

CONTRIBUCION IATROGENICA AL CANCER AVANZADO EN LA CLINICA¹

DR. HORACIO ZALCE²

NO HAY medida terapéutica que no entrañe un cierto componente deletéreo para el organismo. Pero la capacidad de recuperación de éste, que puede llegar hasta a la *restitutio ad integrum*, inclusive frente a injurias tales como la médica bien intencionada, no es ilimitada. Si se rebasa el margen terapéutico, la distancia que separa la dosis útil de la tóxica, el riesgo aumenta y el daño puede ser irreversible, y aun letal. Si no se cumplen ciertas normas en la planeación o la ejecución del acto quirúrgico, el daño que el cirujano puede producir puede sellar para siempre el porvenir de un enfermo, bien por alteración cosmética, bien por alteración funcional con la consecuente meiorpragia y, en los casos de torpeza gruesa o de accidente inevitable, puede inclusive determinar la muerte del enfermo, a veces en la misma mesa de operaciones.

En el caso de los agentes físicos, si no se maneja en forma adecuada la radiación ionizante, con errores en la determinación del voltaje, colocación de filtros, dispositivos de protección,

etc., se pueden producir importantes lesiones somáticas, que serán tempranas cuando ha habido franca sobredosis, y con manifestaciones agudas, o tardías y aparentemente criptogenéticas cuando se han radiado órganos que son críticos para determinado tipo de radiación.

Esto constituye ejemplos de iatrogenia que podríamos calificar de activa o, en términos teológicos, pecados de comisión. Pero hay también una iatrogenia pasiva, en la cual se peca por omisión. El no ordenar una radiografía o algún otro estudio de gabinete o laboratorio indicados, el no hacer una endoscopía que, cuando indicada es absolutamente indispensable, el no efectuar un tacto rectal, etc., son otros tantos ejemplos de omisión que, por la trascendencia que pueden tener, rayan a la altura de lo que sólo por benevolencia podríamos llamar pecados. Pero que tienen una sinonimia dura, quizás más cercana a la verdad.

Todo lo hasta aquí apuntado reviste un carácter muy general y carece, por tanto, de especificidad, en tanto que esta presentación relacionada con el cáncer tiene una orientación muy bien definida.

Pero antes de adentrarnos en el aná-

¹ Trabajo de sección presentado en la sesión ordinaria del 16 de abril de 1969.

² Académico numerario. Hospital General de México.

lisis echemos una somera ojeada al padecimiento, o grupo de ellos, que constituyen el cáncer. Se trata, en verdad, de un grupo al que se ha adjudicado una etiqueta única, pero que reúne situaciones clinicopatológicas de lo más disímulo, aun cuando tienen como común denominador un cierto número de rasgos clínicos: su tendencia a recurrir, sobre todo cuando el tratamiento no ha sido adecuado, la propensión a diseminarse a lo largo de vías variables para cada estirpe histológica y cada localización anatómica y, sobre todo, la capacidad de producir la muerte si se abandonan, sin tratamiento, a su evolución espontánea. Tienen algo más extramédico en común: el pánico que su mero nombre inspira. Quien originalmente les comparara a un cangrejo tuvo probablemente el más asombroso acierto —por siniestro y sugerente— que haya conocido la nomenclatura, popular y científica, hasta nuestros tiempos.

