

## EL VACIAMIENTO GANGLIONAR EN EL CUELLO

### INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Por el Profesor CESAR A. PANTOJA.

(Conclusión)

La existencia de metástasis retrofaríngeas es clara contraindicación de la cirugía, porque hace de ésta un proceder incompleto; por desgracia, no es posible establecer de manera segura si esta metástasis se ha producido o no; el tacto faríngeo es necesario: puede hallar algo, pero también puede ignorar mucho. Fuera de la base de la lengua, amígdala y faringe, debe temerse esta metástasis en los carcinomas de la parte posterior de la encía y del paladar duro, y muy especialmente en los del velo del paladar.

En cambio, el **carcinoma intraoral** propiamente dicho y el de los **labios** constituyen las indicaciones más frecuentes, porque aun en el caso que sean clínicamente muy malignos, son relativamente bien diferenciados y sus metástasis responden mal a la irradiación.

Por otra parte, la producción de metástasis lejanas por estos carcinomas es infrecuente, toda vez que la mayoría de ellos queda confinada al cuello, aun en los casos tardíos (talvez la principal excepción a esto sea la lengua); más aún, el número de ganglios afectados por la metástasis suele ser pequeño en los estados iniciales (la existencia de muchas adenopatías neoplásicas, comprobadas clínicamente o durante el vaciamiento, es de mal pronóstico.)

El carcinoma de la lengua (particularmente de su tercio anterior) es acaso la más corriente indicación del vaciamiento, debido a la frecuencia del neoplasma y a la de sus metástasis: esto no quiere decir que los mismos cánceres de la lengua no entrañen contraindicaciones con demasiada frecuencia: sus metástasis bilaterales y la extensión del foco primario son, a menudo, impedimentos serios para una acción curativa.

El cáncer del carrillo es indicación de alguna frecuencia.

Los cánceres de la encía inferior lo serían también porque se les

observa a menudo; sin embargo, el control del foco es difícil (debido a la invasión ósea y del piso de la boca) y, por ello, la indicación es menos frecuente. El de la encía superior plantea el problema en menor número de casos, porque es uno de los cánceres intraorales clínicamente menos malignos puesto que su crecimiento es lento, y las metástasis poco frecuentes.

Los carcinomas del piso de la boca sólo indican vaciamiento cuando son pocos extensos, porque, en el caso contrario, el foco suele ser incurable y la metástasis es en muchas ocasiones bilateral.

El paladar, duro y blando, es rara indicación de vaciamiento porque el control del foco primitivo es difícil, las metástasis bilaterales no son raras y en el caso del velo la retrofaringea es frecuente.

El **cáncer del labio** es proceso que a diario constituye indicación para el vaciamiento: el foco primitivo es curable, el tumor bien diferenciado, las metástasis generalmente circunscritas y los resultados buenos.

Entre los procesos que indican con poca frecuencia, casi raramente el vaciamiento, se cuentan:

El **melanoma maligno** de localización cefálica o cervical, que es una de las ubicaciones frecuentes del neoplasma y por cierto no la más productora de metástasis linfáticas. El vaciamiento es perentorio cuando el foco primario ha sido erradicado y el ataque linfático sólo ha ocurrido en un lado del cuello, porque la radioterapia es impotente frente a esta neoplasia.

El **carcinoma escamo celular de la piel** plantea en ocasiones la necesidad de vaciamiento, y si éste es oportuno, los resultados no son malos.

El **carcinoma del tiroides**: no se trata de un proceso verdaderamente raro, pero sí raramente operable con éxito; entre los tumores malignos de la glándula domina el adenoma maligno y, para Chile y Chile, todo cáncer tiroideo debe tratarse como si fuera un adenoma maligno, puesto que el dato histológico sólo ha de conocerse después de la intervención; opinan estos autores que cuando el citado adenoma ha producido metástasis ganglionares en el cuello, suele haberse roto la cápsula glandular y ordinariamente han sido invadidas las vecindades del tiroides, haciendo el caso inoperable, por ello y porque además suele haber metástasis lejanas; más aún, las metástasis son frecuentemente bilaterales. Este concepto de los Chile no es aceptado por todos y la operación, que es una radical verdadera, se ha aconsejado y practicado repetidamente, asociándole la radioterapia postoperatoria; sería una buena justificación para verificarla, el no disponer de otra conducta terapéutica, ante el cáncer tiroideo con metástasis ganglionares en el cuello. El vaciamiento está indicado también cuando aparecen metástasis ganglionares cervicales después de una tiroidectomía para cáncer tempranamente realizada.

La posibilidad de que los adenomas tiroideos aberrantes sean metástasis de un adenoma maligno, indica el vaciamiento con ablación del istmo y del lóbulo tiroideo del mismo lado.

El **carcinoma de la laringe** intrínseca sería indicación pero en casos muy raros, porque la metástasis no suele existir cuando el caso es curable. El carcinoma

de la laringe extrínseca no indica el vaciamiento: las metástasis son bilaterales y múltiples y el proceso inicial es muy difícil de controlar en ese estado.

**El cáncer de las glándulas salivares:** Es poco frecuente y principalmente parotídeo; además de su rareza, el vaciamiento resulta indicado en pocas ocasiones porque cuando se encuentran metástasis, el tumor primario es en general inoperable.

