

PROYECCION PERIFERICA DE LA ACCION DEL  
SISTEMA VEGETATIVO HIPOGASTRICO

*Un hecho de fisiología patológica revelado quirúrgicamente en  
clínica humana.*

*Prof. Dr. Carlos Stajano*

He aquí el detalle de esta observación: Científicamente es de interés considerable. Prácticamente es un desastre terapéutico. Expediente 5670 de la Clínica Ginecológica de la Facultad de Medicina. Prurito vulvar post menopáusico. Causalgia pélvica. Prolapso genital. Leucoplasia vulvar incipiente. Hace más de veintidós años notó que su útero descendía; a ocasión de un esfuerzo, el prolapso comienza a molestarle.

A los 47 franqueó la menopausia y desde entonces siente un prurito vulvar, que ningún médico consiguió modificar. Hace dos años experimenta una sensación quemante (causalgia), en el abdomen alto, tórax, cuello y cara (fenómenos simpáticos). El prurito va en aumento, haciéndose ahora desesperante, principalmente por las noches y con caracteres quemantes. El labio derecho es más pruriginoso que el izquierdo.

**Antecedentes de esta enferma.** — No conoció a sus padres. Trece embarazos. 10 embarazos normales con partos ídem. Los otros tres, abortos de pocos meses. Crió a pecho a todos sus hijos; excepto al sexto que murió de infección intestinal.

Recuerda que fué dismenorreica hasta que se casó. Menopausia a los 47 años. Hoy tiene 57 años.

**Examen local.** — 2 de enero de 1922. Desgarro perineal, sin embargo hay buenos elevadores. Cisto y rectocele. El descenso uterino sólo se hace a ocasión del esfuerzo. El fondo de la vagina senilizado. Cuello uterino pequeño atrófico. En cambio la vulva es asiento de un proceso de involución, que va progresivamente a la leucoplasia. Por encima de las dos glándulas de Bartholín hay dos manchas lechosas blanquecinas de leucoplasia en marcha, del tamaño de un centésimo. La vagina es seca

a ese nivel, y tiene en toda su extensión un aspecto deslustrado, desca-  
mante y con gran tendencia hemorrágica, al punto que se le ha hecho  
varios días curas de ictiol.

**Tratamiento.** — 23 de enero de 1922. Laparatomía mediana. Descu-  
bierta de las hipogástricas; y denudación del manchón periarterial a punta  
de bisturí, consiguiendo la retracción arterial del lado izquierdo. Sin em-  
bargo, del lado derecho, cometimos el error de abrir la arteria, domi-  
nando la hemorragia por la compresión iliaca y la ligadura arterial por  
encima, en la arteria incompletamente denudada. Ovarios en extrema  
atrofia, duros, del tamaño de un poroto.

**Post operatorio.** — A las 24 horas, siente un peso de bajo vientre  
y dificultad a la micción. Dolor epigástrico. No la molesta el prurito.

3º, 4º y 5 días. Gran prurito ardoroso del lado derecho (vulva) pero  
mucho menos que antes de la operación. Del lado izquierdo, el prurito  
poco intenso de antes, no existe.

6º día: Recrudece el prurito del lado derecho, y siente molestias del  
lado del recto. ¿Efectos de la ligadura?

7º, 8º, 9 y 10 días: El prurito existe sólo del lado derecho. La en-  
ferma reconoce su mejoría y consigue dormir toda la noche.

11 día: Esa noche recrudece el prurito pero sólo del lado derecho.  
La enferma, desanimada, cree en la inutilidad de la operación; teme que  
se reanude su estado anterior. La medicación local la alivia algo. Se  
levanta a los 11 días, y pasa luego en observación a su casa (Melo).

**Resumen.** — *Kraurosis vulvar incipiente*. Leucoplasia vul-  
var. Prurito intenso que se trata por una simpaticectomía hipog-  
ástrica izquierda correcta y ligadura arterial por accidente de  
la hipogástrica derecha incompletamente denudada.