Ahora bien: ¿a qué se le llama en la clínica actual un cáncer avanzado? Desde el punto de vista práctico nosotros consideramos como tal al que ha rebasado la fase de curabilidad. Y ¿dónde termina ésta? No es difícil ubicar su límite si nos referimos a las características clínicas comunes arriba señaladas: si se ha producido una recurrencia local masiva, que invada estructuras profundas u órganos vitales. Si la diseminación ha ido más allá del área linfoportadora de primer relevo, situación que histórica y estadísticamente ha demostrado que es aún susceptible de curación. Es esta una verdad que reza para los tumores malignos

de estirpe epitelial, pero difícilmente sostenible para los de estirpe conjuntiva, que se diseminan predominantemente por vía sanguínea. De ahí que, en términos generales, tengan más mal pronóstico los tumores malignos de este último grupo, ya que sus siembras metastáticas, abigarradas, distantes, imprevisibles y frecuentemente a órganos vitales (hígado, pulmón, cerebro, médula ósea) no siguen una cierta lógica —como la linfáticovascular en el caso de los carcinomas— ni, una vez que han ocurrido, son tan susceptibles de extirpación como las que ocurren a los grupos ganglionares.

Para complementar los conceptos básicos que deben ponerse en juego en el manejo del enfermo con cáncer, debemos referirnos al diagnóstico. Si bien es una verdad tan unánimemente aceptada que la biopsia, el diagnóstico microscópico es elemento *sine qua non* para diagnosticar el cáncer, creo que en general no se pone el énfasis debido en un diagnóstico que puede ser más importante aún: el diagnóstico de extensión, expresado en términos de estadio clínico; éste constituye, indiscutiblemente, el factor aislado más importante como dato apriorístico para proponer y ejecutar tratamiento, y como elemento pronóstico.

Ya estamos en situación de juzgar de manera objetiva y desapasionada lo que puede determinar la contribución iatrogénica a que el cáncer se nos presente en fase clínica avanzada. Desafortunadamente, la causa más frecuente está representada por un factor básico: la falta de información adecuada o, dicho sin usar eufemismos, la igno-

rancia de hechos fundamentales relacionados con este problema en un número importante de médicos.

Varios tipos de errores de conducta se presentan a nuestro análisis: *a)* el no reconocimiento clínico de la naturaleza maligna de un tumor; *b)* el empleo poco juicioso de la biopsia, al efectuarla en condiciones inaconsejables; *c)* el desconocimiento, frente a diagnóstico positivo de cáncer, del grado de extensión o estadio clínico de éste; *d)* el empleo de un medio terapéutico inadecuado; *e)* el empleo inadecuado de un medio terapéutico.

Me permitiré ilustrar brevemente cada una de estas situaciones:

a) No reconocimiento clínico de la naturaleza maligna de una neoplasia. Se extirpa, bajo anestesia local y a menudo en el consultorio, un tumor mamario que, siendo pequeño e indoloro, por ser asintomático no intranquiliza ni a la enferma ni al médico. Si la historia y los hallazgos físicos no fueron bien valorados y el informe del histopatólogo, recibido dos o tres días después, es de carcinoma, el mal ha sido ya hecho, la recurrencia es frecuente y no es excepcional que, aun en el caso de que se intervenga nuevamente poco tiempo después de recibido el informe, a menudo una metástasis distante, la más de las veces hematogena, señalará la culminación trágica de este tipo de error.

b) Empleo de la biopsia en condiciones inaconsejables. Son múltiples las causas que caen dentro de este segundo encabezado, v.gr.: una biopsia incisional, esto es, cortando al través del tumor en una lesión pigmentada que re-

sulta ser melanoma maligno. Cuando existe siquiera la sospecha clínica de este tumor, debe de tratarse como si lo fuera, mediante excisión quirúrgica con amplio margen tridimensional. El estudio microscópico, imprescindible, se hará en toda la pieza extirpada así. Error semejante es hacer biopsia excisional de un ganglio del cuello para comprobar su naturaleza metastática cuando se sabe que hay un primario clínica o microscópicamente activo. Es éste un error tanto más trascendente cuando por su ubicación anatómica el primario y el territorio ganglionar de primer relevo son susceptibles de excisión en bloque y en continuidad, desiderátum de la cirugía oncológica. Un último y muy lamentablemente frecuente ejemplo, es el de la biopsia incisional o excisional, pero no transoperatoria en el cáncer de la mama. Toda biopsia que se haga al través de tegumentos intactos, debe ser ejecutada bajo anestesia general, y con material, equipo y disposición de ánimo listos para emprender el acto curativo de la índole que fuere indicada.

