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 atribuíbles 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.)

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TUMORES INTRAORALES

por el

Dr. FEDERICO R. PILHEU

Adscrito a Clínica Quirúrgica

Obvio es destacar la importancia que el diagnóstico de las afecciones tumorales de la cavidad oral tiene tanto para el enfermo como para el médico tratante, como así también la responsabilidad que desde ese momento contrae el centro clínico al que concurre dicho enfermo; sin embargo, y penoso es destacarlo, muy frecuente es ver gróseros errores de diagnóstico o poca atención a lesiones que, por dichos descuidos, luego se transforman en incurables; si bien en este abandono alguna parte de la culpa le corresponde al enfermo, verdad es que la mayor responsabilidad recae en el médico que por primera vez lo asiste, pues generalmente desatiende pequeños sintomas y signos capaces de hacer el verdadero diagnóstico precoz del cáncer. Diagnóstico que en la localización oral es fácil de efectuar con sólo pensar en él, ya que requiere muy escasas y simples maniobras manuales e instrumentales para ver y tocar cualquier lesión. Hemos dicho de la necesidad de descubrir los más pequeños síntomas y signos para el diagnóstico precoz del cáncer, que en ésta, como en la que más, tiene fundamental trascendencia, pues en la consideración del tratamiento muchas veces, junto al pronóstico *quod vitam*, es imprescindible tener presente el resultado estético, en algunas oportunidades desastroso por el grado de mutilaciones dejadas por la cirugía radical para extirpar extensas lesiones intraorales.

Necesario es que el conocimiento de esta patología no sea exclusivo del clínico o del cirujano. Por su ubicación, muchas veces el primer facultativo que tiene oportunidad de observarlas es el odontólogo o el oculista; surge de esto la gran importancia que el trabajo en colaboración con estos profesionales presenta para el diagnóstico de los tumores intraorales; luego veremos que esta colaboración es también imprescindible para el tratamiento de los mismos.

El número relativamente elevado de enfermos portadores de este tipo de lesiones hace imprescindible la existencia de un centro o de-

partamento dedicado a su estudio. Su incidencia llega a cerca del 10 por 100 del total de afecciones neoplásicas en el ser humano. Los órganos más afectados por orden de frecuencia son: el labio, la lengua (parte móvil), las amígdalas palatinas, piso de boca, la mucosa yugal y, en menor grado, las encías, base de la lengua y paladar.

Como ya hemos dicho, lo importante es despistar los *pequeños síntomas*. Generalmente se presentan con pequeñas excoriaciones del labio, sensación de quemazón o ardor en la lengua, pequeñas leucoplasias de la mucosa, ligeras ulceraciones escasamente dolorosas, sialorrea más o menos marcada. Estos y no los clásicamente descriptos son los que deben llamar la atención del profesional y obligarlo a efectuar un cuidadoso examen de toda la cavidad oral, faringe y laringe. Es en los casos ya avanzados, aquellos que nos muestran estadísticas decepcionantes, donde veremos fijeza de la lengua, hemorragias de grandes ulceraciones, disfagia, disartria, otalgia, trismus y la emisión de un olor nauseabundo. Cuando se llega a este estado, por culpa del enfermo, o del médico, o de ambos, el diagnóstico, indudablemente, es muy sencillo, pero la posibilidad de resultados terapéuticos satisfactorios se aleja de toda esperanza.

La forma de presentarse el cáncer de la cavidad oral es variada: *formas ulceradas,* con base infiltrada, comunes en la lengua, amígdala y piso de boca, en esta última localización muy frecuentemente sangrante; *formas papilomatosas* o *verrugosas,* comunes en las encías.

El cáncer oral debe ser diagnosticado precozmente. Para ello nos hemos de valer de los pequeños síntomas ya enunciados arriba, tales como ardor de la lengua, sialorrea, sensación de cuerpo extraño en boca, etc., y de un *prolijo examen de la cavidad oral.* En el examen visual dirigiremos nuestra atención hacia pequeñas *placas de leucoplasia,* que en algunas localizaciones, como son lengua y mucosa yugal, tienen un evidente significado precanceroso; a veces es frecuente ver concomitancia de una lesión neoplásica rodeada de varias lesiones leucoplásticas. Observaremos también el *estado de la dentadura,* ya que es indudable la influencia de la irritación causada por molares en mal estado en la génesis del cáncer del borde de la lengua. En el examen de la lesión primitiva estudiaremos sus caracteres físicos, de consistencia, color, aspecto, forma, infiltración de los planos vecinos, etc. Importante es el *tacto bimanual de estas lesiones,* sea con ambas manos en la cavidad oral (tumores de lengua), sea

El estudio se completa con la *biopsia de la lesión* y su examen histopatológico. En contra de lo que pudiera creerse, no siempre este resultado es concluyente, pues muchas formas verrugosas de epiteliomas de la mucosa yugal, de la encía y de la base de la lengua sólo revelan al anatomopatólogo simples hiperplasias o hiperqueratinizaciones; es que son formas de transición, donde se dan cita en el mismo tumor procesos hiperplásicos benignos con otros de degeneración neoplásica. Este dato debe ser muy tenido en cuenta, pues a pesar de la biopsia deben ser tratados y controlados como si la misma fuera francamente positiva.

