

DISECCIONES RADICALES DE CUELLO COMBINADAS*

DR. HORACIO ZALCE

SE LLAMAN disecciones radicales de cuello a aquellas operaciones oncológicas en las que se extirpa en bloque, y dentro de límites anatómicos precisos, toda el área linfática portadora de la región ánterolateral del cuello, primer relevo ganglionar de las metástasis de un carcinoma primario en cabeza o cuello. A estas operaciones las designaremos como "simples" en el curso de este trabajo, oponiendo este término al de "combinadas" motivo de la presente comunicación. En las operaciones combinadas junto con el contenido de la disección de cuello se extirpa en un solo bloque el tumor primario —o el órgano que lo contiene— y los tejidos intermedios.

Hemos conservado el término "disección" en vez de algunas alternativas (vaciamiento, toilette) en virtud del uso tan extenso que de él se hace en la literatura médica mundial y concediéndole un significado no literal —que tampoco los otros términos llenarían fielmente—, sino el comúnmente aceptado en la mayoría de los países fundamentalmente los anglosajones: extirpación del contenido de la región ánterolateral del cuello por debajo del platysma y por encima de la aponeurosis cervical profunda. Las estructuras reseçadas son: músculo esternocleidomastoideo, la casi totalidad del omohioideo, las venas yugulares externa e interna, la cola de la parótida, el contenido todo de la celda submaxilar. Las estructuras preservadas son: carótida primitiva e interna (la externa es sacrificada en ocasiones), el nervio vago, el frénico, el plexo braquial, el simpático cervical, el nervio hipogloso mayor y el lingual.

Las indicaciones para una disección de cuello combinada son: tumor maligno, fundamentalmente de naturaleza epitelial, sea primitivo, residual o recurrente, y ganglios metastáticos cervicales ipsilaterales que llenen los criterios de

* Trabajo de ingreso, leído en sesión del 14 de mayo de 1958.

operabilidad. Anticiparemos aquí que las disecciones combinadas se hacen, en muy seleccionados casos, bilaterales y en un solo tiempo operatorio.

Es requisito indispensable contar con la prueba histopatológica tanto de la naturaleza del primario, como del carácter metastático de los ganglios. No debe haber, por otra parte, metástasis más allá del primer relevo ganglionar: región anterolateral del cuello. Para lo primero contamos con la biopsia directa del primario y con la biopsia por aspiración de los ganglios clínicamente metastáticos. En contados casos se hará examen transoperatorio de un ganglio en cortes por congelación. Para comprobar lo segundo, el examen físico completo y acucioso, y el estudio radiológico.

Es evidente que la localización anatómica del primario será el factor decisivo en cuanto a la practicabilidad de la resección en bloque (Tabla 1). Esta será factible en los cánceres de piel geniana, oreja, labio inferior, lengua, piso de boca, encía y surco vestibular inferior, mucosa geniana en ciertos casos, glán-

TABLA N° 1

LOCALIZACION DEL TUMOR PRIMARIO
LA RESECCION EN BLOQUE ES ANATOMICAMENTE FACTIBLE

Si	No
Piel geniana	Labio superior
Oreja	Encía superior
Labio inferior	Fosas nasales
Lengua	Paladar
Piso de boca	Senos paranasales (<i>todos</i>)
Encía inferior	Orbita?
Surco vestibular inferior	Paladar (<i>duro y velo</i>)
Mucosa geniana (<i>casos seleccionados</i>)	nasofaringe
Glándulas salivales mayores	Pared posterior de faringe
Tiroides	Seno periforme?
Laringe	

Nota: Se considera el sitio en que se originó el tumor aunque después haya invadido estructuras adyacentes.

dulas salivales mayores, tiroides y laringe. De estas localizaciones, las endo-orales implican habitualmente la resección parcial, en toda su altura o marginal del hemimaxilar inferior correspondiente y traqueotomía complementaria a más de ligadura de la carótida externa. Para designar todo este extenso procedimiento se acuñó en una forma doméstica, y con un valor meramente local en un principio el término de "comando", mismo que después trascendió y se emplea ya en el vocabulario corriente en muchos centros de trabajo. Reconociendo su escaso tecnicismo le hemos conservado por ser un término corto y descriptivo.

Es obvio que un primario localizado a los órganos mencionados en la mitad derecha de la Tabla 1 no permitirá la resección en bloque por razones anatómicas evidentes.

