

Instituto de Radiología de Montevideo

CARCINOMA DE LA LENGUA MOVIL (*)

La forma tumoral del Cáncer de la Lengua Horizontal

Radiumpuntura diatermo-eléctrica retrógrada.
Glosectomía con implantación de agujas de Radium
y fijación por la sutura operatoria

Prof. Adj. Dr. Juan C. Oreggia

En Río de Janeiro, en el *Congreso Panamericano* de Otorrinolaringología de este año, llevamos un material de *62 observaciones* extraídas de nuestra Clínica Privada y del Instituto de Radiología, de *Lengua Bucal*, que estudiamos desde el año 1949 hasta 1956.

Además de haber escrito una Tesis de Profesorado en el año 1944, publicada por la firma Barreiro y Ramos donde consideramos *173 casos* de Carcinoma de la Lengua y Piso de Boca, debemos establecer que *hasta el año 1956* atendimos y tratamos *157 casos* más, de Cáncer de localización lingual en total. Sin embargo en este momento, sólo tomaremos en cuenta *aquellas 62 observaciones* reunidas para el Congreso de Río de Janeiro, *añadiéndoles algunas otras* observaciones que hemos atendido últimamente y que fueron sumamente *útiles para confirmar nuestras anteriores afirmaciones y relacionarnos a un nuevo tratamiento* más perfecto que el anterior.

Alejándonos del concepto común y del gran Profesor Sebileau, que consideraba el carcinoma de la Lengua como un Neoplasma fundamentalmente de origen y evolución Epitelial, nosotros exponemos desde el comienzo nuestra duda, un poco

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 5 de noviembre de 1958.

atrevida quizás, por falta de confirmación, que el Cáncer de la lengua es un Cáncer de *área-epitelio-mesenquimatoso*, donde es posible aún, que predomine como factor de inoculación y de modificación de la forma, el *Mesenquina*. No olvidemos que el Mesenquina trae los vasos y los lleva y que está además organizado con un *tejido retículo-endotelial*, que produce, organizaciones fundamentales. A menudo en Patología General se le confiere las manifestaciones de enfermedades generales localizadas o generalizadas.

El Mesénquina es un tejido de sostén, que puede provocar formaciones papilomatosas por su *dermis papilar*, y formas granulomatosas por su subdermis *retículo-endotelio-vásculo-nervioso*.

Consideramos poco importante distraer la atención describiendo los caracteres del epitelio de la lengua, aunque no dejamos de reconocer que las denominaciones por él, en *carcinoma espino-celular*, *baso-celular*, o *atípico*, deben retenerse, así como la de la *leucoplasia* o esa la forma queratinizada, puesto que son ellas las manifestaciones de un crecimiento anómalo que pueden definir los caracteres especiales de cada uno de los tumores.

Creemos que el estudio futuro de todos los cánceres debe ser en principio *más meticulado*, las *biopsias* deben ser más amplias y dedicadas no sólo a las células epiteliales, sino también a las manifestaciones mesenquimatosas. Es posible que algún día en el estudio de las *inclusiones* de partes más alejadas de la superficie llamativa, se aprecie el agente capaz de cancerizar, como se han encontrado agentes anteriormente desconocidos en las lesiones de origen micósico. También es posible que nuestras indicaciones se modifiquen y que se amplifique nuestro estudio si buscamos las fórmulas de examen de las periferias de los tumores aparentemente curados. Estos estudios deberán extenderse a todas las regiones que dependan del tumor más cercanamente. *La inoculación múltiple* que hoy se sostiene como posible, puede ser que sea uno de los elementos para hacernos pensar en agentes multicéntricos y que nos expliquen contradicciones clínicas.

Estamos muy de acuerdo con aquellos pensamientos del gran Profesor *Blair* que pensaba que si extirpáramos las lenguas totalmente de los cánceres marginales curados, es posible que encontráramos nuevos focos o antiguos focos, en estado de quie-

tud aprisionados por un estroma de curación, provocado por las radiaciones o por el acto quirúrgico, o por ambos a la vez.

Cancerización Lingual

El terreno congénito o adquirido de este carcinoma significa a nuestro modo de ver, un área de preferencia o de adaptación

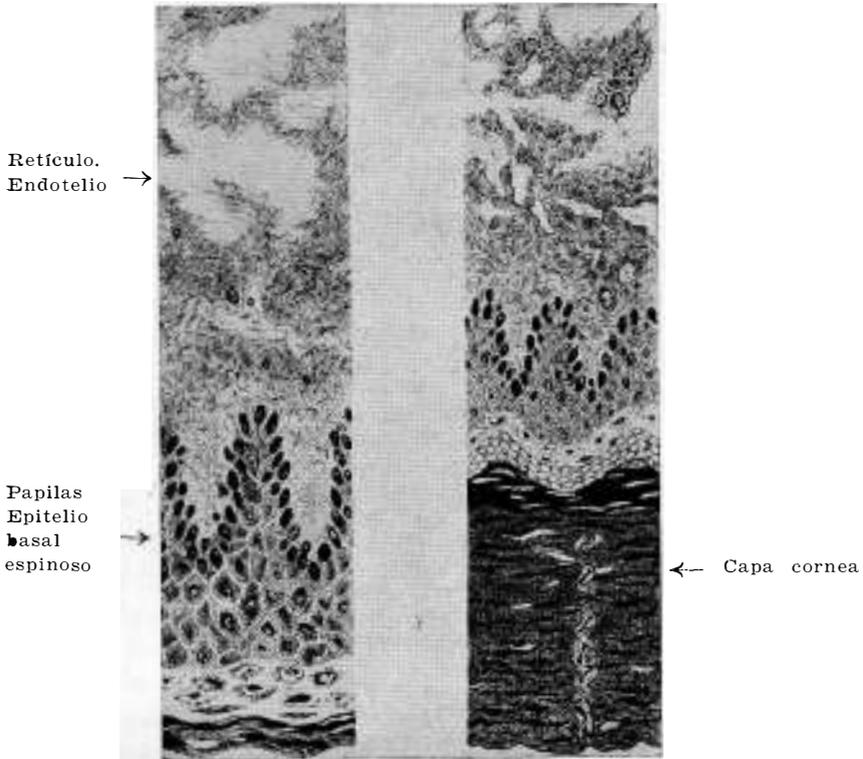


FIG. Nº 1

Corte de mucosa lingual

Papilas y retículo endotelio explican las formas papilomatosas y granulomatosas. También estas formas pueden ser sólo formas de reacciones al agente cancerígeno.

basocelular.

Corte de piel

Explica las formas leucoplásicas, que son epidermizaciones. Es posible que no sean ellas las que se cancericen.

única o múltiple y que puede estar formada por superficies papilomatosas y granulomatosas rojas, o leucoplasias blancas visibles, de la mucosa (fig. Nº 1). La influencia de los agentes locales,

dientes, cigarrillos, alcohol, y elementos de eliminación, como los fisiológicos o patológicos porque en hiperactividad, son agentes coayuvantes. Estamos en una época que se habla de cáncer humoral, de cáncer múltiple, de ambientes cancerígenos, etc., donde la parte carcinomatosa de la lengua podría ser no una lesión de "entrada", sino una de "salida", como lo que quiere Schulz, para su angina, a la cual le atribuye sus lesiones úlcero necróticas a la vía de eliminación de agentes.

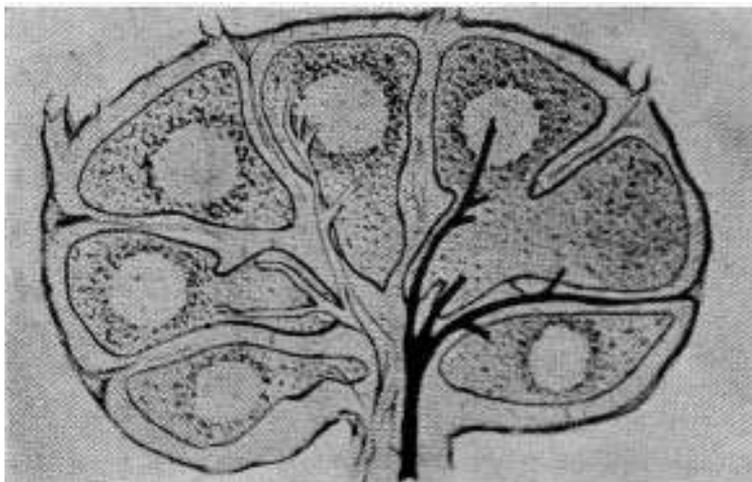


FIG. 2. — Corte de un ganglio normal

Cancerización de los Ganglios (ver figs. 2 y 2 bis)

