

## INFORME

PRESENTADO A LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA POR EL ACADEMICO PROFESOR MANUEL JOSE LUQUE, SOBRE EL ESTUDIO PRESENTADO POR EL PROFESOR CESAR A. PANTOJA, INTITULADO: "EL VACIAMIENTO GANGLIONAR DEL CUELLO.—CONSIDERACIONES BIOLOGICAS, DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS, ALREDEDOR DE LA METASTASIS LINFATICA EN GENERAL Y DE LAS CERVICALES EN PARTICULAR"

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina;  
Señores académicos:

La buena suerte ha querido que a mis manos llegara un trabajo del profesor César A. Pantoja, que él quiere intitular: "El vaciamiento ganglionar del cuello.—Consideraciones biológicas, diagnósticas y terapéuticas, alrededor de la metástasis linfática en general y de las cervicales en particular".

Ameno en la austeridad de su motivo, sencillo y erudito, didáctico y preciso, el opúsculo en cuestión, suavemente conduce al pensamiento por las tortuosidades del tema, uno de los más complicados en la patología del cáncer.

El conjunto en general, guarda en las partes una armonía invisible, no obstante la variedad que forma el todo. Se inicia el estudio con "El mecanismo de la propagación linfática del cáncer y las operaciones radicales". Considera a continuación "el vaciamiento ganglionar para el cáncer del cuello" y concluye con el diagnóstico del carácter neoplásico de la adenopatía", y "La topografía linfática cervical".

La comprensión en conjunto del a monografía que comento, la base en que ella se apoya, esencialmente clínica, acentúa su interés despertando el deseo de captarla en todos sus detalles.

Desde un primer momento enfoca el motivo esencial: habla de las metástasis. Entra luego a la definición de neoplasma.

Difícil empeño este último, si hemos de considerar la facilidad con que se cae en la descripción de una cosa que se pretende definir!

Esto le ocurre a Lecene, por ejemplo, al enumerar las características de los tumores, cuando piensa que son "neoformaciones regulares o irregulares, de uno a muchos tejidos, recordando más o menos por su estructura histológica el tejido o el órgano a expensas del cual ellas se desarrollan, que poseen la propiedad de persistir una vez formadas y aun, lo más frecuente, de crecer indefinidamente" y agrega el mismo Lecene: "Esta definición de neoplasma está lejos de ser perfecta." ¡Ya lo creo!

Pantoja, en mi entender, se ciñe a las tres palabras de una buena definición: claridad, exactitud y precisión. Dice así: "Neoplasma es un crecimiento tisular nuevo y autónomo; nuevo porque es algo 'que no está en el programa' del ser vivo normal; autónomo, porque crece sin guardar proporción con el resto del organismo, sin consultar las conveniencias de éste y sí —frecuentemente— oponiéndose a ellas y por lo tanto como si fuera un parásito dotado de vida propia y que crece a expensas del ser que lo soporta."

Hallar el vocablo exacto al objetivo que ha de expresarse, es una virtud de imaginación muy poco común. Encontrar la comparación adecuada para iluminar, grabar, hacer comprensible determinado hecho, es más raro aún.

Veamos algunos ejemplos: hablando de los elementos de difusión neoplásica, trae Pantoja esta comparación feliz; dice así: "Además, para que ocurra la dispersión del neoplasma no basta con que ella pueda ocurrir por el hecho de que sus células se separen fácilmente; es preciso que los tejidos ambientes lo permitan; se trata de algo enteramente semejante a lo que sucede con una gota de agua: colocada sobre una superficie grasosa, conserva su forma globular y sigue siendo una masa aislada; puesta sobre un papel secante, se pierde entre sus poros. En otros términos, para que las células neoplásicas puedan infiltrar el tejido que las rodea, se requiere que el tejido se deje infiltrar por ellas."

Tratando de la diferenciación entre los tumores benignos y malignos, se expresa de esta suerte: "En general, la oposición entre tumor benigno y maligno reside en el hecho de que el primero es un proceso local, al paso que el segundo tiende a hacerse general; en que mientras el primero crece a la manera de un balón que se infla con aire, el segundo lo hace como las raíces de una planta, que va hundiéndose en el suelo."

