

EL MEDICO NO ONCOLOGO Y EL PROBLEMA DEL
TRATAMIENTO DEL CANCER EN
FASE AVANZADA*

DR. HORACIO ZALCE

UNO DE LOS problemas más serios con el que se enfrenta en la práctica diaria —privada o institucional— el médico que se dedica en forma exclusiva al manejo de enfermos con afecciones neoplásicas malignas, es el que se plantea cuando propone un tratamiento "radical" al enfermo que lo padece en fase avanzada pero, sobre todo, cuando debe discutirlo con el médico de cabecera o el encargado de un servicio hospitalario que ha requerido su opinión como especialista.

La elevada frecuencia con la que, a pesar de ser especialista y de ser llamado en consulta como tal, la opinión del oncólogo es impugnada, rechazada o vehementemente combatida, hace ya sospechar que la falta de acuerdo entre los especialistas y aquel o aquellos que solamente en proporción baja o en forma muy ocasional se ocupan del cáncer dentro de sus respectivas especialidades, es que en este último grupo está ausente ese imponderable pero importantísimo factor que se ha dado en llamar criterio oncológico.

En un intento de análisis crítico revisemos sucesivamente:

1. La postura habitual del oncólogo;
2. Sus conceptos de curación y de paliación;
3. El concepto de "radicalidad";
4. Las reacciones más frecuentemente encontradas en los médicos no oncólogos;
5. Las consecuencias, mediatas e inmediatas de ellas y,
6. Los comentarios que en el ánimo del sustentante evoca el análisis de los puntos arriba enumerados.

1. El oncólogo norma su criterio terapéutico por varios elementos de juicio muy simples, pero fundamentales, a saber:

* Trabajo de Sección (Cancerología), leído por su autor en la sesión ordinaria del 20 de marzo de 1963.

- a) Que todo cáncer no tratado lleva fatalmente, en breve o largo plazo, a la muerte;
- b) Que los únicos medios terapéuticos de índole curativa de que se dispone, y cuya eficacia ha sido confirmada y comprobada por amplísima experiencia, son solamente dos: Cirugía y Radiación, bien aisladas, bien combinadas;
- c) Que la hormonoterapia y la quimioterapia no han conseguido un sólo caso de curación, aunque son excelente arma complementaria tanto de la cirugía como de la radiación, y por sí solas representan importante papel en la paliación;
- d) Que aún en los casos en que la cirugía, que es siempre mutilante, implique importante lacra cosmética y funcional, cuando represente el único medio curativo, es por exclusión el único camino a seguir;
- e) Que si conforme a las normas ortodoxas y de experiencia propia o de terceros el caso ha rebasado los límites de curabilidad, las medidas paliativas, cualesquiera que ellas sean, deberán ser sensatamente conservadoras.

2. Los conceptos básicos de curación y de paliación en Oncología se presentan de inmediato ante el especialista para la correcta valoración de un caso dado. El primero se define diciendo que un caso es curable cuando, mediante el empleo adecuado e inteligente de las dos armas antes enunciadas, es susceptible de ser curado en un porcentaje determinado, y variable para cada tipo, localización anatómica y grado de diseminación del tumor maligno en cuestión, empleando siempre el plazo arbitrario, pero razonable y útil de *cinco años* de curación clínica.

La paliación en oncología se comprende como: detención del crecimiento tumoral, regresión parcial de éste, alivio de los síntomas por él determinados, prolongación de la vida y, secundariamente, mejoría del estado general. Todo esto puede lograrse actuando en forma directa contra el tumor o bien en forma indirecta corrigiendo complicaciones secundarias a la presencia de éste o de sus metástasis.

3. El concepto de radicalidad en oncología está representado por el significado consuetudinario y no por el literal del vocablo, ya que difícilmente se compaginan la idea de extirpación de "raíz" y la admisión de que es solamente un porcentaje y no el total de los enfermos los curados por un procedimiento llamado "radical". En verdad, este término califica la índole curativa del esfuerzo terapéutico, la extensión del procedimiento quirúrgico, lo elevado de la dosis de radiación y, en suma, el grado de agresividad terapéutica y de injuria orgánica previsible.

4. Las razones más frecuentemente esgrimidas contra el tratamiento que he-

mos convenido en llamar "radical" del cáncer en fase avanzada son, conforme a nuestra experiencia y en orden de frecuencia decreciente:

- a) De orden filosófico,
- b) De orden económico-social,
- c) De índole religiosa, y
- d) Un grupo aparte de verdaderas falacias médicas.

