamente largo de compensación infesante. Es el caso de la cancerización de las viejas cicatrices, especialmente de quemaduras, y que tienen muchos puntos de contacto con el cáncer de los radiólogos o la cancerización de las distintas radiodermitis que hoy conocemos con tanta profusión, a pesar de que los radioterapeutas y radiólogos nada escriben al respecto, silenciando por completo el tema.



Observación N.º 1.—Cicatrices de quemaduras.

Obs. N.º 1.—Extensa quemadura con distintos grados de intensidad. Cicatriz exuberante, dura, roja, dolorosa localmente y con propagaciones al tórax, hombro y espalda. Trastornos pigmentarios (Acromia) en las zonas no tan profundamente esclerosas. Fenómenos vasoparalíticos distantes al lugar de la misma cicatriz.

(Esta enferma será presentada antes del tratamiento y su resultado post terapéutico en otra comunicación.)

En el mismo capítulo, pues, tratamos la “cancerización de las cicatrices y el de las radiodermitis”. En ambos casos, la cancerización se

produce sobre una lesión de etiología netamente regional y provocada por una agresión externa. El agente en un caso es el calor, seco o húmedo; en el otro, es la radiación. En el primero, la lesión es realizada en un instante; en el segundo, la quemadura se elabora lentamente, se incuba, por así decir, debido a la particular acción agresiva de la radiación.

En ambos casos las reliquias provocadas por la agresión, son persistentes y la sintomatología que las revela, es pertinaz, crónica por excelencia, interminable a veces.

El síntoma subjetivo dominante es el ardor quemante, el dolor del tipo causálgico, o el prurito pertinaz.

Analizando físicamente la región quemada, ella nos muestra un block de tejido, que vive un régimen histofisiológico anormal.

- a) En las cicatrices por quemadura el aspecto es más o menos prominente y a base de un tejido conjuntivo adulto, escleroso, que invade variablemente en profundidad. En su superficie existe a veces epitelio; otras, es puramente la cicatriz conjuntiva.
- b) En ese block cicatricial, las reacciones vasomotores normales no existen, la circulación es pobre, las defensas ante la infección son precarias, la fisiología regional de ese segmento es distinta a la de las regiones vecinas no modificadas. Es un islote cicatricial, que vive fisiológicamente de prestado, por relaciones vasculares y nerviosas de vecindad o de contigüidad.
- c) Las agresiones traumáticas determinan ulceraciones que no tienen gran tendencia a la reparación, o se reparan con lentitud.
- d) Las infecciones banales germinan sin que se opongan procesos eficaces de defensa.
- e) El estado general de los enfermos se resiente en algunos casos por falta de sueño, por el dolor o el ardor.

(Presentación de numerosos clichés de cicatrices, pequeñas o extensas, toleradas muchos años unas, en cancerización las otras. — Casos personales.)

- f) Tanto en las quemaduras corrientes como en las provocadas por las radiaciones, hay un elemento que domina y que caracteriza a la anatomía y fisiología patológica de la lesión: es una **neuritis reticular crónica regional**, determinante de la sintomatología y de la evolución particular de estos procesos: dolor ardor local o a distancia, de la neuritis regional o de la neuritis ascendente; pereza o atonía en la reparación; meopraxia local ante la infección; modificaciones de los epitelios de revestimiento o glandulares; esclerosis difusas del dermis; marborizaciones, vasopará-

lisis, telangiectasias, acromías, hiperacromías, etc., son el sello del trastorno de regulación nerviosa regional.

- g) No nos ocupamos en este trabajo de los reflejos cutáneos y vasomotores a distancia nacidos por efecto de esta espina neurítica local y que mantienen un régimen circulatorio anormal en territorios vecinos y distantes.

Hemos descrito en otros trabajos el fundamento que nos guió, al encarar en esta forma el estudio de estos procesos, y es el resultado de la terapéutica que empleamos en tal sentido, un verdadero apoyo que confirma la base clínica del concepto defendido.

