

## LA CORTISONA Y LA CICATRIZ

**Dr. Fernando Herrera Ramos**

Voy a hablar en un Congreso de Cirugía, yo que hago medicina ; pero en el curso de la vida, los accidentes de la medicina me han puesto en contacto con algunos problemas, que a juicio del profesor Chifflet interesan mucho al cirujano; así es que él es el culpable de que yo esté aquí ocupando un puesto que no me corresponde.

Además, dada la hora, y el tiempo que hace que se está trabajando, pienso que lo mejor es hacer un resumen un poco apretado de los hechos más importantes que se pueden deducir de la experiencia realizada hasta el momento en este sentido.

Mi intención era traerle a ustedes el resultado de un trabajo experimental que estamos realizando en ratas y en conejos en el Instituto de Patología, con referencia a la evolución de las heridas; pero en la experimentación el tiempo va siempre más allá de lo que uno calcula, y no nos ha dado para poder presentar nuestras conclusiones a ustedes.

Los hechos que vamos a exponer son simplemente los siguientes: W. y K., en el año 1940, al hacer las primeras experiencias con la cortisona, que K. había obtenido en esa época y que la utilizó actuando en la Mayo Clinic, demostró que la cicatrización de las heridas estaba enlentecida por la presencia de cortisona, y que en el animal la cortisona disminuía la velocidad de cicatrización y aún la anulaba mientras estaba influenciando la cortisona.

Más adelante, algunos otros autores comprobaron el mismo

hecho de una manera bien clara, sin dejar lugar a duda, y B. y G., en el curso del año 1950, al finalizar el primer semestre, en J.A.M.A. han publicado un trabajo sobre las complicaciones cutáneas del tratamiento con cortisona y A.C.T.H. han demostrado que la granulación de las incisiones y de las lesiones que se producen traumáticamente o con bisturí en el animal, está enlentecida en su evolución; que la granulación no sólo se enlentece, sino que no se produce, y que mientras hay cortisona en exceso en el organismo, la cicatrización no tiene lugar.

Más todavía: que cicatrices queloides producidas a consecuencia de quemaduras, cuando la cortisona era suministrada precozmente, después de producida la cicatrización, se aplanaban primero y se abrían, comenzaban a exudar después, enlenteciéndose la cicatrización de manera completa, mientras el organismo está bajo la influencia de la cortisona.

Este hecho es de gran importancia, y marca el problema de la cicatriz, que va más allá del problema de la incisión, del problema del hecho quirúrgico, del problema de la colocación de planos; que va a entrar en el mecanismo humoral íntimo que rige el proceso cicatrizal, mostrando la intervención que tienen los fenómenos plasmáticos y el tejido conjuntivo en la producción de la cicatriz.

¿Cómo actúa la cortisona? El mecanismo íntimo de la cortisona, saben ustedes que no se conoce todavía de manera perfecta; pero el hecho es que el compuesto cortisona actúa de manera muy neta en el tejido conjuntivo sobre la sustancia fundamental, y que en este tejido actuaría modificando el equilibrio diastásico de esta sustancia fundamental, que es de primera importancia para el desarrollo de la vida local y aún para el desarrollo del organismo en conjunto.

Se sabe que la cortisona actúa sobre la permeabilidad disminuyendo la permeabilidad tisular, dificultando el deslizamiento de las células y dificultando todo lo que es trasudación fuera de los vasos, exudación y trasudación fuera de los vasos hacia el medio intersticial.

Esta acción sobre la permeabilidad, hace que no se produzca,

o se produzca muy lentamente, la movilización de los elementos histiocitarios. Además, enlentece el crecimiento del tejido conjuntivo y, en último término, al disminuir la permeabilidad, dificulta el deslizamiento de la célula epitelial, dificultando así la cobertura de la herida.

Estos hechos que son los únicos que se han comprobado —en teoría se podría agregar algo, pero quiero mostrar sólo los hechos—, muestran la importancia y trascendencia que la evolución o el estado de ese enorme laboratorio bioquímico que es la sustancia fundamental del tejido conjuntivo, tiene en el organismo, y la importancia que posee en la evolución de las heridas.

Muestra esto, desde el punto de vista práctico, otro hecho: cada vez se está empleando más la cortisona, cada vez se emplea en más procesos, en aquellos en que está indicada y también en otros que no lo está. La consecuencia es que el cirujano va a encontrarse muy a menudo con la necesidad de intervenir, o con el problema de una intervención en plena evolución de tratamiento cortisónico, y esto es muy importante a tener en cuenta, tanto por el hecho de la cicatriz como por el hecho de las defensas.

Por ejemplo, si una persona hace una apendicitis en pleno tratamiento cortisónico, no hay casi dolor, no hay defensas en la pared y no hay procesos abdominales reactivos. El apéndice se hace silencioso. Esto que hace, la detención de la reacción local, lo hace también en la cicatriz.

