

FISIOPATOLOGIA DE LOS COLGAJOS
DE DESLIZAMIENTO
EN LOS VACIAMIENTOS CELULO-GANGLIO-
LINFATICOS EN EL CANCER VULVAR

Dr. CARLOS STAJANO

Creemos interpretar el propósito de los que organizaron esta Mesa Redonda, aportando, a forma de rendición de cuentas, nuestra experiencia sobre el tema, con su estado de saldos favorables y desfavorables atingente a este enorme capítulo que abarca el haber de nuestras conquistas presentes, pero también el más abultado renglón del debe de nuestras ignorancias.

Es con tal finalidad que ofrezco esta extrema síntesis facilitando la tarea de intercambio de preguntas y respuestas que suscite nuestra comunicación. Demás está decir que este tema es común a la cirugía de los vaciamientos del cuello, así como a los de la región axilar. Es una idéntica patología en todos sus aspectos terapéuticos y evolutivos, a pesar de la diferente regionalidad anatómica.

Didácticamente encararemos esta patología en: 1) inmediata; 2) retarda, y 3) tardía.

1) La primera concierne a la evolución inmediata postoperatoria de la reparación y de la cicatrización en la nueva situación creada:

- a) Por el sacrificio de la piel en variable proporción y extensión de acuerdo a las exigencias de cada caso.

- b) Al compromiso de la vascularización profunda, temporariamente suprimida.
- c) Por el despojo incontrolado del colchón celular, vector de la circulación procedente de la base de cada colgajo.
- d) Por omisión de elementales reglas de la sutura sin tracción y de los medios técnicos que empleamos para evitarla.

Este capítulo de la cirugía del cáncer se ha enriquecido con adquisiciones de la cirugía plástica de reparación, la que jerarquiza los pequeños grandes detalles, no sólo del acto quirúrgico, sino del más importante del postoperatorio, cuyo cuidado personal debe ser cumplido por el propio operador, único capaz de suplir con su experiencia y oportuna indicación, infinidad de pequeños males evitables y en todo caso abreviará siempre la brevedad de una normal evolución. La mejor enfermera, nurse o practicante no suplen la vigilancia de una curación de control tan indispensable.

La colección hemática o de linfa, son los enemigos que acechan en la cirugía plástica de reparación. La hemostasis en el campo operatorio debe ser pulcra y cuidadosa. Sin embargo, a su pesar, puede generarse retardadamente la pequeña colección que en cirugía general puede ser intrascendente, pero de complicada resultancia en las grandes plásticas de reparación, conducente a la dehiscencia de heridas por esfacelo, cuya piel se ha macerado al flotar como camalote, sobre colecciones líquidas cuyo drenaje fue demorado.

En forma similar y con las mismas consecuencias, actúan las linforragias colectadas, e inevitables por la acción quirúrgica, aunque previsibles por su frecuencia. Es posible contener la producción y colección de la lluvia capilar sanguínea y linfática, mediante el maravilloso apósito compresivo y elástico de la esponja de goma, el que ayuda en su suave compresión no sólo a silenciar el pequeño derrame de rocío acumulable, sino que a la muy importante adhesión profunda de las superficies cruentas, evitando los espacios muertos de separación con el plano neuro-

vascular, creada por la operación. Sin embargo, el avenamiento es indispensable. El material que hemos elegido después de tanto hacer, es la tela de caucho, o la tela de celofán.

Ese material blando y laminar lo dejamos "in situ" varios días sin inconveniente, hasta que la herida se halla absolutamente seca. El tubo de drenaje lo hemos proscrito definitivamente, por considerarlo traumatizante y causante de esfacelo, particularmente en la piel. En los años idos, el cómplice del hematoma, la colección de linfa, era la infección. Sus consecuencias derivaron hacia el edema crónico irreductible de grandes territorios afectados, así como a toda la patología dermatológica de la piel de revestimiento, cuya terapéutica principal intenta evitar la terrible y pertinaz recidivancia de esos procesos.