Los ganglios linfáticos tienen una cápsula conjuntiva sin nervios y luego un parénquima reticular y linfático. El "*tejido reticular*" está constituido por células y retículos formando con sus prolongamientos un esqueleto de verdaderas mallas entre cuyos espacios se disponen los folículos linfoides. El "*tejido linfóide*" está formado por dos partes, una superficial redondeada formada de folículos linfoides con periferia oscura, y otra, más profunda que continúa a la primera, en forma alargada y medular. *Los senos linfáticos* que vehiculizan la linfa lo hacen muy lentamente en la región convexa que es por donde llegan. En cambio, la corriente linfática se agiliza y se va acelerando a medida

que pasa por los senos interfoliculares y llega a la zona cóncava del ganglio, que es el hilio vásculo-nervioso y linfático eferente. En este hilio están las arterias y las venas nutricias. Los nervios vaso-motores existen y tienen su función sin estar acompañados por elementos sensitivos. Este último carácter, es el que demuestra por qué las *adenopatías duelen tardíamente* y por acción vecina. Es de recordar que el ganglio no se genera por el cáncer,

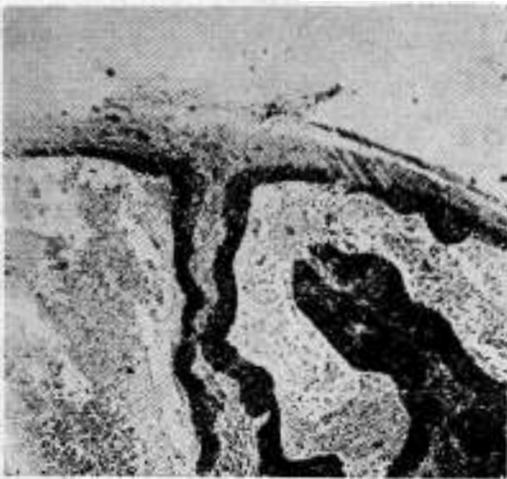


FIG 2 bis. — Metástasis ganglionar. Se compara el esquema del ganglio normal del Libro de Histología de Cowdry, con un ganglio cancerizado de nuestro material. En este último se ve la cancerización del borde convexo.

sino que éste *regenera los acúmulos y las amas latentes* que están dispuestas en el tejido celuloso intermuscular fundamentalmente sobre las venas y en la misma dirección que ellas.

Es evidente que cuando los ganglios están modificados por agentes injuriosos anteriores a la cancerización, son los preferidos para el cáncer que se instala con mayor rapidez. En estos casos el sistema de cancerización *es la "embolia"* por vía linfática, sobre la cara que alcanza, o sea la convexa del ganglio. La cara cóncava es sólo alcanzada cuando la cancerización es por vía hemática. Este concepto de embolia no elimina el concepto de la *"permeación linfática"* endo y exocanalicular que explica las adenopatías retrógradas y otras paradójales, provocadas por el desorden en el linfático lleno, y el retroceso de células cancerosas que en vez de ser eliminadas por la vía cóncava, son rebotadas hacia atrás alcanzando sitios inesperados. Esta forma de *permeación* la aceptamos comúnmente en la expansión del carcinoma *local*; en

las adenopatías sólo la concebimos cuando éstas están modificadas por los tratamientos físicos o quirúrgicos, o alteradas por otros traumatismos donde puede haber aún el factor infección que forme la inoculación por vía retrógrada.

Creemos que las adenopatías siguen generalmente la fórmula de Sébilau, o sea que son: Homolaterales, Descendentes y Electivamente Regionales. Hemos buscado por muchos años la inoculación cancerosa de canales linfáticos en espacios celulares intermedios, entre el tumor local y el ganglionar. No obtuvimos resultado positivo. Esto parecía demostrar que no existía la permeación. Pero es evidente que llámese o no permeación, es que hay posibilidades de arrastre retrógrado celular en los linfáticos modificados. La fórmula de los acúmulos linfáticos superficiales cutáneos descritas por *Nathanson y Taylor en principio no las aceptamos* y por ello no extirpamos el músculo cutáneo en el vaciamiento del cuello. Es que nosotros no hemos visto nunca ganglios superficiales al nivel o fuera de ese músculo en más de 1.000 vaciamientos sin que dejemos de recordar que en algunos casos (muy pocos) después de algún tratamiento y de algunas injurias quirúrgicas se han producido esas inoculaciones superficiales del tipo de los quistes sebáceos (por comparación gráfica).

ESTADÍSTICAS

En los 62 casos recogidos en 8 años se presentaron los tumores en 9 mujeres o sea, en el 14 %.

De los años 1957 y 1956 hemos extraído 8 observaciones en hombres que presentamos como casos extraordinarios porque nos sirven para demostrar algunas formas clínicas y algunas indicaciones terapéuticas. Pero ellas no forman parte del material estadístico puesto.

La edad fue menor de 40 años en tres observaciones y mayor de 80 en igualdad de número. El predominio fue entre 50 y 70 años.

La raza negra se presentó en una mujer de 80 años.

Terreno: antecedentes familiares, cáncer familiar en 8 casos, tuberculosis personal (1 con sífilis activa, y otra sin ella, era mujer). 2 observaciones.

Sífilis más o menos evolutiva en 8 observaciones.

Localizaciones: En estos 62 casos obtuvimos: 43 marginales, 6 dorsales (dos de la punta), 6 ventrales (1 de la punta), 7 de forma tumoral, "de gran tumor" o sea de una lesión casi total,



FIG. 3. — OBS. 71. — Verdadera demostración gráfica de la foto de un "gran tumor" rojo florido, en gran parte no canceroso. Curado con Radium y vaciamiento.

especialmente dorsoventral y sin ganglios. A veces alcanzó ambos lados.

Se pueden distinguir *en esta forma de "gran tumor" dos tipos en las 7 observaciones.*

1º *El rojo florido granulomatoso* (4 observaciones).

2º *El blanco duro papilomatoso* (3 observaciones).

1º *Entre los 4 rojos anotamos un caso, Gómez Pérez N° 44, en que se trataba de una papilomatosis a células jóvenes y con HO que está curado después de operado por hemorragia.*

Los otros 3 *tumores rojos*, uno tuvo la demostración del cáncer en su primera biopsia (ver fig. 3). Los otros dos, a pesar de dos biopsias negativas fueron tratados como cáncer, demos-

trando ambos en las biopsias de acto quirúrgico y en sus rasgos en la radiumpuntura su positividad. *Las figs. 4, 4 bis y 5 son muy interesantes.*

2º *Entre los tres grandes tumores blancos y duros de quie-*



FIG. 4. — OBS. 73. — Tumor florido granulomatoso que en las biopsias no presentaba el carcinoma. Lado derecho leucoplasia. Al operarlo su estudio fue de carcinoma a izquierda.

nes tenemos todas las fotografías, presentamos ahora dos, (fotos Nos. 4 y 5) (ver la fig. 6 y la fig. 6 bis).



FIG. 4 bis. — OBS. 73. — Operado resultó un carcinoma. Se ve a D. el injerto de piel en el dorso lingual que no se cancerizó nunca.

Había dos enfermos *en cuyas dos primeras biopsias* no se encontró el cáncer, pero en el acto de la radiumpuntura se efectuó una biopsia que resultó positiva. En el tercer caso, lo operamos como cáncer y la pieza quirúrgica así lo demostró.

Queremos expresar que estos grandes tumores tienen una formación *abundante que no es cancerosa*; además, producen *pocas adenopatías* y como consecuencia de ello *son relativamente curables*. Entre las 7 observaciones *hay 5 curados de más de tres años*. Uno que recidivó en ganglios y la otra que murió de metástasis clavicular).

Se verá a continuación que estos tumores de grandes dimensiones son *más frecuentes ahora que en años anteriores* y lo

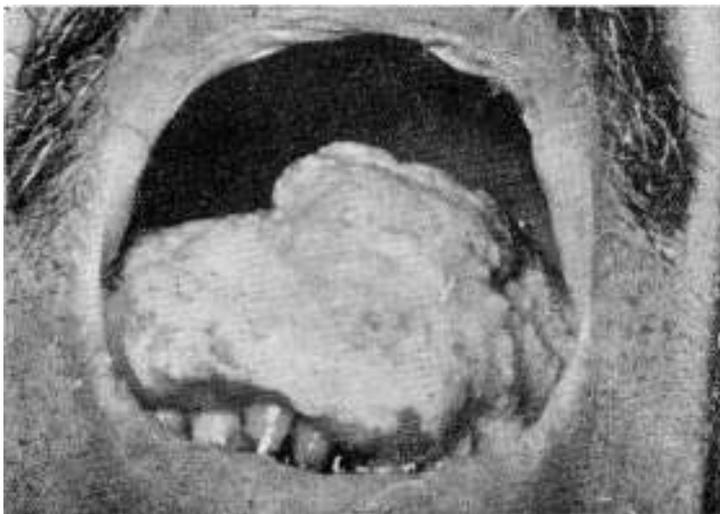


FIG. 5. — OBS. 76. — Hombre de 56 años con un enorme "tumor" lingual, poco ulcerado y muy productivo. Curado.

mismo sucede en otras formas productivas bien ulceradas, que ellas también mantienen como las primeras la movilización del órgano. Además, presentan ciertos caracteres clínicos de *ausencia de dolor, de hemorragia y de infección*, que indican un pronóstico más favorable a pesar de sus dimensiones.

