

UN CASO DE CANCER EN LA LARINGE

COMPLEMENTO A LA COMUNICACION HECHA POR EL DOCTOR
JULIAN VILLARREAL EL 29 DE OCTUBRE DE 1931 Y PU-
BLICADA EN FEBRERO DE 1930

Dr. Villarreal.—El doctor Arroyo nos hizo favor de hacer el examen de una pieza que le envié hace meses con respecto a un trabajo que yo leí en esta Academia y estando el doctor Arroyo presente quisiera que él nos informara sobre el resultado de su estudio.

Dr. Arroyo.—Cumplí el encargo de hacer el estudio histológico de una laringe que me remitió el señor doctor Villarreal; se hizo el estudio macroscópico habiendo encontrado neoformaciones bastante acentuadas que tenía en su interior y que obstruían el conducto laríngeo dejando apenas paso al aire; el resultado de las investigaciones, desde el punto de vista histopatológico, demostró la existencia de un epiteloma doble, espino-celular y baso celular, de manera que el diagnóstico del doctor Villarreal, hecho desde el punto de vista clínico fué confirmado por el examen histopatológico y tengo las preparaciones que puedo presentar a ustedes para que tengan la bondad de examinarlas.

Dr. Villarreal.—Posteriormente a la presentación del enfermo en esta Academia y teniendo que salir el enfermo de la ciudad para Tampico, este señor, bastante inteligente se dió cuenta de la discusión que hubo en esta Academia y a él le quedó la idea de su enfermedad y de que era una infección maligna; deseaba antes de irse que yo le hiciera una aplicación de radio, preocupado yo mismo por su lesión sobre la que tenía una idea clara por el examen clínico que había hecho y por la conclusión a que se llegó de que se trataba de un tumor, epiteloma que había invadido hasta el cartílago tiroides; practiqué la irradiación sobre los tejidos que estaban en buenas condiciones y sobre los ganglios mismos hice una aplicación de radio. Meses después recibí la visita de un hermano de este señor que traía una documentación que yo no conocía, de la que el enfermo no me había dicho nada y es que este señor cuando acompañó a su hermano por primera vez, lo llevó al Hospital Americano y allí le hizo el doctor Mooser el examen histo-

patológico y que venía confirmando con anterioridad el diagnóstico que ha hecho el doctor Arroyo, de manera que el diagnóstico clínico y el patológico hecho por una biopsia anterior como el examen de la pieza patológica vienen a estar de acuerdo. Ahora me pregunto qué influencia puede haber tenido la biopsia sobre el desarrollo tan rápido del tumor, porque solo pasaron dos o tres meses entre el examen patológico y la intervención, el tumor invadía todo el interior de la laringe y hay que recordar lo que decía un histólogo notable de que él había observado que las metástasis cancerosas se producían como 30% más frecuentemente cuando se había hecho una biopsia; en casos como el que yo operé con solo el examen macroscópico puede uno darse cuenta de la naturaleza del tumor; el doctor Castañeda pone en duda que el examen clínico fuera suficiente y yo le decía que bastaba haber observado estos tumores de visu para que el cuadro clínico lo completara y demostrara, sin necesidad de la anatomía patológica, la naturaleza de la enfermedad, que por lo demás también la histología puede equivocarse, porque se puede tomar un pedazo de tejido sano o de tejido inflamado.

