

## EDEMA MALIGNO DE LA CARA

*Por el Dr. Jose Carlos Vercesi*  
(Canelones)

**Relator: Dr. Fernando Etchegorry**

El Dr. Vercesi ha tenido la gentileza de hacer llegar hasta nosotros la interesante historia que paso a leer:

### **Historia clínica: Edema maligno de la cara**

S. M. uruguayo de 42 años, labrador, domiciliado en San Antonio (14ª sección). Ingresa al Servicio a mi cargo en el Centro Departamental de Canelones el día 5 de marzo de 1945 a las 19 horas. Dice sentirse enfermo desde el día viernes 2 en que empezó a sentir una ligera molestia en el ángulo interno del ojo derecho y mucha picazón que lo obligaba a rascarse continuamente. Al día siguiente el ojo está bastante hinchado, rojo, siente algún malestar, escalofríos, dolor de cabeza. Como el día-domingo 4 se siente peor y el ojo está mucho más hinchado, consulta médico quien lo pone en observación y le indica tratamiento local (fomentos) y Sulfatiazol (?). Lo vuelve a ver al día siguiente y le aconseja la hospitalización. Lo vemos en seguida de su ingreso. El edema toma todo el lado derecho de la cara, el ojo está completamente cerrado, y en el ángulo interno sobre el párpado inferior una pequeña escara negruzca, no rodeada de vesículas. El edema llega hasta el maxilar inferior, adenopatía submaxilar muy marcada. Estado general malo, T. 39. P. 105, lengua seca, saburral, chuchos de frío.

Solicitamos al encargado del Laboratorio (Farm. Di Paula) un examen directo de la pequeña escara y un cultivo. En el examen directo se encuentran algunas bacterias carbuncosas y en los cultivos antes de las 24 horas desarrollan en gran cantidad con las características típicas. Le iniciamos en seguida tratamiento con 100 c.c. de suero antimeningocócico ya que no tenemos suero normal de caballo y 20.000 U. de Penicilina cada 4 horas y solicitamos de urgencia a la Proveeduría suero anticarbuncoso que inyectamos esa misma noche (100 c.c.) intramuscular. Al día siguiente el enfermo sigue peor, el edema se extiende hacia el otro lado de la cara y el ojo izquierdo está casi cerrado; del lado derecho el

edema se extiende hasta el cuello y a la raíz del brazo y dato interesante, no se comprueba el pulso radial del lado derecho durante tres o cuatro días, lo que atribuimos a compresión por el edema ya que tomado después que ha desaparecido el edema la presión es igual en los dos lados. El estado general continúa empeorando, T.  $39 \frac{1}{2}$ . P. 110. Hay agitación, insomnio, ligero delirio y una disnea bastante marcada. Le continuamos inyectando Penicilina (20.000 U. cada 4 horas) y tratamiento local, fomentos fenicados y desinfección ocular (argirol, orbitazol). Día miércoles 7: El estado general continúa grave, no ha descansado nada, hay delirio, agitación, la dispnea es más intensa y aparecen algunos fenómenos congestivos pulmonares. Localmente el edema es enorme, toma casi toda la cara y el lado derecho del cuello, los ojos completamente cerrados y ni aún con dificultad pueden separarse los párpados. Le continuamos haciendo 20.000 U. O. de Penicilina cada 4 horas, tonicardíacos (digitalis, aceite alcanforado, esparteína) y tratamiento local. Día miércoles 8: El enfermo amanece un poco mejor, ha descansado un poco, el pulso 90, T.  $38 \frac{2}{5}$ . Localmente aunque el edema es muy grande da la impresión de empezar a ceder. A pesar de tener el convencimiento de que el edema maligno descrito hubiera cedido con la penicilina pero seguro que no somos nosotros, pobres médicos de campaña, los indicados para experimentar y con la responsabilidad de una vida confiada a nuestro cuidado, aunque convencidos de su mejoría, le hicimos los días 8 y 9 de tarde 100 c.c. de suero anticarbuncloso intramuscular cada día además de continuar con la penicilina cada 4 horas hasta 600.000 U. O. y después cada 6 horas hasta 750.000 U. O. en total. El enfermo continúa mejorando rápidamente, la disnea desaparece, empieza a dormir, no hay delirio, la temp. es  $37 \frac{1}{2}$  de mañana y  $39$  de tarde pero desciende para estar apirético el día 12. El estado local también mejora el día sábado 10 en que se toman las fotografías adjuntas; ya abre un poco el ojo izquierdo y aparece el pulso radial del lado derecho. Su P. A. es de Mx. 13, Mn. 8. Orina abundante. Alb.: 0,12. No hay cilindros. El edema continúa durante muchos días desapareciendo lentamente, en los párpados derechos se forman unas escaras necróticas que caen a los muchos días. Como el ojo derecho supura mucho y se hace difícil la abertura de los párpados le indicamos pulverizaciones de borato de sodio e instilaciones de Penicilina (sol. a 500 U. por c.c.) cada tres horas disminuyendo mucho la supuración. El enfermo continúa mejorando su estado general y localmente y es dado de alta el día 31 de marzo para seguir sus curaciones en Policlínica. El día 10 de abril le hacemos tomar las fotografías que también adjuntamos. Queda una esclerosis de los párpados que dificultan sus movimientos. Examinado por mi estimado colega y amigo Dr. Adolfo Ribeiro no comprueba ninguna otra lesión ocular salvo esa lesión palpebral que seguramente regresará sin dejar mayores trastornos.