Aunque ya a fines del siglo pasado y principios del corriente se hicieron intentos aislados de intervenciones semejantes en Francia, Alemania y Estados

Unidos de Norteamérica, no fue sino hasta 1906, al sistematizar Chile la disección radical de cuello simple que se sentaron las bases quirúrgicas para que, bajo premisas lógicas y bien definidas se intentaran las operaciones combinadas. Tiroides y parótida fueron las primeras localizaciones. Les siguieron lengua, piso de boca, laringe intrínseca primero y extrínseca después.

TABLA Nº 2

(1947-1957)

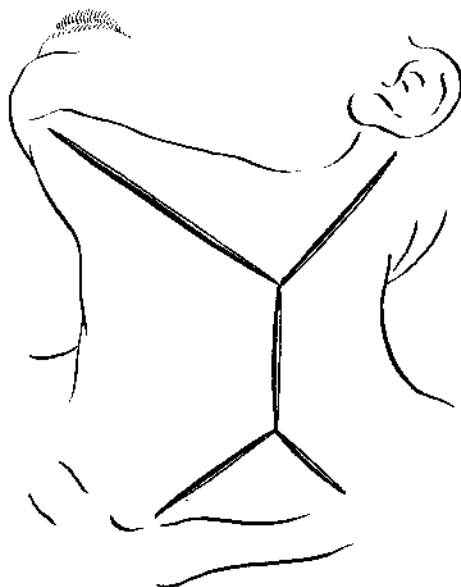
			P	H	T
Disecciones "simples"			■	■	■
			32	64	96
<i>Disecciones combinadas unilaterales con:</i>					
Lengua			7	10	17
● Tiroides			9	8	17
Laringe			5	6	11
● Parótida			6	7	13
Encía inferior			4	7	11
Piso de boca			5	7	12
Piel temporal			2	3	5
Labio inferior			1	2	3
Piel de oreja			2	1	3
Bilaterales con:			41	51	92
<i>Lengua, piso de boca, encía inferior y mentón</i>				5	5
● Uno de cada localización en enfermitos del Hospital Infantil			Gran total		97
Privados	Hospitalarios	Total			

En nuestro país, que tengamos nosotros referencia y tras de buscar en literatura, registros de hospital y comunicaciones personales, no fue sino hasta noviembre de 1947 que se hizo la primera operación combinada en un enfermo con un carcinoma de piso de boca y metástasis submaxilares ipsilaterales. Nuestra experiencia institucional tiene pues escasos diez años, pero constituye ya importante acervo propio, puesto que dichas operaciones, ya sistematizadas en el servicio quirúrgico de la Unidad de Cancerología del Hospital General, son efectuadas de rutina frente a sus indicaciones regladas y ya no tan sólo por el que escribe. Este trabajo constituiría la primera aportación a la literatura médica nacional sobre este tema.

En la Tabla 2 se enumeran tanto las disecciones simples de cuello como las combinadas, uni y bilaterales durante el período de 1947 a 1957.

Teniendo en cuenta que desde el punto de vista técnico la disección de

cuello representa el común denominador y la resección del primario imprime la variante describiremos suscintamente los tiempos operatorios de aquélla: *a*) incisión en doble Y, con rama común vertical e Y inferior invertida (Fig. 1). Los extremos de las ramas de la Y superior terminan en línea media de mentón y apófisis mastoideas y los de la inferior en la horquilla y en la inserción clavicular del trapecio. La rama común vertical descende de uno y medio a dos centímetros por abajo del ángulo de la mandíbula; *b*) disección de cuatro colgajos que



DISECCION DE CUELLO
(incisión
típica)

FIG. 1

incluyan el platysma (excepto el caso de melanoma) el anterior hasta la línea media, el posterior hasta el borde externo del trapecio, el inferior hasta la clavícula, el superior hasta un través de dedo por arriba del borde inferior de la mandíbula; *c*) ligadura de yugular externa, corte de las inserciones esternal y clavicular del E.C.M. y del vientre posterior del omohioideo, limpieza del triángulo posterior del cuello hasta la aponeurosis cervical profunda; *d*) disección y apertura de la vaina común del paquete vasculonervioso en la base del cuello, aislamiento, sección y ligadura del extremo inferior de la yugular interna previa identificación de carótida primitiva y vago; *e*) disección hacia arriba por encima de estos hasta la bifurcación carotídea descubriendo y preservando plexo braquial, frénico y simpático cervical y corte de inserción superior del omohioideo; *f*) vaciamiento de celda submaxilar disecando vientre anterior del digástrico, borde

posterior de milohioideo, sección de la extremidad anterior del Wharton y de la rama que el lingual da a la submaxilar, con cuidadosa preservación del tronco del nervio; g) corte de inserción superior de E.C.M. a ras de apófisis, corte de cola de parótida y ligadura del extremo superior de la yugular externa, limpieza y separación hacia arriba del vientre posterior del digástrico, lo que