La terapéutica consiste en la destrucción total del área trófica-mente anulada, suprimiendo el punto muerto de esa placa neurítica, que no permite la elasticidad reaccional y fisiológica de todo un segmento más o menos grande de tejido. (Trabajos anteriores (1), "Las radiodermitis", "Radioneuritis", "Su terapéutica") y en cuyo seno reside la causa determinante de la posible cancerización de estos dos procesos etiológicamente y clínicamente diferentes, pero hermanados en un todo en cuanto a la fisiopatología regional neurotrófica que los caracteriza: Radioneuritis de las radiodermitis y radioneuritis de las quemaduras.

La cancerización.—Puede ser más o menos precoz (casos de la literatura médica y personales). Puede ser tardía y muy lejana (id.).

Cicatrices de quemaduras.—Bien sabemos que existen cicatrices viejas de quemaduras, mismo producidas en la infancia que no han degenerado, pero ello no puede oponerse como argumento, para negar la posible tendencia a la cancerización de esos tejidos anormales. En la literatura médica abundan los casos; poseemos, por otra parte, casos personales de tolerancia muy prolongada. El interés reside en estos casos:

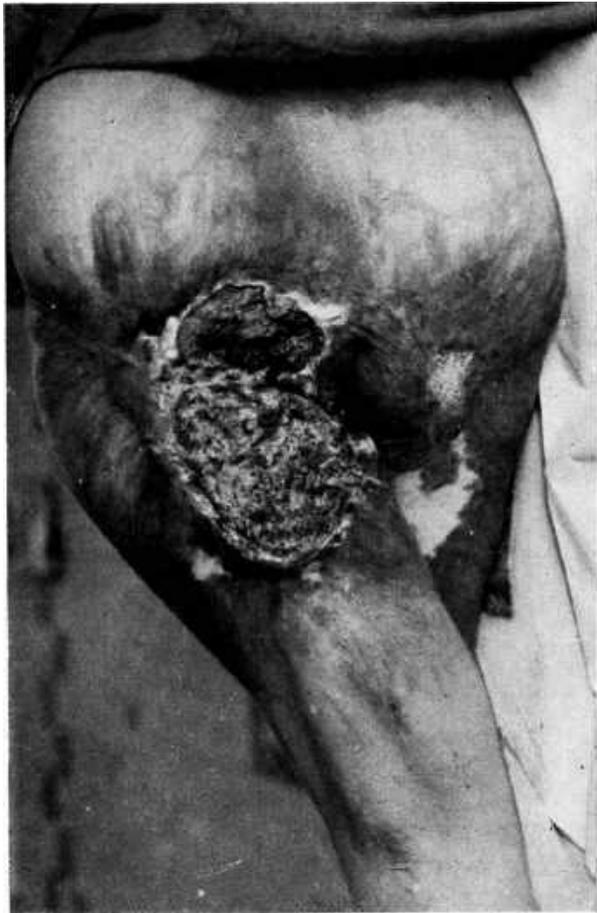
- a) **En el largo período observado algunas veces entre la quemadura y la cancerización.** Tal es el caso de una de nuestras enfermas, cuyo largo plazo es de 35 a 40 años.

Obs. N.º 2.—Exp. 18.813.—51 años. Reacción de Wassermann, H⁸. Presión 12 ½ y 8. Urea, 0 gr. 25. Coagulación, 10'. Intensa y extensa quemadura con agua caliente en ambos muslos, piernas y región glútea izquierda, a los 10 años de edad. El muslo izquierdo demoró cinco años en curar. Durante treinta y cinco años perduró en el centro de la cicatriz una superficie central que no epidermizó. Hace ocho meses que esa zona cicatricial empezó a extenderse excéntricamente hacia la periferia. Ingresa

(1) "La Prensa Médica del Uruguay", N.º 1 y 2.