Entre las *de orden filosófico* resalta aquella que nos encara ante la pregunta de que si, como médicos, estamos justificados o siquiera autorizados a prolongar en plan de absoluta meiotragia la existencia a quien vamos a mutilar en forma importante. Me pregunto si algún médico dudaría seriamente en tratar de salvar la vida a un mutilado de guerra o de un accidente de nuestra poco civilizada vida civil, y si en alguna forma es condenable, a fuer de iatrogénica, una mutilación que se hace para intentar salvar una vida.

Me parece que dentro de nuestra estructura social esto roza, y aún invade, el terreno de la eutanasia por omisión, capítulo de enconada controversia ante el caso incurable, pero a mi ver no admisible cuando el método terapéutico, por definición, entraña una finalidad curativa.

En ocasiones se señala la conveniencia de preparar psicológicamente al enfermo para que aprenda a aceptar su inminente invalidez y a vivir con ella. Esto es teóricamente irrefutable, pero en la práctica hay escollos de difícil o imposible superación. Entre los primeros está el rechazo habitual que el médico y la sociedad muestran a discutir llanamente con el enfermo la naturaleza de la enfermedad que requiere un tratamiento tal, con la procrastinación en la institución del tratamiento que el rechazo, aún temporalmente de éste, implica. Por otra parte, la psicoterapia requiere tiempo y, en el caso del cáncer avanzado, el oncólogo debe esforzarse por ganar la carrera contra el progreso ulterior de la enfermedad que fácilmente caería de lleno en la fase de incurabilidad.

De orden económico-social. En esta esfera se tropieza con dos tipos fundamentales de reacción contraria. El primero, en el grupo de enfermos privados, en que el necesariamente alto costo de intervenciones que requieren largo tiempo operatorio, con la correspondiente elevación de cuotas por derecho de sala de operaciones, de honorarios profesionales del anestesiólogo, que requieren gran cantidad de sangre, etc., haga que el factor económico influya retardando la operación. El segundo, por factores semejantes, pero en el enfermo institucional: puede influir en el ánimo de un Jefe de Servicio o de un Director de Hospital que juzguen que el riesgo anestésico y operatorio, el tiempo del quirófano que se consagre a tal operación, el tiempo del departamento de anestesiología, la depleción que sufre el Banco de Sangre, etc., no se justifican ante el resultado que, honestamente, debemos calificar como indiscutiblemente aleatorio de una intervención semejante. Esto, en un país de bajo nivel educacional médico y del

público lego, que hace que los enfermos se presenten en fase habitualmente tardía a los servicios hospitalarios, reduciría substancialmente las probabilidades de curación de gran número de enfermos, y a muchos los condenaría de hecho a la incurabilidad. Creo que es ésto un problema de grave responsabilidad profesional y cuya solución debería plantearse concentrando el esfuerzo en tratar de mejorar las condiciones hospitalarias, sobre todo las de los hospitales asistenciales, y no simplemente mediante el ajuste por eliminación de los casos avanzados, pero aún curables.

Las objeciones *de carácter religioso* son en general escasas. La más frecuente y la más fácilmente rebatible es la de que, si es la voluntad divina que el enfermo muera de cáncer, no vale la pena ni es prudente ni sensato interferir. A esto siempre he contestado que esa misma voluntad divina me ha dado el derecho, me ha impuesto la obligación y me infunde el ánimo para poder intervenir.

Las falacias que con lamentable frecuencia se invocan en la situación que nos ocupa son en su mayoría la continuación de viejos prejuicios, la generalización indebida tras de la observación de un caso único que, por razones diversas, pudo haber impresionado profundamente al médico tratante y, sobre todo, son debidas a información deficiente o a interpretación errónea de la información científica disponible.

Entre las primeras deben considerarse opiniones tan primitivas como la de que "el cáncer no debe ser operado, pues esto representa una poda", o la indebida, si no es calificada, afirmación general de que si hay metástasis ya no hay posibilidad de cura.

A menudo se opta por aconsejar que se deje morir tranquilamente al enfermo. Me pregunto a cuántos enfermos con cáncer habrá seguido profesionalmente quien así opine y cuál será su muy personal concepto del "tranquilo morir". En otras ocasiones se formula al oncólogo esta simplista pregunta: ¿Cuanto tiempo vivirá el enfermo si no se opera? Quien así pregunta olvida que más importante que el "cuánto" se vive, es el "cómo" se vive. Y olvida, o ignora, que en sus fases terminales el canceroso avanzado representa una de las más trágicas, deprimentes y desalentadoras experiencias con las que médicos familiares o amigos deban convivir, contemplar y soportar.

