

IMPORTANCIA Y RESULTADOS DE LA
ESPECIALIZACION EN CIRUGIA

V

LA ESPECIALIZACION EN CIRUGIA ONCOLOGICA

DR. HORACIO ZALCE

LA INCLUSIÓN de este capítulo en el presente Symposium, constituye el reconocimiento tácito, por parte del Presidente de la Sección de Cirugía, de la existencia o, por lo menos, de la viabilidad como especialización de la Cirugía Oncológica. Esta ha sido rotundamente negada tanto por individuos aislados, como por escuelas de pensamiento quirúrgico. En el seno mismo de nuestra Corporación creo que el número de cirujanos que no comparten al respecto la postura ideológica del que esto escribe es alarmantemente elevado.

Si definimos a la Cirugía Oncológica como el intento racional y razonable de curar por medios operatorios las neoplasias malignas, encontramos desde luego una serie de limitaciones a su empleo: En primer término, su naturaleza, esto es, la historia natural estadísticamente conocida para cada estirpe de tumor. Los hay de tipo sistémico que, por definición, no son tributarios de la extirpación quirúrgica, sino de la radio o de la quimioterapia. Los hay que son altamente radiosensibles —aunque no paralelamente radiocurables— y cuyo intento de extirpación irá seguido, casi indefectiblemente, de recurrencia local o de generalización. Otros están ubicados en órganos o regiones en que la resección es, o bien anatómicamente no factible, o incompatible con la vida misma. Y, por último, aquellas que, siendo en sus fases iniciales tributarias de la cirugía, han dejado de serlo, bien por progresión espontánea de la enfermedad más allá de ciertos límites clínicos, o bien por una desafortunada intervención de índole iatrogénica.

El análisis de estos factores nos señala, pues, las indicaciones. Estas pueden ser: a) absolutas, b) relativas, c) contraindicaciones.

a) *Absolutas*. Deben ser escindidos los cánceres epiteliales, preferentemente glandulares (mama, tiroides, glándulas salivales) que estén confinados al órgano

* Trabajo de Sección (Cirugía general) leído por su autor en la sesión ordinaria del 17 de julio de 1963.

en que se originaron o que hayan dado, cuando más, metástasis ganglionares al grupo de primer relevo (axila, hemicuello correspondiente respectivamente para los ejemplos supraescritos), o tumores de estirpe conjuntiva, no radiosensibles, ora de esqueleto, ora de partes blandas, que no hayan dado metástasis clínicas o radiológicas distantes (sarcoma osteogénico, rabdo o leiomiomasarcoma, sarcomas neurogénicos, etc.).

b) *Las relativas* se plantean cuando se afronta una alternativa con el otro método curativo primordial del cáncer, a saber, la radioterapia, y cuando la decisión se toma en función de factores tales como lo más expedito del tratamiento, la falta de equipo radioterápico adecuado, el lugar de residencia del enfermo, etc., esto es, por razones no exclusivamente médicas *strictu sensu*.

c) *Las contraindicaciones*, muy frecuentemente ignoradas por el cirujano general no informado, son la contrapartida de las indicaciones directas y los errores cometidos al violar éstas, son en general directamente proporcionales al grado de falla en la valoración adecuada de un caso determinado. Ejemplos ilustrativos, son, v.gr., hacer una mastectomía radical cuando hay metástasis pulmonares, no evidenciadas por la triste omisión de no haberse ordenado una radiografía del tórax o cuando hay ganglios clínicamente positivos en hueco supraclavicular o axila contralateral *no* explorados; o intentar una histerectomía por cáncer del cérvix sin haber valorado mediante cistoscopia y urografía excretora la indemnidad o invasión del tracto urinario con el consecuente error en la planeación terapéutica y la frecuentemente cometida grave falta de cortar al través de tejido neoplásico, con las nefastas consecuencias que esto acarrea: diseminación tumoral, residual inoperable, etc.