(1) Congreso Médico del Centenario. Tomo VII.

al Servicio en este estado en Agosto de 1930. Enorme ulceración que cubre el centro de la gran cicatriz; está rodeada por una zona cicatricial que le forma marco. No hay ganglios inguinocrurales. A pesar de lo extenso y antiguo del proceso procedemos a extirpar con el cuchillo de diatermocoagulación la enorme superficie neoplásica (ver biopsia). Rápidamente se desarrolla una adenopatía inguinocrural neoplásica sobre la



Observación N.º 2.—Cicatriz de quemadura y cancerización.

cual no nos es posible actuar con éxito. Muere en caquexia a los cuatro meses (la intervención realizada favoreció la invasión linfática, hasta entonces impedida por la esclerosis local de la antigua cicatriz, que circunscribió a la neoplasia).

Estudio histológico.—Colaboración del Dr. Pedro Larghero, Jefe de laboratorio del Hospital Italiano, al cual agradecemos la solicitud de su colaboración siempre dispuesta para nosotros. (Trabajo histológico especial no publicado por falta de tiempo, pero que se publicará en la próxima comunicación).

b) La segunda característica de estos casos es que la cancerización

se inicia en la parte central de la cicatriz y nunca en los bordes.

Tal es el caso actual y que coincide en un todo con la cancerización de las radiodermitis, que siempre se inicia por la parte central e invade luego los bordes secundariamente y por propagación. Es la zona central, la más aislada y la que más intensamente sufre en su nutrición, por



Observación N.º 3.—Radiodermitis en su faz de precancerización central.

Obs. N.º 3.—Radiodermitis consecutiva a una larga aplicación radioscópica (tres horas) realizada el 30 de Abri de 1929, en la cual el cirujano opera bajo la pantalla. Eritema intenso y flictenas a los seis días. Ulceración central que no cicatriza en seis meses. Durante todo el año 1931, fases de cicatrización temporaria y de nueva ulceración. Gran prurito y ardor local. Irradiaciones dolorosas al brazo y al hombro. Fenómenos vasomotores en todo el antebrazo y brazo correspondiente. Eritema intenso. La ulceración central de la placa de radiodermitis tiene mal aspecto, sin embargo no existe aún la cancerización. Ulcera atónica, dura, exangüe, en el mismo centro de la placa. (Precáncer).

Arpa

publencia

Los fenómenos de languidez nutritiva (Hipotrofismo) son más intensos en la parte central que en la periferia de la placa de radiodermitis. (Hemos curado esta radiodermitis por nuestro procedimiento, el que presentaremos oportunamente).

Clase

casado de 16 años.

estar bloqueada por una periferia esclerosa y por estar seguramente aislada de la profundidad por un aisento también fibroso que la priva de irrigación y de inervación normal. El centro de la lesión vive una vida

Observación N.º 4.—Extensa radiodermitis de la pierna y cancerización central de la misma. — Epitelioma espi-no-celular.



Obs. N.º 4.—Radiodermitis y cancerización (1931).—H. Italiano.— 3 años, casada. Padre muerto a los 67 años, cardíaco. Madre, de cáncer de hígado.

Hace diez y siete años, un dermatólogo diagnostica un eczema de la pierna y del brazo izquierdo, rebelde a los tratamientos clásicos y aconseja después de tres años, radioterapia. Recibe cuatro aplicaciones correctas, vigiladas por un especialista, y en

campañã recibe cuatro nuevas aplicaciones, seguramente sin control y con vigilancia imperfecta.

Observación N.º 4.—Ex-
tensa radiodermis del
brazo de la misma en-
ferma. — Mutilación de
los dedos por radione-
crosis, que obligan a
amputaciones sucesi-
vas.



Durante las dos últimas aplicaciones, aparece el eritema ardoroso, en toda la zona actualmente enferma, y más tarde la ulceración. También se inicia en la mano el mismo proceso de radiodermis ulcerosa (índice de la mano izquierda); la ulceración de la mano cicatriza al año, pero con tal retracción que es menester amputar el dedo índice y mediano. (Ver aspecto actual de la mano y antebrazo, que vigilamos sin tratar).

precaria que puede hacerse totalmente insuficiente, cuando la involución de los tejidos ambientes propia a edades más o menos avanzadas, completan ese grado de insuficiencia nutricia. Ese es a nuestro juicio un factor que la cancerología no puede olvidar, y que es un argumento más en favor de la teoría neurovegetativa de la cancerización. La cancerización se inicia, cuando el tejido que le dará origen, llega al punto máximo de la insuficiencia funcional en la regulación de la vida de conjunto.