Tiene también Pantoja pequeñas frases, exactas, definidas; como si dijéramos, pinceladas de luz para dar el carácter. "Sólo se diagnostica el cáncer cuando se le teme." "Las metástasis tempranas son difícilmente reconocibles, las tardías **gritan su existencia.**" "El ganglio metastásico evoluciona **solapadamente.**" Hay que buscar las metástasis también "tercamente." en donde no deben hallarse."

Así, en este lenguaje, "quasi" matemático, expresivo y conceptuoso, hace ameno un tema de suyo árido y difícil.

Entrando ahora a la parte fundamental del estudio que analizamos, se aborda un punto de interés general y de extraordinaria importancia: el que habla del criterio clínico que ha de primar en la diferenciación entre un ganglio sospechoso, ya asiento de metástasis, el linfoma tóxico producido por el neoplasma y, en fin, aquellos ganglios que solamente están crónicamente infestados por elementos bacterianos partidos del tumor primitivo.

Estudiando los diversos criterios, que podríamos llamar semiológicos, en el diagnóstico de las metástasis, mira sus caracteres y los describe con propiedad. Luego, los somete al análisis en este orden: palpabilidad, consistencia, movilidad, ausencia de caracteres inflamatorios, crecimiento, dolor, evolución crónica.

Mas, a pesar de la observación metódica y razonada, de la técnica sistematizada, en la búsqueda de los caracteres que acaba de enumerar, las posibilidades de error son numerosas, y en el temor de la duda, y en el terror de sus consecuencias, vale infinitamente más extirpar el ganglio sano que dejar uno, así sea someramente sospechoso. Todavía más, la sola presunción de que por lo limitado de nuestras capacidades de diferenciación, de que por el tamaño, por la situación oculta en veces pudiera escaparse un ganglio cancerizado, ha sido la razón, entre otras, para extirpar en conjunto lo enfermo y lo sano que pueda comprometer los resultados que se buscan.

Esta idea, nacida seguramente cuando se concibió el pensamiento de curar radicalmente y por los medios quirúrgicos el cáncer del cuello uterino, se difundió, se tornó sistemática, de rutina en cánceres de otras regiones como glándula mamaria, neoplasmas del cuello, etc.

Fueron Wertheim y Bumm, al parecer los iniciadores de este progreso. Quitaron en un solo bloque el útero, la cúpula vaginal y esa amplia porción de tejido celular que avecina hacia arriba el cuello uterino. Es decir, el parametrio acompañado en parte por las pare-

des vaginales; en una palabra, y para emplear la expresión de Pozzi, el "paracolpos".

Mas, ¿esto es suficiente? ¿Tendremos con ello la seguridad del triunfo contra la célula cancerosa? ¡Ojalá así lo fuera! Desgraciadamente no. La biología de este elemento que aniquila y destruye, misterioso y acechante, pleno de incógnitas, arrasa las más fundadas esperanzas y concluye con nuestras ilusiones.

Fue así como, en el caso del cáncer del cuello uterino, por ejemplo, el entusiasmo de los primeros días fue seguido de un hondo, de un profundo descorazonamiento. La mayoría de los autores en efecto, renunciaron a esa innovación. "Esos grandes vaciamientos pelvianos—escribía J. L. Faure en la *Presse Medicale*— sin dar grandes probabilidades de curación definitiva, agravan espantablemente la operación."

Y Pozzi, en un trabajo publicado allá por el año de 1911, en la revista mensual de Ginecología, de Obstetricia y de Pediatría, desde entonces desaconsejaba franca y documentadamente esta práctica. El mismo Pollosson decidido y entusiasta en los primeros artículos sobre este punto—monografías que hizo conocer en la revista de Ginecología de Lyon—, más tarde se mostró escéptico, desilusionado ante los resultados lejanos de 32 operaciones.

