

SIGNIFICADO DE LA ERISPELA EN EL POST-OPERATORIO PRÓXIMO O LEJANO DEL CÁNCER DEL SENO

Carlos STAJANO y Arturo ACHARD

Hace muchos años que nos ocupamos de la fisiopatología del tegumento y creemos haber aportado varios hechos, que exigen del cirujano, como del dermatólogo una atención especial. En nuestro ambiente, nuestros compatriotas ignoran muchos de esos hechos motivo de nuestras comunicaciones anteriores. En el extranjero son conocidos y comentados esos trabajos, alentándonos a seguir ahondando ese surco fecundo de conquistas.

Hicimos no ha mucho una encuesta entre los cirujanos de nuestro ambiente, tratando de recabar impresiones sobre el estado de receptividad de la piel para la erisipela, después de ciertas operaciones — que requieren para su correcta realización, amplios colgajos con decolamientos de piel — tal cual lo exigen los vaciamientos ganglionares de axila, o a la región inguino-crural, por cánceres tributarios de la región. Nos hemos ocupado con anterioridad, con casuística suficiente, de la erisipela del miembro inferior, de la región inguino-crural y del abdomen inferior, en los grandes vaciamientos inguino-crurales, por cáncer de la vulva.

En esa época el Dr. Llovet, sustentó un concepto a nuestro juicio unilateral que no compartimos — y nuestra comunicación a la Sociedad de Ginecología lo replicó, con su misma casuística. Pusimos de relieve no sólo el factor infeccioso, sin el cual no podía estallar la erisipela, sino que destacamos la importancia del factor local: el terreno.

La nutrición de la piel de las regiones decoladas y alrededor de la cicatriz queda suficientemente vascularizada, pero en ciertos casos su troficidad queda evidentemente disminuída. Esa meiotrofia se revela por una vulnerabilidad mayor a la infección exógena o endógena. El microbismo cutáneo, saprofítico o más o menos pa-

tógeno, es tolerado en el resto del tegumento, por conservar éste su fisiología normal. No así en las regiones que nos ocupan y donde la vascularización y por ende la inervación vegetativa regional, ha sido mutilada, por el hecho de los grandes decolamientos. El subsuelo vital de la región queda modificado por el hecho de la intervención, siendo evidente que la nutrición vásculo -neurovegetativa queda mantenida, al principio exclusivamente, por el aporte de la circulación de la piel procedente de la base de los colgajos.

Este terreno vulnerable es asiento en ciertos casos de una erisipela inmediata, permitiendo la hipótesis sustentada por algunos cirujanos de una contaminación operatoria, cosa no imposible, pero poco probable, dado que nuestras intervenciones han sido hechas en tumores no ulcerados, y además por las seguridades técnicas que hoy poseemos y que nos impiden aceptar tal contaminación. (Caso 3).

Puede esa región ser asiento de una erisipela tardía — al año — dos o tres del acto operatorio. (Casos Nos. 1, 2, 4).

Puede a la vez ser recidivante y pertinaz como en los casos 5 y 6 cedidos amablemente por los doctores Abente Haedo y Gortari.

Hemos podido comprobar que la insuficiencia defensiva cuti-regional, es indicadora de una insuficiencia relativa de las defensas cutáneas. Es así que la cancerización más o menos próxima es de temerse en estos casos, al punto que la aparición muy tardía de una erisipela nos permite clínicamente sospechar la proximidad de la cancerización. Nada diferencia a nuestro juicio, este terreno hecho vulnerable por la acción quirúrgica, al terreno modificado por las radiaciones. Las modificaciones del subsuelo vital de la región da una resultante similar en ambas circunstancias y es así como hemos visto las erisipelas a repetición en las radio-dermitis, tanto más frecuentes, cuanto más severas sean las lesiones. En el mismo sentido la cancerización es la consecuencia y la continuación de ese largo y rebelde proceso de radioneuritis regional.

Nuestra casuística nos ha permitido por otra parte llamar la atención con anterioridad sobre un hecho de real interés práctico, y es el referente a las prácticas que los radioterapeutas tienen que utilizar, en la irradiación post-operatoria, para evitar todos los

desastres que hemos podido ver y cuya documentación conservamos de las cancerizaciones, masivas, o en forma pustulosa y confluyente, de las regiones ampliamente decoladas e irradiadas luego, como si fuesen hechas sobre piel normal.