La meta del esfuerzo curativo en Cirugía Oncológica es la extirpación con margen tridimensional adecuado del primario y, en su caso, de las metástasis linfáticas de primer relevo, en una sola sesión operatoria si anatómicamente es factible, o en dos, con un intervalo variable, en caso contrario. Esto imprime a la parte meramente técnica de la cirugía un *cariz sui generis* y que no comparte con la cirugía general: empleo de margen, disección meticulosa, escisiones dentro de límites anatómicos precisos, especialmente en el caso de las áreas linfoportadoras, y sobre todo la no limitación en la exéresis por razones cosméticas o de dificultad en el cierre, sino planeación adecuada, tempestiva e inteligente de éste ante la imposibilidad de cierre primario: injertos libres o pediculados, piezas de prótesis, etcétera.

Si bien todo esto está desde el punto de vista técnico al alcance de todo cirujano general bien preparado, la práctica demuestra que, con muy elevada frecuencia, no lo pone en juego, revelando así falta de criterio oncológico.

Se puede afirmar que la cirugía oncológica constituye tanto una especialización dentro de la Cirugía como dentro de la Oncología y que, para adquirir fluidez en su manejo, requiere una amplia experiencia quirúrgica básica y un

conocimiento a fondo de la oncología en general, ya que no representa sino una pequeña fracción dentro de ésta. El criterio oncológico, no es sino la suma de experiencias y conocimientos teóricos, clínicos y estadísticos, tanto de los padecimientos tumorales como de los medios diagnósticos y terapéuticos que en ellos se emplean, y este criterio es el verdadero orientador de esta actividad quirúrgica particular, el que señala indicaciones e imprime modalidades específicas. Este se obtiene en el manejo constante y diario de las enfermedades neoplásicas malignas y, aunque no imposible, es difícil de adquirir fuera de los grupos de trabajo y de los centros oncológicos, de preferencia hospitalarios.

Para aquilatar debidamente las ventajas teóricamente irrefutables de esta especialización, sería menester poder comparar los resultados obtenidos por aquellos no imbuidos en los principios enunciados y los que han hecho una especialidad de la Oncología y en el caso que nos ocupa, de su fase quirúrgica. Existen datos estadísticos interesantes al respecto procedentes de hospitales de la Unión Americana. Se han analizado las cifras de sobrevida de 5 años en el tratamiento quirúrgico del cáncer del cérvix en: 1) un servicio de cirugía general en un hospital municipal; 2) en un servicio hospitalario semejante, pero con una Consulta de Tumores; 3) en un servicio oncológico especializado. Las cifras respectivas de 17.5, de 44 y de 55%, son suficientemente elocuentes. En nuestro país solamente hechos generales e impresiones personales que, no por no ser ponderables numéricamente son menos legítimas como argumento. Se llega a ellos, paradójicamente, tratando de establecer ante un hecho consumado cuál fue la falla apriorística en el criterio seguido ante un caso dado. Los enfermos que llegan a nuestros servicios hospitalarios gruesamente mal manejados representan un número elevado, v.gr. ganglios metastáticos erróneamente diagnosticados como abscesos y debridados con la inevitable fungación tumoral, mastectomías sedicentes radicales con preservación de los músculos pectorales y obvia recurrencia en los colgajos gruesamente tallados; una masa tumoral en un hemicuello escindida bajo anestesia local, con informe de carcinoma papilar de tiroides, y envió al enfermo a un servicio de roentgenterapia, etc. La lista sería interminable, y esto ocurre no tan sólo cuando el enfermo viene de nuestra desprotegida provincia, sino muy frecuentemente de la capital misma y, lo que es más lamentable, inclusive de centros hospitalarios o de consultorios de médicos privados con claro prestigio profesional.

La Cirugía Oncológica como especialidad implica, pues, tanto criterio oncológico como experiencia quirúrgica básica. Su ventaja obvia es que brinda mejor oportunidad de curación, paliación y manejo adecuado al enfermo portador de una neoplasia maligna, con lo cual no disminuye en forma alguna las probabilidades, mayores o menores de curación en un padecimiento que, sólo en muy contados casos, tiene el cien por ciento, esto es, la certidumbre total, de obtener cura permanente.