

DEMORAS EN EL TRATAMIENTO DEL CANCER DE CABEZA (*)

por el

DR. FEDERICO R. PILHEU

Docente libre de Clínica Quirúrgica

Es un hecho perfectamente conocido que en el tratamiento del cáncer el factor tiempo desempeña un papel principalísimo. Los cánceres orocérvicofaciales no constituyen ninguna excepción; por el contrario, el factor tiempo desempeña un papel más importante que en la mayoría de las otras localizaciones, pues quedan durante un lapso largo localizados por encima de la clavícula y aun las metástasis ganglionares; sólo tardíamente se generalizan por el resto del organismo. Es por ello que si son precoz y convenientemente tratados, tienen muchas probabilidades de ser totalmente extirpados y los enfermos curados.

Casuística.

Caso 1.—I. T., hombre de cuarenta años de edad. Se presenta a nuestra consulta con un enorme tumor que, habiendo aparecido hace un año como pequeño nódulo de la encía inferior derecha, en la actualidad deforma todo el lado derecho de la cara; es del tamaño de un pomelo; invade la encía inferior, el piso de la boca y parte inferior del carrillo derecho, desde el nivel del canino hasta el tercer molar, y la radiografía muestra una destrucción casi total de la rama horizontal del maxilar inferior. Se palpaban algunos ganglios carotídeos. Se resecó ampliamente toda la lesión, revelando la anatomía patológica tratarse de un carcinoma indiferenciado. Posiblemente haya sido a punto de partida en la encía, para luego invadir todos los tejidos vecinos, incluso la mandíbula.

(*) Trabajo realizado en el Hospital de Clínicas. Instituto de Clínica Quirúrgica. Cátedra del Profesor Mario M. Brea.

CASO 2.—E. M., hombre de cuarenta y nueve años de edad, que en noviembre de 1956 se presenta con una lesión ulcerada ubicada en tercio medio del labio inferior, de un año de antigüedad; no se palpaban adenopatías cervicales. El 4 de diciembre de 1956 resecamos la lesión, efectuando plástica de Estlander; siguiendo la opinión de la mayoría de los autores de no efectuar vaciamiento de cuello cuando en el cáncer de labio no se palpen ganglios, dimos de alta al enfermo, invitándolo a concurrir a los treinta días. Pero no vuelve hasta cuatro meses después, y lo hace portando una enorme adenopatía submentoniana, de cinco centímetros de diámetro, fija al piso de la boca y a la piel; existen, además, otros pequeños ganglios submaxilares derechos. Se efectuó vaciamiento bilateral. Las posibilidades de curación de este caso hubieran sido enormemente mayores si el enfermo hubiera concurrido a la consulta cada veinte o treinta días y hubiéramos detectado la adenopatía cuando recién se instalaba.

CASO 3.—V. S., hombre de sesenta años de edad, a quien en noviembre de 1957 se le colocan agujas de Co_{60} en el piso de la boca, lado derecho, por un carcinoma. No había adenopatías. En diciembre regresa a su provincia y retorna en marzo, con una enorme adenopatía submaxilar derecha, tamaño de una naranja, fija a la piel y a los planos profundos.

CASO 4.—A. L., hombre de sesenta y cuatro años de edad. En junio de 1953 es intervenido quirúrgicamente en este Instituto por un carcinoma de labio inferior, efectuándosele resección cuneiforme de la lesión. No presentaba adenopatías cervicales palpables. Se le indica, una vez cicatrizada la incisión operatoria, volver dentro de uno o dos meses. Pero aparece en junio de 1955, casi dos años después (!), con una enorme lesión ganglionar submaxilar, groseramente ulcerada, ulceración de unos cuatro centímetros de diámetro. Los autores norteamericanos y europeos sostienen, con muy buen criterio, que cuando en el cáncer de labio no haya adenopatías palpables, no está indicado efectuar el vaciamiento radical del cuello, dejando esta conducta para cuando estas adenopatías aparezcan; pero esta conducta puede ser aplicada en esos países en los cuales casi el 100 por 100 de los pacientes cumple reli-

giosamente con las citaciones del profesional o de la institución que atiende sus males.