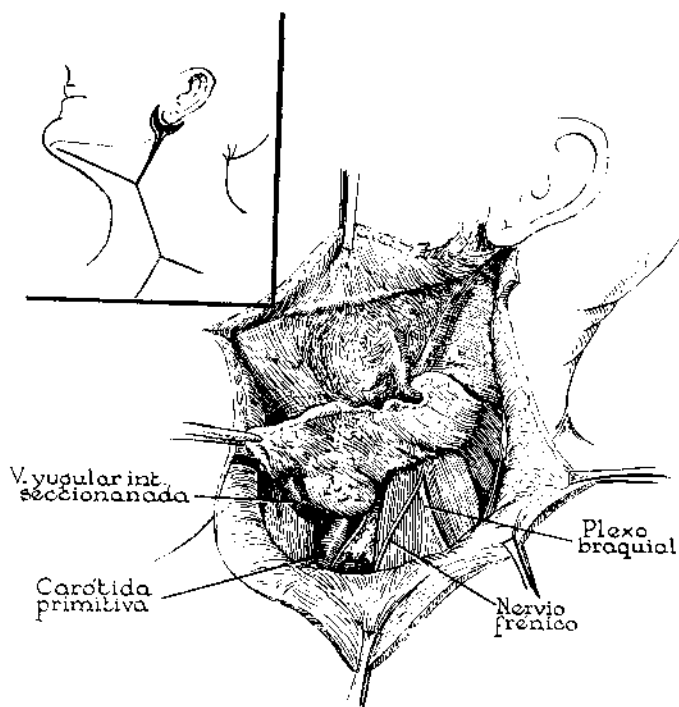


FIG. 2

permite; h) disección, corte y ligadura del extremo superior de la yugular interna, previa sección del undécimo par y desprendimiento de la pieza (véanse Figs. 2 a 5).

En las operaciones combinadas tanto la incisión cutánea como la parte del contenido del cuello que debe dejarse adherido al primario por resear varían dependiendo del sitio de éste (véase Fig. 6). Se añadirán a la resección otras estructuras anatómicas, bien para ser posible el cierre, bien para cumplir con el precepto oncológico de las resecciones en bloque. Ejemplos de lo primero son la bifurcación en Y de la rama posterior y superior que comprenda la inserción de la oreja en el caso de la parótida, la prolongación transversal hasta el lado opuesto de la rama inferior e interna en el caso del tiroides, la incisión hecha más afuera de esta misma rama y la remoción de un segmento circular de piel y grasa en la base del colgajo interno para la construcción de un traqueostoma central en