El carcinoma de las fosas nasales y senos de la cara sería rarísima indicación del vaciamiento, porque si la metástasis puede encontrarse como primer síntoma de un tumor mudo, ello se debe a que el tumor no produce síntomas durante mucho tiempo y cuando origina una metástasis suele estar en período de exteriorización, es decir, en vía de extensión hacia afuera de la cavidad sinusal; ordinariamente estas metástasis ganglionares se tratan por radioterapia.

El **carcinoma branquial** es una indicación muy rara, debido a que el tumor lo es también; siempre que este diagnóstico resulte probable, deberá intervenir, pero no a asegurar definitivamente la naturaleza del tumor puesto que se le ha diagnosticado frente a una masa de aspecto ganglionar metastásico cuyo foco, aparentemente al menos no existe.

**Los linfomas malignos primitivos:** Se consideraban contraindicación de la cirugía, particularmente si eran de tipo sarcoma (linfo-sarcomas, reticulosarcoma) y se aceptaba que eran del dominio de la radioterapia, productora de falsos milagros puesto que fundía velozmente los tumores pero no producía muchas curaciones definitivas. Los cirujanos norteamericanos han vuelto sobre el asunto, y sus resultados tienden a cambiar la faz del problema: Gall, por ejemplo, presenta un grupo de pacientes tratados quirúrgicamente en un momento evolutivo que, desde un punto de vista estadístico, no era más temprano que aquel en que se aplica ordinariamente la roentgenterapia; obtiene una supervivencia postoperatoria media de 5.2 años, dato que —comenta él mismo— es dos veces mayor que el alcanzado por otros medios.

La dificultad hallada a este propósito es la limitada aplicabilidad del procedimiento, pues en pocos pacientes se encuentra el proceso suficientemente localizado, limitado, accesible y de tamaño razonable, condiciones que —en concepto de Gall— indicarían el tratamiento quirúrgico en caso de cumplirse, puesto que no hay razones definitivas que se opongan a esta conducta.

Las cifras de supervivencia presentadas por Gall "permiten suponer que la extirpación quirúrgica mejora indudablemente las perspectivas pronósticas en caso de linfomas bien seleccionados", particularmente en los sarcomas de células reticulares, y hace notar este autor que su estadística comprende todos los tipos de linfoma, y está integrada, en su mayoría, por las linfomatosis más malignas, en localizaciones muy diversas (unas cuantas cervicales), de manera que el éxito tampoco parece función del sitio que ocupan los linfomas. Anteriormente se había aplicado el método asociándolo con radioterapia postoperatoria; Gall considera razonable esa asociación cuando el cirujano dude de lo completo de la extirpación. En cuanto a la irradiación preoperatoria, sólo la aceptaría cuando, gracias a ella, la masa se haga más fácil de extirpar quirúrgicamente.

## BASES GENERALES DE LA TECNICA DEL VACIAMIENTO

El tratamiento de la metástasis ganglionar carcinomatosa debe partir de la base de que el cáncer siempre ha invadido más de lo que parece, y si se trata de curar, más vale no intervenir que hacer una extirpación incompleta; claro que con esto surge la dificultad fundamental de la cirugía del cáncer: extirpar completamente algo cuyas dimensiones se ignoran; en tales condiciones es preferible pecar por exceso. Cuando para la clínica un ganglio es francamente metastásico, es lo corriente que esté invadido todo el grupo ganglionar de que aquel hace parte, y debe extirparse todo ese grupo, aun cuando la adenopatía sea una sola; cuando un grupo ganglionar está francamente invadido, es muy posible —particularmente en el cuello— que el grupo siguiente pueda estarlo, y si es técnicamente factible se lo debe extirpar junto con el primero: son las normas básicas de la cirugía del cáncer.

a) **Vaciamiento suprahioideo**, llamado también submaxilar: realiza la exéresis por encima del hioides, con gran frecuencia bilateralmente. Es claro que se trata de un procedimiento ilógico porque, aparte de que para muchos cánceres sólo extirpa el primer eslabón ganglionar, no suprime siquiera los ganglios que reciben drenaje directo de las lesiones bucales (los tres primeros grandes elementos de la cadena carotídea).

b) **Vaciamiento ganglionar supraomohioideo**: verifica la extirpación ganglionar por encima del nivel del tendón del omohioideo, a menudo es bilateral, respeta el esternocleidomastoideo y la vena yugular, pero extirpa —junto con los ganglios— la glándula submaxilar, el polo inferior de la parótida y el tejido céluoconjuntivo de la región operada. Respeta el hipogloso y el lingual, pero extirpa la rama inferior del facial. Este vaciamiento suprime dos eslabones ganglionares para determinadas neoplasias, y uno solo para otros cánceres (los que no se benefician del vaciamiento suprahioideo, por ejemplo). Como es claro, sólo parece aceptable en casos poco avanzados, especialmente si se trata de la lengua, que jamás será objeto de un simple vaciamiento suprahioideo; entre nosotros no se han obtenido buenos resultados con este procedimiento, posiblemente porque se le aplicó en casos que —como la mayoría de los nuestros— habían evolucionado mucho.

Este tratamiento sólo puede aplicarse en el caso de tumores que

presenten una fase de adenopatía circunscrita, submental, submaxilar (cánceres del labio y mejilla) o parotídea superficial, porque si la extensión del neoplasma es muy rápida o se hace directamente en la cadena carotídea, la exéresis tiene mucho riesgo de quedarse corta; y aun en aquellos casos, sólo es aceptable cuando el territorio operado no encierra muchos ganglios metastásicos, porque en tal caso resulta más prudente hacer un vaciamiento lateral completo. Por otra parte, el hecho de que no se extirpe ni la yugular interna ni el esternocleidomastoideo, que están en contacto directo con los ganglios metastásicos, es una causa más de reproducción y una crítica seria al procedimiento.

