

CONTRIBUCION DE LA CIRUGIA DEL SISTEMA
VEGETATIVO PERIFERICO A LA FISIOLOGIA
DEL TROFISMO

*Las proyecciones periféricas de la operación de Leriche y de la de
Cotte*

Prof. Dr. Carlos Stajano

En el año 1919, en un primer trabajo titulado "Pre-cáncer vulvar", expusimos nuestro concepto sintético, etiológico y patogénico en el cual relacionábamos al través de un nexo común a una serie de entidades nosológicas muco-cutáneas dispersas de la patología. La noción de enfermedad (1919) y de neurosis trófica (1930), fué desde entonces para nosotros, motivo de trabajos ininterrumpidos en muy diversos aspectos clínicos, experimentales, quirúrgicos y terapéuticos de distinto orden.

La resistencia del medio ambiente para liberarse del dogma anatómico-exclusivista que imperaba en la patología en esos momentos, no dió lugar a que se fijara la atención sobre hechos de fisiología patológica sobre los que no he vuelto a importunar a nuestras sociedades científicas desde hace años. Pero por ser de tal trascendencia es que vuelvo a insistir, con esta breve nota, por cuanto aún muchos cirujanos generales y especializados, siguen en sus prácticas ordinarias repitiendo aún, una indicación terapéutica que consideramos debe ser meditada antes de usarse. Me refiero a las simpaticectomías periféricas, del tipo de Leriche o de Cotte, o combinadas, en el tratamiento de las afecciones, que hemos sintetizado de acuerdo con las enseñanzas de la clínica con el nombre de Enfermedad Trófica Perineo-vulvar en la mujer o perineo-escrotal en el hombre.

En 1919¹ (el pre-cáncer vulvar) no sólo hicimos la síntesis

1. Revista Médica del Uruguay. 1919. El Precáncer vulvar.

clínica ya enunciada, sino que contrariamente a lo afirmado por la dermatología clásica, elevábamos al eczema crónico, a la leucoplasia y al psoriasis, a la categoría de *proceso neurológico de origen vegetativo y central*. Han pasado 26 años de esa publicación y en vez de rectificar aquella afirmación, hemos dados las pruebas clínicas, experimentales y quirúrgicas de esa verdad, hoy indiscutible.¹

En 1920 en los Boletines de la Sociedad de Cirugía de París, Leriche, relata una observación de simpaticectomía bilateral de la arteria hipogástrica, en una kraurosis vulvar y comprueba una modificación favorable del trofismo regional, con recuperación de la blandura, elasticidad y de las secreciones glandulares de la mucosa y de la piel.

La operación de Leriche fué realizada por nosotros de inmediato, con indicaciones más dilatadas, desde ese momento en diez casos. (Pruritos vulvares, leucoplasia, radiodermatitis de la vulva, etcétera) cuyos resultados favorables y desfavorables fueron publicados en 1922 (Trofismo y cáncer) y donde conquistamos hechos de gran riqueza para la patología, pero también delimitaciones restrictivas en cuanto a su indicación terapéutica. Hemos excluído desde entonces ese tipo de simpaticectomía periférica en la indicación terapéutica de las afecciones neurotróficas, arriba enunciadas. Sin embargo, la fisiología patológica se enriqueció con un aporte extraordinario de hechos concretos relacionados con las topografías periféricas y las vías de aporte trófico a la región perineal, del mismo modo como abrió una senda a la investigación cancerológica, relacionando la importancia del sistema vegetativo tisural, en la cancerización de los tejidos.

He aquí:

La simpaticectomía hipogástrica bilateral, modifica indiscutiblemente el trofismo de un sector topográfico de la región perineal cuyas topografías hemos consignado netamente en numerosas publicaciones anteriores.