Formas anatómo-patológicas

Ya desde el comienzo habíamos significado que en nuestro concepto, el carcinoma de la lengua debe ser curado con más amplitud de zona enferma. Sería necesario confirmarlo por la

Anatomía Patológica, la cual deberá progresar para estudiar no sólo los *carcinomas epiteliales*, sino las transformaciones *mesenquimatosas* que lo acompañan (que forman parte de la entidad humoral) cuyo agente es difícil de encontrar.

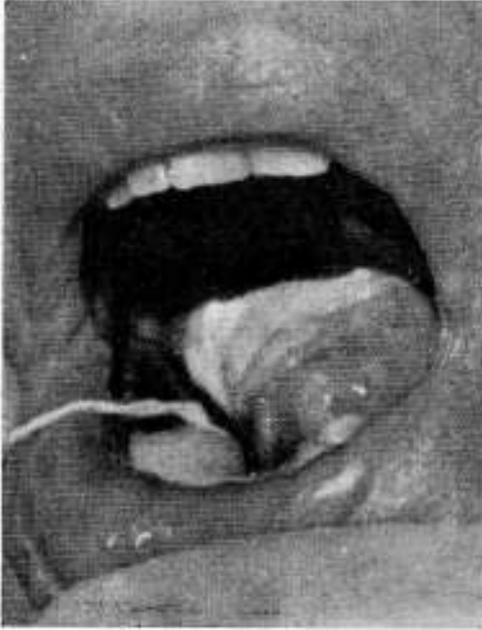


FIG. 6. — OBS. 43. Tumor blanco carcinomatoso (2ª biopsia). Curado en lengua por más de 2 años. En ese momento hizo una metástasis en la clavícula.

FIG. 6 bis. — ● OBS. 67. — Exuberante tumor blanco, curado desde hace más de 10 años, con 2 recidivas electrocoaguladas. Gran parte del tumor no era canceroso. Curado hasta hoy. Lo que se vé está en cura.



El sarcoma sería un tumor clasificado por su mesénquima pero de origen.

Hemos observado 39 casos espino celulares con globos cór-

neos, 6 basocelulares, 9 mixtos, 3 intermediarios o de transición, 4 espinosos múltiples, 1 angio-endotelioma proliferante, 1 fusosarcoma (Obs. N° 32 curado desde hace muchos años por R. P. D. E. R. y vaciamiento. Mujer de 56 años con lesión marginal posterior derecha y pequeña adenopatía.

Recientemente hemos comunicado en los Anales O.R.L. un trabajo sobre **cánceres múltiples buco-faríngeos**.

En este momento describimos *además de aquéllos*:

1º 4 observaciones de cancerización simultánea.

A) *Con modificaciones superficiales* de la región y *sin ganglios* en 2 observaciones. Los dos eran sifilíticos y uno obtuvo una cancerización heterolateral de la boca; y el otro se presentó con otro cáncer de mejilla y uno de velo.

B) *Sin modificaciones superficiales* de la región, pero con *ganglios*. Uno era sifilítico y presentó un cáncer de esófago, y el otro un cáncer de velo de paladar.

2º La observación de cancerización sucesiva con cura de la lengua que fue el primero. A los 3 años presentó un cáncer de labio inferior.

Metástasis clínicas en plena evolución: 4 casos.

El N° 50 Metástasis clavícula, mujer en cura clínica de lengua.

El N° 45 Metástasis de hígado, no curado y en caquexia.

El N° 61 Metástasis víscero esquelético del tórax, mujer en cura de lengua y cuello por más de 3 años.

El N° 48 Metástasis de tórax, pleura e hígado, en caquexia.

En nuestra publicación del año 1944 habíamos dicho que las metástasis más frecuentes eran de *columna lumbar*. Hace pocos años en la Sala N° 7 del Hospital Pasteur vimos una lesión metastásica lumbar, en un enfermo clínicamente curado del carcinoma de la lengua en más de 5 años, que entró por un síndrome de ciática.

EL FACTOR DE LA SIFILIS

Recordamos que en la magnífica obra sobre cáncer de lengua de *Sebileau*, él manifestaba que por lo menos 30 % de estos tumores se desarrollaban en terreno de sífilis activa y que muchos de los otros derivaban de ella.

En el año 1944 en nuestro libro de Cáncer de Lengua, en total

habíamos observado *32 observaciones en 158* (sin tener en cuenta la pelvis lingual). Es decir, que teníamos entonces *20 % de sífilis tratadas, curadas o no*. En aquel entonces, de los 32 casos, *23* estaban en tratamiento en su lúes y *9* habían sido tratados y tenían el tumor acompañado de un Wasserman negativo. Vale decir que en aquel entonces era más frecuente el cáncer en la sífilis con HO,

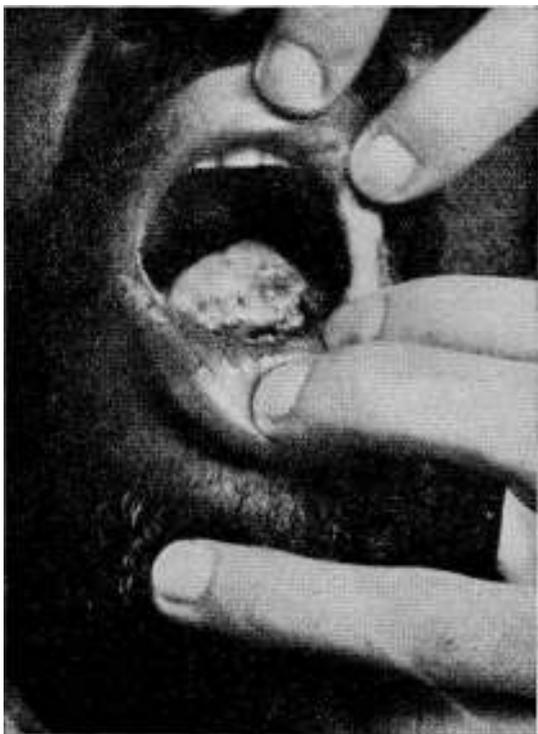
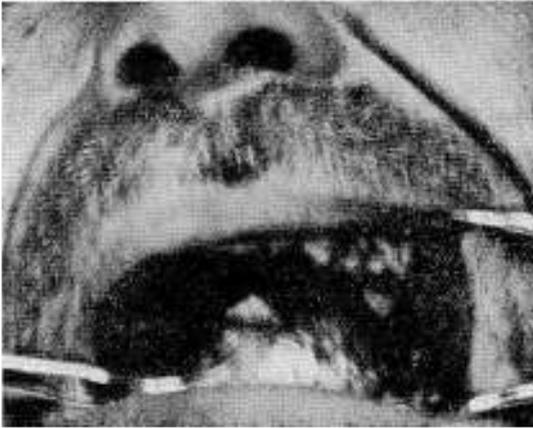


FIG. 7. — Cáncer hemorrágico. T. J. 57 años. Obs. N° 166. Destrucción del borde izquierdo. Induración que invade parte del lado derecho. Cáncer marginal de un sífilítico activo de raza negra. Muy infectado, rápido de evolución, hemorrágico, sin leucoplasia. Estudio de la ligadura de la carótida externa en las hemorragias y del P. H. en el fragmento biopsico. Desde un principio adquirió una forma destructiva hemorrágica, de rápida evolución. No fue tratado de su sífilis. Adenopatía homolateral. Hizo dos hemorragias espontáneas intensas llegando a dos millones de glóbulos rojos. Durante la segunda hemorragia se le hizo la ligadura de la carótida externa que permitió 21 días de descanso y luego volvió a sangrar, aunque más dé-

bilmente. Muy infectado y necrosado en la histología. El P. H. de su biopsia demostró la tendencia a la acidificación local en los cánceres infectados.

o sea sin curar. Decíamos en aquel entonces, que el terreno cancerígeno por vascularización modificada profunda, o por leucoplasia superficial en manchas de yeso, eran las formas en que la sífilis podía actuar. Remarcábamos en aquel entonces en la gravedad del cáncer tratado con arsénico y mercuriales, y sabiendo que el tratamiento sífilítico no curaba la leucoplasia, no veíamos la razón de indicarlo. Hoy más que nunca recomendamos el tratamiento de las leucoplasias "tipo yeso" por el Radium o por la extirpación

quirúrgica con luego injerto epidémico que se transforma en mucosa. No podemos olvidar aquellos "típicos" hombres jóvenes con úlceras destructivas blancas corroídas con la leucoplasia intensa en "manchas de yeso", virtudes que significaban la evidencia del cáncer (ver figuras 7 y 8) y que no debían ser tratados por los



(¹) FIG. 8. — Cáncer lingual del sifilítico en actividad. M. G.—53 años. Obs. N° 171. Es un neoplasma que comenzó en la punta con todos los elementos locales irritativos del tabaco, alcohol, agentes dentarios e infección. Es de recalcar su forma de engrosamiento lingual muy extendida y rápida, sin leucoplasia y sin necrosis. No alcanzó los bordes. No fue nunca tratado con arsénico.

medicamentos corrientes de la sífilis porque era peor. No confundir con otros procesos destructivos saburrales no leucoplásicos.

