

## El tratamiento quirúrgico de las adenopatías cancerosas secundarias del cuello en el cáncer buco-faríngeo <sup>(1)</sup>

por el profesor

**J. Ducuing**

Director del Centro Anticanceroso de Toulouse

La terapéutica de las adenopatías cancerosas secundarias en general, está en plena evolución; es todavía decepcionante. ¿Mejorará? Así lo esperamos.

Vamos a estudiar el *tratamiento quirúrgico* de las adenopatías cancerosas secundarias del cuello en el cáncer buco-faríngeo. Expondremos sucesivamente algunas nociones generales sobre este tratamiento, su valor y su porvenir.

### I. — ALGUNAS NOCIONES GENERALES SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ADENOPATÍAS CANCEROSAS SECUNDARIAS DEL CUELLO

Las nociones que siguen hacen referencia al *estado actual* del tratamiento quirúrgico de las adenopatías cancerosas secundarias del cuello sin entrar en lo histórico de la cuestión, que nos llevaría muy lejos. Desde 1895, en efecto, Siibs describía en la Asociación Médica de la Gran

Bretaña un procedimiento de extirpación de los ganglios del cuello, comprendiendo la resección de la yugular; Kattner, en 1899, preconizaba, seccionar temporalmente la porción superior del esterneocleído-mastoideo; Crile, en 1908, aconsejaba la resección de la yugular y del esterneocleído-mastoideo y desde entonces los trabajos se han multiplicado.

El vaciamiento del cuello por cáncer, del cual vamos a tratar, consiste en extirpar sólo una parte o la totalidad de los ganglios cervicales a excepción de los ganglios retro-faríngeos que son inextirpables y de los ganglios de la nuca que no son atacados por los cánceres de los cuales nos ocupamos. Dos operaciones esquematizan los vaciamientos del cuello por adenopatías cancerosas; son, el vaciamiento submaxilar y el vaciamiento submaxilo-carotídeo. Estos vaciamientos son unilaterales

(1) Conferencia correspondiente al Curso de Cancero-logía dirigido por el Prof. Luis G. Guílera y pronunciada en el Hospital de San Pablo el 30 de Marzo de 1935.

o bilaterales y son profilácticos o curativos, según los casos.

Sabemos todos que la exéresis quirúrgica de los ganglios cancerosos del cuello no es un tratamiento perfecto, pero todavía es hoy, de una manera general, el tratamiento escogido para la profilaxis y la cura de las adenopatías cancerosas secundarias del cuello. Los rayos X o el radio no intervienen la mayor parte de las veces más que como mal menor o como coadyuvante que precede y, sobre todo, que sigue al acto operatorio.

Estas son las condiciones que autorizan todavía, y quizás por mucho tiempo, el empleo del bisturí en el tratamiento de las adenopatías cancerosas secundarias del cuello. Ordenamos estas condiciones en tres grupos: condiciones de principio, condiciones de técnica y condiciones de especie.

### 1.º Condiciones de principio.

Expondremos nuestra manera de ver que, quizás no es bastante clásica, sobre estas condiciones particulares.

No debe practicarse un vaciamiento profiláctico o curativo del cuello (submaxilar o submaxilo-carotídeo) más que en cánceres buco-faríngeos, pues la invasión ganglionar se hace exclusivamente en la región submaxilo-carotídea, donde queda, por lo menos un cierto tiempo, localizada a este nivel. Estos cánceres son esencialmente los de los labios, los de la lengua y los del paladar *hasta la V lingual*.

No deben hacerse vaciamientos profilácticos o curativos del cuello en cánceres que alcancen el velo, los pilares, las amígdalas, la base de la lengua y sobre todo la faringe. El vaciamiento del cuello está en estos casos contraindicado hasta cuando las adenopatías submaxilo-carotídeas son extirpables y no se encuentra ningún ganglio.

La disposición de los linfáticos por detrás de la V lingual es tal, que todo el vaciamiento ganglionar por un cáncer situado en esta región resulta incompleto: *la región buco-faríngea, situada por detrás de la V lingual, envía linfáticos exclusiva o accesoriamente, directa e indirectamente a los ganglios retro-faríngeos.*

Los linfáticos de la base de la lengua que se dirigen esencialmente a los ganglios yugulares altos se anastomosan con los de la faringe a nivel del istmo de las fauces y se dirigen accesoriamente a los ganglios retro-faríngeos.