En resumen; se trata de un carbunco grave, que recibió en total 750.000 U. O. de penicilina y 300 c.c. de suero anti-carbunculo por vía endo muscular. (Se ignora la marca del suero).

Dada la poca experiencia que hay aún en el tratamiento del carbunco con penicilina, y a fin de poder reunir para el futuro el mayor número de casos posibles, a mi vez leeré el resumen de la historia de otro enfermo tratado similarmente en el Instituto de Enfermedades Infecciosas.



O. N., 25 años de edad, peón de barraca, enfermo desde hace 7 días ingresa al Instituto el 29 de marzo por la tarde, con una lesión cutánea en el pecho, lado izquierdo, unos 4 centms. por debajo de la clavícula, con todos los signos clínicos de una lesión carbunculosa (color de la pústula, vesículas, edema, etc.). T. 39°. Ps. 130. Es tan típica la lesión, que sin esperar el resultado del examen bacteriológico, se inyectan en el correr de esta tarde y noche, 100 c.c. de suero anticarbuncoso Behring repartidos en la siguiente forma: 40 c.c. sub-cutáneos, 40 c.c. endomuscular y 20 c.c. endovenoso. Además recibe 0,35 centgrs. de neosalvarsán Bayer. Se inicia también un tratamiento con penicilina, cuya dosis inicial no figura en la historia, pero que debe oscilar alrededor de las 15.000 U. O.; pues en total recibe esta tarde y principios de la noche 30.000 U. O.

El enfermo está bastante obnubilado; solo le preocupa la etiología de su enfermedad. A las 2 y  $\frac{1}{2}$  del día 30, es decir 10 horas después de su ingreso es llamado urgentemente el Practicante de Guardia Sr. Ormaechea porque el enfermo se ahoga. He aquí lo que encuentra: enfermo sentado, con respaldo alto; dos almohadas. Pulso, no se siente. Se trata de tomar la presión arterial: Máx. 4. Mín. 0. Colapso venoso total. Extremidades cianóticas y frías. El edema está igual que en la tarde. Se indica: Pos. de Trendelenburg; Cafeína 0,25, adrenalina, 1 c.c.; 500 c.c. de solución fisiológica endovenosa; 1 y  $\frac{1}{2}$  litro sub-cutáneo. Penicilina 15.000 U. O. Banda de Esmarch en las extremidades. Oxígeno con catéter nasal: 8 lts. por minuto. Se pide plasma.