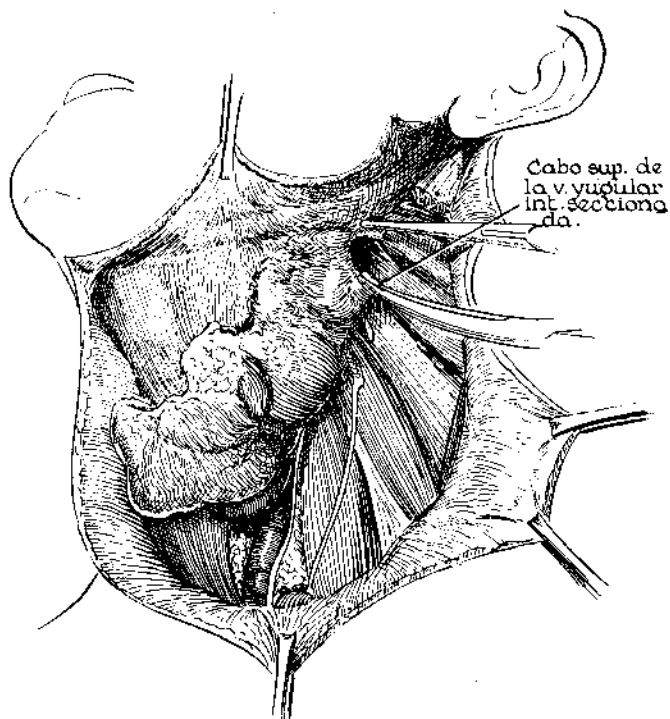


FIG. 3

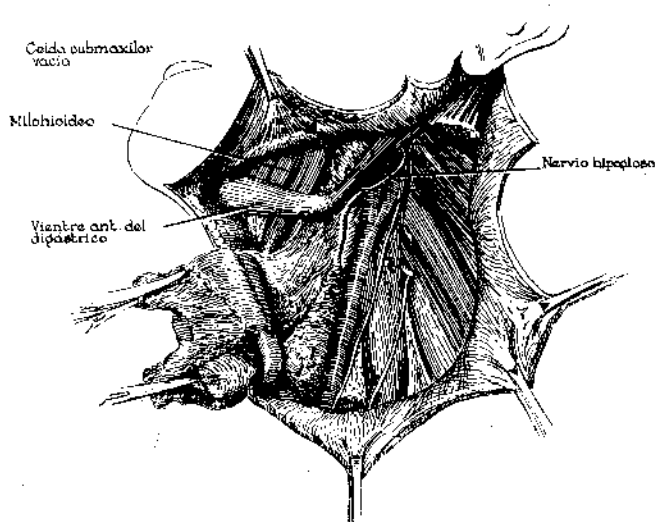


FIG. 4

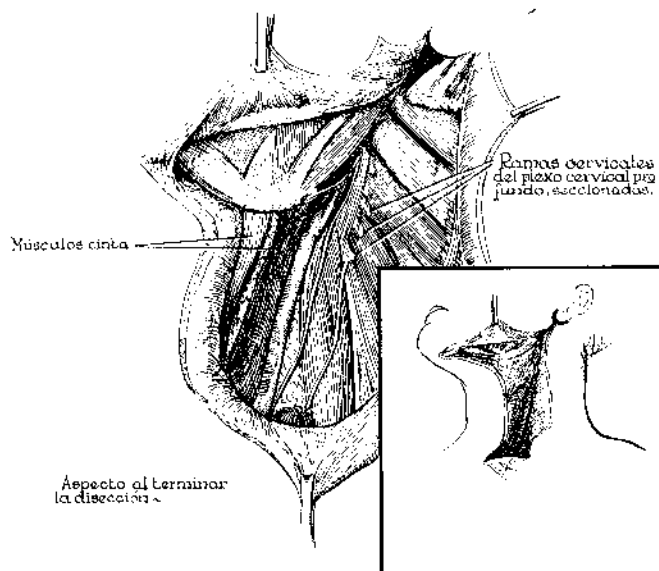


FIG. 5

VARIANTES EN LA INCISIÓN

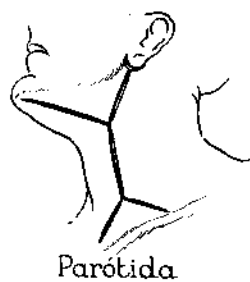


FIG. 6

el caso de la laringe, la prolongación de la rama anterior superior hacia arriba seccionando el labio en línea media en todo su espesor, llevándose luego la incisión mucosa a lo largo del surco vestibular para exponer así la cara externa de la rama horizontal por resecar en los "comandos".

De lo segundo, la excisión de los músculos infrahioideos en los casos de tiroides y laringe y del maxilar inferior en los primarios de lengua y piso de boca (comando).

Se considerarán someramente las fases pre, trans y postoperatorias.

El estudio preoperatorio debe incluir medidas médicas generales (corrección de anemia, restablecimiento del balance electrolítico, evaluación cardiovascular incluyendo electrocardiograma), medidas locales (extracción y aseo de piezas dentarias, aseo mecánico suave, supresión de irritantes locales) y la medicación preoperatoria propiamente dicha, que es la de rutina en todo caso de cirugía mayor.

La fase transoperatoria presenta ciertas características: *a)* la anestesia es siempre endotraqueal, pudiendo intubarse a través de nariz (comandos, laringe), por la boca cuando no hay primario endooral o directamente a través de una cánula de traqueotomía. Esta puede ser previa o como primer tiempo del acto operatorio. Durante los primeros años de nuestro trabajo, en vista de la escasez de anestésicos, se hicieron disecciones de cuello simples y algunas combinadas bajo anestesia loco-regional haciendo infiltración de las líneas de incisión, bloqueo de las ramas del plexo cervical profundo y medicación preoperatoria adecuada; *b)* se hace transfusión de sangre total (de 500 a 1,500 c.c.) y fleboclisis de soluciones salinas y/o glucosadas isotónicas.