Los linfáticos de la amígdala se dirigen a los ganglios yugulares altos, pero también a los ganglios retro-faríngeos.

Los linfáticos de la faringe se dirigen casi exclusivamente a los linfáticos retro-faríngeos.

El cirujano, en presencia de un cáncer buco-faríngeo situado por detrás de la V lingual, ha de considerar siempre que los ganglios de la región retro-faríngea son sospechosos o invadidos y debe actuar en consecuencia, si bien el curetaje retro-faríngeo es absolutamente imposible.

Si el vaciamiento profiláctico submaxilo-carotídeo practicado en un tumor buco-faríngeo situado por detrás de la V lingual, no es seguido de recidiva ganglionar es que aquél *era inútil*, es decir: la raíz linfática no estaba invadida.

Si el vaciamiento curativo practicado en las mismas condiciones tiene resultado satisfactorio, es por *pura casualidad*: las adenopatías estaban localizadas en la región submaxilo-carotídea.

Los resultados lejanos del tratamiento del tratamiento del cáncer buco-faríngea, en el que se ha practicado un vaciamiento submaxilar o submaxilo-carotídeo, confirman plenamente lo que acabamos de decir.

Todos los cirujanos pueden presentar enfermos afectados de cáncer de los labios o de la parte anterior de la lengua, curados después de vaciamiento submaxilar o submaxilo-carotídeo cuando el vaciamiento había puesto en evidencia ganglios cancerosos.

No tenemos en nuestra estadística un solo cáncer de la base de la lengua o de la amígdala curado al cabo de cinco años, cuando el vaciamiento sub-maxilo-carotídeo había comprobado que los ganglios extirpados eran ganglios cancerosos; ¿otros cirujanos son más afortunados que nosotros? Es poco probable.

### 2.º Condiciones de ejecución.

Hay también condiciones capitales para practicar el vaciamiento submaxilo-carotídeo o el vaciamiento submaxilar aislado; son mejor conocidos que las condiciones anteriormente expuestas. Un vaciamiento del cuello por cáncer, no puede dar resultado más que, si ciertas condiciones de técnica quirúrgica, son integralmente realizadas. Estas condiciones están netamente fijadas desde hace algunos años, y pensamos que en Francia, por lo menos, la ponencia de Sebilleau en el Congreso de cirugía de 1919 y el artículo de Bernard en el "Journal de Chirurgie", de enero 1922, son los trabajos que precisan con más claridad las condiciones generales técnicas de los vaciamientos ganglionares por cáncer.

Un vaciamiento ganglionar por cáncer debe realizar una celuloadenectomía amplia, centripeta, extirpando en un solo bloque toda la región sospechosa.

El vaciamiento debe tener por eje una vena rodeada de ganglios que representa de una manera general, mediante una de sus extremidades, la última partícula que deba seccionarse. La operación debe, ade-

más dejar los músculos "limpios", es decir, desprovistos de sus aponeurosis que deben ser extirpadas junto con lo demás. Todo vaciamiento que no realice estas condiciones está destinado al fracaso.

En el vaciamiento submaxilo-carotídeo, tal como se le concibe hoy, la celuloadenectomía extirpa el bloque linfo-ganglionar de las regiones subclaviculares, carotídea y cervical anterior; la vena rodeada de ganglios, eje de la disección, es la vena yugular interna. La extremidad superior de esta gran vena que sale del agujero rasgado posterior al nivel de la base del cráneo es el pedículo a seccionar en último término en un tiempo operatorio especial que hemos estudiado en detalle y que es el curetaje *del espacio subparotídeo posterior* (1).

En el vaciamiento submaxilar simple, el bloque céluo-linfático a extirpar está representado por toda la celda submaxilar y su contenido. La vena rodeada de ganglios es la vena facial, cuya extremidad central es el pedículo que debe ligarse en último término al acabar la disección.