Pagar en moneda de esfuerzo profesional inteligente e infatigable, por costoso y árido que sea, por bajo que sea el logro alcanzado al cotejarlo con el esfuerzo desarrollado, es equitativo si un cierto número de enfermos es salvado. Y como la actitud del médico debe ser siempre apriorística debe concluirse que mientras un caso sea, oncológicamente hablando, curable, debe ser manejado como tal: aún frente a un porcentaje bajo de curación.

En otra forma se estaría negando, sobre una base emocional y subjetiva, pero no racional y objetiva, la posibilidad misma —ya no digamos probabilidad— de curación a un enfermo.

Ejemplo típico de información deficiente es cuando el caso, que sería controlado por cirugía, es enviado a radiación, y viceversa. Aún cuando esta última eventualidad se presente al oncólogo más bien cuando un cirujano cuyo entusiasmo no corre parejas con su acuciosidad clínica ha operado al portador de un padecimiento que debió haber sido tratado por radiación, bien por la índole misma del tumor, bien por su extensión topográfica o su estadio clínico.

La interpretación errónea la ilustra la prescripción de quimioterapia, bien como medio terapéutico primordial, bien como postoperatorio tras de cirugía, completa o no. En la primera situación, y en el menos malo de los casos, se está procrastinando el tratamiento con sus nefastas consecuencias. En el segundo, cuando lo indicado es dar radiación, se está disminuyendo el valor del esfuerzo curativo. He visto recientemente un caso de seminoma testis con muy voluminosas metástasis ilíacas y preaórticas en el que se hizo una orquiectomía técnicamente impecable y luego se administró, durante varias semanas, *Nitromin*.

Los consejos al grupo familiar de que no se permita aplicar radiación porque se produce anemia, o por las quemaduras "intolerables" o, por el contrario, insistir en que "se aplique el cobalto" cuando el enfermo debe ser operado, en breve plazo, son otros tantos casos de falacias típicas.

Tocando este problema, aunque no en forma tan directa y gruesa, está el caso de la oposición sistemática a determinados tipos de biopsia, sobre todo a las transoperatorias. Se recurre entonces al argumento sofisticado de que si en ocasiones los histopatólogos no pueden dar un diagnóstico exacto cuando disponen de toda una pieza operatoria y a veces, del cuerpo todo como ocurre en los exámenes post-mortem, difícilmente se podría confiar en el examen apresurado de un fragmento. Es verdad que tal ocurre, pero en forma tal de excepción que confirma la regla de que una buena biopsia tomada por un buen clínico e interpretada por un patólogo calificado da certidumbre diagnóstica, en cuanto a la benignidad o carácter maligno de un tumor, en prácticamente la totalidad de los casos.

En cuanto a las consecuencias. Las inmediatas son obvias. Un enfermo pasa, aconsejado por un abstencionismo bien intencionado pero mal proyectado, del grupo de *probable* curación al de *segura* y nada tranquilas agonía y muerte. Una disposición hospitalaria animada por espíritu semejante tiene el mismo efecto sobre un número variable de individuos en condiciones análogas, y ésto no sólo en el presente, sino durante un futuro que durará tanto como la vigencia de la disposición.

Las consecuencias mediatas, de idénticas características pero realizándose en tiempo posterior y en círculo más amplio, están condicionadas por el prestigio profesional individual del médico que disiente o por la influencia que el Hospital o Institución tengan como centros de enseñanza. Y que desafortunadamente, cuando es alta, puede desde nuestro punto de vista hacer un daño geoméricamente

proporcional, ya que sus egresados sustentarán los puntos de vista que oyeran defender o vieran aplicar durante su período de adiestramiento.

Como comentario final, creo firmemente que la Oncología ha llegado ya a un grado de madurez suficiente, y su proceso de maduración continúa fincándose cada vez con más arraigo en nuestro medio para que se le conceda al especialista que a él dedica toda su actividad profesional, el reconocimiento pleno de su capacidad. Los rasgos peculiares de la marcha clínica de los neoplasmas malignos, las características sui géneris de su tratamiento quirúrgico, el conocimiento indispensable del *modus operandi* de la radiación ionizante, sus modalidades técnicas e indicaciones, el relativamente reciente campo de la hormonoterapia aditiva con su correlativa, la cirugía supresiva y el cada vez más amplio espectro que presenta la quimioterapia antitumoral justifican en mi sentir se conceda, sin más cortapisa o restricción que la puesta en juego del más elemental sentido común, plena carta de naturalización a la Oncología como especialidad con el obligado corolario: respeto científico por la opinión de quien ha hecho de ella su campo de trabajo.