En el postoperatorio inmediato, además de antibióticos, analgésicos (*no narcóticos*) y vitaminas de rutina se deben mencionar cuatro detalles de interés: *a)* apósito compresivo que evite la colección de líquido bajo los colgajos, promoviendo así una mejor cicatrización. Esto se logra usando estopa y venda elástica o, mejor aún, tensoplast (tela adhesiva elástica); *b)* ambiente húmedo preferentemente frío; *c)* cuidados de rutina de traqueotomía: aseo frecuente de la endocánula, aspiración con sonda de Nelaton cortada en bisel a través de la cánula, animar al enfermo a que tosa en cuanto recupere conciencia, *proscripción absoluta* de narcóticos y sedantes del reflejo tusígeno y *d)* sonda para alimentación nasal, indispensable cuando hay una sutura mucosa (comando, laringectomía), muy útil cuando, sin haber tales suturas la odinofagia, bien debida a las maniobras de intubación, bien a paresia por el manejo de nervios o músculos, interfiera con un aporte alimenticio adecuado. Una sonda de Nelaton calibre 18 cuyo extremo distal vaya más allá del cricofaríngeo llenará este fin. En raras ocasiones algún espasmo u obstrucción mecánica del cardias, al determinar regurgitación, nos ha obligado a usar sonda gástrica de Levine.

Los enfermos son levantados a las 24 horas de haber sido operados.

El que escribe lamenta no poder presentar un análisis estadístico que, a pesar

de lo reducido de la casuística, fuera de interés. Lo siente porque la razón de esta lamentable omisión radica en algo que está fuera de su voluntad: el increíblemente elevado porcentaje de enfermos, principalmente los hospitalarios, que se pierden a la observación. Esto, que en forma tan desfavorable repercute en la evaluación de un medio terapéutico cualquiera, es función de múltiples factores económicos, sociales y educacionales de nuestro país: lejanía del lugar de origen de los enfermos, frecuente imposibilidad para sufragar los gastos del transporte en la forma periódica requerida, deficiencia de los servicios sociales institucionales, hechos más deficientes aún por la frecuente falta de veracidad en los datos domiciliarios suministrados, apatía e incompreensión del propio problema por los enfermos y, triste es admitirlo, el bajo nivel educacional que en este capítulo presenta un amplio sector de la profesión médica fuera y aún dentro de los grandes centros urbanos. Son éstos todos elementos que contribuyen a que la pérdida de enfermos a la observación alcancen proporciones tan altas, en nuestro medio.

Como por otra parte estamos razonablemente convencidos de que nuestras indicaciones están bien fundadas y de que nuestra técnica de grupo es adecuada y comparable a la de cualquiera otra institución oncológica extranjera, pensamos que es asimismo razonable y legítimo aplicar en nuestro medio, con las correcciones necesarias los resultados obtenidos por personas o grupos que trabajen en un medio que, desde el punto de vista médico social, sea mejor que el nuestro.

Esto, junto con las bases racionales en que descansa la ejecución de este tipo de intervenciones, nos inspira a continuar con nuestro trabajo aun cuando no podamos publicar airoosamente los resultados finales de cinco años, patrón arbitrario pero internacionalmente admitido, que nos permitieran aquilatar en su justo valor los resultados de nuestra actividad.

En la práctica privada las condiciones para el control de los enfermos son mejores, aunque no desaparecen del todo los factores antes enumerados. Una fracción importante de ellos cae dentro del grupo llamado "semiprivado" formado por individuos que originalmente buscan atención institucional y que después la requieren privada. En la mayor parte de ellos lo único que es superior, es la capacidad económica para sufragar los gastos iniciales y nada más: los otros factores, a mi modo de ver más importantes, continúan idénticos.

La impresión que se tiene al analizar los casos privados es que los mejores resultados se han obtenido en tiroides, sobre todo en los que llegan vírgenes de tratamiento. En el extremo opuesto se encontrarían lengua y laringe. En éstos es evidente, sin embargo, que han llegado en fase muy avanzada y casi todos habían sido tratados previamente, bien mediante radiación (lo que en nuestra experiencia aumenta notablemente la mortalidad), bien mediante operaciones incompletas.

Un caso interesante es el de un melanoma de piel de helix tratado mediante electrocoagulación un año y medio antes de la consulta y que para esa fecha

presentaba voluminosas metástasis preauriculares, de cola de parótida y cadena yugular alta, así como minúsculos nódulos subcutáneos en la piel de la oreja proximal a la lesión original. Se hizo excisión de oreja, piel geniana, preauricular, parotidectomía subtotal y disección de cuello en bloque aplicando injerto dermoepidérmico de Padgett al defecto operatorio en agosto de 1953. En febrero de 1958 se encontraba aún libre de actividad tumoral, caso insólito en la literatura médica en este tipo histológico de lesión y que muestra una vez más la falacia de conclusiones derivadas de la observación de un número de casos insuficiente.

Las complicaciones más frecuentes han sido: *a)* el neumotórax ipsi, contra o bilateral, *b)* la quilonrea persistente, y *c)* la dehiscencia de las líneas de sutura mucosa, frecuente sobre todo en los casos radiados.