Se ha indicado este tipo de vaciamiento para los cánceres intraorales poco propagados (con excepción de los de la lengua y piso de la boca, y sólo para los muy pequeños de la encía, porque los de desarrollo un poco mayor indican procedimientos más amplios); se ha preconizado también para los del labio, cuando no ocupan la comisura, y para los carcinomas cutáneos de la cabeza que han dado metástasis.

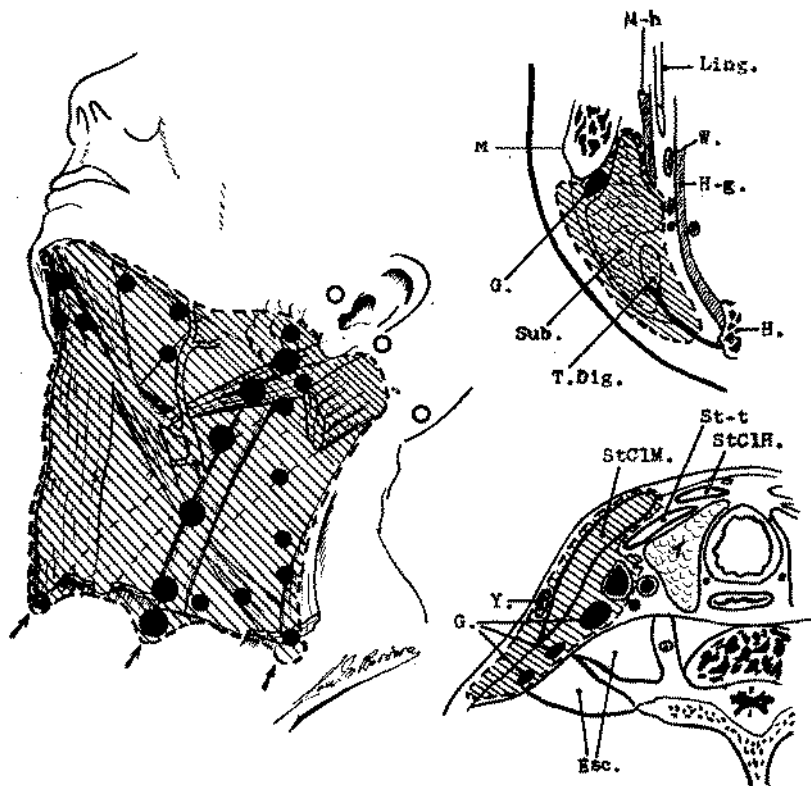
Las ventajas que se anotan a esta manera de proceder son: mayor facilidad, menor mortalidad, mayor posibilidad para ejercer acciones bilaterales sin gran perjuicio para el paciente.

En el caso de carcinomas de la región temporal, párpado, partes laterales de la mejilla y cáncer de la cara mucosa del carrillo, debe asociarse el vaciamiento preauricular, porque estos ganglios suelen invadirse en los procesos citados.

c) **El vaciamiento ganglionar lateral del cuello** tiene como fin extirpar todos los ganglios existentes en una mitad del cuello, desde el borde anterior del trapecio, hasta la línea media, y desde el borde del maxilar inferior y la mastoides, hasta la clavícula; como se ve, se trata de un procedimiento drástico, carácter que le ha valido el nombre de "vaciamiento radical del cuello". Su base, en el fondo, es simplemente ser completo, porque sólo se puede realizar una vez y porque una exéresis ganglionar para cáncer está condenada al fracaso cuando no es absolutamente completa; pero al decir completo, no se quiere significar únicamente extirpación de todos los ganglios existentes, sino también de las vías linfáticas que los unen, vale decir del tejido conjuntivo ambiente y de las estructuras que se hallan en contacto con los ganglios, porque ellas pueden estar invadidas microscópicamente: tal es la razón por la cual el vaciamiento cervical es un destrozamiento anatómico tan grande, felizmente realizable sin mayor peligro para el enfermo y sin excesiva deformidad física ni

extremado defecto funcional definitivo. Cuando está indicado el vaciamiento lateral, la pequeñez del ganglio metastásico (cuando clínicamente es uno solo) o el pequeño número de ellos (si son varios) no constituyen criterio para reducir la amplitud de la exéresis.

En general, se realiza el vaciamiento lateral con anestesia local o locoregional, menos frecuentemente con endotraqueal, que, como aquellas, disminuye la mortalidad operatoria y las complicaciones después del acto quirúrgico.



#### AMPLITUD DE LA EXERESIS

Izquierda: Límites que ha de tener la exéresis realizada en el curso del vaciamiento ganglionar del cuello.

Las flechas visibles en la parte inferior indican los ganglios limítrofes.

Derecha, arriba: Exéresis en la zona submaxilar (corte trasversal):

M-h: milohioideo. Ling: nervio lingual. W: canal de Warton. H.g.: hioglosa (por debajo de él aparecen la vena sublingual y el nervio hipoglosa (hacia afuera del hioglosa) y la arteria lingual (por dentro). H: hioides. T. dig: tendón del digástrico. Sub: glándula submaxilar. G: ganglio submaxilar. M: maxilar inferior.