c) La inadecuada valoración del grado de extensión o estadio clínico. Los errores que se cometen por este concepto, son tanto los más frecuentes como los que más amplia gama presentan. Uno de los ejemplos más ilustrativos lo proporciona el mal manejo del cáncer del cérvix, padecimiento el más frecuente entre los tumores malignos de la mujer en nuestro país. He observado en las enfermas referidas a nuestras instituciones por "médicos de la calle", las más increíbles intervenciones parciales, que iban desde la fulgu-

ración de un cáncer exofítico por vía vaginal a histerectomía supracervicales por cáncer del cuello. La nota de remisión del médico tratante afirmaba que "había quitado lo más que había podido." Desafortunadamente, lo que habían podido quitar era lo que no habían debido. Y se añadía la explicación de que se había encontrado muy "invadido" el recto, o muy "pegado a la vejiga el tumor". Sorpresas éstas que no debieron serlo si se hubiera valorado en forma adecuada el grado de extensión clínica. El tacto rectal, el rectovaginal, la rectosigmoidoscopia, en su caso, darán información de la propagación hacia atrás; la cistoscopia, la cistografía, la urografía excretora, informarán acerca de la invasión, rechazo o compresión en vejiga y/o ureteros, etc. El ejemplo más grotesco de falta de valoración clínica lo suministran aquellos casos, infrecuentes pero no excepcionales, en los que se lleva a la enferma a la sala de operaciones para hacerle histerectomía sobre la base anamnésica de edad cercana a la menopausia y sangrado vaginal, y sin haber hecho siquiera tacto vaginal.

Todo en este capítulo señala hacia algo de grave responsabilidad profesional: la exploración insuficiente. Si bien es verdad que la tontería es comprensible, en nuestra profesión la flojera es imperdonable y aun punible. No ser tonto, pero sí indolente, es algo tan criticable como injustificable.

d) El empleo de un medio terapéutico que no es el indicado para un caso particular, también ocurre con frecuencia. Un cáncer anaplásico de amígdala, un linfoma, son operados

cuando debieron haber sido radiados. Y un melanoma, típicamente tributario de la cirugía cortante, es enviado a radiar por un médico no adiestrado para operar. Y lo que es peor, el radioterapeuta "puro" —entidad que afortunadamente tiende a desaparecer para ser substituído por el oncólogo especializado en radioterapia—, da servicio "a la carta", y trata así una lesión no curable por este medio físico, permitiendo el avance local y la posible producción de metástasis.

O una neoplasia mamaria en fase operable es manejada originalmente mediante hormonoterapia aditiva de signo contrario; o un tumor testicular maligno, un seminoma o un carcinoma embrionario, es tratado mediante orquitectomía —lo que es correcto— pero en vez de que se administre radiación a cordón y ganglios ilíacos y preaórticos, se le administra alguno de los múltiples citostáticos, ahora de tan fácil obtención en el comercio farmacéutico.

e) El empleo inadecuado de un medio terapéutico sí indicado, queda ejemplificado en su mejor —o en su peor— forma, por lo frecuente de su ocurrencia, por lo trascendente de sus repercusiones, y por el demostrado grave daño estadístico, por la cirugía hecha sin las características sui géneris de la cirugía oncológica, a saber: 1) el concepto de margen tridimensional, 2) el manejo atraumático de la estructura u órgano portador de la neoplasia, 3) el abordaje temprano del hilio, 4) la disección cortante y no roma, 5) la excisión en bloque, dentro de límites anatómicos precisos y no por morcelación, y 6) la exéresis del primario en

continuidad con el área linfoportadora de primer relevo, obviamente cuando las condiciones de ubicación de ambos así lo permiten.