Completado el estudio y confirmado el diagnóstico llega el momento de abocarnos al problema del *tratamiento de la lesión y de las adenopatías metastásicas*. La lesión inicial del cáncer oral en sus distintas localizaciones puede ser tratada por radioterapia, radiumterapia, cirugía o por métodos combinados; es la variedad de todos estos métodos terapéuticos lo que exige un perfecto conocimiento de los mismos para poder tener un índice de las posibilidades curativas de cada uno de ellos. La elección del tratamiento depende de múltiples factores: localización, tamaño del tumor, forma histológica, grado de infiltración de los tejidos vecinos, etc. Así, por ejemplo, los epiteliomas del borde de la lengua son perfectamente tratables por medio de la radiumpuntura, lo mismo que los localizados en el piso de la boca; los linfosarcomas localizados en amígdalas y en base de lengua son muy sensibles a la radioterapia; en cambio, los localizados en las encías y en el paladar són patrimonio de la cirugía por temor a la necrosis postradioterapia. En las grandes lesiones neoplásicas con gran infiltración de los tejidos vecinos, la cirugía está ocupando en la actualidad un lugar de avanzada, pues las actuales preparaciones preoperatorias y el perfecto dominio de la anestesia permiten efectuar grandes resecciones de los órganos contenidos en la cavidad oral, muchas veces en un solo block con las adenopatías cervicales satélites; los adelantos técnicos permiten, por otra parte, efectuar estas grandes intervenciones sin afectar en mayor grado la estética.

Con respecto a la conducta a seguir con las adenopatías es casi unánime el criterio de que cuando ellas existen en el momento del primer examen del paciente, deben ser extirpadas quirúrgicamente a los veinte o treinta días de controlada la lesión primitiva. En cambio, no es tan unánime el criterio a seguir con los enfermos que no presentan ganglios clínicamente metastásicos en el primer momento,

es decir, si corresponde efectuar o no el vaciamiento cervical profiláctico; en estos casos se ha de guiar por el tipo de tumor y por su localización, pues algunas grandes estadísticas demuestran la conveniencia de efectuar dicho vaciamiento profiláctico en ciertas localizaciones especiales, tales como piso de boca y lengua, y, sobre todo, si se trata de recidivas neoplásicas. En caso de no efectuarlo, corresponde vigilar al enfermo en forma periódica.

El *pronóstico* del cáncer intraoral es, en general, malo. A pesar de estar ubicado en una región en la cual cualquier lesión debiera fácil y rápidamente llamar la atención del enfermo, éste llega generalmente tarde a la consulta médica; pero no es ese el único factor, pues aun los tumores diagnosticados con relativa precocidad tienen un índice de curación muy bajo. Las mejores estadísticas dan valores no mayores del 30 al 35 por 100 de enfermos curados a los cinco años de tratados, índice que es mucho más bajo aún para el cáncer de la base de lengua y del piso de la boca, localizaciones en las que apenas si llega al 10 por 100.

(Per "L. Sem. Méd.", 166, 1953.)

Granuloma eosinófilo del hueso

Son varias las teorías, vagas por cierto, que se han expuesto sobre la etiología del granuloma eosinófilo del hueso, pero ninguna de ellas ha sido comprobada. La lesión característica de la enfermedad se observa por lo general en niños y adolescentes, y, ocasionalmente, en adultos jóvenes. Cualquier hueso puede ser afectado por las manifestaciones sencillas o múltiples de esta dolencia. En la mayoría de los casos el paciente no se queja de trastornos sistemáticos. Cuando el hueso afectado es superficial, la inflamación puede muy bien ser el primer síntoma. La sensibilidad local y el dolor son los síntomas comunes. La lesión se presenta como una zona radioluciente, más o menos circular, bien definida, que da al hueso la apariencia de haber sido punzado. Aparentemente, la enfermedad tiene predilección por el sistema hemopoyético, ya que las lesiones parecen constituir una reacción inflamatoria a cierto agente infeccioso desconocido, con la consiguiente producción básica celular de histocitos. El resultado de los exámenes de laboratorio no ha arrojado ninguna luz. La lesión cicatriza fácilmente después de un simple curetaje, aun sin la aplicación de irradiaciones suplementarias de rayos X en el lugar afectado, y puede llegar hasta sanar por resolución sin ningún tratamiento terapéutico. El pronóstico es completamente favorable, y la cicatrización se efectúa con bastante rapidez, especialmente en los casos de lesiones solitarias.

(Kaufman, Myron, "Journal of Oral Surgery", 9, núm. 4, p. 273 (1951).