Este estado de colapso sigue con alternativas hasta que se le inyecta plasma a las 6 de la mañana. Ha habido un gran chusco, seguido de sudación profusa que moja hasta el colchón. Hay delirio. La deglución es normal; el enfermo tiene mucha sed y bebe copiosamente. Ha habido necesidad de darle luminal. Se ha insistido con la penicilina. A la hora indicada se inicia la transfusión de 300 c.c. de plasma con 3 ampollas de cortin. El efecto del plasma es espectacular: a la  $\frac{1}{2}$  hora el pulso es de 96, las respiraciones 26.

A las 8  $\frac{1}{2}$ , vale decir 4 horas después de su comienzo, puede darse por conjurada la crisis. La Temp. ha oscilado entre  $39^{\circ} \frac{1}{5}$  y  $38^{\circ} \frac{1}{5}$ .

El pulso ha sido muy mal contado; las cantidades extremas anotadas son 140 y 96.

El tratamiento continúa en idéntica forma, salvo que se suspende el salvarsán: penicilina, 100.000 U. O. por día, y 100 c.c. de suero anticarbunculoso, mitad subcutáneo, mitad intramuscular. Además, cortín 2 ampollas diarias, Vitaminas C y B.

El 31 de Marzo se le practica un examen de sangre sobre cuyo resultado llamo la atención: Vel. sed. 3 m.m. Glóbulos rojos, 5.830.000. Hemoglobina, % 120. Valor globular. 1.03. Leucocitosis, 22.600. Neutrófilos, 79 %. Eosinófilos 0 %. Basófilos 1 %. Grandes y media. mononucleares, 10 %. Linfocitos 10 %.

Hay pues una evidente hemoconcentración coincidiendo con un aumento del edema que ha tomado dimensiones enormes: invade el cuello y el pecho en ambos lados, el abdomen y la raíz de los miembros.

El hemocultivo llegado hoy es negativo. Examen directo: bacilus antracis. El cultivo item. Inoculación al cobayo: positiva.

Al 5º día de estar en el Instituto se inicia la mejoría; se suspende el suero anticarbunculoso; en total el enfermo ha recibido 400 c.c.. Dos días después se suspende la penicilina (carencia del medicamento); ha tomado 600.000 U. O.

El edema empieza a retroceder salvo el nivel de la lesión primitiva donde toma un aspecto flemonoso. Se inicia el sulfatiazol, 4 gramos diarios. Se ha seguido con el cortín, vitaminas y adrenalina.

El 19 le es abierta una colección pectoral, último vestigio de su enorme edema. Sale serosidad; no hay pus. El 24 de abril el enfermo es dado de alta.

**Comentarios.** — El carbunco pertenece al grupo de enfermedades que poco a poco van escapando al control de los cirujanos para ir a manos de quienes tienen la aureola de manejar con más frecuencia sueros y vacunas, sulfamidados y penicilina. La era del termocauterio, de las inyecciones de permanganato, ácido fé-nico y similares, pertenece felizmente a la historia; por lo tanto estamos demás. Nuestro principal papel consiste ahora en corregir las secuelas que deja la caída de escara o que ha producido la infección per-se. Es pues labor realizable una vez pasada la tormenta y en nada se diferencia de la cirugía plástica o reparadora que se practica corrientemente.

Pienso sin embargo, que aquel desplazamiento es injusto; no veo la razón del porqué los cirujanos no debemos tratar una infección con puerta de entrada cutánea, localizada en un gran porcentaje de casos y en los que en su mayoría dejará rastros para cuya corrección se requerirá nuestros servicios.

Más lógico será siempre que, vigilando la evolución, podamos prever o evitar una cicatrización defectuosa. Además pienso también que somos capaces de manejar sueros y productos químicos tan correctamente como el que más.

Y después de este preámbulo que no es más que la expresión de un sentimiento íntimo que desde hace rato deseaba hacer público, entro en materia.