### 3.º Condiciones de especie.

Estas condiciones sólo se aplican, según nuestro parecer, a los cánceres buco-faríngeos situados por delante de la V lingual, si bien no todos los cánceres de esta región justifican el vaciamiento del cuello. Para vaciar juiciosamente, sea de una manera profiláctica, sea de una manera curativa, la región del cuello en parte o en su totalidad, es necesario que se den dos condiciones.

*Es necesario, primero, que las lesiones iniciales sean curables o que tengan todas*

(1) Ducuing, Fabre, Gouzi. El vaciamiento por adenopatías cancerosas. *Journal de Chirurgie*, Mayo 1935.

(2) Ducuing, Fabre, Dambrin. El vaciamiento submaxilar por cáncer. *Tecniqne chirurgicale*. Marzo 1935.

las probabilidades de serlo, sea mediante el radio, sea con el bisturí, sea por un procedimiento de exéresis cualquiera.

*Es necesario, en segundo lugar, que los ganglios sean móviles.*

En el caso de un *vaciamiento profiláctico*, hay que ocuparse tan sólo de la lesión inicial, y da su curabilidad, ya que no existe ningún ganglio clínicamente perceptible.

Es generalmente fácil de apreciar esta curabilidad.

En el caso de un *vaciamiento curativo* hay que asegurarse, además, del estado de los ganglios, y debe considerarse que sólo las adenopatías no adherentes y móviles son regularmente extirpables. En los casos claros, es fácil pronunciarse sobre la movilidad de los ganglios. En los casos dudosos es difícil.

La duda debe inclinar a la abstención operatoria, ya que los ganglios son siempre más adherentes de lo que parecen.

*Algunos ejemplos acabarán de precisar nuestra opinión:* Entre las lesiones iniciales difíciles de curar, incluimos el cáncer de la cara interna de las mejillas, el cáncer de la comisura de los labios, el cáncer de la parte anterior del suelo bucal (cáncer yuxtagingival), el cáncer de las encías y, de una manera general, todos los cánceres recidivados, todos los cánceres adherentes al hueso.

Entre las adenopatías, en las que es difícil apreciar la movilidad, citemos los ganglios yugulares altos, los ganglios infadigástricos y todos los ganglios inflamados.

Entre las adenopatías en las que es imposible apreciar la movilidad, citemos los ganglios subparotídeos posteriores.

Todos estos casos que acaban de servirnos de ejemplo, han de ser detenida-

mente examinados antes de tomar una decisión y de practicar el vaciamiento ganglionar submaxilar o submaxilo-carotídeo.

## II. — CRÍTICAS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

En las condiciones que acabamos de indicar, el tratamiento quirúrgico parece representar, hoy por hoy, el tratamiento que reúne mejores condiciones para la profilaxis de las adenopatías cancerosas del cuello y para la cura de las adenopatías móviles. Este tratamiento está, sin embargo, sujeto a ciertas objeciones. He aquí las principales:

1.º *El vaciamiento submaxilo-carotídeo deja las regiones intermediarias entre la lesión inicial y los ganglios.*

El hecho es cierto: no se extirpa el suelo de la boca cuando se vacía el cuello por cáncer de la V lingual; se deja la piel del mentón cuando se vacía el cuello por cáncer del labio.

El argumento que parece impresionante a primera vista no tiene quizás un gran valor. Admitamos en efecto que en muchos casos, los ganglios del espacio que debe vaciarse están infectados por embolias neoplásicas. Es excepcional, hay que reconocerlo, ver un cáncer de la lengua recidivar en la mucosa del suelo de la boca o en el músculo milo-hioideo si estos planos no estaban invadidos antes del tratamiento. No se ve nunca un cáncer de la lengua recidivar bajo forma de nódulo cutáneo aislado, entre el borde libre del labio y los ganglios submaxilares.

Sobrepasar los espacios ganglionares es, pues, en los cánceres buco-faríngeos situados por delante de la V lingual una garantía de exéresis completa y, por con-

siguiente, de curación en lo que se refiere a las repercusiones linfáticas, aunque se dejen los tejidos intermediarios.