**Resultado.** — A los tres meses (mayo). *Del lado izquierdo:*  
Blandura de la hemivulva de ese lado. Curación del prurito. Des-  
aparición de la leucoplasia. (ver esquema adjunto). *Del lado de-  
recho:* en toda la hemivulva de este lado y como cortada a cuchillo,  
desde el capuchón del clítoris hasta la orquilla, intensificación de  
los fenómenos tróficos. Leucoplasia agravada y extendida a todo  
un sector topográfico hemivulvar. Piel seca. Prurito intenso (ver  
esquema).

Con este objetivo intento nueva intervención, operándola el  
9 de junio, nuevamente, por su Prurito intolerable en la hemivulva  
derecha, y su intensa leucoplasia provocada por el accidente ope-  
ratorio de la primera intervención.

**9 de junio de 1922.** — El programa es liberar la arteria ligada o el  
muñón en la zona operatoria anterior.

Encontramos a ese nivel una PERITONITIS PLÁSTICA, consecuencia de la primera intervención.

Difícil liberación. La hipogástrica es un cordón sólido de un centímetro de largo. El cruce del uréter pegado a los vasos ilíacos, intentando resecaer tejido fibroso de la zona arterial ligada pero sin conseguirlo. Liberamos la íliaca primitiva, (simpaticectomía) en extensión de cinco centímetros. No hay retracción arterial, dándonos pocas esperanzas de éxito. La disección hasta el piso pelviano no permite encontrar restos de la arteria hipogástrica ligada, a no ser el muñón de 1 cm. ya descrito.

Post operatorio inmediato sin incidencias. Al mes (9 de julio), la enferma sigue con el prurito intenso del lado derecho. La leucoplasia topográfica y nítidamente distribuida en la hemivulva derecha para nada se modificó, después de esta segunda intervención. Después de haberla retenido durante tres meses y en que la mostramos repetidamente a diversos colegas del hospital, dado la trascendencia de este hecho de observación, damos el alta a esta enferma. No tuvimos datos ulteriores de ella, a pesar de nuestro empeño.

**Enseñanzas de esta elocuente observación.** — Esta rica observación es trascendente, por cuanto demuestra que la simpaticectomía hipogástrica es capaz de modificar el trofismo de la región vulvar, curando de inmediato una leucoplasia incipiente en placas (hemivulva izquierda).

El intento frustrado de simpaticectomía derecha, por herida arterial, impuso la ligadura simple, con las extraordinarias consecuencias de este hecho. La evolución del caso, nos muestra el advenimiento rápido de una leucoplasia en la hemivulva derecha, con límites topográficos, nítidamente dibujados. (Ver capítulos sobre las topografías vegetativas centrales de las leucoplasias de la vulva) presentadas con anterioridad.

El contraste se ofrece a la observación sobre el aspecto de cada mitad del área vulvar, demostrando en forma análoga a la experimental, la independencia de la distribución nerviosa para cada sector vulvar lateral.

Además expresa claramente el trayecto homolateral del vegetativo pelviano y su demarción neta en su proyección periférica.

Esta observación es de enero de 1922 y hoy interpretamos todo el significado de su contenido. Entonces, realizamos la simple ligadura con motivo de la herida arterial. Hoy hubiésemos realizado la simpaticectomía a pesar del accidente, practicando la resección de un pequeño sector de arteria, evitando así el adveni-

miento de esta leucoplasia cuya topografía neurovegetativa es tan elocuente.

Bajo el punto de vista de sus resultados clínicos, el hecho de fisiopatología que surge de este caso es claro: *la simpaticectomía izquierda interrumpe una influencia nerviosa nociva de procedencia central y cura la hemivulva izquierda.*

La *ligadura arterial derecha*, engloba en ella al simpático periarterial, originando un *neuroma cicatricial periarterial*, exagerando así su *acción nociva y provocando la distrofia cutáneo mucosa diskeratósica*, como consecuencia.

La simpaticectomía correcta sobre la iliaca primitiva derecha que hicimos luego, no provocó modificación alguna en el territorio vulvar. Hoy nos explicamos perfectamente este resultado. No así entonces.