La zona de influencia de la simpaticectomía hipogástrica bilateral es perfecta en su topografía periférica (forma ojival perivulvar con límite externo, neto y definido, y con un límite interno igualmente neto al nivel del anillo himeneal). El conducto vaginal

1. Trofismo y cáncer. Concurso Gallinal de la Facultad de Medicina. 1922.

desde ese límite no acusa influencia alguna después de esa operación.

2) Sistemáticamente en todos los casos se observaron modificaciones inmediatas consistentes en:

a) Procesos de vaso-dilatación y exudación, seguidos de exulceraciones superficiales, atónicas, recubiertas de falsas membranas que ya en placas aisladas y luego confluentes a toda la vulva, nos alarmaron en el primer caso, no tomándonos de improviso en lo sucesivo.

b) En el plazo de 20 a 30 días una intensa descamación precede a la reepitelización, revelando una mejoría reparadora favorable. Hemos visto descamación total de leucoplasias, disminución de ectasias linfáticas en linfangitis crónicas, mejoría del prurito en unos casos, desaparición total en otros, reaparición de secreciones en vulvas secas, etc., etc. El optimismo de una curación definitiva fué consecuencia de este resultado inmediato, tanto subjetivamente (prurito) como objetivamente (lesiones).

c) Sin embargo volvimos a ser consultados a los 2 ½ a 3 meses en todos los casos, comprobando con sorpresa una traslación del mal a un sector topográfico vecino al primitivamente afectado. La agravación subjetiva (prurito) y lesional (cornificación de la piel, eczema seco, etc.) surgió intensamente en toda el área perianal con caracteres progresivos (ver esquema).

Con este resultado inesperado atemperamos nuestro optimismo y restringimos nuestros intentos quirúrgicos, podemos decir durante tres años, reiniciándolo nuevamente en el año 1924 y 25.

Fué con motivo de la operación de Cotte, consistente en la resección del nervio presacro o de los haces nerviosos dispersos que lo constituyen. He aquí lo observado.

A) Contrariamente a lo proclamado por Cotte, afirmamos que en forma alguna su operación es equivalente a la operación de Leriche (simpaticectomía hipogástrica). En lo que respecta al trofismo perineal *sus zonas de influencia no son equiparables*. La acción inmediata de su operación se proyecta sobre el territorio perianal y no influye inmediatamente en el territorio perivulvar. (Ver esquema).

En los dos casos la evolución del prurito peri-ano-vulvar fué idéntica. Desaparición temporaria del prurito de la región peri-

anal y agravación del proceso en toda el área peri-vulvar en el término de dos a tres meses del post operatorio.

He aquí la observación de hechos bien observados y cuya interpretación la hemos intentado en su oportunidad.

a) La zona de influencia de ambas operaciones es totalmente distinta y su topografía visible le hace elocuente.

b) El otro hecho digno de meditar, es la traslación de la distrofia muco-cutánea del sector influenciado, al limítrofe

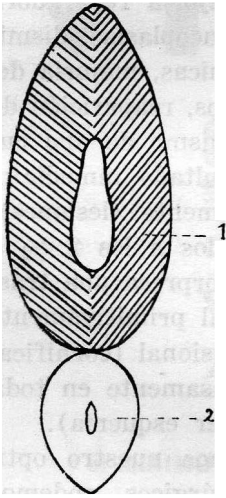


Fig. I.

Zona de influencia inmediata de la operación de Leriche.

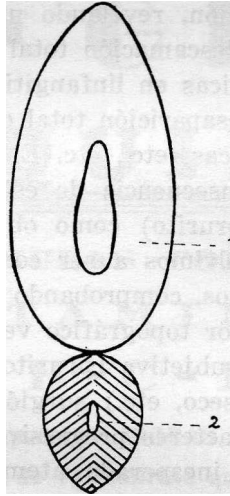


Fig. II.

Zona de influencia inmediata de la operación de Cotte.