2.º *El vaciamiento submaxilo-carotídeo abre redes linfáticas y facilita así la siembra cancerosa.*

Esta objeción, en parte relacionada con la precedente, condena toda cirugía del cáncer cuando la red linfática encierre células neoplásicas.

Sin embargo, si se sobrepasan los espacios ganglionares y si éstos no están infectados por una linfagitis continua, el argumento ya no tiene ningún valor.

Además, se puede utilizar el bisturí eléctrico que, por lo menos teóricamente, trombosa los linfáticos y se opone a la progresión del cáncer, si por casualidad el corte de sección pasa por en medio de algunas células neoplásicas aisladas o, por equivocación, por un verdadero foco de linfagitis cancerosa.

3.º *El vaciamiento profiláctico suprime ganglios que son para el organismo centros de defensa contra el cáncer.*

Es cierto que el ganglio representa una barrera que se opone a la progresión del cáncer. Pero si la lesión inicial queda curada, no habrá ninguna recidiva, después de haber hecho el vaciamiento del cuello en las condiciones que hemos expuesto; si la lesión inicial recidiva, no habrá repercusión ganglionar si los linfáticos han sido completamente extirpados.

Señalemos, además, los peligros que corren los enfermos cuando no se practica el tratamiento profiláctico de las adenopatías neoplásicas. Todos los que tratan cánceres, sobre todo en el campo, saben con qué negligencia la gente del campo se somete a la disciplina de un control sis-

temático. Los enfermos en los cuales se vigila determinadas regiones ganglionares, vuelven a nosotros, a menudo, con adenopatías adherentes; la hora de una terapéutica eficaz ha pasado ya para ellos.

4.º *El vaciamiento del cuello es una operación grave.*

Este argumento parece bueno a primera vista, sobre todo cuando se dirige al vaciamiento submaxilo-carotídeo. Se concibe mal, en efecto, cuando no se tiene la costumbre de tales intervenciones, que se puedan realizar traumas tan extensos sin peligro de una gran mortalidad. En realidad, ejecutados con anestesia local, estos vaciamentos presentan muy poca gravedad. Creemos que la mortalidad oscila entre 1 y 2 %. En cuanto al vaciamiento submaxilar, no presenta ningún peligro.

Entre 75 vaciamentos submaxilo-carotídeos, hemos perdido 2 enfermos; las dos muertes hubieran podido ser evitadas. En el primer caso, el interno de guardia observando que nuestro operado de la mañana presentaba una cierta dificultad respiratoria, practicó en malas condiciones una traqueotomía probablemente inútil, y el enfermo murió. En el segundo caso, un error en la administración de morfina-escopolamina determina la muerte del enfermo antes de la intervención.

Entre 120 vaciamentos submaxilares no hemos de deplorar ninguna muerte.

### III. — EL PORVENIR DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Expondremos el porvenir inmediato y el porvenir más lejano del tratamiento quirúrgico de las adenopatías cancerosas del cuello.

1.º *En un porvenir inmediato (decimos inmediato, aunque las previsiones de las cuales vamos a hablar sean ya para muchos realidades) el bisturí perderá probablemente terreno.* El tratamiento profiláctico de las adenopatías cancerosas del cuello lo perderá y quizás, en muchos casos, el tratamiento curativo.

Las radiaciones ganarán el terreno perdido por el bisturí. El tratamiento por las radiaciones es un método infinitamente más lógico que el tratamiento quirúrgico; si en efecto tiene algún valor, la radiación puede ser utilizada en todas las regiones ganglionares, hasta en aquellas que, como la región retro-faríngea son inaccesibles al bisturí.

Los rayos X y el método de Coutard en particular, serán probablemente adoptados casi por todo el mundo.

¿La telecurieterapia con 8º reemplazará la Roentgenterapia? Nadie lo puede prever.