Derecha, abajo: Exéresis en la parte media del cuello (corte trasversal): StCIH: Esternocleidohioideo. St-t: Esternotiroideo. StCIM: Esternocleidomastoideo. Y: Yugular externa. G: ganglios de la región lateral del cuello. Esc: escalenos. Obsévese cómo se respetan la carótida y el neumogástrico.

En cuanto a los ganglios, es preciso extirpar todos los de la región lateral, triángulo supraclavicular, región submaxilar, zona submental y los parotídeos inferiores; se perdonan algunos ganglios superficiales que no suelen afectarse ni siquiera por metástasis retrógrada, como los occipitales y el preauricular (en cuanto a este último, aparte de los casos citados atrás); no se interviene sobre los pequeños ganglios genianos, por la misma razón, pero, en cambio, deben extirparse siempre los elementos ganglionares limítrofes, colocados hacia el extremo central de las principales vías linfáticas del cuello: un ganglio de la horquilla esternal, el inferior de la cadena carotídea (colocado tras la inserción inferior del esternocleidomastoideo), y el situado en la parte más baja de la cadena espinal, inmediatamente por detrás de la clavícula. Los ganglios de la subclavia no tienen por qué extirparse, felizmente, porque su linfa se vierte directamente o poco menos, en el confluente venoso, y no se invade ni aun en los casos de infestación neoplásica cervical avanzada. En cuanto a la cadena carotídea, la extirpación será tanto mejor cuanto más arriba llegue, porque ocasionalmente se encuentran ganglios muy cerca de la base del cráneo. El grupo submental debe extirparse de la manera más completa (exéresis bilateral total) en el cáncer del labio; en el resto de los casos, basta con extirpar los ganglios submentales que queden sobre la mitad cervical operada, únicamente.

Hemos dicho que el tejido celular y grasoso ambiente debe arrastrarse junto con los ganglios, en todas partes, pero especialmente en la zona supraclavicular, carotídea y submaxilar. La aponeurosis cervical superficial se extirpa al mismo tiempo que el tejido celular profundo.

Respecto a los músculos se ha recomendado llevarse el cutáneo del cuello, y ordinariamente se hace así, pero a veces esto entraña dificultad operatoria un tanto grande, si se trata de suprimir completamente el músculo; no es ésto, cosa que deba detener, porque parece secundaria en importancia; sin embargo vale la pena procurar una extirpación completa para tener acceso a los ganglios colocados sobre la cara superficial del músculo, que en ocasiones encierran metástasis.

El esternocleidomastoideo se sacrifica siempre, debido a su proximidad a la cadena carotidea: se cortan los dos haces del músculo en su extremidad inferior, y, una vez que se ha aislado el bloque formado por todos los elementos extirpados, y se le ha reclinado tan arriba como sea posible, se corta el esternocleidomastoideo junto a la apófisis mastoides. El omohioideo, y especialmente su vientre posterior, y el tendón intermediario, se resecan también, porque contra ellos se apoyaban numerosos ganglios. Roux-Berger insiste mucho a propósito de la resección del vientre posterior del digástrico y del estilohioideo, que no es universalmente realizada: para este autor, se trata de algo indispensable, porque los ganglios subdigástricos —casi siempre afectados en los procesos bucales— se ponen en contacto directo con estos músculos que, por lo tanto, deben extirparse; seccionando los músculos al nivel del hioides, y reclinándolos hacia arriba y atrás para cortarlos luego en la vecindad de la mastoides, se da acceso a la base del cráneo, lo que permite eliminar hasta los ganglios carotídeos más altos.

Los **vasos** también sufren: la yugular externa se liga y secciona tempranamente dentro del acto quirúrgico; la vena yugular interna se liga y corta en el primer tiempo de la operación, tan abajo como sea posible; se reclina luego la vena junto con el esternocleidomastoideo, ligando y cortando de paso los afluentes, para ligar y seccionar más tarde y nuevamente el tronco venoso, junto a la apófisis estiloide (maniobra facilitada por la resección del digástrico y estilohioideo). La carótida externa se respetará siempre, con la excepción de algunos casos raros (carcinoma branquial, tumor maligno del cuerpo carotídeo etc.), que imponen su resección y traen aparejado un mal pronóstico.

Los **nervios**: la rama externa del espinal debe cortarse, porque el dejarla, entraña peligro, puesto que en íntimo contacto con ella están los ganglios de la cadena de ese nombre. El asa del hipogloso también se extirpa, pero, en cambio, tanto el tronco del duodécimo par, como el neumagástrico, se respetarán muy especialmente. De ordinario es preciso seccionar los filetes más bajos del facial.

El polo inferior de la **carótida** se elimina, porque está en contacto con ganglios frecuentemente invadidos, y aun suele haber algunos de éstos incrustados en la parte baja de la glándula; por razón análoga, se extirpa la **glándula submaxilar**.

El **ángulo del maxilar** no es tratado rutinariamente por todos los autores; dada su vecindad con los ganglios submaxilares, se ha reco-



mendado ruginarlo de manera sistemática; la resección del ángulo amplía el campo operatorio y da mayor facilidad para las maniobras, pero no parece indispensable en la mayoría de los casos. Cuando, habiendo ataque neoplásico de vecindad sobre el ángulo del maxilar, se decida operar al paciente, debe eliminarse la siembra neoplásica angular: "la electrocoagulación del hueso acarrea la formación, muy lenta, de un secuestro seco, aséptico. La irradiación transcutánea hecha algunos días después de la electrocoagulación, no ha producido jamás accidente de radionecrosis" (Gernez, Moulonget, Mallet, citado por Rouppe).

