

UN CASO DE CANCER DE LA LARINGE

COMUNICACION DEL DR. JULIAN VILLARREAL HECHA EN LA
SESION DEL 29 DE OCTUBRE DE 1930

Voy a distraer su atención, presentándoles un caso que tiene su importancia por tratarse de una afección bastante grave de la laringe, como es el cáncer y en el que pude hacer la extirpación valiéndome de la anestesia local por infiltración, no empleando arriba de 16 a 18 cent. cúbicos de procaina al 1% y adrenalina al 1‰, una gota por cada 4 cent. cúbicos. El 28 de julio de este año, al principiar la noche se presentó en mi consultorio el señor aquí presente, en un período de asfixia terrible, refiriendo que ya la noche anterior había estado a punto de morir asfixiado. Al practicar el examen, encontré un tumor de la laringe que cerraba la abertura de las cuerdas vocales; había en los pliegues mucosos ariteno-epiglóticos, un edema y la laringe con su cartilago tiroides abultado. Había estado atendándose el paciente desde hacía 4 o 5 meses que vino de su pueblo, con inyecciones de sales de cobre y de selenio pero parece que esto exacerbo el mal; hice una traqueotomía de urgencia, baja, seccionando el istmo del cuerpo tiroides y con anestesia local por infiltración; el paciente que es una persona bastante serena, pasó la intervención bien y esa noche pudo dormir; cuando sintió el alivio consiguiente a la libertad de sus vías respiratorias, entró en más confianza y a la propuesta que le hizo de practicarle una intervención grave, único recurso que nos quedaba, porque habiendo el tumor invadido tanto terreno en la laringe, el Radio y los Rayos X, solo serían tratamientos paliativos y el único tratamiento lógico era la extirpación del tumor aceptó mi proposición. El 7 de agosto nueve días después de la traqueotomía y con la idea que por el estudio y la experiencia tengo, de que los enfermos que sucumben en estas operaciones bastante graves es a causa de la infección; bronco-neumonía por penetración de los líquidos faríngeos en la tráquea o inflamación del tejido celular peri-laríngeo y esofagiano que está en relación directa con el tejido celular sub-aponeurótico del cuello y del mediastino y para ponerme en parte al abrigo de tales accidentes

mortales, seguí la práctica de un cirujano americano: de desnudar la laringe de sus envolturas cutáneas y músculo-aponeuróticas, modificando el procedimiento, pues mientras el cirujano referido vuelve a suturar los tejidos que había separado de la laringe, volviendo a cubrirla con ellos y al venir la cicatrización cierra por la producción plástica la comunicación fácil del tejido celular sub-aponeurótico del cuello, peri-laríngeo, esofagiano y mediastínico; yo desprendí los tejidos de revestimiento de la laringe y los rechazé a los lados del órgano, exteriorizándolo, consiguiendo el mismo resultado de cerrar los espacios celulares sub-aponeuróticos y sin necesidad de volver a descubrir la laringe, ahorrando traumatismo y anestesia. Procedí a la operación, haciendo una incisión en H acostada, pasando la rama horizontal superior, un centímetro debajo del hueso hioides hasta el borde interno de los esterno-mastoideos, la rama inferior por el ángulo superior de la incisión de la traqueotomía hasta tocar los mismos músculos dichos y la rama vertical, uniendo las incisiones horizontales sobre la línea media y desnudé la laringe, haciendo dos colgajos cutáneos músculo-aponeuróticos, seccionando los músculos esterno, omo. y tiro hioides, medio centímetro debajo del hueso hioides y los dos primeros y esterno-tiroideos al ras de la incisión horizontal inferior. La operación la practiqué con anestesia local por infiltración y solo hubo de particular que encontré al desnudar el lado derecho del cartílago tiroides que una porción del tumor del tamaño de un frijol pequeño había perforado el cartílago cerca de la parte media de su borde inferior lo que me hizo reseca los músculos a este nivel para que fueran reconocidos al microscópio; el reconocimiento lo hizo nuestro amigo el Dr. Arroyo quien encontró que los tejidos sometidos a su examen estaban completamente sanos y eso me puso en condiciones de no hacer una intervención mayor sobre los músculos como luego referiré. Los colgajos cutáneo-musculares, los abati hasta encontrar el surco laringo-esofagiano de uno y otro lado, exteriorizando la laringe y anillo tráqueal superior, poniendo como curación gasa yodoformada sobre la laringe desnuda. El día 18 de agosto ya la tráquea y la laringe se cubrieron de yemas carnosas, la piel adherida al tejido celular, la tráquea y la laringe completamente exteriorizadas como dije antes; no hubo la menor elevación de temperatura y solo una vez se cambió la curación; el pequeño tumor que perforaba el cartílago tiroides en el lado derecho, cubierto también de yemas carnosas, tenía el tamaño de una almendra. El mismo día 18 de agosto hice la extirpación de la laringe y la tráquea, por el procedimiento de Perrier, a paso y a medida que fui haciendo la operación fui aplicando la anestesia por infiltración, procurando ser lo más parco posible y como el paciente es persona bastante animosa, facilitó la maniobra. Procedí a seccionar la tráquea con todos los cuidados de la asepsia, empezando por el primer