Hemos hechos comunicaciones sobre los procesos piógenos cutáneos y los dérmicos recidivantes del tipo de la erisipela, describiendo formas clínicas iterativas y a repetición durante años sucesivos, poniendo de relieve la insuficiencia defensiva cutirregional en territorios afectados en su normal troficidad por la esclerosis profunda, generada en el subsuelo de la gran operación. Casuística de nuestros cirujanos y ginecólogos, nos dieron testimonio de estos hechos tan poco comentados en las sociedades científicas, y sobre los cuales hemos insistido desde el año 1930 hasta hoy.

La hora actual ha logrado dominar y prevenir la infección en el campo operatorio; no sólo la aguda, sino la atenuada con su trágica consecuencia que es la "hemorragia secundaria, incoercible y frecuentemente mortal, sobre cuyas características hemos insistido en otros momentos y que hoy por fortuna configura una excepción.

La experiencia del momento actual, comparada con la vida anteriormente, sólo puede ser valorada por los cirujanos ya maduros que actuaron en los decenios precedentes a la era antibiótica; y cuando además en la clínica se vivía en carencia de conceptos relacionados tanto con la gran agresión quirúrgica general, como con los problemas conjuntivovasculares atingentes a la reparación y cuya función se desenvuelve en los intersticios de las regiones en causa.

Concretando: el saldo de conquistas de nuestra actual educación quirúrgica, dice que la *patología inmediata* de los colga-

jos operatorios en los grandes vaciamientos, nos permite ahorrar a nuestros enfermos prácticamente todos los males procedentes del exterior: a) la infección; b) el mal trato del tejido operado; c) las faltas de técnica elemental; d) la falta de concepto de la herida operatoria; e) la desaprensión desprolija del cirujano actuante, tanto en el acto operatorio como en el más importante y vigilante del cuidado postoperatorio inmediato.

Sin embargo, existe otro sector de nuestro conocimiento que no ha evolucionado de acuerdo al intenso ritmo anterior y que está plagado de incógnitas y de vacíos en nuestra acción terapéutica. Me refiero a la *patología retardada y tardía*, vale decir, residual, de las zonas operadas. En realidad, el cirujano, en estos casos de cirugía mutilante, habla de curación quirúrgica, no bien da de alta a su enferma y queda satisfecho de una exitosa y aparente normal cicatrización. Sin embargo, nuevos aspectos volverán a ocupar frecuentemente su atención, no sólo de prolongada vigilancia ante la siempre posible recidiva, sino por procesos patológicos residuales que hacen muy similares la patología de esas zonas reparadas, con la patología de los muñones de amputación.

Es la variada patología de las cicatrices operatorias, sobre cuyo detalle no podemos insistir.

Es la patología de la piel aparentemente normal en gran extensión y superficie que cubre los planos de deslizamiento.

Es la patología modificada del miembro inferior en los vaciamientos inguinales.

Es la patología del miembro superior, así como la de la piel del dorso del tórax, en los vaciamientos de axila.

Son nuevas situaciones creadas por la mutilación vascular sanguínea, linfática y neurovegetativa regional, que se desenvuelven por debajo de una cortina cutánea sólo normal en apariencia.

Es la clínica la que nos llama la atención, sobre esos cambios funcionales cuya interpretación es compleja y delatan no infrecuentemente hechos de una patología aún oscura.

Omitimos profundizar el grosero problema clínico del edema regional, tanto el inmediato como el retardado y el tardío, cuyos pronósticos clínicos son totalmente diferentes.

Otro problema es el de la cutiimmunidad locorregional disminuida frente a la infección común, y nos referimos concretamente al de la erisipela tardía y recidivante regional, que, en general, el cirujano delega al dermatólogo, el que se debate infructuosamente ante la periódica recidivancia del proceso, la que contrasta con la resistencia de las zonas sanas limítrofes no invadidas.

La meiorragia de la cutiimmunidad a la infección es similar en las cicatrices de los grandes decolamientos quirúrgicos, a la de las cicatrices de las zonas irradiadas. Radiodermatitis e infección.