El neumotórax, que ocurre casi siempre como consecuencia de la ruptura de la pleura mediastinal por un neumomediastino a presión y muy pocas veces como resultado de herida directa del ápex pleural, no reviste importancia a condición de que se le diagnostique. Entonces una toracotomía cerrada, con tubo de desprendimiento conectado a un sello de agua en el lado de la complicación, resuelve el problema fácilmente y, por regla general sin secuelas.

La quilonrea tardía, determinada por la efracción de quilíferos no ligados o cuya ligadura se haya desprendido, cede habitualmente a la presión, a condición de que se le sostenga durante el tiempo necesario. Esta actitud conservadora nos parece mejor que el intento tardío de pinzado y ligadura del vaso abierto, que determina con frecuencia efracciones mayores y expone a lesión del vago y aún de la carótida primitiva. Hemos encontrado una gran divergencia entre nuestros hallazgos operatorios y la situación y distribución de los grandes quilíferos encontrados en las descripciones clásicas de los textos de anatomía. En efecto, el esquema simplista del cayado del conducto torácico en el lado izquierdo y de la gran vena linfática en el derecho, apenas si se encuentra en la tercera parte de los casos. En los restantes hemos encontrado, ora un plexo en vez de un vaso único, ora múltiples gruesas ramas que desembocan en la yugular a alturas variables y que pueden llegar hasta el nivel del cuerpo del hioides, bien, por último, ausencia de vasos quilíferos en el cuello por terminar el conducto o la gran vena dentro del tórax mismo. La ligadura de estos vasos debe ser hecha con material fino y no absorbible.

La dehiscencia ocurre habitualmente en la sutura de hipofaringe postlarinsectomía alrededor del cuarto o quinto día postoperatorio, pero en los casos no radiados su duración no es de más de dos o tres días, y no culmina en un faringostoma permanente. Cosa semejante ocurre en la sutura endooral de los comandos, en donde es posible que se pierda algo de la línea durante los primeros días, pero que a su vez cierra sin secuela mayor. Muy otro es el caso de los enfermos que han recibido radiación intensa, en que la dehiscencia es la regla, la retracción de los bordes puede dar lugar a grandes defectos y en donde

los colgajos pueden quedar comprometidos en grado tal que constituyan un grave riesgo por exposición tardía y en ocasiones irreparable de la carótida primitiva. Se debe ser, por lo tanto, muy cauto tanto en la decisión operatoria como en la resección adecuada y el manejo atraumático de los tejidos profundamente lesionados en su vitalidad por la radiación.

La duración de una operación combinada es variable, dependiendo sobre todo del sitio del primario y, por ende, de la laboriosidad para la reconstrucción del defecto operatorio. Tal es el caso de la sutura endooral en el comando, de la construcción de traqueostoma y cierre de hipofaringe en la laringectomía, aun cuando a veces la excisión del primario tal como el tiroides con prolongación retrofaríngea puede ser desusadamente prolongada. En nuestros casos el tiempo operatorio ha variado desde tres horas quince minutos hasta siete y media horas, con un tiempo promedio de cuatro horas (Tabla III y Tabla IV).

TABLA III

MORTALIDAD OPERATORIA

	Unilaterales (92)	bilaterales (5)
Inmediata (primeras 24 horas)	6 = 6.5%	1 = 20%
Tardía	2 = 2.2%	1 = 20%
	8 8.7%	2 = 40%
Para todo el grupo	10.8% (10 en 92)	

TABLA IV

MORTALIDAD OPERATORIA

(Mecanismo)

Shock quirúrgico	3
Paro cardíaco	2
Neumotórax	1
Hemorragia	2
Edema cerebral (?)	1
Ulceración tardía de carótida	1

Total 10

La mortalidad operatoria inmediata, sobre todo en los casos hospitalarios, ha sido alta. Un caso de muerte en la mesa de operaciones por paro cardíaco irreversible, otro por dificultad respiratoria no atribuible a neumotórax y que culminó en cuadro semejante, uno por hipotensión brusca e irreversible que se instaló durante el cierre, y a pesar de medicación analéptica y vasopresora habitual. Otra muerte operatoria ocurrió el año pasado cuando, al ponerse el apósito, se produjo profuso sangrado a través del dren. La presión moderada lo controló temporalmente. Al llegar a su cama el accidente se repitió. Se abrieron allí mismo los colgajos y se encontró que había derrapado la doble ligadura del extremo inferior de la yugular, no pudo conseguirse sangre a tiempo y en cantidad suficiente para sacar a la enferma del choque hemorrágico. Un