Dr. Arroyo.—Es un punto muy interesante el de la utilidad de las biopsias y la conveniencia de practicarlas, yo creía mucho en la necesidad de hacer biopsias, pero posteriormente, influido por las ideas del doctor Villarreal, he pensado que las biopsias pueden ser peligrosas por abrir nuevas puertas de entrada. Tuve un caso de un enfermo de 52 años aproximadamente, que tenía una lesión en el labio inferior y cuando yo lo observé tenía solo un engrosamiento en el labio, resto de una ulceración que había cicatrizado y estaba enteramente sana; este enfermo me fué mandado diciéndome que tomara un pedazo para hacer el examen. Yo pensé que no estaba autorizado para abrir aquello y hacer una biopsia y no quise hacerla, pero la persona que me lo enviaba insistió y entonces le dije que él hiciera la biopsia y yo me encargaría solamente del examen; así lo hicimos y una vez practicado éste resultó un epiteloma bastante desarrollado y la duda surgió entonces en mi espíritu. «Si no se hubiera hecho la biopsia no se habría podido diagnosticar la lesión, y haciendo la biopsia se han abierto varias vías que pudieran favorecer la propagación del tumor.» «¿Qué es pues lo que uno debe hacer?» Lo que debe buscarse es perjudicar menos a los enfermos; ¿practicar la biopsia para dar una nota firme sobre el diagnóstico y el tratamiento o no practicarla y quedar inciertos sobre el diagnóstico y el tratamiento? ¿Qué es preferible? Esto lo expongo ante ustedes para que me ilustren con sus opiniones y a propósito de lo que ha dicho el doctor Villarreal.

Dr. E. Ramírez.—La contestación es sumamente sencilla: el aspecto de la lesión no podía aparecer claro si trataba de un cáncer que no se había diag-

nosticado sin la biopsia, de manera que se necesitaba el diagnóstico porque de otra manera no se habría podido tratar con éxito y no debían tenerse grandes temores, poniendo que en tres días se hubiera hecho el examen, al cuarto día se habría operado y no había peligro de una propagación en tan corto tiempo; no es común que haya operaciones que duren tanto tiempo, pero si hay operaciones largas y se empieza la operación con una incisión en que se abrieran nuevas brechas y sin embargo sabemos conjurar este peligro pues basta suponer que en lugar de durar dos o tres horas la operación dura cuatro días; esto aparte de que se pudo haber hecho un examen mucho más rápido en un solo día y tenerlo todo arreglado para la operación en la posibilidad de un cáncer se puede hacer la biopsia y operar en la misma mañana.

Dr. Villarreal.—Sería bueno seguir la secuela posterior de ese enfermo y tal vez el doctor Arroyo tenga oportunidad de hacerlo aunque un caso no significa gran cosa para formarse una idea completa, pero puede servir con otros para llegar a una conclusión, de todas maneras hay que considerar que una biopsia es una pequeña operación incompleta y en un tumor maligno se abren vasos venosos y se exponen a que los elementos del tumor maligno puedan irse a los ganglios y propagarse la enfermedad; en estos asuntos siempre hay personas que son partidarias y otras que, como en el caso presente no lo son; pero supuesto que el doctor Arroyo presenta un caso concreto y siente la duda sobre la conducta que hay que observar, cabe decir que indudablemente él cumplió con ayudar al médico que solicitaba su ayuda; desde el punto de vista clínico viendo al enfermo interrogándole sobre su estado, examinándole la lesión si era una costra o una llaga, había sido más o menos difícil decidirse sobre su malignidad pero no había inconveniente en hacer de todos modos una aplicación con una dosis *subestal* de radio y si no se disponía de este elemento y en caso de hacer una intervención entonces, como la intervención de un cáncer del labio es ya una cosa seria y tiene que hacerse una operación muy amplia, cabía hacer el estudio rápido de la pequeña porción que se podía quitar en el momento mismo en que se va a hacer la intervención, pero teniendo a mano los agentes físicos no se pierde nada con ensayar su aplicación y si se gana con su empleo porque con tal de que la afección no se repita, el enfermo sale beneficiado y siempre si se ve uno obligado a hacer una biopsia es peligrosa y yo prefiero hacer la operación inmediatamente después del examen, y con los procedimientos actuales, puede el histólogo dar su opinión inmediatamente y ya es de uso en las clínicas bien dotadas que se obtenga este informe en cinco o diez minutos y así puede saber el cirujano si hace la operación más o menos extensa, si va a buscar ganglios, etc.; así que de una manera general para mí, debe renunciarse a las biopsias cuando se puede hacer el diagnóstico

clínico y solo en casos graves recurrir a ellas, pero hacer inmediatamente, consecutivamente, la operación.