En esta nueva comunicación se han recogido 8 observaciones de sifilíticos sobre 62. Actualmente la estadística ha bajado a un 10 ó 12 %. Además, por el contrario, de las obs. antiguas, el cáncer es más frecuente en los sifilíticos tratados y curados con Wasserman negativo (5 enfermos Nos. (¹) 23, 64 y 33). Hubo 3 que tratamos y que tenían en cambio Wasserman positivo, y pu-

(1) Los números de las observaciones corresponden a las historias que no se pueden publicar por su extensión y las figuras 7 y 8 corresponden a fotografías publicadas en nuestro libro en 1944.

dimos evitar el tratamiento antisifilítico antiguo (Nos. 1, 32 y 44). Está de más decir que antes no teníamos la *penicilina* como tratamiento de la sífilis, terapéutica coadyuvante de mucha importancia durante el tratamiento radiumterapéutico. De cualquier manera suponemos que una *leucoplasia de yeso en un sifilítico* debe hacer *siempre sospechar en un cáncer* y es conveniente hacer biopsia y otros estudios adecuados. *De estos 8 enfermos sólo 3 tuvieron leucoplasia, pero la mayoría tuvo adenopatías importantes (5 observaciones).*

Nos habíamos propuesto describir totalmente estas ocho formaciones cancerosas, pero lo juzgamos exagerado, puesto que el material se puede controlar en las historias.

Sólo vamos a comentar algunos hechos de interés, por ejemplo: en la *obs. N° 1* se pudo observar una necrosis por una simple radiumpuntura, gravísima, que coincidía *con el Ho* y que en la actualidad con los antibióticos sería difícil que esto sucediera (*Obs. N° 1*). *Otros dos enfermos: (Nos. 4 y 13)* vinieron en estado muy avanzado de su lesión y murieron de hemorragia sífilis curada anteriormente). *El caso más interesante según nuestro modo de ver es la obs. N° 44* que presentó una forma tumoral *roja florida, en pleno Wasserman positivo*, con *dos biopsias* que solamente determinaban una papilomatosis a células muy jóvenes. Lo operamos por su *hemorragia* extirpándole una gran parte de la lengua, le ligamos la carótida externa antes y encontramos sobre la yugular interna a *tres ganglios*. Todo este material fue estudiado por el A. P. Dr. Scolnick y fue completamente *negativo* desde el punto de vista del cáncer. Nosotros creemos haber hecho bien, puesto que en general estos papilomas muy jóvenes terminan en el cáncer. Además debemos recordar en este momento otro tumor parecido a éste, como se pudo ver en las figs. 4 y 5 del *N° 73*, que también calificamos como un tumor *rojo florido*. Este no tenía sífilis y además la parte de la lengua dorsal tumoral no tenía leucoplasia. La parte roja no blanqueada fue biopsiada dos veces con resultado negativo. Lo operamos y le hicimos un injerto de piel (Dr. Negrin) sobre el dorso leucoplásico no tumoral, donde habíamos resecado esta leucoplasia no cancerizada. En la parte tumoral *se le encontró cáncer*. Sin embargo, este último tumor neoplásico papilomatoso *no era sifilítico*. Lo que te-

nían de *similitud* el N° 44 y el N° 73 *eran las biopsias negativas repetidas*. Es tan paradójal esta comparación *que parecería que lo que más convendría sería ser sifilítico papilomatoso sin tener manchas blancas para protegerse del cáncer*.

Este número 73 es el primer caso a quien se ha efectuado un injerto de piel en la cara cruenta de la leucoplasia.

Interesa recalcar que toda la parte del injerto cutáneo no se ha cancerizado, y progresivamente se ha transformado en mu-



FIG. 9. — OBS. 56. — Cáncer ideal curable a pesar de la sífilis. Localización y caracteres biológicos muy favorables.

cosa. Esto a pesar de haber hecho dos radiumpunturas y de haberlo operado.

La Obs. N° 56 era un específico que se curó con Radium DER y que lo presentamos como el cáncer ideal del tercio medio del margen porque ha hecho una perfecta cicatriz, lisa, elástica y bien móvil. Era una forma úlcero vegetante productiva que permitía la movilidad de la lengua. Mostramos la foto antes del tratamiento (figura 9).

Las Obs. Nos. 46 y 35, ambos leucoplásicos sin ganglios, hicieron una evolución completamente distinta a pesar del mismo tratamiento. Uno para bien y otro para mal.

En resumen: en el momento actual *no se puede considerar la sífilis* como un factor fundamental en el cáncer de la lengua. Puede ser que eso sea derivado de la posibilidad del tratamiento intenso con penicilina y los beneficios de ésta sobre otros elementos.

Es de seguir *estudiando, cuando la sífilis actúa* o no sobre el cáncer, y sobre las indicaciones terapéuticas.

A nuestro modo de ver, *cuanto más joven es la sífilis y el hombre, cuanto más injurias recibe el tumor, los problemas empeoran, principalmente en los cánceres blancos con leucoplasias profundas, lechosas y duras.*

En consecuencia será conveniente en casos similares *la extirpación precoz de dientes que puedan lastimar, de tóxicos que puedan irritar y otros elementos traumáticos, puesto que transforman alguna parte del cáncer y lo hacen más duro a las radiaciones. La penicilina y la estreptomycinina a grandes dosis modificando algunas partes del lecho sífilítico del cáncer pueden mejorar el pronóstico.*

CONFUSIONES DE LAS BIOPSIAS PEQUEÑAS O MAL EFECTUADAS

Lesiones tuberculosas y micósicas.

Granulaciones y papilomas

Podemos mostrar a ustedes *la fotografía N° 10 de una lesión tuberculosa* en forma de tumor en cuya biopsia apareció el folículo **nodular** caseoso.

Vimos otra lesión tumoral tuberculosa de la lengua que nosotros confundimos con un cáncer y que tenía *adenopatía*, estando pronta para hacerle la glosectomía y el vaciamiento. Felizmente el resultado de la biopsia declarando folículos nodulares tuberculosos nos permitió evitar un desastre. En este caso las radiografías no demostraban lesiones pulmonares, mientras que en la primera existían. En aquella no había adenopatía.

Recordamos en este momento *un caso similar de amígdala con adenopatía* que íbamos a extirpar y que también felizmente la biopsia de la amígdala y la biopsia de un nódulo carotídeo llegó al diagnóstico de tuberculosis nodular caseosa pero sin le-

siones pulmonares, evidentes en la radiografía y que se fundió en pocos días con la Roentgenterapia.

Nosotros creemos que los granulomas tuberculosos y los micóticos, en especial, estos últimos más corrientes, pueden ser confundidos con el cáncer cuando las lesiones son tumorales y aisladas. La similitud de los granulomas, si no se estudia el agente que los produce se confunde más que nada con la tuber-

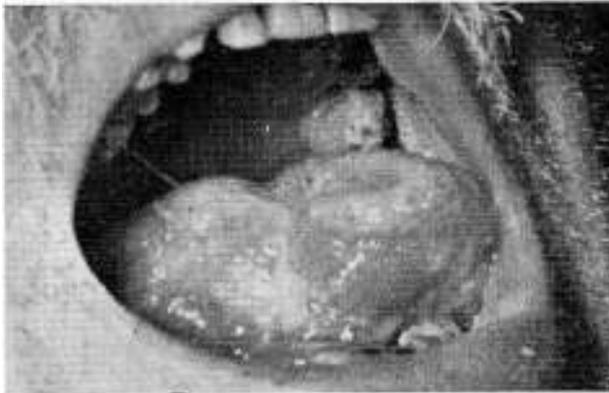


FIG. 10. — OBS. 32. — Obs. de 53 años de tumor tuberculoso. Con lesiones pulmonares. Sin adenopatías. Evolución curable. Recordamos en otra mujer un Fusosarcoma productivo curado con Ra.

culosis pero también con las biopsias granulomatosas del cáncer cuando son pequeños y limitadas a una región.