El caso que nos envía el Dr. Vercesi es interesante bajo varios puntos de vista; pero seguramente el autor nos lo manda en virtud del empleo de la penicilina como agente terapéutico. Idéntica cosa sucede con la historia del enfermo que he relatado perteneciente al Instituto de Enfermedades Infecciosas. A mi conocimiento, son los dos primeros casos nacionales en los que se ha empleado aquella para obtener la curación del mal. La literatura mundial también es parca en lo que se refiere a publicaciones en la materia; sólo conozco el trabajo de F. D. Murphy, A. C. La Boccetta y J. S. Lockwood publicado en J.A.M.A., Dic. 9 1944, Volu. 126, N° 15, pág. 948 en el que se relatan tres casos de Carbunclo tratados *exclusivamente* por la penicilina. Las cantidades dadas por los autores americanos oscilaban entre 475.000 unidades (caso N° 1) y 150.000 unidades (caso N° 3). La respuesta de la infección a la penicilina fué espectacular: a las 18 horas de iniciado el tratamiento en el peor de los casos, el enfermo había entrado en apirexia.

En los enfermos que he relatado, la cantidad de penicilina dada es mucho mayor y sin embargo la evolución fué mucho más larga y penosa. Tampoco se puede hablar en ellos de eficacia absoluta del medicamento, pues también se ha empleado suero anticarbuncloso a dosis bastante altas. (300 c.c.).

En general y de acuerdo con los estudios del propio Fleming, la penicilina no es de una eficacia absoluta frente al bacillus antracis; hay cepas que "in vitro" son inhibidas en su crecimiento por la penicilina en una concentración de 1:10 lo que significa una eficacia 40 veces menor que frente al estafilococcus áureo. Hay otras cepas completamente resistentes al medicamento.

En nuestros casos no se ha hecho el control "in vitro"; ignoramos pues la susceptibilidad de la cepa en juego. Si nos guiáramos por la comparación con los enfermos de Murphy y colaboradores, casi podríamos deducir que la acción de la penicilina ha

sido nula o poco menos; de cualquier manera siempre quedará la duda en estos tratamientós mixtos, de cual es el agente curativo o si obran de "mancomún in solitum". Además por todo lo que se sabe del tratamiento del carbunco puede afirmarse que hay varios métodos eficaces, que han hecho las pruebas en el tiempo. Lo primordial es hacer diagnóstico precoz, vigilando atentamente el estado general despistando desde el primer momento todas las complicaciones.

A este respecto es sumamente instructivo el caso N° 2. El colapso vascular periférico, el aumento de la permeabilidad capilar comprobable clínicamente con el inmenso edema, hubieran llevado al enfermo a la tumba, de no realizarse la transfusión de plasma y soluciones fisiológicas. La hemo concentración aun comprobable 48 horas después de iniciado el cuadro, demuestra la gravedad de éste y alecciona para tener siempre a mano en un futuro, los elementos indispensables con que combatir el edema debido a la acumulación intersticial de plasma y atribuído hasta ahora exclusivamente al elemento inflamatorio.

Ambas historias carecen desgraciadamente de datos de laboratorio que nos permitiera hacer deducciones firmes. De cualquier manera se debe agradecer al Dr. Vercesi su interesante colaboración y solicito se le de publicidad en el Boletín de la Sociedad.

**Dr. Mourigán.** — Yo pregunto si es correcto el título de la comunicación porque en la descripción de la historia clínica dice que hay una escara y creo que el edema maligno no es el verdadero título.

Yo he visto carbunclos típicos de la mano que dan un edema de todo el miembro superior de la región vecina del tórax y no se me ocurría llamar edema maligno, sino carbunco, con estado general excelente. Hasta daba la impresión de que el enorme edema disminuía la absorción tóxica hacia el organismo.

En cuanto al choc pregunto si no es debido a la inyección de suero intravenoso.

**Prof. Prat.** La interesante comunicación del Dr. Vercesi que nos ha relatado el Dr. Etchegorry considero que tiene dos puntos principales a comentar: lo que se refiere al diagnóstico y al tratamiento.