Otro gran capítulo de esta patología oculta es el relacionado con la menor tolerancia y resistencia de las regiones operadas, frente a la acción terapéutica de las radiaciones.

La cancerización retardada en la piel de las viejas cicatrices, es precedida de no infrecuentes empujes inflamatorios dérmicos del tipo erisipelatoide. Hecho muy notable y que hemos consignado.

Otro gran capítulo práctico es el referente a la agresión quirúrgica asociada a la agresión radiante y cuál es el momento propicio para irradiar y cuáles los plazos prudentes en el tiempo para esa asociación terapéutica en su relación a la cancerización provocada.

La profusa patología de los colgajos y su posible cancerización, así como la cancerización de las viejas radiodermatitis son procesos que muy lejos están de haberse encarado con un criterio fisiopatológico y con la latitud exigida por su complejidad. Sigue dominando en cirugía cancerológica el platónico empirismo clínico. Se siguen rigiendo las conductas, de acuerdo al simplismo de las tabulaciones estadísticas, las que sustituyen en su rígida apariencia científica al esfuerzo mental del hombre de ciencia, que se debate infructuosamente ante situaciones clínicas que aún sigue ignorando. Sin embargo, a pesar de esta confesión de impotencia, pero no de resignación, abrigamos la convicción de que en los futuros congresos de cirugía de nuestro país, nuestros cirujanos aportarán nuevas conquistas relacionadas con la patología intersticial modificada y oculta por detrás de la

cortina cutánea, aparentemente normal. Esta tarea, no por difícil y ardua, dejará de proporcionar progresivas e inesperadas conquistas.

REFERENCIAS DE LOS TRABAJOS
CUYAS IDEAS EXPONEMOS SUCINTAMENTE
EN ESTE CAPITULO

1. EL CANCER VULVAR.—“Rev. Méd. del Uruguay”, tomo XXII, pág. 60, año 1919. Comentado por A. Bengolea (Buenos Aires) como la monografía más importante de la literatura médica mundial.
OBS. SOBRE CANCER VULVAR.— Id. tomo XXII, pág. 166, año 1919.
EL PRECANCER VULVAR.— “Rev. Méd. del Uruguay”, tomo XXII, págs. 722-746, año 1919.
2. EL CENTRO TROPICO DE LA REGION VULVAR. —Tomo del Congreso de Dermatología y Sifilografía de Montevideo, octubre de 1921. “Congreso de Dermatología y Sifilografía de Buenos Aires”, 1926. (Conferencia.)
3. CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL CANCER EPITELIAL. Stajano y Nario. “Rev. Méd. del Uruguay”, tomo XXIV, pág. 542, año 1921.
4. LOS ANTECEDENTES DEL CANCER EPITELIAL MUCOCUTANEO Y LESIONES PRECANCEROSAS.—“An. Fac. de Med. de Montevideo”, tomo VI, pág. 535, año 1921.
CONCEPTO DE LA REGIONALIDAD FRENTE AL CONCEPTO EXCLUSIVAMENTE CELULAR DEL CANCER.
CONCEPTO DE PREDISPOSICION REGIONAL TOPOGRAFICA.
CONCEPTO DE VIDA NEUROVEGETATIVA REGIONAL.
CONCEPTO DE EDAD Y CENTROS NERVIOSOS.
CONCEPTO DE AGRESIONES NERVIOSAS CENTRALES Y VICIACION HUMORAL.
EL TERRENO NEUROENDOCRINO.
LA UNIDAD SOMATICA Y PSIQUICA.
LA ACCION TRAUMATICA ALREDEDOR DE LA INJURIA NEUROVEGETATIVA PERIFERICA Y CENTRAL Y SUS FUNDAMENTOS DE ORDEN FISIOLOGICO Y EXPERIMENTAL.
CANCER Y FISIOPATOLOGIA NERVIOSA TISULAR.
5. SISTEMA NERVIOSO Y PRECANCER.— Dos vol. de 216 págs. J. Mariño, Ed., Montevideo, 1921-1922. Biblioteca Fac. de Medicina, Montevideo. (Agotado.)
LOCALIZACIONES MULTIPLES DEL CANCER.—“An. Fac. de Medicina de Montevideo”, tomo 8, pág. 824, año 1923, con A. Sáenz.
6. SOBRE CANCER.—Presentado a la Soc. de Cirugía de Montevideo, 1923.

