

CRITERIO ONCOLOGICO EN CIRUGIA.

Por el Dr. Conrado ZUCKERMANN.

I.—ADVERTENCIA.

El tema es muy amplio y casi exclusivamente efectuaremos síntesis general, seguramente incompleta. Referirse a cada cáncer en particular, a su cirugía, sería demasiado extenso.

II.—LOS CANCERES Y SUS DIVERSAS TERAPEUTICAS.—

Desde el punto de vista de su crecimiento los cánceres pueden dividirse esquemáticamente en tres categorías:

- a).—los que presentan fase local o regional más o menos duradera.
- b).—aquellos con tempranas propagaciones y aún generalización.
- c).—los cánceres generalizados desde un principio.

Las terapéuticas actualmente aplicadas a los blastomas son:

- cirugía,
- radiaciones,
- quimioterapia,
- tratamientos endócrinos y otras terapéuticas.

Esto último se refiere a que el paciente con cáncer, en relación con la existencia tumoral, presenta trastornos, síntomas que pueden ameritar tratamiento.

III.—CIRUGIA Y RADICALIDAD.

Se comprende que el procedimiento operatorio, de finalidad radical, sólo es posible en los cánceres en fase local o regional.

Se aprecia que el propósito no siempre se consigue y que por lo contrario con mayor frecuencia de lo que se espera, aparece nueva formación tumoral derivada de la extirpada. Precisamente por ello nosotros procuramos no emplear la palabra radical al denominar las intervenciones pero sí las realizamos con ese propósito.

En vista de lo anterior y para señalar un límite al fracaso o al éxito se anotan los clásicos cinco años de sobrevida y de no reproducción sobre todo, a pesar de que se sabe que la reproducción puede aparecer a mayor tiempo.

Averiguar si la neoplásia está confinada, si tiene cercanas o lejanas propagaciones, es labor difícil pero indispensable antes de toda cirugía oncológica y para ello se utilizan los exámenes directos del paciente, los radiológicos, los de laboratorio, las endoscopias, las biopsias tisulares y celulares y aún se inicia el empleo de otros procedimientos como el de impregnación radifera y su detección física.

Esta averiguación detallada, prolija, preoperatoria se continúa en la mesa de operaciones, y abierta la región en donde existe el blastoma, vista y tacto adunados a conocimientos y experiencia, servirán al cirujano para juzgar de la extensión del proceso. Además cuenta muy frecuentemente con el valioso recurso de la biopsia transoperatoria que podrá aclarar dudas.

La decisión pertenece al cirujano y el juzgar si lo que está efectuando tiene carácter radical o sólo es parcial extirpación, temporal arreglo de una situación mecánica. Todavía más, él será el que en justa actitud decidirá hacer o no hacer, suspender o continuar el trabajo iniciado.

IV.—DIVERSAS CIRUGIAS.

En los enfermos de cáncer los procedimientos operatorios pueden ser varios y ya nos hemos referido sintéticamente a la cirugía extirpadora total, radical, la primera en importancia, aquella que los médicos deben procurar hacer si las condiciones generales y regionales lo permiten.

Precisamente el propósito universal, médico y no médico, es que el enfermo de cáncer consulte al menor síntoma, lo haga en relación con exámenes médicos periódicos y que los

procedimientos citológicos, histológicos y clínicos descubran blastomas en fase todavía local, cuando radiaciones o cirugía son capaces de conducir a curación.

Además de esta cirugía para casos oportunamente diagnosticados existen otros tipos de intervenciones quirúrgicas, nos referimos a:

- cirugía extirpadora parcial,
- cirugía de derivación o mecánica,
- cirugía de acción endócrina y
- cirugía contra el dolor.

Todas ellas son en realidad paliativas pero a veces las paliaciones son de años, varios y aún muchos años, y su beneficio no puede negarse a los pacientes siempre que se considere que al hacerlo no se corre riesgo demasiado grande.

En tumores voluminosos, muy molestos, dolorosos, ulcerados, fétidos, sangrantes, la extirpación puede a veces ser autorizada, efectuarse, a pesar de que se aprecie lo incompleto (por existir propagaciones) de la exéresis.

La cirugía podrá y deberá resolver los vitales peligros que existen por obstrucción cancerosa de las vías respiratorias, digestivas y urinarias.