He aquí esta observación:

Las lesiones de la pierna izquierda la obligan a guardar cama un año, en que casi cicatrizó su lesión espontáneamente indolora, pero sensible a la presión. Pasado un año un pequeño traumatismo, produce una pequeña ulceración muy dolorosa espontáneamente, que no cicatrizó más hasta el momento actual, aumentando en cambio, el tamaño de sus vegetaciones. Biopsia. Epitelioma espinocelular en la zona central de la placa bordeado por una radiodermatitis esclerosa en toda su extensión (Larghero). Utilizamos en este caso la extensa y profunda electrocoagulación de la ancha zona cancerizada y sobrepasamos los límites de la radiodermatitis originaria. Llegamos hasta regiones normales y no tememos a la extensa herida que produce este desgaste.

— Presentaremos próximamente esta enferma a la Sociedad con la terapéutica seguida y comprobaciones his ológicas de interés. (Colaboración del Dr. Larghero).

Observación N.º 5. e-
rrible lesión de radio-
dermitis y can-
rización multifoc . — La
cancerización central
se muestr con eviden-
cia.



Obs. N. 5.—Enferma atacada de prurito vulvar esencial (1) hace 15 años. Tratada por radioterapeutas especialistas, provocándosele una extensa quemadura.

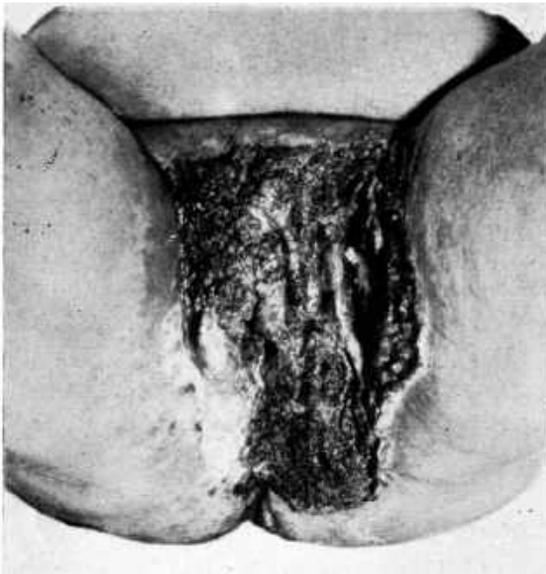
Radiodermatitis esclerosa perivulvar, perineal, prepubiana, génitocrural y crural interna bilateral, de evolución ininterrumpida y con una sintomatología cruelmente dolorosa y ardorosa, llegando la enferma hasta los umbrales de la neuropatía a consecuencia del insomnio provocado. Vemos a esta enferma cuatro meses antes de morir, con una cancerización multifocal (epitelioma espinocelular) en diversos puntos

(1) Prurito neutrófico de origen central de nuestra clasificación. Prurito vulvar. "Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo" y "Revista Latino Americana", Agosto de 1929.

de esa extensa radiodermatitis. La cancerización como en los otros casos se inicia en las partes más centrales de las radiodermatitis, respetando en ese estallido inicial, la periferia de la placa.

Obs. N.º 6.—Cancerización y radiodermatitis esclerosa en una zona operada trece años antes de cáncer.