La sumación de los efectos quirúrgicos y los de la radiación aumentan el déficit funcional, defensivo de la piel, acrecentando las posibilidades de la infección dérmica rebelde, o recidivante, así como las posibilidades de la cancerización masiva y regional. Es con esta nota previa, que aportamos nuevos hechos que abonan en el mismo concepto básico que sustentamos desde el año 1919, referente al papel del sistema neurovegetativo en las defensas ante la infección; así como su importancia en la morfología y en la función global de los tejidos, así como en la pérdida de su verificación en el proceso de la cancerización tisular.

CASO 1° — Ficha A. C. M. X. Enferma I. B. de F., intervenida el 20 de diciembre de 1935. Se practica Op. de Halstead derecho. El informe del anatólogo-patólogo, Dr. Domínguez, confirma el diagnóstico de epiteloma.

En marzo de 1937 hace una intensa erisipela de la piel que rodea a la cicatriz del miembro superior derecho, después de la cual queda con un edema de todo el brazo que conserva hasta ahora.

CASO 2° — Enferma E. C. de G., 54 años. Operada en 1931. Se practica Op. de Halstead izquierdo. En 1933 se practica roentgenterapia profunda en la cicatriz operatoria y se efectúa extirpación de un ganglio supraclavicular del mismo lado de la primitiva lesión.

En mayo de 1934, aparece otro ganglio supraclavicular y es primero tratado con curieterapia sin resultado, por lo cual, y a pesar de su tamaño, decido intervenir la enferma.

El 8 de mayo de 1935 se practica vaciamiento supraclavicular. El informe histológico del Dr. Domínguez: "demuestra una metástasis epiteliomatosa tan intensa, a nivel del ganglio, que ha provocado casi su desaparición como tal".

El 12 de mayo de 1935 ya ha comenzado la cancerización de la cicatriz operatoria. Se le practica entonces gran electrocoagulación de la zona infiltrada.

En setiembre de 1935, se repite la electrocoagulación pues la evolución ha sido sólo discreta y los bordes sospechosos.

En diciembre de 1935 el estado de la enferma se agrava; aparece una erisipela brutal del miembro superior que se hace recidivante.

En mayo de 1936, se produce una eclosión neoplástica en forma rápida en los siguientes puntos:

- a) Gruesa adenopatía carotídea izquierda.

b) Adenopatía dura más chica supraclavicular.

c) Brotes neoplásicos en la herida ya electrocagulada.

En 1937, se produce el fallecimiento de la enferma, con una canceración masiva, de la región operatoria y adenopatías supraclaviculares y carotídeas. En el curso de este último año hizo tres episodios de erisipela de tórax anterior y posterior.

CASO 3° — Enferma A. A. de T. Ingresa al Hospital Italiano el 27 de enero de 1936. Se le practica extirpación del seno con vaciamiento ganglionar de la axila. (Op. de Willy Mayer).

La evolución es normal hasta los 12 días del post-operatorio, en que aparece una erisipela a punto de partida de la herida operatoria que se propaga a todo el hemitórax del mismo lado, regiones lumbares, glúteas y partes proximales de miembros superior e inferior.

Como complicaciones ulteriores aparecen:

a) Derrame pleural, y luego

b) Pleuresia purulenta a estreptococos, que requiere toracotomía y drenaje. Se da de alta esta enferma, a los 3 meses de su ingreso.

(Nota). Esta observación fué cedida amablemente, con todos sus detalles por el Dr. C. Nario.

CASO 4° — M. de F., viuda, española, 60 años, 6 hijos, viven 4, fallecidos 2. Abortos: no. Menarca: 13 años, ritmo 4-5/30. Normales. En menopausia desde los 50 años, sin trastorno alguno. De niña: sarampión. Ha sido sana. Consulta porque siente ardor en la mama derecha, y una dureza hace 8 días. (La madre falleció de cáncer al hígado). Enero II del 1939. Al examen presenta en la mama derecha una tumoración del tamaño de una mandarina libre sobre los planos profundos y adherente sobre los planos superficiales donde hay edema y piel de naranja.