En lo que concierne a la cirugía endócrina, ésta se refiere a las extirpaciones ováricas, testiculares, suprarrenales e hipofisiaria, que se están efectuando sobre todo en cánceres mamaríos y prostáticos avanzados y rebeldes a otras terapéuticas.

Las castraciones profilácticas, es decir realizadas antes de reproducción cancerosa están en estudio y todavía son poco usadas. Existe tal vez una excepción algo admitida, nos referimos a la ovariectomía en cáncer mamario del llamado "tipo inflamatorio" a pesar de no demostrarse que ya existen metástasis.

Para tratar de abolir o disminuir mucho el dolor canceroso, la cirugía cuenta con varias intervenciones en las vías de la sensibilidad, desde la periferia hasta el centro cerebral. Dos son sin embargo las más utilizadas actualmente: la cordotomía lateral y la topectomía selectiva, ambas consideramos deben ser hechas por neurocirujanos y casi siempre creemos inapropiado hacerlas si el plazo de vida calculado es menor de tres meses, si la edad es mayor (más de 65 o 70 años), si existen marcadas alteraciones vasculares, diabetes acentuada y en general condiciones que señalen peligro, mala cicatrización, alteraciones tróficas.

V.—TECNICA Y TACTICA OPERATORIAS EN ONCOLOGIA.

El cáncer es padecimiento traidor, casi seguramente el que causa mayores preocupaciones al cirujano. El problema se inicia desde el momento de hacer el diagnóstico, llega a su

alto climax en el acto operatorio y continúa así no solamente en los días y semanas subsiguientes, sino por años dada la vigilante observación que casi siempre requieren estos enfermos.

Es cirugía en la que no solamente se requiere lo habitual en todas: asepsia, hemostasis, conocimientos anatómo-fisiológicos, sino apreciar muy bien los hechos patológicos, desconfiar y proceder con prudencia, demoledora para el mal y a la vez reconstructora para el organismo y zona en que se actúa.

La frase bien conocida de "cortar por lo sano" aquí se aplica íntegramente, este es precisamente el propósito, seccionar muy afuera del blastoma y sin tocar la maligna formación, extirparla; cumplir lo anterior muchas veces es bien difícil.

Como se comprende nos estamos refiriendo a la cirugía de propósito radical y en ella la regla es evidente: extirpar toda la neoplasia y en caso de propagación ganglionar, quitar igualmente los grupos ganglionares linfáticos correspondientes con el tejido que les rodea y en unión con el tumor original para no seccionar la vía canalicular linfática.

Precisamente esa extirpación en un solo bloque de la segura o probable metástasis linfático-ganglionar y del blastoma original, es la difícil, la que debe procurarse realizar y la que no siempre se consigue hacer.

A pesar de lo antes anotado el quitar el tumor canceroso y antes, simultáneamente o después, hacer lo mismo con la metástasis ganglionar, es procedimiento aceptado y los resultados pueden ser satisfactorios, entre otros motivos porque la invasión ganglionar se realizó por embolización linfática y no por invasión célula a célula de los canalitos linfáticos entre el blastoma y los ganglios.

Las denominaciones "disección" o "disección radical" para estas operaciones sobre grupos ganglionares no las empleamos pues consideramos que no indican bien el propósito ni lo que se realiza, lo apropiado es extirpación, exéresis o en todo caso anotar disección-exéresis o disección-extirpación.

En esta cirugía de tendencia radical pueden imponerse muy grandes mutilaciones, el sacrificio de órganos importantes y al realizarlo se debe tener en cuenta no solamente el afirmar la oncológica exéresis completa y amplia, sino la reparación, la obtención de equilibrio por lo menos funcional.

En las maniobras mismas debe existir suavidad, delicadeza y no traumatizar el blastoma para evitar en lo posible que se desprendan de él células cancerosas que por vascular camino llegan a diversos sitios orgánicos.

Precisamente en relación con lo anterior se

ha comprobado que en las horas que siguen a intervenciones por cáncer pueden existir células malignas en circulación, movilizadas por las maniobras. Por ello se ha preconizado el uso de radioisótopos y de sustancias anticancerosas, preoperatoria y sobre todo postoperatoria. Nosotros hemos estado usando inyecciones de derivados de la mostaza nitrogenada, pero todavía el número de los casos clínicos y el tiempo de observación no es suficiente para señalar conclusiones.

