

El tratamiento quirúrgico del cáncer

HECTOR RODRIGUEZ CUEVAS

EN LA ACTUALIDAD únicamente existen dos medios terapéuticos que pueden curar el cáncer: la cirugía y la radioterapia.

En este capítulo exclusivamente hablaremos de la cirugía como arma terapéutica en cáncer.

Básicamente existe un criterio diferente entre el cirujano que habitualmente trata lesiones benignas y el cirujano que está adiestrado para tratar tumores. La cirugía oncológica constituye en sí una especialidad que tiene aspectos de doctrina y de técnica quirúrgica diferentes a los habitualmente usados en cirugía general.

Los cánceres en su principio permanecen localizados por un tiempo variable, después presentan diseminaciones que pueden ser a través de los linfáticos regionales, o, a través del torrente sanguíneo, ocurriendo metástasis distantes (a los pulmones, los huesos, el hígado, etc.).

Podemos decir que las bases de la cirugía oncológica son las siguientes:

1. Excisión amplia, tridimensional, dejando márgenes de tejidos sanos alrededor del tumor.
2. Excisión en un solo bloque del tumor primario y de los ganglios de las regiones linfoportadoras correspondientes con los vasos linfáticos que las comunican.
3. Técnica quirúrgica meticulosa para evitar la diseminación local del tumor.

El tratamiento curativo varía según el sitio anatómico del tumor, de la existencia ó no de metástasis a los ganglios linfáticos regionales. En los casos en que hay metástasis distantes ya no existe posibilidad de cura y si hay lugar para tratamiento quirúrgico, este será únicamente paliativo o sea, tratará de mejorar algunos de los síntomas del enfermo, como son

la ulceración, el dolor, etc., pero sabemos que el enfermo morirá a consecuencia de su neoplasia.

Cuando se trata de un tumor temprano, localizado, sin metástasis regionales o distantes es cuando se tiene la mejor oportunidad de curación y esta se logra haciendo una excisión local adecuada, con o sin disección de los linfáticos regionales. Lo que entendemos por excisión adecuada es una excisión completa del tumor, con tejidos sanos en todo su alrededor. Es frecuente que se dejen márgenes de tejido sano a los lados de la lesión, pero en muchas ocasiones no se dá margen suficiente en la profundidad. Hay que recordar que si el tumor no se quita por completo siempre habrá una recurrencia en el sitio operatorio y además existe la posibilidad de que en el acto operatorio se haga una diseminación a través del torrente sanguíneo con la aparición de metástasis distantes. Hay que tener presente que los tumores malignos son muy agresivos e invaden todos los tejidos (músculo, fascias, hueso, etc.) en estas condiciones el cirujano oncólogo tiene que ser tan ó más agresivo que el cáncer en sí, para poder erradicarlo. Es así que en una excisión local tengan que sacrificarse piel, músculos, fascias, tejido óseo u órganos completos. Cuando se opera por cáncer se necesita en muchas ocasiones sacrificar órganos de mucha importancia, pero hay que tener presente que el cáncer no tratado, es fatalmente mortal y además que la agonía en la mayor parte de los casos es larga y dolorosa. De allí la necesidad de hacer en ocasiones grandes mutilaciones de tejidos.

El problema de la reconstrucción plástica es secundario en importancia y no debe de normar la conducta del cirujano, es mucho mejor pensar en la reconstrucción cosmética con toda calma una vez que el enfermo no muestre signos de actividad tumoral.