Todas las formaciones anteriormente citadas deben retirarse en un solo bloque obtenido por disección digital o realizada con instrumentos romos; hecha la incisión cutánea, suele procederse a hacer tal disección en sentido ascendente; hay variaciones en cuanto al orden de ataque de los diversos territorios, pero ello es de importancia muy secundaria desde nuestro punto de vista, siempre que se inicie la acción en la parte baja, con el fin de cerrar las vías linfáticas centrales. Tal vez más que en cualquier otro vaciamiento, en el del cuello es particularmente necesaria la hemostasis más completa, y no sólo hemostasis final, sino la realizada en el curso mismo del acto operatorio.

El vaciamiento lateral está indicado en todos los casos para los cuales se ha propuesto el supra-omohioideo, sobre todo si las metástasis ganglionares son un poco numerosas; y aunque no lo sean, está indicado también en cuantas ocasiones esos neoplasmas hayan producido metástasis en los ganglios de la bifurcación de la carótida o por debajo de ella; en los casos de carcinoma de la encía inferior cuyas dimensiones sean apreciables y en que se haya interesado el hueso, se hará también vaciamiento lateral (se ha recomendado asociar entonces la coagulación de la zona afectada del maxilar, pero sobra decir que la mortalidad operatoria es más alta).

Los carcinomas de la lengua y piso de la boca, los labiales colocados en la comisura y cerca de ella, los linfomas malignos primitivos, los melanomas malignos de las partes laterales de la cara, orejas y cuero cabelludo, son tributarios del mismo procedimiento.

Entre las indicaciones menos frecuentes se cuentan los casos operables de cáncer de las glándulas salivares, tiroides, carcinoma branquial y tal vez, en raras ocasiones, el carcinoma de la laringe intrínseca.

En el caso de la parótida, discutido por la enorme dificultad que entraña la extirpación total de la glándula, se recomienda una exéresis muy completa de los ganglios del grupo mastoideo, y se perdona —en cambio— el grupo submental; la operación para carcinoma de la submaxilar, no se preocupa de los ganglios mastoideos y sí extirpa los submentales. Ambas son radicales en el sentido estricto del vocablo.

El vaciamiento para cáncer tiroideo es lateral y generalmente respeta el grupo ganglionar submaxilar. La facilidad y frecuencia con que el proceso se difunde por vía venosa, obligan a ligar tempranamente las venas; si el estado del paciente lo permite, se hace una radical verdadera, extirpando en bloque todo el tiroides y los ganglios; en el caso contrario, se extirpa el tiroides junto con las venas tiroideas y con la porción correspondiente de la yugular interna, y en segunda sesión operatoria se extirparán los ganglios.

En el caso de la laringe intrínseca (si es que se opera) no hay objeto en intervenir sobre el grupo submaxilar.

#### SECUELAS DEL VACIAMIENTO GANGLIONAR DEL CUELLO

Una intervención de tal magnitud tiene forzosamente sus secuelas, pero es llamativo que éstas no sean grandes en el cuello: durante unos pocos días, los enfermos se quejan de disfgia —es muy importante un suministro calórico adecuado—; hay cierta dificultad para abrir la boca, durante algunas semanas; el labio inferior se edematiza un poco y la herida drena abundantemente por un fenómeno de linforrea, debido a la sección de múltiples conductos linfáticos; pero estos fenómenos ceden relativamente pronto.

La sección de la parte inferior del facial produce una ligera desviación labial, que cede relativamente pronto; en cambio, la sección de la espinal determina atrofia del trapecio, con la consiguiente pesadez y disminución de la movilidad del hombro, que, junto con cierta rigidez de la zona operada, son los únicos trastornos durables, puesto que la misma deformidad cervical se corrige en buena parte.

Pero si las suplencias funcionales del postoperatorio hacen poco temible la intervención, queda el riesgo de la recidiva local, que impone la vigilancia del paciente durante largo plazo y en ciertos casos —que no discutiremos aquí— la radioterapia postoperatoria. De todos modos, el control es fundamental; debe ser estrecho en los primeros tiempos, porque es en ellos cuando suele producirse la recidiva; pasados tres años de la operación tal hecho es mucho menos frecuente y —en concepto de Nathanson-Taylor— las diferencias estadísticas existentes entre los datos de "curación" de tres y cinco años, dependen más de muerte por enfermedades intercurrentes que del mismo cáncer.

## EL MOMENTO EN QUE DEBE REALIZARSE EL VACIAMIENTO

El intervalo entre el tratamiento del foco inicial y el de la metástasis cervical ha sido objeto de mucha discusión.

En ningún caso se hará el vaciamiento antes de tratar el foco neoplásico primitivo, sino después de ello, por razones que ya hemos repetido demasiado en páginas anteriores. Desde un punto de vista teórico, tal plazo debe ser suficiente para que las células tumorales que se encuentran en los vasos linfáticos, en forma de émbolos, tengan tiempo de llegar a los ganglios, junto con los cuales serán extirpados: en tal forma quedan libres las vías intermedias, que es fuerza dejar en su sitio. Por otra parte, y ya desde un punto de vista práctico, no es recomendable tratar simultáneamente el foco y las metástasis, porque la mortalidad operatoria es más alta en esas condiciones.