Muchos detalles técnicos-tácticos pueden ser realmente trascendentes; señalaremos algunos. A pesar de que se cumpla el no cortar, seccionar, en tejido neoplásico, conviene el cambio frecuente de guantes, de instrumental, de compresas. Así se podrá evitar realizar la terrible aunque muy rara eventualidad de injertar células cancerosas. Esto lo hemos visto una vez: aconteció en operada de cáncer cervicouterino, a quien le extirpamos cáncer de igual categoría histológica en el sitio de la cicatriz laparotómica.

El uso de bisturí eléctrico nos parece apropiado en algunas intervenciones por tumores, pero debe marcarse claramente que su empleo no dispensa en lo más mínimo de todas las precauciones anotadas y que lo único que ahorra (ello es valioso) es sangre y tiempo).

En algunos cánceres, en algunas topografías, se podrá ligar los vasos sanguíneos principales al iniciar la operación, antes de todo corte peritumoral. Ello se refiere especialmente al cáncer corial, a los cánceres melánicos y óseos.

Debemos señalar ahora que en este afán de prolongar existencia se ha llegado a proponer y realizar cirugía de repetición, sobre todo abdominal. Se trata de hacer laparotomía un año o más después de haber extirpado cáncer en esa topografía y descubrir y extirpar nueva formación (recidiva, reproducción) que todavía no diera síntomas pero que sí se puede apreciar operatoriamente.

VI.—RADIACIONES Y CIRUGIA.

Erróneo es considerar que la cirugía y las radiaciones son terapéuticas opuestas; son procedimientos que separadamente o en apropiada asociación son capaces de conducir a la curación a los cancerosos.

El precepto de que cada una de ellas cumpla su propósito íntegramente es bien valedero. El radioterapeuta deberá irradiar como si no hubiera de operar y el cirujano operar como si no se hiciera necesario irradiar.

En radioterapia como en cirugía oncológica los tratamientos incompletos conducen a persistencias tumorales, recidivas y reproducciones.

En presencia de enfermas neoplásicas lo mejor es que la decisión terapéutica sea tomada por equipo médico en que existan radioterapeuta, cirujano, histopatólogo, citólogo y los especialistas que las condiciones generales y locales del caso clínico indiquen.— Todavía más es importante el consejo del médico de cabecera, del clínico de familia.

Las asociaciones de cirugía y radiaciones existen y se refieren a las radioterapias pre y postoperatorias. Las preoperatorias se recomiendan como procedimiento para amenguar la "virulencia" cancerosa, disminuir el volumen tumoral, etc. Algunas estadísticas muestran que esta radioterapia previa a la operación es benéfica en algunos cánceres de elevada malignidad, muy vasculares, de gran tamaño, etc.

No debe olvidarse que la radioterapia puede modificar algo la cicatrización tisular y que por ello se debe trabajar en acuerdo con el radiólogo para señalar topografía radioterápica y operatoria y sobre todo el tiempo de realización de cada terapéutica. Meses después de radioterapia hemos encontrado con frecuencia fibrosis peritumoral.

La radioterapia postoperatoria es método todavía más usado y la colaboración igualmente debe ser evidente entre radioterapeuta y cirujano. Al realizarla se tiene la ventaja de contar no solamente con todos los datos anteriores a la intervención quirúrgica sino con los afirmados en la operación y por el examen anatómopatológico de lo extirpado.

Cirugía y radioterapia tienen sus limitaciones y el cirujano y el radioterapeuta deberán apreciar en justa y sincera actitud sus éxitos y sus fracasos y recurrir mutuamente a los procedimientos, fundándose para ello en los hechos evolutivo-clínicos y en los exámenes histológicos y citológicos.

VII.—FINAL.

Son tantos los progresos realizados en técnica quirúrgica, en anestesia, en medicinas y procedimientos conexos, en equipos, en vigilancia de los operados, que la cirugía del cáncer de tendencia radical y otras cirugías complementarias a ella, están en pleno auge. Aunque deseamos que en el futuro el problema se resuelva por otros medios, mientras ello no acontezca cirugía y radiaciones seguirán sirviendo para la curación o el consuelo del canceroso.

Ojalá hayamos logrado poner a su consideración en forma sencilla, sincera y sintética el panorama de esta cirugía que apasiona al que la realiza y cuando cumple su misión hace perdurable a un humano y enternece y fortifica a la vez el alma del médico.