último caso de muerte a las setenta y dos horas fue el de un enfermo que hizo un neumotórax contralateral tardío. Había recuperado conciencia cuatro horas después de la operación. A las cuarenta y ocho aparecieron bruscamente signos de dificultad respiratoria. Un radio portátil de tórax mostró colapso completo del pulmón contralateral. Se hizo toracotomía en la extremidad anterior del segundo espacio y se conectó a sello de agua. La disnea mejoró considerable pero transitoriamente. Al día siguiente se encontró en la matraz una gran cantidad de líquido opalescente que macroscópicamente y al análisis mostró ser quilo. La disnea se acentuó, el estado general declinó rápidamente y falleció en paro cardíaco una hora después.

Para terminar esta presentación me parece necesario incluir una breve mención de los casos de operación combinada con disección de cuello bilateral en un solo tiempo. Las indicaciones son restringidas y, tratándose de casos muy avanzados, constituyen esfuerzos verdaderamente heroicos ante situaciones en otra forma definitivamente incurables y de sobrevida muy penosa.

Hemos operado desde septiembre de 1953 cinco de estos casos: dos de tiroides y tres que, siendo originalmente de lengua o de piso de boca, invadían ya ambas estructuras, así como el maxilar inferior y, en una ocasión, la piel misma del mentón a través del surco vestibular inferior. En todos ellos había prueba histológica de la bilateralidad de las metástasis.

Es interesante señalar: *a)* que esta operación demuestra la posibilidad de resecar en una sola sesión operatoria la totalidad del sistema yugular sin trastorno permanente importante; *b)* que es indispensable mantener la cabeza del enfermo elevada muy por encima del nivel del tronco desde el momento en que se liga la primera de las venas yugulares del segundo lado, habitualmente la externa. Los enfermos con colocados de inmediato en posición sedante; *c)* que inclusive ante hipotensión extrema esta posición debe ser mantenida ya que es la única que permite que la circulación de retorno del cerebro de inmediato tan precaria a través de las venas vertebrales y de pared posterior de faringe, se realice; *d)* que el edema y la cianosis localizadas a cabeza y cuello aparecen más tardíamente pero duran mucho más que cuando se hace disección de cuello bilateral en dos tiempos.

La duración de estas operaciones es de alrededor de seis horas y la sangre transfundida de alrededor de 2 litros.

De nuestros cinco casos dos murieron: el primero a las cuarenta y ocho horas por choque irreversible. La segunda, con un primario de tiroides falleció bruscamente el décimo-octavo día postoperatorio durante los esfuerzos de defecación. Emitimos la hipótesis de que un edema cerebral crónico postoperatorio subclínico se agravó por la hipostasis determinada por el esfuerzo abdominal intenso y prolongado produciendo enclavamiento de las amígdalas cerebrales en el foramen magnum.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Las operaciones combinadas uni o bilaterales están indicadas cuando hay un carcinoma primario activo en el territorio de cabeza y cuello, en localización anatómica que permita la resección en bloque de éste y las metástasis ganglionares, comprobadas histopatológicamente, en el territorio linfoportador de primer relevo, región ánterolateral del cuello.
2. Las metástasis deberán llenar los requisitos de operabilidad técnica.
3. Las disecciones combinadas bilaterales han sido efectuadas en proporción de 1:18 comparadas con las unilaterales.
4. Se hacen someras consideraciones de técnica operatoria y se mencionan características en el cuidado pre, trans y postoperatorio.
5. La casuística presentada, aunque reducida, constituye el mayor volumen de trabajo al respecto en nuestro país.
6. Se omite en esta presentación el análisis estadístico de sobrevida y curación de cinco años por el alto porcentaje de enfermos que se pierde a la observación en nuestro medio y se hacen análisis críticos de las posibles causas de ello.
7. Se señala la diferencia en la evolución y en la constancia de los enfermos en concurrir a la observación clínica periódica entre los enfermos de grupo privado y los del hospital.
8. Se mencionan las complicaciones postoperatorias más interesantes y el modo de combatirlas.
9. Se menciona la mortalidad operatoria y el mecanismo de su producción.
10. Se señalan hechos de fisiología patológica quirúrgica de interés con motivo de las disecciones bilaterales.
11. Se concluye que este tipo de cirugía radical implica alto riesgo operatorio y alta mortalidad y morbilidad, señalándose los factores que a ello contribuyen.
12. Es esta cirugía sin embargo, el único procedimiento de índole curativa que se puede ofrecer en los casos seleccionados por su indicación.