En una de nuestras últimas reuniones de Directores de Centros anticancerosos, el profesor Regaud, después de haber dicho que la telecurieterapia a 2.º y 4.º no había dado mejores resultados que la Roentgenterapia, nos participaba la "experiencia" que intentaba con la telecurieterapia con 8º. Tenía la impresión que los resultados se presentaban de una manera favorable; la acción sobre las lesiones cancerosas (lesiones primitivas y ganglionares) parecía tan clara como en el tratamiento por los rayos X y las lesiones reaccionales de las mucosas y de la piel parecían menos marcadas. Es, pues, posible que la telecurieterapia con 8º nos reserve sorpresas agradables, aunque, según nuestro criterio, es la radio sensibilidad de un tumor más que la cantidad de radio empleada lo que favorece la curación.

A pesar del perfeccionamiento de la te-

rapéutica por las radiaciones, *quizás se reservará el bisturí para el tratamiento de las grandes y antiguas adenopatías cancerosas, todavía móviles.* Es posible, en efecto, que las radiaciones no puedan nada contra ellas. Las leyes de la radiobiología han de precisarse bajo este aspecto, pero parece que el cáncer secundario "englobado" en los ganglios presenta una radiorresistencia que el mismo cáncer no tiene a nivel de la lesión inicial. La respuesta a las radiaciones de un ganglio en el cual el tejido canceroso aventaja al tejido sano, es casi nula. Muchos autores, y nosotros mismos hemos, señalado este hecho.

He aquí cuáles son las previsiones que se pueden hacer sin comprometerse mucho sobre la evolución del tratamiento quirúrgico de las adenopatías cancerosas del cuello. El Congreso de Chicago de 1933 parecía anunciar las tendencias que acabamos de exponer. Edwin Trutt, Georges, W. Greer, Charles Martin, Stewart, no se pronunciaban claramente sobre el valor del tratamiento quirúrgico, profiláctico y curativo de las adenopatías cancerosas del cuello y declaraban que los resultados del tratamiento por los rayos X se le podían comparar. El Congreso de Zurich, de julio 1934, afirma tendencias parecidas. La ponencia de Perugia, las comunicaciones de Lacassagne, de Coutard, se elevan en favor de la Roentgenterapia en las adenopatías secundarias del cuello.

Los cirujanos que reflexionan y que no tienen el espíritu de rutina, sobre todo los que están especializados en el tratamiento del cáncer y que utilizan las radiaciones, son los primeros en abandonar la cirugía. Esto es lo que nos ocurre.

2.º *En un porvenir lejano, ya no se pensará más en el bisturí e incluso en las radiaciones para tratar el cáncer en general y las adenopatías secundarias en par-*

ticular. No son verdaderos agentes de tratamiento; son agentes de destrucción más o menos brutales, más o menos electivos frente a las células cancerosas.

*Existirá probablemente un tratamiento del cáncer.*

La quimioterapia, la vacunoterapia, la sueroterapia y todo tratamiento general representa el tratamiento del porvenir en el cáncer.

Gracias a estos métodos terapéuticos, el enfermo podrá curar, aunque en proporciones variables, en cualquier momento de la evolución de su tumor como puede curar en cualquier momento de una difteria mediante la sueroterapia, más fácilmente, está claro, cuando los microbios acaban de instalarse sobre la amígdala o la laringe, que cuando sus toxinas han envenenado todo el organismo.

\* \* \*

Como decía al empezar este artículo, el tratamiento de las adenopatías cancerosas está en un viraje. El tratamiento quirúrgico, que hace apenas algunos años, reunía todos los sufragios, debe ahora reservarse a casos muy especiales en cuanto al punto de la localización inicial y al estado de los ganglios. La exéresis quirúrgica puede curar, sin ninguna duda, ciertas adenopatías cancerosas, pero es en muchos casos un tratamiento inútil.

Los radioterapeutas, que hasta ahora habían jugado un papel secundario en el tratamiento de las adenopatías cancerosas del cuello, ganan el terreno que los cirujanos pierden. Les arrebatrán, probablemente muy pronto, no solamente el tratamiento profiláctico, sino quizás el tratamiento curativo de los ganglios cancerosos secundarios del cuello.

El terapeuta debe, sin embargo, apuntar más alto y el ideal sería substituir con el tratamiento médico del cáncer, toda otra terapéutica de exéresis o de destrucción electiva localizada.