anillo traqueal; la pared posterior de la tráquea era sumamente delgada y con la pinza de Kocher con la que la cogí para invertirla hacia adelante con el fin de que no cayera nada de sangre en la tráquea y en los bronquios, se desprendió con el pedazo de tejido que cogía y fué este el único incidente de la operación. Apresuradamente, cogí con otra pinza la tráquea y un pequeño vaso que sangraba y algo de sangre penetraba en la tráquea hubo un acceso de tos y ese fué todo el incidente. Fué seccionado los tejidos hasta el esófago procurando no herirlo y al llegar a la faringe seccioné los constrictores inferior y medio sin penetrar en la faringe, abatiendo la laringe penetré a aquel órgano por debajo del hueso hioides, seccionando la membrana tiro-hioidea y la mucosa glosa-epiglótica junto a la base de la lengua, llevando el corte de la mucosa de los lados de la faringe muy afuera de los repliegues ariteno-epiglóticos edematizados y levantando otra vez la laringe y el tumor intrínseco, seccioné la porción laríngea de la faringe y las inserciones del constrictor superior de la faringe como puede verse en la pieza anatómo-patológica que presento, quedando una amplia abertura que dejaba ver la pared posterior de la faringe entre la base de la lengua y la extremidad superior del esófago. Determiné hacer esta operación tan extensa, para dar mayores probabilidades a la futura curación y sin ocuparme más de los músculos ante laríngeos que el examen microscópico encontró sanos. Hubo el inconveniente de que al hacer la sutura de los colgajos de la piel que ya estaban unidos, hubiera un cierto restiramiento para poder aproximar la faringe con la base de la lengua sin estrechar aquella. Con surjetes temporalmente perdidos de hilo grueso, conseguí esta aproximación y se concluyó la operación sin más incidente, dejando una canalización con tubos, procurando en lo posible haber hecho la sutura más completa de la mucosa faríngea. Pequeños tubos fueron colocados también al nivel de la incisión traqueal; la tráquea fué unida con el corte de la piel sobre todo en su parte posterior y dejando un pequeño trayecto para la aplicación de tubos y una sonda en la nariz para alimentar al individuo ya que no se podía evitar la deglución de la saliva.

La operación la soportó este señor bastante estóicamente, al grado que recordando que las veces anteriores, al hacerle la primera y la segunda operación, o sea la traqueotomía y desnudamiento de la laringe se le permitió levantarse al terminar el último acto operatorio: extirpación de la laringe y tejidos peri-laríngeos, nervios y vasos y porción laríngea de la faringe, también se levantó y se fué por su pie a su cuarto, situado en el piso alto subiendo la escalera sin permitir ayuda como si se le hubiera extirpado un molar y todo el día lo pasó sentado en su cama. La secuela post-operatoria fué de lo mejor: no hubo elevación de temperatura, con la sonda siguió haciéndose la alimentación y al 5º día se pasó la sonda al lado

derecho de la nariz porque ya comenzaba a lastimar y el 7º u 8º día se presentó un ligero escurrimiento de saliva por los tubos de canalización lateral superior; poco tiempo después empezó a aumentar la cantidad que se perdía, a haber mal olor de tejidos necrosados y con lavados, más bien, toques de permanganato concentrado, para no emplear una gran cantidad de líquido por el temor de que entrara en la tráquea desapareció el mal olor, pero no el escurrimiento de saliva y cinco o seis días después ya era una franca comunicación la que había en la faringe, siguió haciéndole la alimentación con sonda y pasadas tres semanas se intentó hacer una autoplastia para la reparación de los trayectos fistulosos que se habían formado, se hizo ésta, volvió a faltar algo de la sutura de la parte media, pero como el desprendimiento de la mucosa se hizo en gran extensión, quedaron muchos tejidos y poco a poco se fué estrechando aquel trayecto y por fin cerró y ahora, transcurridos dos meses de la operación, tengo el gusto de presentar a ustedes este enfermo que ya mastica, pasa sus alimentos sin inconveniente alguno y está bien; el orificio traqueal tiene todavía una canulita de plata y en este momento aún no puede hablar; necesita una laringe artificial y tengo el proyecto de arreglarle un aparatito, sencillo, sobre el cual informaré a esta Academia en caso de éxito, para que mediante el empleo de un tubo de hule pueda suplir su laringe, porque vive en un pueblo del Estado de Veracruz y difícil sería la reparación de un aparato costoso.