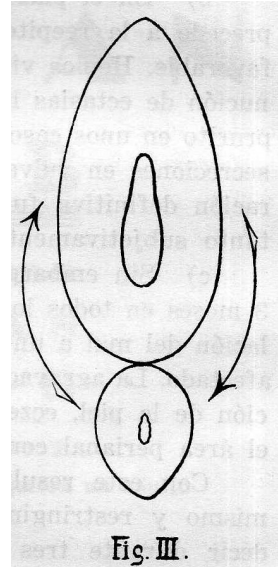


Fig. III.

Traslación de la distrofia de un sector a otro.

y en contigüidad. Exactamente en un sentido distinto, en ambos casos. En la operación de Leriche: de la región peri-vulvar a la región peri-anal.

En la operación de Cotte: de la región peri-anal a la región peri-vulvar.

3) Un nuevo aspecto de esta era quirúrgica nuestra, encaminada a combatir esta terrible y progresiva enfermedad neurotrófica, nos indujo a combinar ambas operaciones, adelantando a "piori" con un razonamiento simplista, de que obrando sobre

las dos vías de influencia, terminaríamos en forma definitiva sobre los dos territorios afectados: el peri - vulvar y el peri - anal.

En efecto: la acción inmediata fué halagadora como en las circunstancias anteriores, pero con mayor brevedad la agravación del síndrome subjetivo se hizo presente, y el aspecto lesional se hizo alarmante en la evolución de los dos casos, dado que la leucoplasia vulvar se hizo verrugosa y exuberante, en el breve término de dos meses, haciendo imperiosa la indicación de la amplia vulvectomía, cuya biopsia nos reveló la iniciación de un epiteloma desarrollado en plena zona afectada.

He aquí la brevísima exposición de algunos hechos muy precisos de este frondoso capítulo de cirugía experimental humana, omitiendo las consideraciones de orden fisiológico y de interpretación sobre un capítulo de fisio - patología tisural, que interesa al dermatólogo, al cirujano general, al fisiólogo estricto y a la neuro - cirugía que ve ensanchar sus horizontes hacia la cancerología, dado que en el sistema vegetativo reside el misterio de la fisiología del tejido normal y en sus trastornos se concentra el inmenso capítulo de las distrofias, íntimamente correlacionado con el oscuro problema de la cancerización.

Conclusiones

1) La interrupción quirúrgica o química de las vías de aporte vegetativo regional, se traduce por modificaciones funcionales y de estructura de los tejidos directamente afectados.

2) Cada sector periférico muco - cutáneo, así como todo tejido visceral, recibe topográficamente la proyección de la acción central vegetativa (trabajos publicados).

3) La profusa vascularización es la vectora de la inervación vegetativa peri - vascular, distribuyendo en forma segmentaria su zona de influencia.

4) Es la clínica general y la neuro - cirugía experimental humana, la más profusa y rica fuente de información en la búsqueda e investigación de la anatomía y de la fisiología del sistema vegetativo en general y del tisural en particular.

5) Los hechos arriba expuestos, permiten definir la zona de influencia de dos tipos de intervenciones enteramente diferen-

tes: la simpaticectomía hipogástrica (Leriche) y la resección del nervio pre-sacro (Cotte), pudiendo desvirtuar su pretendida y tan difundida equivalencia.

6) La traslación o trasposición de la distrofia de una zona influenciada, a la contigua inmediata, nos impone:

a) De la acción temporaria de toda simpaticectomía periférica. Hecho por demás conocido por todos los cirujanos, en otros territorios de la economía.

b) Nos impone además de la profusa acción recurrente y de suplencia en toda la inervación vegetativa, por encima de la simpaticectomía periférica.

c) Estos hechos confirman, como muchos otros de la clínica, la influencia originaria de centros vegetativos axiales en su determinismo periférico, induciendo cada vez más a las simpaticectomías yuxta - centrales.

d) Omitimos las proyecciones que surgen de estos hechos para la cancerología, confirmando nuestra orientación sobre el papel del sistema vegetativo sobre la vida tisural y sus proyecciones de futuro.