Nosotros creemos pues, que los granulomas tuberculosos y los micóticos pueden ser confundidos con el cáncer cuando las lesiones son aisladas. La similitud clínica es posible y hay que evitar biopsias granulomatosas del cáncer cuando son extraídas en forma limitada a una región.

Hay otras formaciones de la lengua leucoplásicas y erosionadas que en hombres de cierta edad a pesar de las biopsias negativas deben curarse con el radium (fig. 11 caso del Dr. Hermida).

En nuestro libro se puede observar la potencia del sistema reticuloendotial de la lengua en una foto que muestra un granuloma perfecto en un *lactante de ocho meses* que tuvo una simple ulceración herpética de la lengua dorsal, que degeneró en un

tumor granulomatoso. Por supuesto que no existían factores de dientes, tabaco, alcohol, leucoplasia, ni sífilis, etc. Es, pues, de meditar.

Recordando nuestra definición del tipo del "gran tumor" de la lengua observado en siete casos donde hubo algunas biopsias que decían *papilomas* y otras que decían *granulomas* que luego clínicamente y anatomopatológicamente *fueron cánceres*, se concibe la importancia del mesénquima en el cáncer lingual.



FIG. 11. — (Dr. Hermida). — Glositis. Formas leucoplásicas productivas y erosivas no neoplásicas curables con Radium.

Algunas veces como en los Nos. 47, 75 y 71, encontramos al mismo tiempo *el papiloma y el granuloma*. Mas frecuentemente es sólo *el papiloma* y cuando la biopsia demuestra la *notable juventud* de esas células, creemos que estamos frente a un futuro cáncer. Recordamos el N° 44, *cuya fotografía* presentamos anteriormente.

Los granulomas más puros que hemos observado en las biopsias son los que aludimos a los Nos. 2, 11 y 73. Todos, luego, respectivamente, *presentaron* carcinomas basocelular, carcinoma mixto y carcinomas espinocelular (este último en el acto quirúrgico del N° 73). *Todos los papilomatosos* fueron carcinomas *espi-*

nocelulares, dos con leucoplasias y ganglios (uno de cancerización múltiple simultánea) y el tercero era leucoplásico pero sin ganglios.

Es decir: que los papilomatosos fueron carcinomas espino-celulares con leucoplasias con o sin ganglios. Entre los granulomatosos el único que tenía leucoplasia por fuera de la lesión era el N° 73; adquirió ganglios después de estar un año en cura clínica de la lengua (¿inoculación múltiple?).

PATOLOGIA CLINICA

Ella es por todos conocida y como consecuencia, creemos que solamente puede interesar alguno de nuestros conceptos.

Hay sólo *dos grandes tipos de cáncer de la lengua: el que produce y el que destruye.*

El primero no duele, no se infecta y no inmoviliza con frecuencia.

Adquiere ganglios más tardíamente o no los presenta. Sangra menos y produce más estroma. Si se pone en la balanza la lengua de estos enfermos pesa más, al contrario del cáncer *destrutivo*. *Este último*, que es más grave en todas sus virtudes, *destruye e invade más precozmente* las partes vecinas, sangra y duele y adquiere *adenopatías graves* mucho más frecuentemente. El productivo se desarrolla con pocas molestias y por ello llega tarde a nosotros. *Hoy en día es frecuente y su pronóstico es mejor.*

Veamos nuestra estadística de estos dos tipos de cáncer.

1° *Formas productivas: 15 casos* (la lengua pesa más y es móvil).

4 formas tumorales exuberantes rojas (tres sin adenopatías y una que la adquirió muy tardíamente). Curados desde hace más de tres años, 3 observaciones de las que hemos presentado fotografía.

4 formas de tumores exuberantes blancos en ciertas partes retraídos a pesar de su volumen. Ninguno adquirió ganglios. Dos están curados de más de tres años y una muerta de una metástasis claviclar después de una cura prolongada.

7 formas úlcerovegetantes que engrosan la lengua a pesar

de ser ulcerada. No la inmoviliza y son relativamente lentos en sus adenopatías (ver foto N° 12 que muestra la forma perfecta móvil ulcerada y sin retracción de un tipo productivo úlcerovegetante).

2° *Formas destructivas: 47 observaciones.* La lengua pesa menos, se fija o se mueve menos por distintos motivos.



FIG. 12. — OBS. Pablo F. N° 68. — Forma ulcerovegetante de tumores productivos móviles con caracteres biológicos favorables.

20 especialmente infiltrantes inmovilizando la lengua de su lado.

27 sobre todo ulcerativos retraídos y también frenados en sus movimientos.

De este conjunto queremos armonizar algunos síntomas y algunos factores evolutivos. El dolor, la hemorragia y la infección fétida, demuestran, en principio, la invasión del cáncer y la falta de defensa general. Recalcamos que lo que vale es *el conjunto* del enfermo, donde incluimos la posibilidad de múltiples focos cancerosos (nos referimos al cáncer multicéntrico bucofaringe).

La lengua puede inmovilizarse del lado enfermo por infiltración del músculo y también lo puede hacer por la fijeza adhe-

siva y la retracción. Es muy raro que la parálisis se origine por la adenopatía sobre el nervio hipogloso, demostrando la invasión del espacio suprahioideo. También puede aparecer por un acto quirúrgico demasiado enérgico.

En los "grandes tumores cancerosos" la inmovilización es relativa y sólo se produce *por la masa del tumor*; se trata, pues, de un factor de "peso" que obliga al esfuerzo funcional intenso. La parálisis del lado contrario de la lengua sólo se puede suponer por una sesión quirúrgica sobre la adenopatía del lado contrario.

La inmovilización no permite la rotación, la retracción ni la desviación del lado contrario de la lengua y esto es un elemento importante para tener en cuenta en el momento del *tratamiento*, especialmente del Radium y *de la elección* de otras técnicas. Lo mismo diríamos de la *destrucción y la retracción adhesiva* que modifican completamente la forma de colocar el radium.

LOS GANGLIOS Y LAS ADENOPATIAS

Las cadenas abordables de los ganglios de cuello, de este cáncer que con mayor frecuencia se alcanzan desde su comienzo son las de la Cadena Yugulocarotídea y los derivados de ella.

Tenemos en primer lugar el *Grupo Superior Subdigástrico*, que es a menudo acompañado *de los grupos medio y bajo o sea el del Tiro Linguo Facial y el omohioideo*.

Por debajo del omohioideo sobre el nacimiento de la yugular interna, son más raros y sólo son frecuentes en las enfermedades de sistema como la leucemia. Después de un período prolongado aparecen las adenopatías bajas de la *Cervical Transversa*.

Estos son los cuatro grupos más frecuentes para las metástasis que mantienen aquella electividad descrita por Sébilau, que generalmente son descendentes y homolaterales. Son el fruto de la "*Embolia Linfática*". En cambio, aunque se deriven de esta misma cadena hay otros dos grupos altos que pueden ser mejor explicados por "*Permeación Linfática*" endo y exocanalicular. En estos casos es en los que puede producirse el regurgitamiento de células cancerosas, taponadas por la embolia obstructiva del comienzo, y por otras modificaciones obliterativas de los canales, que se pueden haber provocado por alteraciones linfáticas anteriores biopsias o terapéuticas. Estos *dos grupos altos* de tipo re-

trógrado o por lo menos que no se rigen por las leyes de Sebi-leau, son: el *Subcraneano*, que es continuación del Subparotídeo anterior que continúa al subdigástrico, y el *Espinal*, que sigue *al del espacio retroestiliano*.

Damos por sabido que los cánceres de la lengua, sobre todo en su extensión, invaden las Cadenas Submaxilares, Submentales y Perifaciales del mismo lado.

Pueden ser bilaterales, exclusivamente laterales o controlaterales. Sin embargo, en nuestra estadística, durante el período útil del tratamiento los que gobiernan son los dos primeros grupos mencionados, vale decir, *el conjunto del tumor retrosubángulo mandibular*. Luego también intervienen en la clínica el *subparotídeo* y los de la *cervical transversa y espinal*.

Ya sabemos las relaciones importantes de los ganglios con las venas puesto que en todos los recorridos de ellas existe la posibilidad de acúmulos linfáticos generadores de ganglios cancerosos.