En lo que respecta al diagnóstico iba a hacer la misma observación que el Dr. Mourigán. Se nos presenta una observación como edema maligno y realmente en la historia figura una escara y creo que eso basta para caracterizar un carbunco. Insisto en esto porque en un trabajo mío, que

data de muchos años, me preocupé de llamar la atención y sobre todo recalqué el hecho de que si los profesionales de nuestro país, donde el carbunco desgraciadamente es muy frecuente, pretendían hacer el diagnóstico basados en la pústula típica descrita por los textos clásicos, iban a dejar muchos casos sin diagnosticar. La pústula tendría una característica clínica bien acentuada: la clásica corona y vesículas de Chaussier y luego la adenopatía regional.

En ese trabajo demostré que muy a menudo no es esta la forma típica de presentarse el carbunco y presento casos donde la escara se presenta como un forúnculo, con una simulación tan completa que cualquier profesional podría confundirse. Si se examina detenidamente esta lesión, veremos que no existe un pelo en el centro de ese proceso inflamatorio, como ocurre en el forúnculo.

Indiqué también otro tipo de pústula como puerta de entrada del carbunco, que es la escara simple con una zona de edema, pero sin la clásica areola vesiculosa de Chaussier. Y describí otra forma de pústula del carbunco, que está constituida por una simple vesícula, generalmente de tipo vinoso.

De acuerdo con mi experiencia el carbunco puede presentarse con distintos tipos de pústula: la clásica, de la escara negra asentada en una zona inflamatoria con la areola de Chaussier, la escara con un rodete inflamatorio; como un forúnculo y como una vesícula con contenido hemático, de color vinoso.

Considero que tiene mucha importancia conocer estas diferentes manifestaciones de presentación de la pústula maligna, puesto que si no se conocen, el profesional al no encontrar los elementos clásicos de la pústula del carbunco, descartará equivocadamente este diagnóstico. En el caso presentado, tiene la escara con el edema, de manera que lo debemos clasificar como un carbunco, que aunque no típico, es la forma más común y corriente que se presenta con la escara y su base de edema e infiltración, aunque no tenga la areola vesicular de Chaussier.

En lo que se refiere al tratamiento debo manifestar que ha tiempo ya que no me ocupo de la terapéutica de estas lesiones, que tratábamos hace varios lustros como cirujanos de urgencia en el Hospital Maciel y que ahora se atienden en el Instituto de enfermedades infecto contagiosas.

Recuerdo que iniciamos la terapéutica de carbunco con inyecciones de ácido fénico y la cauterización de la pústula al termocauterio; tratamiento que pronto consideramos inconveniente por las grandes pérdidas de sustancia que provocaba la cauterización y que sustituimos por simples desinfecciones con la tintura de yodo. Empezamos a emplear entonces el suero anticarbunco de Lignières y Méndez y con estos sueros obtuvimos muy buenos resultados, sobre todo en el carbunco de los miembros y de la cara; no así, en el carbunco del cuello que constituye una lesión sumamente seria de pronóstico muy grave, porque invade el mediastino y que frecuentemente provoca la muerte aunque se empleen las terapéuticas más activas.

Tanto Lignièrs como Méndez indicaban usar dosis limitadas de suero en el tratamiento del carbunco, de una a tres ampollas, considerada como dosis curativa; nosotros en cambio, iniciamos esta seroterapia con dosis masivas de 20 a 30 c.c. por vía intravenosa asociada a dosis de 30 a 40 c.c. por vía subcutánea, en los casos serios o graves y debemos declarar que obtuvimos excelentes resultados.

Cuando aplicábamos este tratamiento se preconizó en Buenos Aires, a inspiración de Krauss, la terapéutica del carbunco con el suero normal de bovino y se llegó a considerar que sus resultados eran tan buenos o superiores a los del suero anticarbuncoso, que se estableció que con el suero de bovino se obtenía por lo menos los mismos resultados que el suero específico.