El momento en que el vaciamiento se realice, debe estar comprendido entre dos límites:

Un límite próximo, que es el fin de la reacción post-radioterápica del foco canceroso oral, labial; etc.; ejecutar el vaciamiento en un paciente que está en plena reacción de epitelitis y cuya mucosa es asiento de fenómenos sépticos y de mortificación tisular superficial, sería abocarlo muy seguramente a complicaciones postoperatorias serias. La espera necesaria por este aspecto es de unas dos o cinco semanas, y depende mucho de los cuidados asépticos con que se rodee a la reacción focal.

Profilaxis realizada por el tratamiento de los dientes cariados, raíces incluidas, curación de la piorrea alveolar que es frequentísima en estos enfermos: son todos estos, factores de osteo-radionecrosis, y su supresión aleja un poco esta peligrosa incidencia.

Cuidado de la reacción local, que no pretenderá acelerar su evolución, ni menos impedirlo, sino únicamente protegerlo.

Nunca emplear agentes irritantes.

Acudir a la penicilina cuando la parte infecciosa del proceso reaccional sea intensa, y especialmente si el foco es endocavitario; emplear la tirotricina para las reacciones localizadas en el labio.

Usar lavados y buches de solución acuosa de bicarbonato sódico, de solución boricada y de agua de manzanilla; estos lavados pretenden realizar ante todo una acción mecánica, de arrastre, que va a suplir por este aspecto a la función salivar, tan perjudicada de ordinario por las radiaciones; no se espere de ellos acción energética alguna —que sería perjudicial— sino un efecto detergente y antiflogístico muy suave.

El límite distante, que nunca debe alcanzarse, es el momento en que adenopatías que eran operables, se tornan adherentes, hecho

tanto más posible cuanto que no es rara la producción de un brote evolutivo ganglionar franco, a raíz del tratamiento del foco.

Esto obliga a proceder con rapidez cuando las metástasis se hallan en el límite de la inoperabilidad y el foco primitivo es de aquellos que ordinariamente son curables: la reacción inflamatoria-necrótica" determinada por la radioterapia conduciría a un fenómeno "reactivo-inflamatorio" ganglionar que fija la adenopatía y que la agrava. Igualmente, cuando no es alto el grado de diferenciación de la neoplasia original, la evolución del proceso es relativamente rápido y debe operarse pronto. En el caso de cáncer del labio, cuando el neoplasma ha invadido el músculo subyacente, la difusión rápida es más fácil y --en consecuencia-- la operación deberá ejecutarse pronto. Duffy recomienda una espera de dos meses para saber si el foco primario es definitivamente curable, y como en ese plazo es muy posible que las metástasis evolucionen hacia la incurabilidad, recomienda irradiación externa a dosis moderadas, para restringir el crecimiento de las metástasis; en nuestro Instituto no se sigue tal conducta, que tiene la desventaja de irradiar poco intensamente una región que en caso de evolución adversa deberá irradiarse con gran intensidad; generalmente se opera al cabo de unas tres semanas.

Es de importancia colocar al paciente en las mejores condiciones y combatir la desnutrición en que caen los enfermos de cánceres orales, faríngeos y laríngeos cuando la reacción tísica producida por los rayos determina una disfagia dolorosa, ardor bucal y salivación espesa o sequedad bucal; se logra esto acudiendo a la alimentación líquida de valor calórico y riqueza vitamínica adecuados, a los aminoácidos si se dispone de ellos, a la transfusión sanguínea y al plasma, cuando estén indicados; sólo una vez que el estado general del enfermo se ha elevado acudiendo a estos y a otros procedimientos, puede operarse sin demasiado riesgo.

#### EL VACIAMIENTO PROFILACTICO

No es raro que casos de cáncer --principalmente oral-- que fueron curados localmente en un momento en que el cuello estaba libre de metástasis, se presenten más tarde con ganglios cervicales carcinomatos, con no poca frecuencia tan evolucionados que ya no son tratables, y que a despecho de ello la lesión inicial siga curada localmente.

¿Han ocurrido nuevas metástasis a partir del foco tratado? No es lógico admitirlo si tal foco curó realmente, porque mal pudieran partir células neoplásicas de un sitio que ya no las contiene; por lo tanto, resulta forzoso aceptar que las metástasis actuales preexistían a la curación del foco primario, que existían ya --en el estado de metástasis histológicas-- inaparentes para la clínica, pero reales.

Este hecho ha conducido a la conclusión de que el sólo trata-

miento del foco en un caso libre de metástasis, no es una garantía absoluta. Cabe preguntar entonces: ¿Puesto que se trata de eliminar todos los elementos neoplásicos existentes, es de rigor un vaciamiento en todo caso de cáncer capaz de dar metástasis ganglionares, aunque éstas no existan para el clínico? ¿Es imperioso realizar vaciamientos profilácticos?

No se ha dado respuesta uniforme a esta pregunta; unos se definen por la afirmativa, otros se niegan a aceptar el método y los que —al parecer— están en la disposición más justa son aquellos que aceptan el procedimiento en unos casos y lo niegan en otros; para comprender más el asunto se ha propuesto otras conductas a más del vaciamiento profiláctico solo: irradiación profiláctica, asociación de cirugía y radioterapia post-operatoria también a título profiláctico.