Los contornos son difusos, indolores y ha pasado inadvertida. En sus territorios ganglionares y axilar hay una masa ganglionar polilobulada. Por sus características no se puede dudar del diagnóstico que formulamos de Neo. y en su terapéutica que debe ser un Halsted. El pezón está retraído. Peso 84 kilos y 100 grs. Enero 18-1939. Se observa la enferma y se comprueba que el tumor sigue creciendo. Se le propone operar para lo cual ingresará.

Enero 25-1939. Operación de Halsted. Operan los doctores Rodríguez López y Schaffner y Mendy. Descripción: en historia clínica N° 16861. Pabellón Pouey. Había gran cantidad de ganglios. 8-2-1939. Peso: 81 kilos.

25-1-1939. — *Examen anatómopatológico*: Dr. C. M. Domínguez. Mama neoplásica. 13-2-39. Resultado: El resultado macroscópico revela un tumor esquirroso que tiende a generalizarse en el área mamaria, sobre todo hacia la mitad superior de la hemi-esfera. El control histomacroscópico pone en evidencia un epiteloma esquirroso. Ganglios: Están en estudio por medio de la inclusión. 24-2-1939 (ganglios). Resultado: se disecan ganglios de distintos tamaños. En todos ellos hay un proceso inflamatorio epiteloma-

tos, siendo mayor por la cantidad y calidad monstruosa de las células, los ganglios *pequeños* que muestran este estado de invasión. Dr. Carlos María Domínguez. 10-5-1939. Peso: 84 kilos. 25-5-1939. Radiografía columna dorsal. Intenso proceso de espándilo-artrosis crónica deformante dorso lumbar. Dr. Leborgne. Placa N° 24024. Presenta lesiones evidentes de reumatismo crónico en la columna lumbar; sin embargo a nivel de la 3ª y 4ª hay decalcificación de cuyo diagnóstico existen dudas. Ver placas. Se indica tintura de benjuí compuesta, pues aparece una intensa erisipela alrededor de la cicatriz operatoria.

7-6-1939. Prof. C. Stajano. La erisipela va disminuyendo considerablemente, sin fiebre. — 5-VII-1939. El Prof. Stajano, aconseja Rayos infrarrojos X V. aplicaciones y compresas de hígado de bacalao. Peso: 84 kilos y 700 grs.

Al mes de este último examen, hacemos biopsia en uno de los bordes de una ulceración que crece rápidamente, cuyo informe dice: Proceso epiteliomatoso, a células pequeñas, relleno de los linfáticos — en ciertos puntos — en otros tomando disposición alveolar y rodeados de una esclerosis conjuntiva. (Domínguez). Setiembre de 1939, fallece.

CASO 5º F. P. de S., 44 años, uruguaya, casada, Florida.

Diagnóstico clínico: Neoplasma del seno izquierdo.

Diagnóstico histológico: Epitelioma cubo-cilíndrico (Lasnier).

Nov. 23/1931. Operación: Abente y Gortari. Anestesia al éter sin accidentes. Extirpación del seno (Halsted) con vaciamiento axilar en un solo block. Hay algunos ganglios axilares.

Post operatorio: Suero fisiológico con adrenalina. Después radioterapia profunda (varias sesiones). 8 meses después de la operación.

Examen histológico de los ganglios axilares por el Prof. Lasnier. Negativo; sólo se encuentra una infiltración catarral.

Noviembre de 1935. — Extirpación de dos pequeños ganglios de la región supra-clavicular izquierda. El examen histológico (Dr. Domínguez) sólo revela una infiltración inflamatoria.

Desde el año que siguió a la intervención (1932) comienza a tener periódicamente empujes de erisipela que al principio tomaban casi todo el brazo y antebrazo izquierdo extendiéndose hasta la región del hombro con reacciones febriles algunas veces elevadas. Tratados con prontosil han retrocedido fácilmente y en la actualidad cuando la enferma advierte que se inicia su empuje erisipelatoso habitual, recurre a la absorción de varias tabletas de prontosil y yugula la enfermedad.