En el período de admisión sobre estos 62 casos se observaron *40 adenopatías unilaterales carotídeas retro-subángulo mandibular*, clínicas solamente en *8 observaciones* esta misma adenopatía se presentó *bilateral*.

Se trata en consecuencia *80 % de ganglios palpables (o no)* en el caso de la lengua horizontal.

Sobre 40 enfermos de estos 62 que hemos operado de sus ganglios *hubo 5 operados sin palpar la adenopatía* y que sin embargo *tenían cáncer* en ella (Nos. 17, 19, 68, 69 y 70). Por el contrario *hubo otros 5 operados con ganglios palpables* que fueron *negativos* en el estudio A. P. (Nos. 40, 41, 48, 58, y 68).

Esto demuestra que el porcentaje de *ganglios es fundamentalmente el mismo con o sin palpación clínica*, puesto que hubo el mismo número de enfermos operados “creyendo que sí”, que no eran cancerosos; que los operados “creyendo que no”, y que lo fueron. Prácticamente siempre existe la adenopatía retro subángulo mandibular que debe ser operada.

La dificultad clínica para determinar la precocidad de la adenopatías es, por el obstáculo a la palpación, por detrás y por debajo de la mandíbula. Peor le será al radioterapeuta que no

estará siempre seguro de la ausencia o presencia de ganglios cancerosos y menos aún de la extensión de ellos, puesto que repetimos hemos operado recientemente enfermos con ganglios en los espacios *subparotídeos anteriores* donde hemos encontrado cáncer que no se podían suponer antes de operar. No creemos que la punción biópsica pueda resolverle totalmente el problema al radiólogo, puesto que aunque sea inocua no es suficiente para el estudio serio de la cancerología.

Las adenopatías altas son siempre más graves que las bajas, así como las controlaterales son mucho peores que las del mismo lado por embolia descendente. Estos detalles son fundamentales para el cáncer puro de la lengua horizontal y podrá ser sostenido igualmente cuando el cáncer invade los surcos, los pliegues, y los espacios celulosos vecinos difundiendo linfáticos y capilares sanguíneos con toda su potencia de destrucción.

Al principio la adenopatía es blanda (pequeña o grande), pero generalmente cuando aparece a nosotros ella ya es "dura". Algunas veces no es palpable pero es de suponer según la lesión de la lengua. La adenopatía se hace luego "enclavada" es decir algo inmovilizada aunque no fija ni adherida. El primer período es el de franca operabilidad curativa y sobre todo *mal llamado profiláctico* "que se hace sin palpar los ganglios". Bien distinto es el tercer período de "fijeza" con distensión o retracción de los planos superficiales y profundos. En estos últimos casos la *carótida primitiva* ya plantea el problema de la dificultad operatoria mucho más que el neumogástrico. Lo común es la resección de la yugular interna salvando la arteria y el nervio. Dudamos que existan casos donde se ligaron las arterias primitivas o se seccionaron neumogástricos bilaterales sin suceder nada de importancia. Al comienzo se puede disecar bien la arteria y el nervio pero luego (estando el tumor adherido a la carótida primitiva) sólo en algunas ocasiones en que el tumor ha comprimido tanto la carótida que le ha cerrado su luz es que se puede seccionar. En caso contrario creemos que es una aventura. Lo que creemos que es indiscutible es que no se puede efectuar la *sección de los tres elementos* al mismo tiempo. La resección del músculo E.C.L.M. la hacemos sistemática porque favorece el acto quirúrgico y porque se hace una resección más amplia sin provocar trastornos en el cuello. El cáncer puede adherirse a la hoja aponeu-

rótica profunda del músculo pero raramente lo invade. Es una maniobra leal.

En las adenopatías fijas o inmóviles encontramos a menudo la necrosis caseosa interna *seudo quística*, que se presta a confusiones en las punciones biópsicas. Sólo hemos conocido en nuestro material una adenopatía propiamente dicha quística con membrana propia descrita por nosotros y estudiadas por el doctor Cassinelli.

La sección de las dos yugulares internas en el mismo acto creemos que no se debe efectuar. Hayes Martin la describe pero no nos ilustra si lo hace en el mismo acto o en otro período terapéutico.

Nos parece que pueden producirse graves trastornos oculares y cerebrales.

Es necesario tener mucho cuidado en la *ligadura del muñón superior de la yugular interna*. Por dos veces, una por arrancamiento del cáncer y otra por negligencia del ayudante, nos ha sucedido observar ese "diluvio de sangre" que hemos resuelto en ambas veces por medio de las pinzas de Kocher. En el *primer caso* pusimos 3 pinzas durante 15 días con mechado en permanencia en todo el lecho operatorio y en el *segundo* pusimos 13 pinzas durante 17 días con mechado similar. Ambos enfermos tuvieron un éxito agradable puesto que siguieron una evolución normal.

El edema de la lengua puede ser inflamatorio canceroso o compresivo. La compresión de venoso es dudoso y en cambio hemos visto grandes edemas blancos de la lengua y de la cara por compresiones o destrucciones operatorias de los linfáticos.

Nosotros hemos ligado dos veces la *carótida primitiva* y en una circunstancia apareció una hemiplegia. Creemos que los resultados dependen de la *edad* y del *estado general del enfermo*. La anemia cerebral y el ateroma arterial comprometen seriamente esta actitud. Además para su ligadura es muy importante que la arteria fuera comprimida antes por el tumor y si lo ha hecho en forma progresiva y lentamente se adapta a una nueva circulación lo que permiten su ligadura sin perturbaciones. En un simpatoma cervical que hemos operado encontramos dos troncos carotídeos, uno formado por la rama interna que estaba aplas-

tada totalmente por el tumor, de hecho significaba una ligadura; y el otro tronco, similar y más profundo, que por sus colaterales sabíamos que se trataba del de la carótida externa que nacía en la parte más baja del cuello, igual que el primero mencionado. No había carótida primitiva.

En dos oportunidades operando en la fosa supraclavicular, una vez a izq., se nos llenó el campo de *un líquido lechoso o sea de linfa*. La buena evolución demostró que se trataba de inundaciones por dilataciones linfoectásicas y no por sección del canal torácico.

Diagnóstico

Todas las lesiones *que engrosan o ulceran* la lengua agrandándola o destruyéndola, rojas o blancas, provocan en algún momento y en especial en el enfermo, el temor o mejor dicho la cancerofobia. Esto es común para las glositis foliadas romboidales y otras más que precisamente no se hacen nunca cancerosas pero que al enfermo le preocupan por su persistencia y el médico no sabe controlarlas porque no las conoce.

Hemos mostrado unas *fotografías* de un tumor especial que es el *angioma de la lengua*, que aunque no fue nunca sospechado de cáncer es interesante haberlo mostrado por el tratamiento que se recibió. Por segunda vez hemos efectuado el tratamiento *por la electrocoagulación* previa ligaduras profundas en V de los pedículos de dicho tumor. Ya se han publicado los resultados que son sumamente halagadores en un tumor que antes no sabíamos cómo resolverlo.

Mostramos también la *fotografía* N° 6 obs. 32 de una tuberculosis tumoral de lengua con ganglios y cuya biopsia dio folículos nodulares y caseosos tuberculosos. Ambos enfermos fueron enviados al Instituto de Radiología por tumores especiales.

También insistimos en las micosis de la mejilla y lengua pues en los tiempos de Sebilau no se planteaba el diagnóstico de estas enfermedades. En el diagnóstico es de darle categoría sobre todo si ellas se localizan en la lengua. La radiografía de tórax demuestra lesiones nodulares, lo cual es importante en el diagnóstico de la tuberculosis.

Desgraciadamente *no podemos ya más determinar la posibilidad de una lesión cancerosa sólo por la palpación indurada*. El

cáncer múltiple nos demuestra que al lado de un cáncer indiscutible y muy duro en su base, hay otros focos que no se palpan. Esto es fundamentalmente importante aclararlo *para que al cirujano no se le culpe de las recidivas, que sólo son focos cercanos que luego se desarrollan.*

Seguimos manteniendo las indicaciones de las biopsias y de las punciones biópsicas, pero pensamos que en el futuro será necesario estudiar las piezas operatorias para la investigación de elementos que pueden ser útiles a nuestra terapéutica.

El enfermo, *foto 7*, con leucoplasias y papiloma fue irradiado con radium sin tener biopsia cancerosa.

Tratamiento y sus resultados

Comencemos por decir que mientras *en el año 44* en el cáncer de la lengua contábamos solamente *un 18 % de curas de más de 3 años, en estas 32 observaciones de lengua horizontal presentamos el 32 %*. Puede llamar la atención que presentemos los *3 años* de evolución en vez de los *5* como es común. Sin embargo en lengua salvo el caso de cáncer múltiples, creemos que con tres años es suficiente para determinar la cura.