En aquellos casos en los que además del tumor primario, existen metástasis a los ganglios linfáticos de las cadenas linfoportadoras es posible hacer un procedimiento quirúrgico radical de tipo curativo. En estos casos se hace la excisión amplia del primario y en continuidad se resecan los contenidos de las regiones linfoportadoras, por ejemplo: en el cáncer de la lengua con metástasis a ganglios de la cadena yugular, se hace una excisión de parte de la lengua y todos los linfáticos del hemicuello correspondiente, incluyendo además un segmento de maxilar inferior, el músculo esternocléido-mastoideo, la vena yugular interna con los linfáticos que la acompañan, la glándula submaxilar y los ganglios que la contiene, la cola de la parótida con los ganglios intraparotídeos y todo el tejido graso del triángulo supraclavicular; estos tejidos forman parte

de una sola pieza quirúrgica. Otro ejemplo: en cáncer de la mama se hace la excisión total de la mama afectada, de los músculos pectorales, de los ganglios axilares y en ocasiones de los cartílagos costales y de los vasos y ganglios linfáticos que acompañan a los vasos mamarios internos, todos estos tejidos forman un bloque único.

Hay otros casos en que hay metástasis a ganglios de dos regiones linfoportadoras como ocurre en ocasiones en cáncer del pene o de la vulva con depósitos metastásicos en ambas ingles. Es necesario entonces hacer la disección de ambas regiones inguinales en continuidad con el primario.

En cuanto a la técnica quirúrgica en sí, esta tiene que ser meticulosa, la región en donde hay tumor se considera como si estuviera contaminada de modo que los instrumentos y las gasas que están en su proximidad, no se vuelven a usar para los tejidos sanos, también es conveniente irrigar profusamente el lecho operatorio para eliminar las células malignas que se hayan desprendido durante la operación.

La pérdida de sangre en muchas operaciones por cáncer es necesariamente grande y es necesario hacer transfusiones transoperatorias en muchas ocasiones de varios litros de sangre para mantener el volumen sanguíneo. Los cuidados post-operatorios deben de ser muy cuidadosos y la vigilancia muy estrecha.

La pieza operatoria obtenida siempre debe de ser estudiada por el patólogo, es muy importante el hacer un estudio microscópico de los márgenes para cerciorarse de que no se ha cortado a través de tumor, el estudio de la parte más profunda de la pieza ó sea lo que llamamos el lecho operatorio no debe de tener cáncer y éste hecho se debe de comprobar microscópicamente. El estudio de los ganglios linfáticos es fundamental para poder establecer el pronóstico. No es únicamente necesario el reportar la cantidad de ganglios invadidos sino además la localización de ellos ya que el problema clínico es diferente cuando los ganglios del último relevo muestran cáncer. En ningún otro tipo de cirugía existe una cooperación más estrecha que entre el oncólogo y el patólogo ya que el reporte histológico es un documento vivo de mucha importancia. Con frecuencia el patólogo debe de ayudar al cirujano durante el mismo acto quirúrgico reportando hallazgos de tejidos estudiados por el método de congelación, método que permite estudiar las laminillas con el microscopio después de unos cuantos minutos de haber sido extraído.

El tratamiento de un enfermo con cáncer no termina al cicatrizar las heridas o al ser dado de alta del hospital, es de capital importancia el asegurarse de que el enfermo regrese a visitas de control periódicamen-

te, cada mes durante el primer año cada dos meses durante el segundo año, y cada tres meses hasta cumplir 5 años de allí en adelante cada año por un tiempo indefinido. La razón de esta conducta es el hecho de que son muchos los enfermos que presentan recurrencias después de una operación y es menester el hacer el diagnóstico temprano de ellas para volver a tratar al enfermo, este nuevo tratamiento puede ser quirúrgico nuevamente o bien radioterapéutico. No es pequeño el número de cánceres que se pueden controlar después de hacer una segunda operación ó en ocasiones de un tercero o cuarto intentos.

El tratamiento quirúrgico de los enfermos con cáncer constituye una verdadera prueba para el tezón y la voluntad del cirujano oncólogo, que en ocasiones después de grandes esfuerzos es vencido por la agresividad del cáncer pero en otras ocasiones tiene la gran satisfacción de reintegrar a su trabajo y a su familia a un ser humano que estaba condenado a un desenlace fatal.