Aclaremos primero que estos vaciamientos no son verdaderamente profilácticos en el sentido de que no van a impedir la producción ulterior de las metástasis: al suprimir la vía linfática y los ganglios en donde ella termina, no se cierran las puertas a la propagación por las vías blancas del organismo, porque el sistema canalicular renace más o menos pronto, y con frecuencia crea vías de dirección nueva, agravando la situación al favorecer la colonización neoplásica en sitios que en ausencia de la intervención se afectarían con poca frecuencia o no lo harían jamás (en el cuello se facilitan las metástasis contralaterales): de allí la contraindicación del vaciamiento cuando el foco primario no ha sido tratado o es incurable.

Lo que pretende el vaciamiento profiláctico es eliminar las células neoplásicas dispersas por el sistema linfático regional; es suprimir metástasis ya producidas aunque no evidentes para el clínico, metástasis que ya no son potenciales, sino que están en acto, como lo prueban los frecuentes hallazgos de células neoplásicas en ganglios que aun en el curso del vaciamiento pueden parecer normales a un cirujano experto.

Pero esa aparición de adenopatías carcinomatosas después de tratado el foco, no ocurre siempre; queda el interrogante: ¿el vaciamiento profiláctico debe realizarse siempre? ¿Debe ser algo sistemático?

Las divergencias que a este respecto se encuentran en la literatura son, ya lo dijimos, inmensas; no son raras las opiniones autorizadas tan divergentes como éstas:

Para Martin y Morfit, la simple conveniencia "nunca es criterio suficiente para realizar un vaciamiento profiláctico del cuello", si no hay evidencia clínica de invasión de los ganglios linfáticos cervicales. De acuerdo con estos autores, lo aconsejable es controlar estrictamente el estado ganglionar, y hacer el vaciamiento apenas exista la menor evidencia clínica de adenopatía metastásica: en total, una típica expectativa armada.

Para Roux-Berger y Tailhefer "aun cuando la palpación más atenta del cuello no revele ninguna adenopatía, es preciso intervenir; cuanto más discreta parezca la invasión linfática, tanto más justa indicación encuentra la operación muy amplia".

Varias son las razones alegadas en contra de los vaciamientos profilácticos:

a) Que la exéresis de ganglios sanos es perjudicial, porque suprime una barrera que se opone a la propagación del neoplasma.

Indudablemente es éste un argumento sin valor:

Por una parte, si hay hechos que hacen creer en la defensa antiblástica realizada por el ganglio, no se ha dado prueba objetiva y concluyente de tal hecho, y si hay razones sobradas, no para desconfiar sino para esperar malas consecuencias, del ganglio que alberga una célula cancerosa: por lo tanto, si eliminar ganglios sanos podría ser imprudente, tal imprudencia no parece ser grande y si mucho menor que la realizada al dejarlos.

Por otra parte, no hay seguridad de que los ganglios estén sanos y si probabilidades de que ya contengan una siembra metastásica, cuando el foco neoplásico primario es muy linfófilo; al extirpar esos ganglios, no es seguro que se esté suprimiendo una defensa y si es posible que se estén eliminando elementos agresores.

Además, puesto que el vaciamiento implica curabilidad del foco primario, debe preguntarse: ¿De dónde va a venir esa metástasis cuando la neoplasia inicial está curada? porque si esta última no es curable, no debe hacerse el vaciamiento, y la metástasis es —más que probable— segura a corto plazo; y si se la ha curado realmente, la ausencia de metástasis secundaria a la exéresis ganglionar no es probable, sino segura (nos referimos a metástasis partida del foco, después del tratamiento de los ganglios).

b) que la proporción de casos que se perjudican al no hacer vaciamiento profiláctico es baja, y por lo tanto, la operación es con frecuencia inútil. Después de hacer consideraciones numéricas al respecto, H. E. Martin concluye que no es razonable —en el caso de cáncer labial— sufrir las molestias de la operación y arrosar el riesgo de una mortalidad mínima de 4 a 5 por ciento, cuando las posibilidades de éxito alcanzan al 90 por ciento sin operación, en casos clínicamente libres de metástasis y que aunque se presentara un resulta adverso, quedaría todavía la posibilidad de operar con probabilidades de curación relativamente grandes.

A esto se opone el argumento de que es tan serio el riesgo de una recaída ganglionar, que no es lógico correrlo cuando la mortalidad de la operación es realmente muy baja y cuando el paciente no se perjudica demasiado, en el caso de que esa intervención resultara ser una precaución exagerada. Y esto, porque la vigilancia post-operatoria de un paciente, que se cree curado y que ha vuelto a sus quehaceres, vigilancia absolutamente indispensable y reclamada enfáticamente

por los partidarios de una conducta expectante, resulta irrealizable con demasiada frecuencia. Regaud y sus colaboradores aconsejan el siguiente tipo de control después del tratamiento local, en el caso de cáncer del labio:

Cada dos meses, durante los 6 primeros meses;

Cada tres meses, hasta el final de segundo año;

Dos veces en el curso del tercer año;

y como es lógico, el control debe prolongarse cuando menos durante los 4 ó 5 años clásicos. Por otro lado se recomienda al paciente acudir de **motu proprio** cuando observe cualquier manifestación sospechosa (y al efecto se le instruye sobre ello); la razón de estos controles de frecuencia decreciente no es otra que el hecho de que la frecuencia de la recaída ganglionar se va haciendo menor, en cuanto pasa el tiempo; es claro que en países dilatados y con escasas vías de comunicación como el nuestro, esa vigilancia de la evolución postoperatoria ha de ser forzosamente un mito, si no se acude a la creación de dispensarios anticancerosos en provincia.