Hemos tratado *cerca de 400 cánceres de lengua* y hemos efectuado *entre 1.000 y 1.500 vaciamientos* del cuello.

En principio el tratamiento de elección es la radiumpuntura Diatermo-Eléctrica, (1) sea ella retrógrada o no. Hoy en día algunas veces preferimos reseca el tumor por glosectomía adecuada y luego poner agujas, diatermo eléctricas irradiando la periferia tumoral cruenta de la intervención. La glosectomía sola, puede ser mutilante y poco eficaz. La cirugía que realizamos recientemente nos ha parecido de notable valor por la facilidad de la fijación y de la extracción de las agujas, además de la disminución de reacciones rádicas.

No hacemos el vaciamiento si no suponemos la cura de la lesión lingual y, entonces a *las 4 o 5 semanas operamos el cuello* del lado correspondiente en forma amplia dejando para otra ocasión el vaciamiento del otro lado.

En algunas ocasiones se pueden hacer ambas cosas *en un solo tiempo*; es decir: operar el cuello de un lado ligando la

(1) La técnica de la radiumpuntura D. E. está descrita "in extenso" en nuestra tesis sobre cáncer de lengua.

yugular interna y la carótida externa, extirpando linfáticos, tejidos celulósicos, etc. En ese mismo tiempo se puede hacer la glossectomía con la aplicación de radium bajo anestesia general o la radiumpuntura diatermo-eléctrica retrógrada.

No consideramos adecuado hablar de vaciamiento profiláctico. En cáncer de lengua el vaciamiento es siempre curativo o por lo menos así debe interpretarse.

Creemos que el radium bien puesto y bien fijado es la mejor radiación de la lengua. Lo mismo decimos del vaciamiento de cuello como el mejor tratamiento de las adenopatías poco o apenas palpables.

Es notable que el enfermo siempre viene por el radium, porque quiere evitar la mutilación. Esta última es relativa pero es conveniente no decirle al enfermo la parte de la glossectomía para poner y fijar el Radium, así como para disminuir la cantidad de Ra a poner.

Efectuando la glossectomía parcial con fines de achicar la zona de irradiación y para que la sutura sirva para retener y luego para favorecer la extracción de las agujas; el enfermo, está convencido de la sola aplicación del radium y nosotros sabemos que no lo hemos mutilado y hemos actuado ampliamente.

Es verdad que cada enfermo tiene una indicación. *No es nuestra manera de pensar clasificar los cánceres por centímetros, por grosores y por adenopatías cuyo tiempo de evolución se desconoce.*

En principio los tumores muy grandes y muy rojos son mucho mejor que los blancos, y los tumores ulcerados con pérdidas de peso del órgano y fijados son terriblemente malos. Los tumores úlcero-vegetantes papilomatosos o granulomatosos son relativamente ventajosos como hemos mostrado en algunas fotos.

La Ro., el Cobalto y el Betatron, estos últimos en los que todavía no tenemos gran experiencia, no creemos que puedan ser más radicales que una buena glossectomía terminada por la radiumpuntura D. E. retrógrada y con cirugía de cuello.

La radiumpuntura D. E. que nosotros hemos efectuado por *vía retrógrada*, por disposición de la aguja de Reverdin curva o recta cuyo mango está activado por una corriente de alta frecuencia de coagulación la hemos efectuado en la lengua y en las

amígdalas. Ella se puede ver en las figuras de trabajos anteriores. Lo fundamental de nuestra técnica es que se pueden pasar las *agujas de Reverdin antes del radium* disponiéndolas todas con la distancia exacta puesto que el radium va a ocupar luego su lecho.

En algunas ocasiones por la profundidad y por el trismus, por la inmovilidad o retracción de la lengua sobre el piso de la boca hemos efectuado la radiumpuntura por *vía transcutánea*, por *vía transubmaxilohiodea* y en la base de la lengua la hemos efectuado por nuestra *faringotomía vertical*. Es muy importante en este último caso evitar comunicaciones de la saliva con el cuello, en un irradiado, pues ella *corroe los vasos del cuello*. Es igual que la acción de la saliva en los huesos desnudos e irradiados. Aquí aparecen las indicaciones de los injertos sobre vasos y huesos desnudos.

Antes de mostrar nuestra técnica recordemos que los primeros en hacer la técnica de la radiumpuntura D. E. fueron los nunca olvidados Prof. Dr. Carlos Butler y Dr. J. Morelli. La función de la diatermocoagulación es especialmente la facilidad con que entra la aguja de radium o la aguja Reverdin y además la disminución de la hemorragia y mismo si se quiere la ampliación de la actividad.

El procedimiento que usaban estos autores tenía para nosotros un solo defecto y era que las agujas mostraban por donde entraban, pero no se podía observar dónde quedaba la punta distal. En esa forma mostramos las radiografías que demuestran perfectamente bien la falta de homogeinización del radium.

Poco a poco hemos efectuado distintas formas de agujas de Reverdin con mango plástico y con el enchufe metálico que trasmite electrocoagulación. También tenemos distintas formas y longitudes así como bajalenguas especiales y abre bocas de materiales especiales para que no pueda transmitir la electricidad.

En las figuras 119, 120, etc. de nuestro libro se puede ver lo que nosotros denominamos las agujas *de doble ojo y de doble punta*, que sería a nuestro criterio el modelo más perfecto para colocarlas y extraerlas con facilidad. Dificultades lógicas no nos han permitido efectuar el doble ojo y la doble punta en todas las agujas del Instituto, y aún más hacer fabricar agujas de Reverdin de curvas y medidas adecuadas a los distintos órganos. La obser-

vación de todos los hilos de entrada y salida permiten comprobar los focos de Ra. (1)

La crítica de la inoculación por la aguja de Reverdin es falsa, y jamás demostrada en la clínica. La acción destructiva necrosante de la electrocoagulación también es incierta, siempre que la rapidez de la experiencia no permita el titubeo de la mano del operador que debe hacer todo en forma enérgica y rápida.

La cirugía, ya dijimos que frecuentemente es fácil de efectuar, tiene la ventaja de curar, o pretenderlo, en el acto, sin



FIG. 13. — Observación reciente. Glossectomía fijada con hilos "blancos" que anudan por fuera de los "negros" que sostienen y marcan las agujas de Radium.

reacciones de epitelitis dolorosas del enfermo, pero no puede ir muy lejos, para evitar la mutilación. Nosotros hemos pensado últimamente que *resecando* el tumor, la *radiumpuntura* será mucho más eficaz, y como su cantidad de radium *será menor, las quemaduras serían de menor consecuencia* (ver foto 13). Por el momento estamos convencidos de todo esto. Además, el cirujano extirpa exactamente lo que él cree necesario porque teme la mutilación, y entonces nosotros creemos que él puede auxiliarse con las agujas que luego al suturar la herida operatoria con buenos colgajos quedan perfectamente fijas. En estos últimos meses hemos te-

(1) Anales de Oto. R. L. del Uruguay, 1950. Curieterapia en O. R. L. (Prof. Adj. Dr. J. C. Oreggia).

nido ocasión de hacer esta técnica en dos enfermos de los que Uds. pueden ver uno en la foto N° 13, y que realmente hemos quedado admirados de las ventajas que se obtienen, en especial en la fijeza de las agujas y la fácil extracción al sacar los puntos.

Recordemos que para tener la sensación de que un cáncer se ha curado, es necesario tener la *cicatriz sin defectos, elástica y móvil*, como mostramos en la foto 16. En estos últimos casos, se puede hacer la técnica diatermo eléctrica retrógrada o la dia-

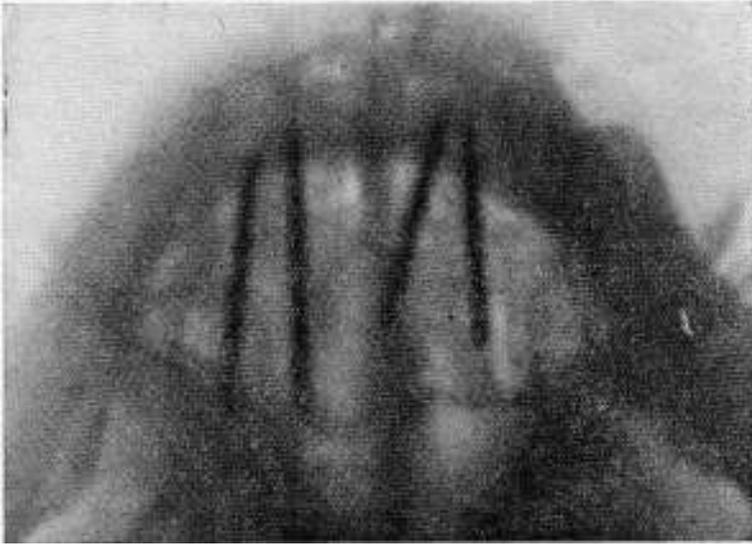


FIG. 14. — En esta radiografía se ven las agujas de radium de Regaud en un plano horizontal. Colocadas en la parte media del dorso lingual, la situación que ellas adquieren es viciosa. Este hecho se evita con las agujas de ^{ojo}doble ojo • por glosectomía y fijación de las agujas al borde de la herida.

termo eléctrica directa. Se puede admitir que algunos la hagan sin la actividad de la coagulación.