CASO 5.—E. B., hombre de cuarenta y cinco años de edad, en quien hace diez años se instala una úlcera en el dorso de la nariz. La lesión, rebelde a toda terapéutica casera que el propio enfermo se prescribía, se fué lentamente extendiendo en superficie y en profundidad, sin que el enfermo se decidiera a acudir a ningún médico por "temor a que se le diagnosticara cáncer". En mayo de 1957, accediendo a repetidas instancias de sus familiares, acude a nosotros con enorme ulceración que ha destruído toda la mitad izquierda de la nariz, la parte media de la mejilla izquierda, la mitad izquierda del labio superior, prácticamente todo el paladar óseo, extendiéndose la infiltración hasta la mitad derecha de la nariz y al ojo izquierdo, con poca probabilidad de lograr la curación.

CASO 6.—P. C., hombre de sesenta años de edad, que en marzo de 1950 es examinado por un odontólogo por un intenso dolor que, desde hacía dos meses, presentaba en la encía inferior izquierda. Le obtienen una radiografía y le efectúan un curetaje del alvéolo dentario correspondiente al sitio donde el dolor era más exquisito. Como el dolor siguiera "in crescendo" y la mucosa gingival, en vez de cicatrizar, se iba ulcerando cada vez más, el enfermo acude seis meses después a otro odontólogo, quien, con muy buen criterio, le realiza una biopsia de la mucosa ulcerada: se trataba de un carcinoma indiferenciado. Pero, desgraciadamente, la lesión ya infiltraba la mucosa yugal por dentro y la piel de la mejilla por fuera, y se palpaban numerosos y grandes ganglios cervicales. En el lapso transcurrido entre marzo y septiembre, la suerte del enfermo se había volcado hacia lo irremediable.

CASO 7.—A. P., hombre de cincuenta y tres años de edad, que en julio de 1955 es intervenido quirúrgicamente por un carcinoma de mucosa yugal izquierda, efectuándosele una resección muy económica. Poco tiempo después reaparece la lesión, y en octubre de 1956 lo vemos con una gran ulceración que ocupa prácticamente todo el carrillo izquierdo, invadiendo la lesión la encía inferior de ese lado. Una placa radiográfica

nos mostró una zona de osteonecrosis que ocupaba toda la rama horizontal del maxilar inferior izquierdo. Se palpaban numerosos ganglios submaxilares izquierdos. Por no haber resecado tal vez sólo un centímetro más de mucosa en la primera intervención se había llegado a la situación actual, que, si queremos ser efectivos, nos vemos obligados a efectuar una amplísima y mutiladora resección de mejilla y maxilar inferior con vaciamiento radical de cuello.

Comentarios.

Muchas y muy variadas son las causas por las cuales un paciente con cáncer de cabeza y cuello puede llegar a ser sometido a un tratamiento correcto.

Resumen.

Varias y diversas son las causas que se presentan para que un enfermo con un cáncer localizado en cabeza y cuello concurra tarde a recibir la terapéutica correcta. En nuestra experiencia en el Centro Anticanceroso del Hospital de Clínicas hemos hallado dos grandes grupos de causas: unas atribuibles al propio enfermo, por ignorancia, negligencia, menosprecio de síntomas o simple "temor a tener cáncer", y otras, de las que son responsables los profesionales que por primera vez atendieron al enfermo, instituyéndole un tratamiento inadecuado o incompleto.

HALITOSIS

Con frecuencia se omite lo que con considero la causa más común de esta molestia embarazosa en personas cuya dentadura está en perfectas condiciones y quienes no tienen ninguna infección nasofaríngea ni ninguna enfermedad pulmonar o gastrointestinal. Esta causa es la presencia de diminutos fragmentos de material proteico en putrefacción que persisten entre los molares, particularmente los superiores. Estas partículas resisten la eliminación hasta por el cepillado más minucioso y el único remedio es el uso rutinario de la seda floja dental o del palillo. (Mc Golrick.)