Esta *herejía biológica* se pudo aclarar, al comprobarse que el carbunco presenta a veces, series benignas, que explican que con cualquier tratamiento se obtengan buenos resultados hasta lograr aparearse a los del suero específico, pero al final la verdad científica se impuso al comprobarse que los mejores resultados en el carbunco se obtenían con el suero anti carbuncoso y que éste constituía la terapéutica de elección. Con el suero normal de bovino comprobamos *colapsos* graves en los enfermos al inyectarse los 40 ó 60 c.c. que se suministraban por vía endovenosa y que ponían seriamente en peligro la vida del paciente. Dos factores podían explicar estos terribles colapsos: una inyección rápidamente realizada en las venas o el choque coloidoclásico.

En general, estos sueros eran inyectados por los practicantes internos que me garantizaban que la inyección había sido realizada lentamente, pero en la época de que hablamos, una inyección realizada en dos o tres minutos, se consideraba lenta, cosa que no aceptamos hoy. Quiere decir pues, que es muy posible que en la etiopatogenia de estos terribles colapsos del suero normal de bovino, podía intervenir en parte la rapidez de la inyección, asociado al choque proteínico.

En el caso presentado se empleó la penicilina, el extraordinario agente terapéutico moderno contra las infecciones; parece que ella fué ineficaz, y que inclina a sentir la conclusión de que la penicilina no tiene acción en el carbunco. No tengo experiencia de la penicilina en el carbunco, por lo cual no debo emitir opinión sobre ella; pero si establecer que cuando se dispone de un agente activo y eficaz como lo es el suero específico contra esa infección es al suero al que hay que recurrir de inmediato. Me adhiero a la crítica que hace el relator por la deficiente colaboración del laboratorio en el estudio y tratamiento del caso; es tiempo ya de que los técnicos, cuenten con esa precisa e indispensable colaboración del laboratorio, para conocer el estado humoral del enfermo, para no tener que hacer terapéuticas empíricas sino tratamientos precisos y seguros, como los que indica el examen del hematócrito cuando falta plasma o proteínas.

**Dr. Etchegorry.** — Estoy completamente de acuerdo con los Dres. Mourigán y Prat en cuanto al título de la comunicación.

En lo que se refiere a la inyección de suero y su posible repercusión dando el grave cuadro descrito interpretación que se me ocurrió y así lo hice saber al practicante de guardia pero hay muchas horas de intervalo entre la inyección y el estado de colapso: doce. Además faltaban los otros signos que caracterizan al choc anafiláctico. A pesar de la sensación de ahogo, el edema no había aumentado, tampoco hubo respuesta a la adrenalina como se ve habitualmente.

Se parecía más al estado de choc como se ve en los quemados. Por otra parte, se le siguió dando suero sin mayores precauciones y sin reacciones perjudiciales. Además con el suero que se usaba en el Instituto, aquellas con casi nulas.

En cuanto al tratamiento estoy de acuerdo con lo que expresa el Dr. Prat. Personalmente en la cuestión de carbunco no creo en la eficacia de la penicilina, a lo menos por lo visto hasta ahora. Para mi no hay ningún caso demostrativo. Existen varios tratamientos y nuestro conocido el Dr. Luchesi, p. ej., recurre a los arsenicales con muy buen resultado.

Yo que tuve la suerte de hacer mis primeras armas quirúrgicas bajo la vigilante mirada del Profesor Prat, recuerdo perfectamente aquellas "espumaderas" hechas a termocauterio en rededor de la pústula y cuyo volumen fuimos reduciendo con el tiempo; me acuerdo también de los tubos largos de suero de bovino de Krause. Se obtenían buenos resultados cuando el tratamiento era precoz; lo cual demuestra que hay varios procedimientos útiles. Lo primordial es conservar el estado general. Y volviendo a la penicilina, diré que el propio Flemming no es muy optimista sobre su eficacia. Y no creo que de la lectura de las historias de los autores americanos citados se pueda sacar otra conclusión. Estoy convencido que en el caso N° 3 curado con solo 120.000 U. O. de penicilina, lo mismo se hubiera tenido éxito sin inyectarle dicho medicamento.