

COMENTARIO AL TRABAJO "ESTUDIO FLEBO  
Y LINFOGRAFICO DE METASTASIS INTRA-  
PELVICAS Y RETROPERITONEALES"\*

DR. HORACIO ZALCE\*\*

**N**O ES POR cumplir con una mera formalidad ritual o de cortesía oficial al iniciar este comentario al excelente trabajo de ingreso del Dr. Noriega Limón, que afirmo que es para mí un privilegio y una singular satisfacción el que sea precisamente yo quien, al ser designado para hacerlo, al mismo tiempo que dar una cordial bienvenida al ponente le extienda mis más sinceras felicitaciones por la alta calidad de su presentación. Es por regla general alabanza cortés o desorbitado ditirambo lo que se oye en la fase que podríamos llamar positiva de un comentario. O, en la negativa —que a veces es aun destructiva—, ironías veladas o frases devastadoras.

Debo confesar que, teniendo particular y ya añejo afecto personal pero, sobre todo, gran respeto profesional por la honestidad intelectual del Dr. Noriega Limón y por su recia configuración intelectual, temo aparecer con estos primeros párrafos como muy sospechoso del delito ditirámico. Debo, pues, tratar de ser objetivo en la valoración del trabajo por comentar y dejar a un lado lo que pueda parecer fruto de un subjetivismo exagerado.

Al analizar la presentación del Dr. Noriega surgen de inmediato dos grandes grupos de hechos: los de fondo y los formales.

Entre los primeros destaca, a mi ver, el justo enfoque que hace de la importancia de la asociación de lo que en rigor son tres métodos radiológicamente con individualidad propia: linfadenografía, flebografía y urografía excretora, señalando así la urgente necesidad a que nos enfrentamos de obliterar al máximo la serie de obscuridades inherentes a la clínica por todos los métodos a nuestro alcance. Es en esta parte de su exposición muy interesante el énfasis que pone

\* Presentado en la sesión ordinaria del 24 de noviembre de 1965.

\*\* Académico numerario. Unidad de Oncología, Hospital General de México.

en la disminución a la exposición radiológica, hecho siempre importante, frecuentemente olvidado, y de particular interés en tanto que eventualmente puede sumársele la elevada dosis de radiación terapéutica, frecuentemente inevitable en los casos que se discuten.

El hecho —evidenciado en forma tan objetiva en el caso del leiomioma, en el que es indiscutible que los parametrios quedaron intocados por el cirujano tratante—, de que es posible valorar mejor las realizaciones terapéuticas, y, como siempre, a más breve plazo las quirúrgicas, aviva en mi conciencia de cirujano lo innegable de la dificultad tan elevada, verdaderamente máxima, que representa la cirugía radical en el cáncer cervicouterino, y lo fácil que resultará comprobarlo mediante el estudio linfadenográfico. Este, a mi juicio, debiera preceder —sobre una base teórica estricta— al intento terapéutico. Y no tan solo para llegar a la realización de éste con el máximo número de elementos de juicio diagnóstico, sino porque, merced a la ya plenamente comprobada característica de una muy prolongada permanencia del medio opaco en los ganglios, una radiografía postoperatoria —que dicho sea de paso ya no es tan “simple” en estas condiciones como la llama el Dr. Noriega— mostrará lo adecuado o no de la linfadenectomía pélvica.

La fase que él justamente denomina linfográfica, y que en fin de cuentas puede repetirse cuando la clínica así lo indique, muestra una vez más que si el problema de la exéresis ganglionar es severo, lo es más el de las vías linfáticas, verdad ésta que siendo válida para todas las áreas linfoportadoras lo es más aún tratándose de la pelvis. El empleo del método debiera, pues, extenderse a todas las esferas orgánicas. Desafortunadamente esto es factible sólo en los grandes centros de trabajo bien provistos desde el punto de vista humano y de equipo material y, naturalmente, bien organizados. En efecto, linfocromía, disección y cate-terización del vaso linfático periférico a inyectar, dispositivo para inyectar a presión uniforme el medio de contraste, intensificador, seriógrafo, etc. así como el tiempo empleado y el personal competente para ejercitar las maniobras, son aun de difícil obtención y costo elevado para que se pueda incorporar este método de estudio a la rutina de trabajo. Pero de la plena comprensión de su elevado valor diagnóstico deben derivar oncólogos y radiólogos la necesaria convicción que les haga presentar con urgente firmeza la solicitud ante las autoridades competentes a fin de obtener los elementos enumerados para nuestros centros hospitalarios.