Y estas características no se cumplen cuando: 1) se corta al ras del tumor o se busca un "plano de despegamiento", situación particularmente evidente en el manejo de los tumores malignos de partes blandas; 2) cuando se toma el cuerpo uterino con histerolabo o, peor aún, con pinzas de Museaux en el curso de una histerectomía por cáncer corporal, o cuando se extirpa un riñón neoplásico por vía lumbar, vía de acceso durante la cual el órgano es ampliamente manejado, literalmente exprimido manualmente, y cuando están todavía permeables o patentes las amplias vías venosas; 3) cuando durante ésta ilógica vía de acceso no es sino ya bien avanzado el procedimiento y en forma que, si no propiamente ciega, dista mucho de tener la exposición y la posibilidad de limpieza y disección selectiva que proporciona la vía transperitoneal. Es fácilmente comprensible que la vía anterior es la única que permite explorar la cavidad peritoneal, el estado del hígado, la invasión luminal de las venas renales y ligar, tras de disección quirúrgicamente limpia, venas primero, arteria después, en seguida el uréter y, por último, manejar lo que nunca debe ser manipulado en primer término, el riñón portador de la neoplasia; 4) cuando al hacer la disección de una vena eje o de una área linfoportadora no se corta limpiamente con bisturí, o cuando se hacen gruesos colgajos en los tiempos primeros de una mastectomía radical, llegando de golpe

a la pared torácica y disecando bruscamente con los dedos; 5) cuando un tumor tiroideo, voluminoso o no, se extirpa intracapsularmente en varios fragmentos, o cuando no se llega, cosa frecuente durante las disecciones de territorios ganglionares, a los límites anatómicos precisos que deben encerrar a todos los elementos linfáticos por reseca y 6) cuando, en vez de hacerlo en bloque y en continuidad, se resecan independientemente, pero en el mismo acto operatorio, el primario y el área linfática de primer relevo: v. gr., un tumor de lengua y la región anterolateral del cuello, ipso lateral, que contienen las metástasis. Es obvio que se habrá dejado intacto un segmento intermedio en el que teóricamente quedan vías linfáticas y aun ganglios, potenciales depósitos de células tumorales, que quedarán así literalmente atrapadas.

He aquí en forma breve, los que me han parecido ejemplos más flagrantes del mal manejo del cáncer en nuestro medio, y no solamente sobre las bases teóricas de su posible ocurrencia, sino dentro de la muy desagradable experiencia del hecho clínico observado. La lista, aun abreviada, resulta ya bien larga. Y surgen de inmediato algunas interrogativas: ¿por qué ocurren tales cosas?, ¿es la Oncología un capítulo de la Medicina tan abstruso o esotérico que debe ser manejado como patrimonio profesional exclusivo de unos cuantos iniciados? Responderé primero a la más fácil, que es la segunda. Y la respuesta es bien breve: *No*. Pero es una negativa calificada: *No*, a condición de que se conozcan, recuerden y cumplan

todos y cada uno de los requisitos someramente pergeñados. Y en la medida en que ellos sean transgredidos, aumentará la contribución iatrogénica y la responsabilidad moral —ya que no siempre legal y civil— de algunos como individuos y de todos nosotros como profesión.

Para responder a la primera, debo admitir desde luego que se trata de un fenómeno complejo. Desde el punto de vista cronológico es evidente que no hay una buena formación ni información oncológica durante el estudio de la carrera. La Oncología no existe ahora en el curriculum de nuestra Escuela de Medicina en la UNAM. Se han hecho intentos efímeros para incorporarla, pero han sido de muy corta vida. Y esto es verdad para casi todas las escuelas y facultades del país. La del Instituto Politécnico Nacional de la Ciudad de México es una de las aisladas excepciones. Los múltiples intentos hechos, no ya al nivel básico ideal del pregraduado, sino en la fase postgraduación, bien bajo la forma de conferencias, mesas redondas, simposios, panfletos y aun libros, o cursillos breves, —universitarios o académicos— llegan a demasiados pocos y demasiado tarde, cuando ya han fraguado ciertos vicios y se han asentado errores de juicio. Y entonces pasamos ya la fase del error por falta de formación e información adecuada, ya difíciles de aceptar por lo que implican, para llegar a la etapa de la negligencia punible, que encuentra su mejor empleo en lo mencionado en el inciso c), el de la inadecuada valoración de la extensión clínica de un cáncer. Creo no pecar de tremendismo al