Las estadísticas plenas de promesas en la iniciación, se encargaron ellas mismas de descorazonar. Las reincidencias después de la exéresis ganglionar, se observaron casi tan frecuentemente como antes.

En un estudio de Bender, hecho a propósito del cáncer del cuello uterino, se demostró claramente que los ganglios degenerados, de apariencia neoplásica, no eran frecuentemente sino "una adenopatía infecciosa banal, que es necesario ponerla en cuenta de la metritis concomitante al cáncer", si hemos de emplear sus propias palabras.

Los cirujanos entonces se contentaron con extirpar los ganglios que fácilmente se encontraban en el curso de la liberación ureteral, sin pensar en extender las exéresis a las relaciones linfáticas escalonadas a lo largo de los vasos ilíacos y obturadores.

Siendo el organismo humano una unidad funcional, existiendo un proceso de correlación entre las diversas partes que forman el conjunto, he querido tomar el ejemplo de los órganos genitales femeni-

nos tanto por haber sido allí donde se originó este género de investigaciones, como por ser el lugar más detenidamente analizado.

Así pues, como si dijéramos analógicamente, quiero pasar ahora a la región del cuello, motivo del trabajo de Pantoja.

Este ilustre profesor, abunda en acuerdo con las ideas anotadas y para dar a mis lectores el placer de una grata lectura, transcribo textualmente: "Un vaciamiento ganglionar del cuello impone tal prueba al enfermo y al cirujano, que no debe prodigarse: es una operación tan drástica que sólo se justifica por la esperanza de una curación de 5 años, como mínimo, y ésta puede alcanzarse únicamente asociando a una técnica perfecta, la más juiciosa selección de los pacientes; en fin, es tan desastrosa una radical mal hecha o realizada en un caso que no permite la extirpación completa del elemento metastásico, que casi pudiera decirse que son más importantes las contraindicaciones que las indicaciones del vaciamiento ganglionar del cuello; aquellas tienen además el valor de indicar el tratamiento radioterápico con la natural excepción de los casos avanzados que no pueden tratarse con éxito en ninguna forma; la razón de esto último no es otra sino la convicción —casi general hoy— de que la radioterapia sola no consigue curar la metástasis ganglionar de los carcinomas epidermoides, sino disminuir el volumen de las mismas. El proceder quirúrgico deja tanto que desear, que se admite que la proporción de curaciones de 5 años desciende en un 50% cuando hay masas ganglionares metastásicas en el cuello."

Pero hay más; infinitamente más delicado: ¿hasta dónde debemos mutilar? "El tratamiento de la metástasis ganglionar —dice Pantoja— debe partir de la base de que el cáncer siempre ha invadido más de lo que parece." Y ahora pregunto yo: ¿en dónde está el límite de lo que parece? ¿cuál la extensión demás que hay que quitar, sobre lo que parece?

"Si se trata de curar —agrega Pantoja— más vale no intervenir que hacer una intervención incompleta." "Es preferible pecar por exceso." Pero en frase azás escéptica, el citado profesor escribía: "con esto surge la dificultad fundamental en la cirugía del cáncer: extirpar completamente algo cuyas dimensiones se ignoran"... Ahí el gran problema, el desaliento... ¡si se me permite esta palabra!

Sólo el anhelo de la curación radical puede traer el perdón en la mutilación de una formación anatómica sana. Porque, si recordamos

lo anteriormente expresado, la simple sospecha de la metástasis justifica de la exéresis. Mas, parecía casi un delito suprimir a ciencia y paciencia órganos que se hallan absolutamente normales.

Para llegar a regiones determinadas, profundas en la mayoría de los casos, en ocasiones suele existir la necesidad imperativa de retirar los obstáculos; formaciones musculares comúnmente, cuya supresión crea o acentúa la invalidez, volviendo extraordinariamente precarios los pocos días que se alcanzan con la pretendida curación, o con la ingrata sobrevivencia

Para intervenir en los ganglios de la cadena carotídeana el esternomastoideo se sacrifica siempre. Se cortan los dos haces del músculo en su extremidad inferior y se secciona junto a la apófisis mastoides en su extremo superior.