Las excelentes flebograftías con que ilustra su trabajo el Dr. Noriega ponen de manifiesto alteraciones en la circulación venosa de una magnitud incomparablemente mayor de lo que la clínica hiciera pensar: apertura de vías colaterales de retorno por rutas insospechadas y que, desde el punto de vista terapéutico y pronóstico —sobre todo este último— son de gran valor. Tanto más si hay imagen

linfadenográfica anormal concomitante. Al ir acumulándose experiencia en este campo es previsible una futura disminución en el número de intentos de exéresis que se queden en la simple fase de laparotomía exploradora al hacerse una mejor valoración de la concurrencia de datos clínicos, endoscópicos y radiológicos. Como sugerencia práctica al Dr. Noriega me permito señalarle las claras ventajas que tendría el empleo sistemático del bloqueo epidural sobre la anestesia general para la flebografía intratrocantérea: menor riesgo anestésico, toxicidad prácticamente nula, posibilidad de obtener cooperación del enfermo en el control voluntario de la respiración y la ausencia completa de fenómenos postanestésicos strictu sensu.

Es interesante ver la objetividad fría y sincera del Dr. Noriega cuando emite sus juicios de valor acerca de los métodos que nos presenta: reconoce sus limitaciones, tanto aislados como en conjunto, en las fases incipientes del cáncer cérvico-uterino (con lo que señala el peligro de intentar sacar conclusiones definitivas en estos casos), señala las dificultades (con lo que nos presenta un reto para, conociéndolas, tratar de superarlas), menciona los elementos que ya pueden considerarse irrefutables (con lo que nos obliga a conocerles en forma fluida) y pone el dedo en la llaga al señalar como medida no discutible de la eficacia terapéutica de la cirugía el control radiológico, tanto de la pieza operatoria —de menor importancia—, como de la pelvis en el postoperatorio (con lo que seguramente hará que los cirujanos sean más cuidadosos y completos, aun cuando mucho menos veloces, en las frecuentemente mal llamadas linfadenectomías pélvicas). Por otra parte huye, con asentado criterio oncológico de mencionar al yodo radioactivo como elemento coadyuvante en la terapéutica por radiación del carcinoma del cervix, y cuya planeación radioterapéutica es muy otra.

Desde el punto de vista formal de la presentación creo que descuellan en primer término el esfuerzo organizado y luego la sistematización y el rigor científico que corren parejas con la que no vacilo en llamar belleza iconográfica.

Existe un hecho curioso: el Dr. Noriega menciona sólo dos trabajos dentro de la literatura nacional, además del suyo, relacionados con este tema en su capítulo de Referencias. Y hay uno, recientemente aparecido y que él no menciona, y en donde, a su vez, no se mencionan los de él. Esto hace pensar de inmediato cuán deseable es que la experiencia nacional sea conocida por nosotros mismos, y por los autores compartida y cotejada.

Es éste, aun cuando excelente, meramente un trabajo de ingreso y como tal difícilmente bastaría para aquilatar una labor de años. Pero para quienes hemos tenido la oportunidad profesional y el placer humano de haber seguido, casi desde su inceptión como oncólogo, la brillante y limpia trayectoria científica y la verticalidad moral del Dr. Noriega, nos parece que su ingreso a nuestra corporación, dentro de la Sección de Cancerología, constituye una muy provechosa adquisición para la Academia. En nombre de ésta me permito extenderle la más calurosa, cariñosa y sincera bienvenida.