Cáncer vulvar operado hace trece años. Vulvectomía total. Vaciamiento ganglionar bilateral. A los dos años de esa operación aparece prurito vulvar en la cicatriz. Hace diez años se le hace radioterapia para combatirlo, y a continuación hace una radiodermatitis atrófica. Hace dos años, en 1927, la vemos con un nuevo tumor sobre esa superficie mal nutrida (Epitelioma espino celular). Prurito persistente, ardor, dolor en toda la piel modificada por la radiación. Es notable ver el marco que en toda la periferia de esa enorme cancerización, le forma el tejido modificado por las radiaciones. (Radiodermatitis) viéndose netamente que el proceso de cancerización se inicia del centro a la periferia

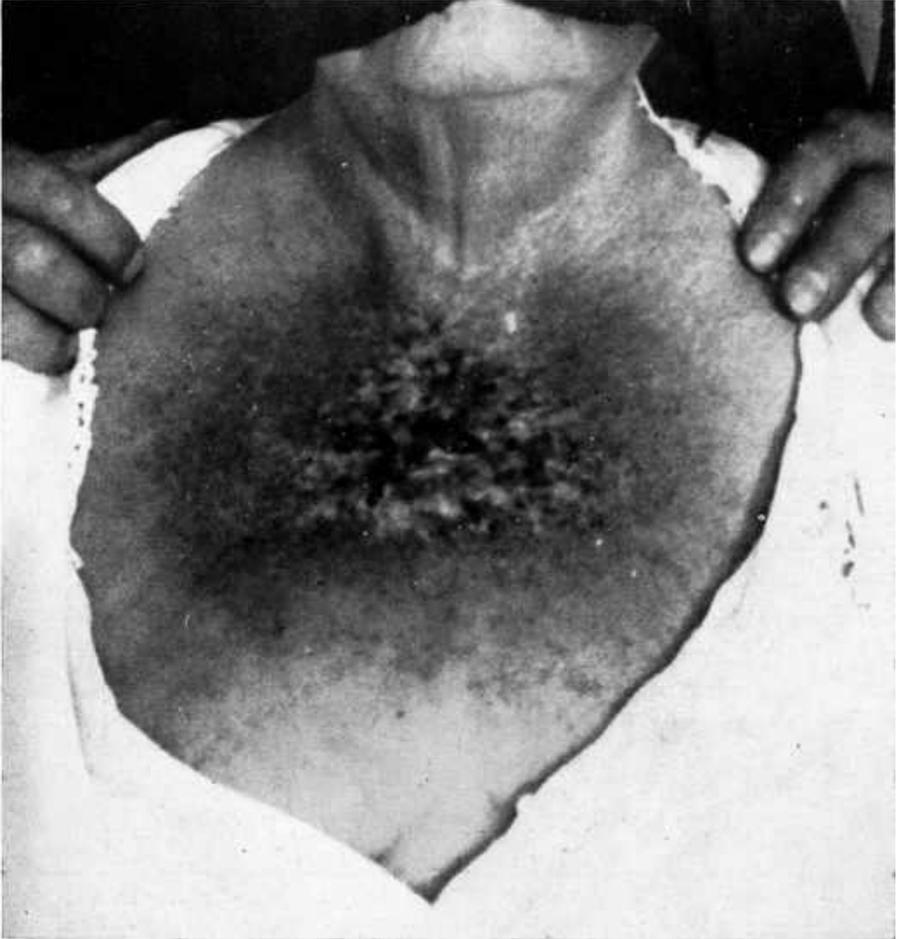


Observación N.º 7.—Radiodermatitis de catorce años de evolución, en su etapa de cancerización central extensa, marginada por el marco de la radiodermatitis originaria.

Obs. N.º 7.—Radiodermatitis y cancerización.—74 años de edad, hace 15 años operada por el Dr. García Lagos de un tumor epitelial de la hemivulva izquierda. Aconseja radioterapia post operatoria que es realizada en catorce sesiones, y que hubo que suspender, pues la enferma hace una intensa y extensa quemadura (aplicaciones realizadas por un especializado). No ha curado más su lesión, hasta la fecha, en que ingresa por ardor, dolor, secreciones fétidas y un extenso tumor vulvoperineal (epi-

télica espinocelular) que ha culminado la evolución de una radiodermatitis ulcerosa, de 15 años de evolución. En la periferia se puede comprobar aún el marco escleroso de la radiodermatitis originaria. La enferma insiste en la extensión hacia la periferia de su proceso úlcero-tumoral.