#### RESUM

*L'autor fa una crítica del tractament quirúrgic de les adenopaties canceroses secundàries del coll en els càncers buco-faríngeis. Exposi les condicions de principi, tècnica i localització a què ha de sotmetre's la intervenció quirúrgica per a ésser eficaç. Descriu les ventatges del buidament sub-maxilo-carotidi i les objeccions que es fan a dits mètodes: conservació de regions intermitges, obertura de xarxes linfàtiques, supressió de ganglis que són centres de defensa contra la invasió cancerosa, greuetat de la intervenció; descarta aquestes objeccions i cita les xifres de la seva estadística. Acaba amb una exposició del pervindre immediat i llunyà de dit tractament, que haurà de cedir pas a la terapèutica física i al que deurà ésser tractament mèdic del càncer.*

#### RESUME

*L'auteur fait la critique du traitement chirurgical des adénopathies cancéreuses secondaires de la gorge dans le cas des cancers de la bouche et du pharynx. Il expose les conditions fondamentales, techniques et de localisation auxquelles l'intervention chirurgicale doit être soumise afin d'être efficace. Il décrit les avantages de l'évidement sousmaxillaire carotidien et les objections élevées contre cette méthode: la conservation des régions intermédiaires, l'ouverture de réseaux lymphatiques, la suppression des ganglions qui sont des centres de défense contre l'invasion cancéreuse, la gravité de l'intervention. Il réfute ces objections et cite les chiffres de sa statistique. Enfin il donne une exposition de l'avenir immédiat et ultérieur du traitement discuté lequel devra céder le pas à la thérapie physique et au futur traitement médical du cancer.*

#### SUMMARY

*The author gives a critical report on the surgical treatment of the secondary cancerous adenopathies of the throat in the case of cancer of the cavity of the mouth. He sets forth the principal technical and localising conditions to*

which the chirurgical intervention must submit itself to obtain efficiency. He describes the advantages of the submaxillary-carotid evacuation and the objections raised against this method: conservation of intermediate regions, opening of lymphatic nets, suppression of ganglions which are centres of defense against the cancerous invasion, gravity of the intervention. He refutes these objections and quotes the figures of his statistics. Finally he gives an exposition of the immediate and farther-off future of the treatment in question which will have to give precedence to the physical therapy and to what will be the medical treatment of cancer.

RIASSUNTO

L'autore fa una critica del trattamento chirurgico delle adenopatie cancerose secondarie della gola nei cancri della bocca e della faringe. Espone le condizioni principali tecniche e di localizzazione alle quali deve sottomettersi l'intervenzione chirurgica per essere efficace. Descrive i vantaggi dell'evacuazione sottomascelle-carotide e le obiezioni contro questo metodo: la conservazione delle regioni intermedie, apertura delle reticelle linfatiche, soppressione di ganglii che sono centri di difesa contro l'invasione cancerosa, la gravità dell'intervenzione; resuinge queste obiezioni e cita le date della sua

statistica. oncluse con una esposizione del avvenire immediato ed ulteriore del trattamento discusso che dovrà dare la precedenza alla terapeutica fisica ed a quello che dovrà esser il trattamento medico del cancro.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser bespricht kritisch die chirurgische Behandlung der secundären krebssigen Lymphdrüsenerkrankungen des Halses bei Krebserkrankungen der Mund-Rachen-Höhle. Er verbreitet sich über die grundsätzlichen technischen und Localisierungsbedingungen, nach denen sich der chirurgische Eingriff richten muss um wirksam zu sein. Er beschreibt die Vorteile der Ausräumung des Submaxillar-Carotis-Gebietes und die Einwände, die gegen diese Methode erhoben werden: Erhaltung von Zwischengebieten, Eröffnung von Lymphnetzen, Ausserfunctionsetzung von Ganglien, die einen Schutzwall bilden gegen das Eindringen von Krebszellen, die Schwere des Eingriffs. Er verwirft diese Einwände und führt die Zahlen seiner Statistik an. Er schliesst mit einer Darlegung der unmittelbaren und ferneren Zukunft dieser Behandlungsweise, welche den Vortritt lassen muss der physicalischen Therapie und der Behandlungsweise, welche die medicinische des Krebses werden muss.