COMENTARIO AL TRABAJO
"EL MEDICO NO ONCOLOGO Y EL PROBLEMA DEL
TRATAMIENTO DEL CANCER EN SU
FASE AVANZADA"*

DR. MANUEL QUIJANO

DEBO COMENZAR felicitando al Dr. Zalce por el contenido y por el tono mesurado de su trabajo. (Confieso que al ver el título y la firma lo esperaba más virulento; por su temperamento y por su conocida militancia en el grupo que podemos llamar de los "ultras", esperaba yo un trabajo más controvertible y apasionado). Todo cirujano general estará, creo yo, completamente de acuerdo con él. Pero se puede también, no obstante, leer entre líneas y hallar algunos puntos dignos de discusión.

Me interesa referirme al capítulo de las falacias porque se tipifica ahí la posición del autor; y llama la atención que no mencione una falacia muy repetida, cuya formulación se discute entre líneas en todo el trabajo al grado que de hecho, es la misma motivación o causa de la presentación. La falacia, repetida desde hace mucho tiempo, dice así: "para pequeños cánceres, grandes operaciones; para grandes tumores, procedimientos mínimos". Y la discusión a que da origen se refiere a la justificación de las intervenciones llamadas ultra-radicales.

Soy el primero en reconocer que de la enorme ampliación del horizonte quirúrgico ocurrido en la última década, el grupo de los cirujanos que tratan fundamentalmente el cáncer ha sido de los más entusiastas y trabajadores. Operaciones que hace poco tiempo hubieran sido consideradas como fracasos seguros, se realizan hoy en forma casi rutinaria. Pero no puedo dejar de reconocer también que, en ocasiones, debido al mismo entusiasmo de los especialistas, se ha exagerado la indicación de los procedimientos. La evaluación de los procedimientos ultra-radicales en la cirugía del cáncer debe basarse en tres factores: 1º, la mortalidad; 2º, la morbilidad y la mutilación o invalidez producidas; 3º, la probabilidad de curación que puede ofrecerse.

* Leído por su autor en la sesión ordinaria del 20 de marzo de 1963.

Desgraciadamente es casi imposible obtener, a través de la literatura médica, una respuesta exacta y verdadera a estos tres interrogantes porque los grupos de casos presentados tienen de particular, siempre, que han sido tratados por un sólo cirujano en condiciones excepcionalmente favorables y porque los datos negativos tienden a ser, o deliberadamente ocultados o simplemente ignorados. Por otra parte, la variabilidad de esta enfermedad o grupo de enfermedades es tan grande que no es excepcional la observación de un paciente curado por una operación aparentemente inadecuada, y otros enfermos no curados por procedimientos mucho más radicales.

Existe en la actualidad una presión ascendente para "hacer algo" en el cáncer avanzado. Los informes en la literatura científica, los relatos de casos sorprendentes en los periódicos profanos y un cierto consenso entre el público de exigir curas dramáticas, dificultan a veces la tarea del médico. Se llega a decir que la mera presencia del cáncer justifica cualquier cosa; que todo está justificado en nombre del cáncer. La cuestión se plantea cuando ese "hacer algo" es más nocivo que beneficioso, porque a veces la vida del enfermo se acorta y los sufrimientos no se alivian.

En resumen, estando totalmente de acuerdo con el Dr. Zalce en su comentario final, de que la oncología ha llegado a un grado de madurez en que debe concederse al especialista el reconocimiento pleno de su capacidad, creo que debe aceptarse que las operaciones ultra-radicales tienen su lugar definido en la terapéutica. En otras localizaciones de cánceres de alta malignidad, como el del estómago o del páncreas, las resecciones han sido en ocasiones llevadas a una zona de dividendos demasiado pobres y con efectos colaterales de un altísimo costo, entre los que no es de menospreciar el hecho de la pérdida de la fe entre médicos y pacientes. Es saludable entonces recordar la historia natural del cáncer, abandonar ciertos procedimientos que fallan demasiado a menudo y fomentar el ataque en aquellos campos en que sí existen razonables posibilidades de éxito.