9. MODALIDADES CLINICAS DEL TRAUMATISMO EN LOS ANTECEDENTES DEL CANCER CERVICAL.—Idem. tomo 9, pág. 46, año 1924. Publicado en "An. de la Fac. de Med. de Montevideo", tomo 9, pág. 759, año 1924.
10. LAS TOPOGRAFIAS NEUROVEGETATIVAS DEL VITILIGO EN LA ECONOMIA. — Stajano-Martirena. "An. Fac. Med.", tomo XI, pág. 563, año 1926.
11. LA NOCION DE CENTROS TROFICOS NEUROVEGETATIVOS EN LA PATOLOGIA PIGMENTARIA DE LA PIEL.—Idem. tomo XI, pág. 448, año 1926.
12. PRURITO VULVAR. SU ETIOLOGIA PERIFERICA Y LA ETIOLOGIA CENTRAL.—"An. Fac. Med. de Montevideo", tomo XIV, pág. 967, año 1929. Presentado Soc. Ginecología. Montevideo.
13. SOBRE FISIOPATOLOGIA REGIONAL DE LA CANCERIZACION. Stajano-Domínguez. Trabajo experimental. Propensión y resistencia regional. "An. Fac. de Med.", tomo XIV, pág. 229, año 1929.
14. LA PIGMENTACION CUTANEA AL TRAVES DE LOS CONCEPTOS DE LAS EPOCAS.—"An. Fac. de Med.", tomo XV, pág. 402, año 1930.
15. TROFISMO Y CANCER.—Un tomo de 345 páginas. Concurso Gallinal de la Fac. de Medicina, año 1922.
16. DEFENSAS CUTANEAS Y FUNCIONES NEUROVEGETATIVAS. LA ERISPELA RECIDIVANTE.—"An. Fac. de Medicina de Montevideo", tomo XXV, N° 1, año 1940.
17. FISIOPATOLOGIA TISULAR EN SUS RELACIONES CON LA CANCEROLOGIA. - Ed. Espasa Calpe, 1 tomo de 103 págs., año 1946.
18. FUNCION TROPICA EN CANCEROLOGIA. LA ACCION NEUROVEGETATIVA. — "Congreso Médico del Centenario". Montevideo, octubre 1930.
19. INVESTIGACIONES EXPERIMENTALES SOBRE REFLEJOS TROFICOS.—"Archivos de la Soc. de Biología de Montevideo", vol. 1, págs. 281-290, año 1929.
20. LE VIE TROPHIQUE DANS SES RAPPORTS AVEC LES ETUDES CANCEROLOGIQUES.—Les Neoplasmes. Paris, Mai-Juin, 1927.
21. ALTERATIONS NERVEUSES DU METHAMERE CORRESPONDANT A LA REGION TRAUMATISEE. LA REPERCUSSION CENTRALE. Stajano-Estable. Comptes rendues des seances de la Société de Biologie de Paris, tome XVII, pág. 15556.
- SIMPATICECTOMIA HIPOGASTRICA Y OPERACION DE COTTE EN SUS PROYECCIONES PERIFERICAS.—"Boletín de la Soc. de Cirugía de Montevideo", tomo XVI, págs. 45-50, año 1945.
23. SISTEMA VEGETATIVO Y NEUROSIS TROPICA.—Un tomo de 103 páginas, año 1933.
24. EL PROCESO DE CANCERIZACION EN LAS CICATRICES DE QUEMADURAS Y EN LAS LLAMADAS RAMBODERMITIS.—"Bol. Soc. de Cirugía del Uruguay", tomo II, págs. 241-254, año 1931.
25. LITIASIS BILIAR Y CANCERIZACION.—"El Día Médico Uruguayo", año 1957.