Hemos comprobado desde la fecha de su operación (8 años) 10 empujes de erisipela. En el intervalo el brazo se mantiene siempre engrosado y edematoso con las características de infiltración linfática habitual en estas operadas. Los accesos han sido últimamente más reducidos en intensidad y en menor extensión la placa eritematosa.

CASO 6°. I. F. de L. C., uruguaya, 38 años, casada.

En mayo de 1936 fué operada de una neoplasia del seno derecho, comprobada clínicamente por primera vez un mes antes. Sin adenopatía.

Anestesia al éter. Operadores Dres. Caprio y Gortari. Amputación del seno derecho (Halsted) con vaciamiento axilar en block. No hay metástasis ganglionares. Post operatorio normal. El examen histológico confirma el diagnóstico de epiteloma (laboratorio de Dighiero y Urioste).

Persiste después de la intervención un edema permanente de todo el miembro superior derecho desde la muñeca hasta el hombro, que molesta a la enferma por la sensación de pesantez que le origina. Piel normal, blanca, sin ningún trastorno trófico fuera de su edema duro e irreductible.

El 12 de abril de 1938, dos años después de operada, hace una erisipela grave con intenso estado toxi-infeccioso, oliguria, taquicardia, fenómenos bronco-pulmonares difusos, delirio, desfallecimiento cardíaco. Localmente se comprueba una extensa zona erisipelatosa a punto de partida torácico que toma todo el antebrazo y brazo derecho y que en forma serpigínosa, fué propagándose hacia el dorso y cuello. Tratamiento prontosil, suero antiestreptocócico del Instituto Pasteur, renodiuról, reticulogen, coramine, suero glucosado e insulina, cantan gluconato de calcio, cortín autohemoterapia, con transpulmin, tonicardíacos; localmente "badigeonnages" con solución de nitrato de plata al 2 % primeramente, después traumaticina con ictiol.

Análisis. — Abril 18. Orina: albúmina, 1 gr. 20; urea, 8 grs. 66; cloruros, 4 grs. 34.

Abril 19: Glicemia por litro, 1 gr. 45.

Abril 21: Orina. Albúmina, indicios.

Mayo 12: Orina. Albúmina, no contiene.

Hizo una enfermedad sérica prolongada. No fué posible tratar su anemia por transfusiones sanguíneas por la falta absoluta de venas en el brazo sano. Fué tratada con extractos hepáticos, campolón, etc.

En julio de 1939 hace un segundo empuje de erisipela que toma la parte antero-interna del brazo derecho, de poca intensidad, que cede a la medicación por el prontosil en 4 ó 5 días (faltan mayores datos).

En el pasado mes de setiembre, aparece nuevamente una placa erisipelatosa muy atenuada en el pliegue del codo, con temperatura a 38°, cefalalgia y vómitos; desaparece en dos o tres días con la sola medicación del prontosil: 4 tabletas diarias.

En el primer acceso del año 1938 coincidió la aparición de la erisipela con un pequeño traumatismo local (pinchadura de una espina de rosa) que sufrió dos días antes de estallar la erisipela.

En el segundo acceso, me informan que el médico tratante encontró una erosión del codo que pudo ser la puerta de entrada de la infección.

En el último episodio de setiembre pasado, la placa de erisipela se instaló, sin poder hallar ninguna lesión cutánea en el miembro atacado.

Agregaremos dos palabras respecto a la erisipela propagada al miembro superior del lado operado. Es indiscutible, que en todos los casos esa propagación es la regla.

Existe una meiopragia de la cuti - inmunidad natural, en la piel circundando a la herida. Meiopragia a nuestro juicio provocada por mutilaciones nerviosas con sus consecuencias normales. Existe a la vez una meiopragia de la cuti - inmunidad en todo el territorio del miembro superior, el cual sufre muy frecuentemente trastornos de drenaje linfático, dando el *edema irreducible inmediato* post operatorio. En ese terreno de éstasis, la erisipela tiene una razón de ser. Otras veces en miembros normales, la erisipela extendida a todo el miembro superior, deja como reliquia el edema crónico irreducible, pero no queremos hablar en esta comunicación de esas consecuencias, sino de las causas primeras que condicionan o favorecen el estallido sugestivo de esas erisipelas episódicas o periódicas y a repetición.