afirmar que quien lleva al quirófano a una enferma para hysterectomizarla sin la previa exploración ginecopélica adecuada está cometiendo un verdadero crimen. Y el hecho de que nuestro subdesarrollo se manifieste en la esfera legal por una increíble impunidad profesional para nuestro gremio, debiera ser, para aquellas gentes con conciencia dentro del grupo médico, un estímulo de superación para eliminar todo lo que, estando en nuestras manos, pueda sumarse desfavorablemente en el curso de una enfermedad que, a pesar de todo, es curable en un alto porcentaje de quienes son atendidas temprana y adecuadamente.

Es, como siempre, en la clase más débil, más desamparada y menesterosa, en quien se presenta con más hondo dramatismo el problema del cáncer avanzado. Un conmovedor ejemplo de lo que es esto lo vemos a diario en la Unidad de Oncología del Hospital General de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Y es escalofriante en cuanto a la medida en que la profesión médica contribuye a esto, y muy especialmente cuando se analiza el mecanismo. Este va desde la bien intencionada pero torpe intervención, resultado de ignorancia o pereza médica, hasta el sórdido motivo del ingreso económico que impele al sedicente médico a no “perder” a un enfermo que aún puede rendirle ingreso por honorarios, magros las más de las veces pero que, para la pobreza del vector, la ausencia del beneficio e inclusive frente al perjuicio que acarrea constituyen, proporcionalmente hablando, desembolsos estratosféricos e inútiles. Otro mecanismo es la

humana tendencia de imponer al enfermo las propias limitaciones, sean estas materiales, técnicas, de equipo o preparación, con tal de que "el cliente no se vaya". En veces el modus operandi no es tan ruín, pero continúa siendo mezquino, y en ocasiones desplazado a nivel institucional, de servicio o de pabellón. Y aquí, una vez más, es el cirujano no avezado en el tratamiento de las neoplasias, aun cuando sea hábil operador y verdadero prestímano, el principal ofensor. ¿Cómo es posible que un "gran cirujano" envíe para su tratamiento quirúrgico a un enfermo a quien él, conforme nuestra terminología familiar de mariachi "quiere entrarle"?

Aun cuando en gran medida durante los últimos quince años parece haberse liquidado la vieja oposición partidista entre cirujanos y radioterapeutas, que ahora ya colaboran en los servicios oncológicos, todavía vemos casos mal operados que se envían a radiar y casos en que, habiéndose abusado de una radiación que nunca debió haberse administrado, se envían al cirujano, en un trágico "pan y queso" en que la responsabilidad se diluye en la medida en que el daño aumenta.

Una de nuestras jóvenes colaboradoras en el Pabellón 13 del Hospital General ha hecho una encuesta, cuyo análisis será objeto de publicación ulterior, pero cuyos hallazgos básicos expondré someramente: *a)* cerca de 60 por ciento de los casos que se presentan a la consulta inicial llegan en fase avanzada; *b)* en 25 por ciento esto es debido a ignorancia o incuria del enfermo y/o de su grupo familiar; *c)*

aproximadamente 80 a 90 por ciento de ellos han consultado a un médico antes de recurrir a nuestra institución; *d)* en este grupo apenas si el 5 por ciento ha sido bien manejado y en general está representado por quienes han dejado de ser derechohabientes de alguna institución de seguridad; la mayor proporción ha sido tratada cometiéndose en ellos uno o varios de los errores previamente analizados. Una proporción mucho menor ha sido víctima, bien de abstención terapéutica, bien de procedimientos charlatanescos, en ocasiones instituidos por personas "legalmente autorizadas por el gobierno"; *e)* con frecuencia se repiten nombres de individuos o instituciones que son los responsables del mal manejo.