En los confines periféricos de la lesión, donde se perciben aún tejidos de radio-



Observación N.º 8

dermitis, el síntoma dolor y ardor están presentes, no así en la parte central, cancerizada, donde la insensibilidad es completa. El Dr. Pouey trata a esta enferma mediante electrocoagulación en diversas etapas. Es de hacer notar la poca tendencia que tienen los cánceres de las cicatrices y los desarrollados sobre radiodermatitis y radionecrosis a repercutir en los ganglios regionales. ¿La barrera esclerosa periférica obra favoreciendo esta limitación? Hemos visto también, que la remoción de estos

tumores, favorece la invasión ganglionar; y, creemos, que con la práctica de la diateimocoagulación, puede ser posible el bloqueo periférico de la lesión, antes de la destrucción propiamente dicha del tumor.

Este detalle técnico puede tener algún fundamento, de acuerdo con los hechos de observación, al través de la larga evolución de estos procesos, como de las consecuencias post operatorias, así como también, de la anatomía patológica que confirma en un todo nuestra sospecha.

Obs. N.º8.—Radiodermatitis y cancerización central.—E. B., 76 años, soltera. Hace diez y ocho años radioterapia por bocio retroesternal. Hizo entonces una radiodermatitis extensa, que curó. En Buenos Aires, un distinguido radioterapeuta vuelve a hacer radioterapia. Desde entonces (varios años), sufre espantosamente de su lesión. Un destacado dermatólogo argentino propone e intenta curarla con radiumterapia, agravándola considerablemente. Toda la terapéutica dermatológica utilizada por distintos especialistas fracasa. Un cirujano en Montevideo, seis meses antes de verla nosotros, la trata por una grave infección cutánea desarrollada en plena placa de radiodermatitis, con participación de ganglios biaxilares, y con peligro de su estado general. Vemos a esta señora en Abril de 1930, con extensa placa de radiodermatitis esclerosa en región preesternal, asiento de sensación de fuego, con ardor, dolor y prurito intensísimo en la periferia de la zona, azotando su sistema nervioso. Telangiectasias de piel circundando a la zona, hasta ambos hombros y región infratiroidea. En pleno centro de la placa hay un tejido mal nutrido, poco irrigado, muy atónico, adherente al esqueleto esternal, cuya biopsia extirpada en el acto operatorio, nos permite luego afirmar (Dr. Larghero) la naturaleza espinocelular de la cancerización incipiente a ese nivel. Es cuanto interesa para el trabajo actual. Hemos curado radicalmente a esta enferma en cinco meses y medio. Alta en Octubre de 1930, cuyo detalle presentamos ~~después~~, después de interminables años de sufrimientos y terapéuticas infructuosas.

Ver caso en 10 - 1

CONSIDERACIONES *de usar.*

El objeto de este capítulo no es otro que el de demostrar la necesidad de detenerse a estudiar la fisiopatología de los tejidos que, modificados por agresiones locales de determinada calidad, se hacen aptos a ~~elaborar~~ *elaborar* células cancerosas.

En este capítulo destacamos la similitud fisiopatológica de dos procesos aparentemente diferentes:

Cicatrices de quemaduras y lesiones de radiodermatitis o radionecrosis de diversa intensidad. En ambos procesos, hay una lesión que les es común: es la **neuritis reticular periférica**, fuente de síntomas y clave para nosotros fisiopatológica de su evolución conocida (1).

El concepto que defendemos desde 1919 incesantemente hasta hoy respecto a la cancerización, de acuerdo con la fisiopatología neurovegetativa de los tejidos, nos permite explicar:

- a) La cancerización primitiva central de la lesión, evolucionando del centro a la periferia;
- b) El largo plazo que separa, en algunos casos, a la quemadura de la cancerización final.

Ese largo plazo de tolerancia parece confirmar la noción de fisiopatología general, que hemos sostenido, en lo que a la vida trófica del tejido se refiere (2).