Nuestra experiencia se reduce desde este punto de vista, a dos casos. Uno, operado por el doctor Chifflet. Se trataba de una esplenectomía realizada por anemia hemolítica, cuya anemia habíamos normalizado desde el punto de la existencia globular con cortisona. El enfermo fué intervenido 48 horas después de interrumpir la cortisona. La evolución fué perfecta. Otro, una niña que tiene una toxemia, que la conseguimos normalizar con cortisona. Desde el punto de vista hemático fué estudiado por el doctor Paseyro. Esta toxemia se trata con cantidad de inyecciones de cortisona, y a consecuencia de alguna de ellas, hace un proceso en la región glútea. El proceso inflamatorio de la región glútea, no llega a supurar. Hace una fluxión que se ex-

tiende, que toma toda la region glútea, que se extiende a lo largo del muslo, y que no conseguimos limitar a pesar de la cortisona, haber mejorado y tener una fórmula normal, casi normal, con una reacción leucocitaria como correspondía al proceso inflamatorio. Temperatura 39° - 40°. Pero el proceso se extiende sin barreras y hace un flemón.

Es intervenida por el doctor Urioste en el Sanatorio Británico. Le hace tres incisiones de drenaje a lo largo del muslo, se suspende la cortisona 24 horas antes, y la niña no supura. Sale una serosidad y nada más por las incisiones. A las 72 horas de suspendida la cortisona, comienza a drenar una pequeña cantidad de pus y las heridas están completamente átonas. Recién al cuarto día de suspendida la cortisona, comienza a aparecer un pequeño proceso de granulación, y la granulación se hace neta 5 días después de hecha la incisión.

Son los dos casos que tenemos: uno, que no obedeció a la ley general, y otro que obedeció desde el punto de vista inflamatorio y desde el punto de vista del proceso en sí.

Hemos querido presentar estos hechos, resumidos por la hora, nada más que para mostrar la trascendencia que en la herida tienen los hechos funcionales, y cómo la parte del tejido conjuntivo que está en continua elaboración, y cómo esa sustancia fundamental —que nosotros veíamos como una cosita colorada, violácea, cuando nos mostraban las preparaciones en histología, y que nosotros decíamos que esa era una sustancia fundamental sin mayor importancia—, es uno de los laboratorios de mayor trascendencia en el organismo, que está en constante equilibrio bioquímico.

Es ahí donde hay un enorme camino para el cirujano que quiere utilizar estas vías para enlentecer o para llegar a acelerar el proceso cicatrizal, sobre todo para aquellos que hacen cirugía plástica.

Nada más.

(Aplausos).

SEÑOR PRESIDENTE. — Habiéndose completado la orden del día de hoy, vamos a entrar a la discusión del tema del relato y de las comunicaciones presentadas.

DOCTOR BORTAGARAY. — ¿Me permite?...

Quiero felicitar al doctor Chifflet por su brillante relato. Me dice un médico del interior que debemos felicitarnos nosotros de haberlo escuchado. Y yo creo que tiene razón.

En segundo término, quería refirmar un concepto muy acertado del doctor Ardao, sobre la conveniencia — cosa que he sostenido siempre también — de que todo cirujano, y sobre todo el que actúa en el interior, conozca los fundamentos de la cirugía plástica. Dijo el doctor Ardao que todo cirujano debe saber manejar la cuchilla para sacar injertos, y eso está muy bien. Y esto, sobre todo para aquellos que hacen cirugía de urgencia en el interior.

Uno se puede encontrar en muchas oportunidades con un caso semejante al del doctor Ardao, y debe saber resolverlo. Lamento no haber traído la documentación gráfica de un caso similar. Y puedo decir, recordando otro caso que refirma el concepto, que no sólo el cirujano tiene que saber manejar el cuchillo de injertos, sino conocer la técnica del injerto de colgajo.

Se trataba de un enfermo que trabajaba de panadero, y que sufrió ese accidente tan corriente en su oficio; se hizo una gran herida, que suturada en nuestro departamento, dejó como secuela una cicatriz con una retracción tendinosa del dedo anular. Entonces se presentó el problema de su reparación, sobre todo que había quedado con una ulceración en el puño, y como bien fué dicho, era necesario recubrirlo con un injerto acolchado porque se trataba de una superficie de flexión. En el acto operatorio le hicimos el alargamiento tendinoso, y resolvimos el problema del acolchado de la piel que faltaba, en la forma indicada por Ardao, aunque más simple, solamente cubriéndola con una capa de piel de abdomen.

A las tres semanas se cortó, habiendo evolucionado bien. Y el enfermo se permitió el lujo, con fines estéticos, de que como no le gustaba ese injerto, en una operación ulterior hubo que rebajarlo un poco el tejido celular. Le quedó una función perfecta de su mano; tan es así que estaba en pleito con su patrón por imposibilidad de manejar su mano y actualmente trabaja en tareas manuales.

Nada más.

DOCTOR LARGHERO. — ¿Me permite?...