DISECCIONES RADICALES DE CUELLO COMBINADAS*

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. HORACIO ZALCE*

DR. GUILLERMO MONTAÑO

A mi manera de ver, dos de los criterios más importantes para enjuiciar y valorar un trabajo, lo constituyen en primer lugar, el esfuerzo personal y de grupo, que a lo largo de varios años ha formado ya un cuerpo de doctrina y adquirido una experiencia depurada y asentada, de manera de permitir postular criterios terapéuticos cuya solidez descansa justamente en la experiencia adquirida en los años transcurridos.

En segundo lugar, la honestidad, veracidad y sobria sencillez con que en unas cuantas páginas se ha vaciado el duro bregar de dos lustros, abriendo brecha e iniciando en México, como lo ha hecho el señor Dr. Zalce, un tipo de cirugía no practicada aún en nuestro medio.

Valorado a través de estos dos ángulos de enfoque, me parece que el trabajo con el cual el Dr. Zalce inicia sus actividades académicas en el seno de nuestra corporación, constituye una aportación importante al progreso de la cancerología mexicana; tanto más cuanto que aborda un problema que antes de su llegada a México y de su ingreso a la Unidad de Cancerología del Hospital General, permanecía totalmente inatacado desde el punto de vista quirúrgico, abriendo con ello un nuevo campo y proporcionando una esperanza más de curación a un sector nada despreciable de enfermos, condenados por lo general a pasar sus últimos días en un calvario.

El doctor Zalce realiza en nuestro medio esta cirugía agresiva, audaz y complicada, impulsado por el perenne afán de salvar una vida, y cuyos horizontes se amplían más y más, a medida que progresa la técnica quirúrgica, se trabaja en equipo y se conoce mejor el proceso evolutivo natural de estos padecimientos,

* Trabajo de ingreso leído en la sesión del 14 de mayo de 1958.

hechos estos, que han permitido saltar una y otra vez, barreras que por años permanecieron infranqueables.

Como en todos los trabajos serios y veraces, se antoja a veces desproporcionado pensar que la actividad y esfuerzo de varios años, pueda ser vaciado en unos cuantos renglones; sin embargo, para quien busque en un artículo médico, esencia, doctrina y criterio, encontrará ampliamente satisfechas estas condiciones en la aportación del doctor Zalce, sin duda la más amplia y la más importante y sustanciosa de las que se hayan publicado en nuestro medio.

Entendemos y sentimos, como nuestro amigo lo hace observar, la pena y la angustia que nos produce, cuando se trata de vaciar en cifras y de aquilatar en resultados la efectividad de nuestros esfuerzos, que este fundamental corolario quede en la incertidumbre por el alto porcentaje de enfermos que se pierden a la observación periódica por las causas por él señaladas.

Dentro de la cirugía oncológica, Zalce ha sido un pionero y continúa siendo un entusiasta promotor de calidad, a cuyo lado se ha formado ya un grupo de jóvenes cirujanos, sentando con ello las bases de lo que en el futuro llegará a ser una escuela con perfiles y características propios.

Como en todas las ramas de la medicina que se encuentran en constante y rápida evolución, se asciende un peldaño después de un período de oscilaciones, a veces de amplia magnitud, y finalmente se afianza y consolida con el tiempo, la experiencia y los resultados; por ello resulta un tanto cuanto prematuro, situar algunos de estos procedimientos quirúrgicos dentro del bagaje terapéutico ortodoxo en el tratamiento del cáncer.

A menudo se hace uno la pregunta si no se ha llegado al límite, o se está muy cerca de lo que la cirugía puede ofrecer dentro de la sensatez y equilibrado juicio médico.

En la exposición que acabamos de escuchar, y en los cuadros que acabamos de ver, se encuentra en detalle la técnica con que se ha practicado un considerable número de operaciones; se fija un criterio para la selección de los casos; se apuntan los hechos fundamentales de fisiopatología quirúrgica en este tipo de cirugía; se señala, con precisión, la importancia de los cuidados pre y post-operatorios; se expone, con toda honradez, la mortalidad operatoria y el alto riesgo quirúrgico inherente a este tipo de cirugía, a cambio de ofrecer la única posibilidad de curación a este tipo de enfermos.

A una contribución de esta naturaleza, la considero yo un trabajo con doctrina, con criterio y con meollo, por ello, me permito felicitar muy cordialmente, al señor doctor Horacio Zalce, cuya calidad científica profesional, nos permite asegurar que su ingreso a la Academia Nacional de Medicina, contribuirá seguramente a mantener y a impulsar, el prestigio científico de nuestra institución que el día de hoy lo acoge calurosamente en su seno.