Pues bien; independientemente de su acción que nos atreveríamos a llamar mecánica, como motor de la cabeza y como inspirador, el músculo que considero tiene funciones mucho más valederas.

Maubrac, en una monografía, insiste sobre las relaciones que existen entre los movimientos de la cabeza, producidos por el esternomastoideo y los movimientos de los globos oculares. Esas relaciones, interesantes desde el punto de vista neuro-patológico para la interpretación del síndrome de la desviación conjugada de la cabeza y de los ojos, no puede explicarse sino por la existencia de conexiones intracerebrales entre los centros corticales motores de los músculos del ojo y del esternomastoideo.

Ausente la excitación centripeta, imposible ya cuando se retira este músculo, las reacciones cerebrales consiguientes suelen realizarse difícil o incompletamente. Es entonces cuando las funciones supletorias y de asociación necesitan de tiempo y de entrenamiento largo muchas veces, imposible en ocasiones.

¡Y qué decir de su acción como moderador de la inspiración y de su papel en la fonación y en el canto! Esa función especial del esternomastoideo, que parece antagónica entre el neumogástrico y el espinal, cuya rama externa se lesiona cuando se corta el músculo en su parte superior. Esa acción, demostrada por Duchenne, que se pone ostensible en el orificio glótico y se manifiesta por los efectos sobre el canto o sobre la voz simplemente hablada.

Roux-Berger, para abordar los ganglios carotídeos internos altos, aconseja la resección del vientre posterior del digástrico y del estilo-

hiodeano. El vientre posterior del digástrico, según Beclard y Cruveilhier, echa la cabeza hacia atrás, movimiento que se pierde o que se hace excepcionalmente dificultoso con la mencionada mutilación. Pero hay más; las ramas nerviosas que van a este vientre posterior, provenientes del glosio-faringeano y del facial, seccionadas, en la estática de la cabeza determinan turbaciones difíciles de controlar.

Pantoja señala como secuelas una serie de turbaciones, que deben tenerse en cuenta para decidir la intervención. Después de ella, en los días que le siguen inmediatamente, "los enfermos se quejan de disfagia". "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; en cambio, la sección de la espinal determina atrofia del trapecio, con la consiguiente pesadez y disminución de movilidad del hombro, junto con cierta rigidez de la zona operada."

Concluye el opúsculo que comento con el análisis del "vaciamiento profiláctico". Y en el mismo se encuentra: "estos vaciamientos no son verdaderamente profilácticos en el sentido de que no van a impedir la producción ulterior de las metástasis: al suprimir las vías linfáticas y los ganglios en donde ella termina, no se cierran las puertas a la propagación por las vías blancas del organismo."

Cita al final las diferencias que a este respecto se encuentran en la literatura. Quiero decir, las discrepancias entre los autores en relación con la aceptación del "vaciamiento profiláctico".

Martin y Morfit sostienen que la simple conveniencia "nunca es criterio suficiente para realizar un vaciamiento profiláctico del cuello". En cambio Roux-Berger y Tailhefer escriben: "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 amplia."

Unos y otros aducen conceptos en favor o en contra del "vaciamiento profiláctico". ¿Qué punto científico no está sujeto a discrepancias y opiniones contrarias?

Comentar el estudio del profesor Pantoja, es una alta satisfac-

ción espiritual. Todo es atrayente, de interés científico palpitante, ameno en su dicción, galanamente escrito. Mas, la satisfacción de esta apreciación podría llevarnos a un informe desusado y demasiado extenso. En gracia a la brevedad nos vemos en la necesidad de interrumpir.

Para concluir, sólo queremos solicitar, respetuosamente de la Academia Nacional de Medicina, que sea aceptado el nombre del profesor César A. Pantoja como Candidato a Miembro de Número de esta alta Corporación y que se publique su estudio el órgano de la Academia.

Vuestra comisión:

MANUEL JOSE LUQUE.