En efecto: una lesión traumática, cicatricial, ulcerosa o distrófica de cualquier orden, puede ser tolerada variablemente y sin modificarse en el correr del tiempo. La intervención de factores generales, que repercuten en la vida regional, asiento de la lesión en causa, pueden modificar o cambiar su ritmo nutritivo y de ahí es que a edad puede imprimir a regiones que viven fisiológicamente ya una vida precaria, un régimen por entero insuficiente. Sabemos bien el rol de la edad en la vida normal o patológica de los tejidos. Participación vascular, neurovegetativa perivascular, regional o central; rol de los humores y hormonas en la nutrición general y regional; involución, atrofia.

El rol de la edad se manifiesta en la evolución de las cicatrices y de las radiodermitis, del mismo modo que en todas las lesiones crónicas, ulcerosas, toleradas largos años, y que se cancerizan. Es la participación conjunta de la etiología externa y de la etiología interna, en el proceso de la cancerización de los tejidos.

No compartimos el pesimismo terapéutico respecto a la curación de estos procesos, y que se trasluce al través de la comunicación de Simón Laborde en la Asociación del Cáncer de París, siempre que se realicen las condiciones requeridas por nosotros (3), de acuerdo con la naturaleza que creemos les corresponde a estos procesos.

- a) Desechamos la cirugía, a pesar de ser cirujanos, porque la herida que queda no reúne siempre las condiciones de una reparación normal, por la extensión de la mutilación y especialmente por la calidad de los tejidos residuales,

(1) Precáncer vulvar. "Revista Médica del Uruguay", 1919.

(2) Sistema nervioso y precáncer. 1921, 2 tomos. — (2) Trofismo y cáncer. 1922.

(3) Concepto que guía al tratamiento de las radiodermitis y casuística demostrando la curabilidad de todos los casos de radiodermitis considerados incurables hasta hoy. Dos series ya presentadas de casos a la Sociedad de Cirugía. Presentaremos una tercera con curación integral y nuevos resultados obtenidos.

- b) Desechamos **formalmente** la curieterapia, porque no sólo ha demostrado ser infiel en estas lesiones, sino que se muestra peligrosa, prolongando la evolución y perjudicando a menudo al proceso, por agravación de la radiodermatitis existente.
- c) Utilizamos la electrocoagulación extensa, a veces muy extensa y profunda, hasta el confín de los tejidos normales; dominando, por así decir, la mayoría de los casos.

No es en esta comunicación que queremos insistir respecto a los brillantes resultados de esta terapéutica, a pesar de la extensión de las lesiones, que prácticamente nunca nos detiene.

No tememos a una gran pérdida de sustancia siempre que sobrepasemos el mal y llegemos al límite en que las granulaciones conjuntivas, sean normales. El injerto ha sido innecesario siempre, y la cicatrización en cinco o seis meses no es un plazo tan largo, para un proceso que ha durado una vida entera.

CONCLUSIONES

- 1.º La cancerización de las cicatrices de quemaduras y la de las radiodermatitis, nos revela dentro de la clínica, a un proceso que puede equipararse al cáncer experimental.
- 2.º Dos etiologías distintas, dan procesos similares, en cuanto a su evolución y naturaleza histofisiológica.
- 3.º La insuficiencia trófica, nutricia, regional, se manifiesta en ambos procesos, en el centro de la lesión, más intensamente que en la periferia.
- 4.º La cancerización de ambos procesos procede en forma similar. La cancerización central, inicia el proceso y la periferia es alcanzada lenta y progresivamente.
- 5.º La edad del sujeto, la participación de causas generales, humorales, tóxicas, etc., pueden contribuir a que la vida trófica precaria de estas lesiones, se haga totalmente insuficiente, y la cancerización ser entonces la consecuencia, después de largos años de tolerancia de las lesiones. **Cancerizaciones tardías.**
- 6.º El hecho clínico que domina y que la anatomía patológica confirma, es que el cáncer de cicatrices y el de las radiodermatitis es poco metastásico (barrera esclerosa periférica). Esta noción importantísima, debe tenerse en cuenta en el acto operatorio, para evitar la diseminación hasta entonces contenida.