c) Se ha dicho que la proporción de curaciones de 5 años es igual, sea que se realice el vaciamiento profiláctico, sea que no se le lleve a cabo. Este serio argumento no ha parecido suficiente porque otros investigadores encuentran resultados distintos y porque en este asunto es difícil generalizar sin pecar por exceso; así, pues, prescindiendo de localizaciones y casos determinados, se sigue recomendando el vaciamiento profiláctico, por la sencilla razón de que, si no fuera totalmente inútil, constituiría una seguridad más, nunca despreciable en cancerología.

d) Se arguye que al no operar, el paciente queda en mejores condiciones para el caso de que más tarde sea necesario tratarlo; se ha respondido a ésto diciendo que si el foco primario es curable, el no hacer vaciamiento puede equivaler a dejar en su sitio metástasis microscópicas, y por lo tanto hará mayor la frecuencia conque esos enfermos deban ser tratados más tarde.

e) Se ha argüido, en fin, que la realización de vaciamientos profilácticos, implica un gasto de energía, personal, tiempo, dinero, etc., que en la mayoría de los casos resulta un desperdicio. Claro que el argumento no pesa si la radical es o puede ser útil; sería una leve razón más para rechazarlo, en el caso opuesto.

Si, como conclusión, el vaciamiento profiláctico no es en general un absurdo, debe precisarse si es necesario y lógico en los casos particulares.

El asunto sólo puede responderse en atención a la frecuencia y precocidad conque ocurren las metástasis: cuando éstas son tempranas y constantes o poco menos, el vaciamiento profiláctico tendrá gran probabilidad de eliminar siembras microscópicas ganglionares, y, por lo tanto, será poco menos que imperioso; en el caso contrario, no habrá urgencia en realizarlo.

Para los cánceres labiales —y especialmente en los del labio superior— se prescinde generalmente del vaciamiento profiláctico sistemático, porque aunque la metástasis no es tardía, tampoco es demasiado temprana, ni en extremo frecuente (ocurre en un 31% de los casos, según Sugar Caker, y de acuerdo con Regaud un 60% de los enfermos que consultan por primera vez está libre de metástasis histo-

lógicas). Claro que esto no reza para los cánceres comisurales, cuya extensión muy rápida exige siempre el vaciamiento, ni para los cánceres labiales que no sean pequeños, bien circunscritos, relativamente recientes (la metástasis suele haber ocurrido al cabo de 4 a 6 meses en los cánceres del labio inferior, y pasados cuando menos de 6 a 8 meses, para el del labio superior). Es natural que, negado el vaciamiento, se impone un riguroso control después de tratada la lesión primaria.

Algunos siguen una conducta ecléctica: no hacen vaciamiento profiláctico completo en estos casos, y se limitan a extirpar el primer eslabón ganglionar, mediante el vaciamiento suprahioides.

En los cánceres linguales y del piso de la boca, afirma Regaud, apenas un cuarto de los pacientes, está libre de metástasis microscópica en el momento del primer examen, y la siembra ganglionar ocurre en el 63% de los casos (Sugar Caker), razón por la cual la escuela de la Fundación Curie rechaza la conducta expectante e impone el vaciamiento profiláctico en el cáncer de la lengua.

Es más; Regaud recomienda la vigilancia post-vaciamiento cuando los ganglios extirpados estaban histológicamente libres de células cancerosas, y añade curieterapia en el caso contrario. Hace una excepción para pacientes de estado general muy precario, en quienes es posible una vigilancia asidua.

En el cáncer de la mejilla también se aconseja el vaciamiento profiláctico, porque produce metástasis en un 40% de los casos (Sugar Caker), pero sobre todo porque las produce con relativa precocidad y en plazo menor aún que el cáncer del labio inferior.

Con mayor razón cabe la indicación en los raros casos de cáncer del piso de la boca que no tengan metástasis en el momento del examen, así como en los de la encía inferior; los carcinomas de la encía superior que van a dar metástasis, la producen tempranamente o no la originan; por lo tanto, no constituyen indicación para vaciamiento profiláctico.

Se ha indicado también el vaciamiento profiláctico para el melanoma maligno (como es claro, después de la extirpación amplia del foco), para el carcinoma tiroideo tempranamente operado y para el cáncer del paladar blando; en cuanto a este último, es muy lógica la profiláctica por la frecuencia de las metástasis ganglionares, pero es lógico dudar de la utilidad real de la intervención, ya que dichas metástasis suelen ser bilaterales y con frecuencia retrofaringeas.

---

Si el vaciamiento profiláctico se justifica en los casos citados más arriba, cuando el cuello está libre de adenopatías, se torna imperioso



en todos los cánceres céfalo-cervicales que se acompañen de adenopatías sospechosas.

Si la adenopatía tiene caracteres que sin lugar a duda sean triviales, y el caso no es de los que requiere vaciamiento profiláctico, se justifica abstenerse y vigilar.

En fin, se ha aconsejado hacer vaciamiento en el caso de adenopatía de caracteres inflamatorios que coexiste con un cáncer oral o faríngeo, cuando no hay un proceso inflamatorio que la explique, y ello porque en esas condiciones la infección ganglionar ha partido del foco neoplásico y alcanzado el ganglio, lo que indica que los gérmenes pasaron del primero al segundo, y es bien posible que las células neoplásicas hayan hecho lo mismo.