Creo de elemental justicia señalar a un grupo médico que recientemente se ha singularizado por el muy tempestivo envío para tratamiento de los enfermos que recurren a sus instituciones: el de los dispensarios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Como también lo es mencionar el extremo opuesto: clínicas en las que se extirpan tumores bajo anestesia local y luego las piezas operatorias son arrojadas a la cubeta de desperdicio, lo que coloca así al operador, que no puede llamarse cirujano, en el nivel medioeval de la práctica médica. O el grotesco e increíble caso de la madre Magdalena, quien "curaba" el cáncer de la piel en una benemérita institución.

Podría argüirse que el panorama descrito tiene tintes de exageración, quizá hasta por subjetivismo tendencioso, y que si tomaran los datos de instituciones tales como la Unidad de

Oncología del IMSS o el servicio de consulta de Oncología del ISSSTE, o algún grupo de trabajo privado, el cuadro sería muy otro. Este sería un argumento valioso para cada una de ellas, pero mi intención es pintar algo que sea representativo de lo que ocurre en el país, y el mejor espejo de la situación nacional a este respecto lo constituye la población que acude a nuestros nosocomios pobres. Aquellos que, no teniendo cobertura de seguridad alguna, constituyen un abrumador por ciento del total de habitantes del país. Así como la Unidad de Oncología del IMSS, con su extraordinaria dotación de equipo y su elevadísimo presupuesto de mantención no representa ni siquiera el promedio del nivel de atención oncológica para TODOS los habitantes de la capital, ésta misma está lejos de representar el promedio de nivel de atención médica para todo el país. Sin el entendimiento claro de lo que representa este tremendo desequilibrio económico social y médico educacional para México, será difícil comenzar siquiera a enfrentarnos a nuestros muy específicos problemas.

Es indiscutible que la Oncología constituye una muy extensa especialidad que incluye a muy varias disciplinas: bioquímica, radiobiología, histológica, genética, entre las ciencias básicas. Y, a nivel clínico, nosología oncológica, cirugía, radioterapia, hormono y quimioterapia. Por lo que, en rigor, no existe especialista que la cubra totalmente. Pero por otra parte, es en

el nivel clínico en donde se cometen los trascendentes errores que hemos señalado. Las disciplinas del primer grupo no son terreno hollado en la práctica diaria de quienes ejercen la medicina clínica. Pero los errores que en ésta se comenten son de fácil eliminación simplemente ciñendo la conducta a reglas tan elementales como las apuntadas. La disciplina de trabajo que esto requiere, si bien estricta, no es intrínsecamente más difícil que la requerida para cualquier actividad clínica de buena calidad. La técnica quirúrgica que se requiere en la Oncología es la técnica básica de cualquier buen cirujano general, o el de cualquiera otra especialidad, que tenga un adiestramiento adecuado. Pero es indispensable que esta técnica no se ejercite como un mecanismo automático, sino siempre bajo el control de un firme juicio clínico —con todo lo que ello implica— y un claro criterio oncológico, cuyos lineamientos generales espero haber podido esbozar.

Estoy convencido de que la contribución iatrogénica que nos ocupa es considerable, que las más de las veces son ignorancia o pereza, cuando no trágica combinación de ambas, los factores que más pesan, pero también que, por su naturaleza misma, son eliminables: la primera, intentando elevar el nivel de información al respecto; la segunda, mediante el impacto que en la conciencia del médico pueda producir el análisis detenido y el examen pundo-noroso de sus repercusiones.