Dr. Rivero Borrell. — Yo quisiera decir algunas palabras acerca de este tema, con la aclaración que hace el doctor Ramírez y que acepta el doctor Villarreal, en caso de una biopsia hecha poco tiempo antes de la operación, es indudable que se disminuyen los riesgos y por otra parte, usando los procedimientos actuales con la nueva técnica para cerrar los vasos y evitar que se haga una traslación de células cancerosas a otro lugar se tienen muchas garantías y en cuanto al caso del doctor Arroyo y los escrúpulos que abriga por las biopsias, hay que fijarse en que esto como todas las cosas no deben tomarse de una manera absoluta: si el examen clínico puede bastar, para qué se va a exponer al enfermo, pero si hay datos sospechosos, entonces disminuyendo los riesgos al minimum y haciéndola con todo cuidado, no debe desecharse la biopsia que es un buen medio; además en el tratamiento de los tumores cancerosos, según están de acuerdo todos y el mismo doctor Villarreal, yo he dicho no están igualmente sometidos a la influencia de estos agentes todos los tumores y es pues muy interesante saber qué clase de epiteloma tiene uno enfrente y esto no lo podrá resolver nunca la clínica sino solamente el examen histopatológico. Que hay algún riesgo, es posible, pero los riesgos en el cáncer son tantos que no significa mucho un peligro más. Hay medios de exploración que son también peligrosos, por ejemplo el examen del líquido céfalo-raquídeo tiene sus riesgos, pero ¿por evitarse accidentes que tal vez puedan sobrevenir se va a prescindir de estos recursos de innegable utilidad? Lo mismo pasa con la biopsia: es necesaria cuando la clínica no puede establecer el diagnóstico de una manera segura y conveniente, cuando el médico quiere saber qué clase de tumor es para así aplicar el radio o los rayos X.

Dr. Villarreal. — Celebro que el doctor Ulrich tan notable anatomista, venga en conclusión a estar de acuerdo en que es indispensable hacer el examen clínico y el macroscópico de la pieza anatómica y cuando hay dudas que se recurra a un histologista competente para que dé su opinión, pero que en la inmensa mayoría de los casos el cirujano y el fisioterapeuta deben atenerse a la clínica y evitar las biopsias con sus peligros; vuelvo a decir que muchos médicos recurren a las biopsias para ver la radio-sensibilidad de los tumores; Brander ha estudiado la histología de los tumores con este objeto y ha establecido las categorías de 1, 2, 3, 4, etc., pero esta teoría no está todavía aceptada y en lo general se tratan las afecciones como lo dejó dicho. En la Escuela Francesa le dan una importancia muy grande a completar el diagnóstico con el examen histológico, pero también en otras partes, en los Estados Unidos y en Londres lo hacen de otra manera. Cuando ya tiene una experiencia puede distinguir entre los tumores que son ra-

dio-sensibles y los que lo son menos, pero si no puede bastar ¿por qué no darle de una vez una dosis *subestal*? si con eso sabemos que se domina perfectamente, eso pasa con los tumores del cuello uterino, de la lengua y de la boca, después de las aplicaciones de los agentes físicos hoy se vuelve a emplear la cirugía, vuelve a estar en boga la cirugía y luego se recurre nuevamente a los agentes físicos en otra forma y se emplean las agujas de oro, antes eran de vidrio y ahora se retiran, antes se dejaban; todo esto demuestra que hay muchos tumores desconocidos fisiológicamente y que los medios de que disponemos no se prestan para detener la enfermedad; los *branquiomias* aunque se traten con todos los medios, son tumores que matan al desgraciado que los lleva por más activamente que se le cure; hay que considerar pues a los cánceres como una serie muy grande de enfermedades diferentes, hay algunos que se funden como la nieve a los rayos del sol, con los rayos X y otros son muy resistentes y no puede nada la ciencia contra ellos y de aquí que se ayude el médico de todos los elementos que hay contra esta terrible enfermedad. El tratamiento racional apenas se va vislumbrando y muchos cánceres están todavía distantes de la acción del cirujano y del radiologista.