

## SOBRE UN CASO DE GANGRENA CUTANEA

*Dr. Eduardo Anavitarte*

El enfermo A. F., español, soltero de 42 años y de profesión jornalero. Ingresó a Sala Maciel (Servicio del Prof. D. Prat) el 12 de Abril de 1943 siendo el motivo de ingreso la sensación de dolor epigástrico y de distensión abdominal con replesión gástrica que lo molesta cada vez más intensamente desde hace 2 años.

Interrogado sobre el comienzo de su enfermedad narra lo siguiente: Comenzó con ardores epigástricos y regurgitaciones ácidas que no repercutían sobre su estado general y que se repetían varias veces en el día.

Hace 20 días en su trabajo sintió un dolor bruco, tipo puntada, intenso, que le impedía respirar y lo obligaba a doblarse contra el suelo. El dolor citado duró cuatro días en forma continúa, luego calmó y sólo le volvía a aparecer una hora después de las comidas pero mucho menos intenso. Comenzaba bajo el reborde costal izquierdo, irradiándose al resto del vientre y por último se localizaba en el epigastrio. No iba acompañado de vómitos, ni eructos pero sí de regurgitaciones ácidas y pirosis. Pérdida completa del apetito desde hace 1 mes. Ha rebajado últimamente diez kilogramos. Evacúa normalmente su intestino.

Somnolencia después de las comidas, insomnio nocturno debido sobretudo al dolor. Orinas cargadas.

Examen del abdomen: Se moviliza mal a la aspiración profunda. Marcado dolor epigástrico que se acentúa con la tos.

Reptación gástrica discreta. Se palpa tumefacción epigástrica y de hipocondrio izquierdo que debe corresponder al estómago. La palpación es muy dolorosa.

El resto del examen salvo la repercusión del neoplasma sobre su estado general no tiene nada digno de mención.

Los exámenes de laboratorio demostraron una orina normal, urea en suero sanguíneo 0 g. 50  $\frac{0}{100}$ . Un hemograma de 4.430.000 hematíes con 84 % de Hb. Valor globular 0.95 y 14.000 leucocitos. Wassermann vegetativo. Tiempo de coagulación y sangra normales.

El estudio radiológico del enfermo demostró un estómago con líquido residual en ayunas, . . . . . dilatado y con dificultad a la enomoción. Radiografía: síndrome de estenosis pilórica de origen casi con opacidad eoplásica.

Intervención 30 - IV - 43.

Anestesia local novocaína al  $\frac{1}{2}$  % previa crepuscular.

Cirujano Dr. E. Anavitarte. Ayudantes: Dr. E. Prat y Pract. Gilar-doni.

Incisión mediana supra umbilical. Enorme neoplasma gástrico adhe-rido a la pared anterior del abdomen. Imposible tentar ni gastroctomía ni derivación. Cierre de la pared en el plano. Lino en la piel.

En el postoperatorio este enfermo hizo una complicación que nos-otros al comienzo no supimos de que se trataba.

Alrededor de los orificios de sutura de la piel esta comenzó a esfa-celarse progresando dicha mortificación a expensas de sus bordes, no tar-dando en constituirse una erosión única que a su vez progresaba a ex-pensas de sus bordes. de esta manera se fué agrandando hasta abarcar una enorme superficie en la que llamaban la atención dos hechos: una el aspecto rojo limpio y de granulación de la parte central y otra que los bordes adquirían un aspecto negruzco de necrosis con olor fétido.

A esos dos hechos anatómicos se añadía un tercero que podemos llamar clínico y era el inmenso sufrimiento del enfermo a quien nada calmaba.

Por consulta con el Prof. May se llegó al diagnóstico de gangrena cutánea pero ya el enfermo se encontraba en plena decadencia orgánica y el tratamiento, instituído no pudo hacer retroceder la complicación falle-ciendo algún tiempo después.

Adjuntamos las fotografías tomadas por el Prof. Prat.

**Dr. Cantón.** — Quiero agradecer a los señores consocios que se ocu-paron del tema y a los que han contribuído con comunicaciones y que han hecho que esta grave complicación post-operatoria fuera enriquecida con la presentación de nuevos casos que han aumentado la casuística, que consiste en unos 80 ó 90 casos publicados. Los casos de los Dres. Lockhart y Anavitarte responden a lo que se conoce como gangrena cutánea post-operatoria. El caso del Dr. Lockhart, porque se trata de un proceso que comienza después de un intervalo, en el cual el proceso primitivo se ha extinguido totalmente y se inicia entonces el proceso gangrenoso, locali-zado exclusivamente en la capa superficial de los tegumentos, en el der-mis, con necrosis de la epidermis y que tiene las características, del dolor intensísimo, su progresión tenaz, rebelde a todo tratamiento y que va alcanzando proporciones más grandes y llega a destruir vastas extensio-nes de piel. Me parece que encuadra dentro de la gangrena cutánea.

El caso del Dr. Anavitarte también es otro caso de gangrena cutánea y más semejante aún a los nuestros. Estas comunicaciones de los Dres. Lockhart y Anavitarte ponen de manifiesto el interés en el conocimiento más amplio de estos procesos, porque diagnosticados precozmente y tra-tados con el tratamiento que preconizó Meleney, de la extirpación en block de la lesión y últimamente con penicilina tienen, en general, un buen resultado, siempre que sean diagnosticados precozmente y se aplique el tratamiento adecuado.