En cualquier tratamiento elegido con radiumpuntura, este tiene la gran ventaja de no ser mutilante y por ello el campo que se puede tratar es mucho más grande que con el bisturí eléctrico solo.

El sistema de efectuar la *glosectomía terminada con la radiumpuntura, previa ligadura de la Carótida Externa y descubrimiento ganglios carotídeos* es de notable interés. En los no

especializados puede existir la creencia errónea de la mutilación por defectos cicatrizales simples que no producen en realidad ningún trastorno funcional. Somos de aconsejar que en principio *no se le diga al enfermo* lo de la extirpación sino lo de la radium-puntura. De cualquier solución que seamos responsables existen *algunos atributos* de indicaciones fundamentales para cirugía, radium y vaciamiento.

1º *Preparación de la boca.* Extracción importante y fundamental de los dientes que lastimaron al tumor, que dificultan el campo quirúrgico, que pueden producir trismus, que favorecen la reacción necrótica de la mandíbula, y que luego durante y después de la aplicación del radium traumatizan dolorosamente la zona tratada. Estas indicaciones son rigurosas tanto en la técnica de glosactomía y radium como en la radiumpuntura sola.

Se puede preparar el campo quirúrgico con antibióticos y sulfas locales y generales, antes, durante y después de la ejecución del tratamiento.

2º *Estudio del volumen del cáncer a irradiar.* Cálculo de la cantidad y distribución de las agujas en r o en MCD, así como el tiempo de permanencia.

3º *Es fundamental la anestesia general.* Desde ya adelantamos que cuando fijábamos las agujas sin la sutura necesitábamos la anestesia general para su extracción. Hoy con la fijación por la sutura en los enfermos que ayudan podemos evitarlo.

Nuestro anestesista, Sr. Cranwell, se ha dedicado a hacer la anestesia permitiéndonos usar todo material eléctrico, tanto en la Cirugía como en la Radiumpuntura. D. E. Pentotal, Curare, Novocaína, intravenosa, Demerol y Petidina son las bases de nuestras anestесias. En algunas ocasiones se podrá usar Protóxido o Trilene con Oxígeno. Por supuesto que todo el instrumental para boca tiene que ser de material plástico.

4º *Extracción de la lengua y "agarre" de la masa del tumor,* como se puede ver en la *foto 13.* Esto último para los ulcero-productivos. En esa forma, con o sin incisión de los frenos medianos y laterales de la lengua, con o sin incisión de la mejilla se puede efectuar una perfecta Cirugía con anestesia general pero no olvidando que la extracción de la lengua modifica las relaciones anatómicas y que luego su nueva retracción modificará la colocación de las

agujas de Radium. En este momento no queremos hablar de las vías transmandibulares, tipo monoblock y comandos, comandos modificados, porque estamos hablando de lengua bucal. Aunque

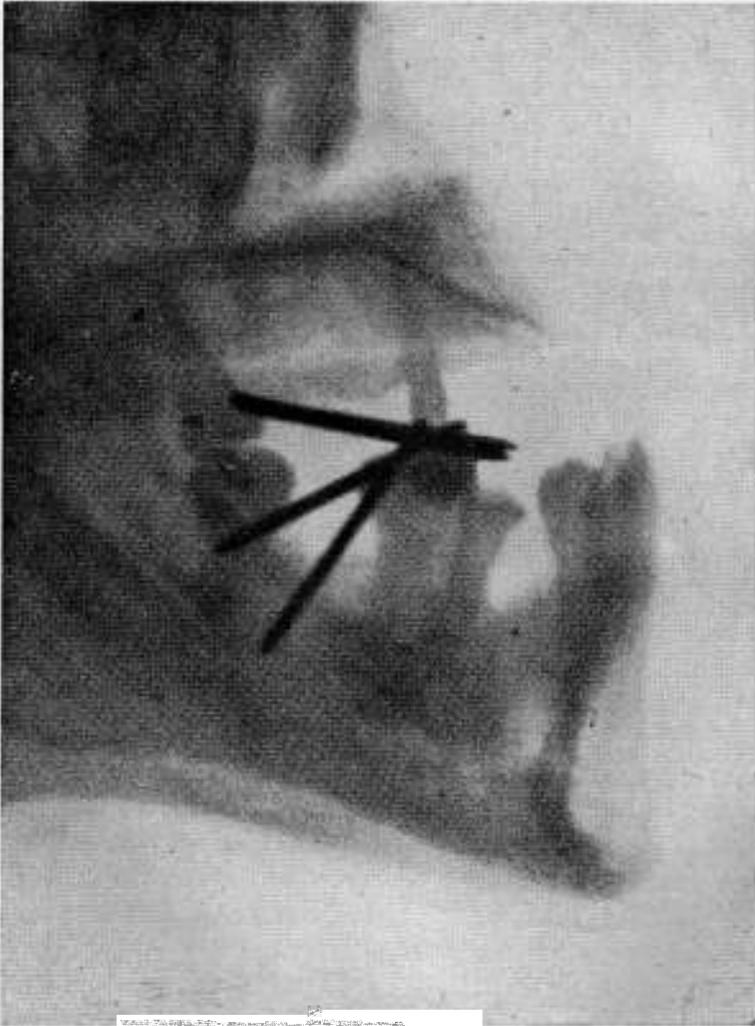


FIG. 15. — Esta segunda radiografía de perfil demuestra los mismos inconvenientes que la anterior, vistos en un plano sagital. Estos defectos de las agujas de Regaud, enhebradas solamente en la "popa", se solucionarán por medio de nuestras agujas que, enhebradas en la "popa" y en la "proa", controlarán la situación definitiva de ambos cabos. Obsérvese que las dos agujas superiores fueron colocadas en forma retrógrada, de atrás adelante y, en cambio, las inferiores, de adelante atrás.

en algunas ocasiones puede haber motivo de estas indicaciones no es nuestro sentimiento el abrir nuevas derivaciones que serían interminables.

5º *Con extirpación total del tumor o no*, la glosectomía está indicada en las formas úlcero productivas, bastante frecuentes en esta época. La distribución de las agujas de Radium se dispone en forma transversal u oblicua con o sin carga diatermo-



FIG. 16. — OBS. TIP● 39. — Enfermo curado con Radiumpuntura y vaciamiento (1953).

eléctrica, por nuestro método de la aguaja de Reverdin o por instrumentos empujadores.

Lo fundamental es la homogénea disposición y fijación.

Con nuestras agujas de doble ojo y de doble hilo, se ve la entrada y la salida de cada aguja, y es fácil estar seguros de la homogénea irradiación. Las agujas pueden ponerse en un segundo tiempo si hay dificultades de fijación.

6º *Fijación de las agujas*, por doble hilo, o mejor aún, por la sutura de la herida del cáncer extirpado. Hay casos fáciles de fijación, hay otros sumamente difíciles porque la mucosa que está cercana a la parte extirpada o a los bordes del cáncer propiamente dicho es sumamente frágil.

7º *Colocación de sondas nasal*, esofágica de alimentación y en algunas ocasiones raras, *traqueotomía*.

8º *Mantenimiento durante 7 días del rádium*, bajo opiáceos y sedantes si es necesario. Depende del enfermo todas las circunstancias, aún mismo de la buena alimentación generalmente efectuada por sonda nasal. El hecho es evitable, movimientos de la lengua, dolorosos e inconvenientes.

Indicaciones de antibióticos, nebulizaciones bucales, para evitar gárgaras y toques.

Los hilos de las agujas se fijan sobre la mejilla con tira emplástica.

9º *Radiografías y tomografías* de control del radium. Algunas veces las hemos efectuado antes de colocar las agujas para



FIGS. 17 y 18. —
●bservaciones recientes. Epitelitis que da cierto optimismo local.

ver la extensión del cáncer, pero generalmente su indicación es después del acto operatorio, a veces repetidas para ver si persisten las agujas en el lugar que les corresponden (figs. 14 y 15).

10º *Extracción del radium con anestesia general si es necesario*. A veces hemos visto esto sumamente facilitado por el enfermo y sobre todo desde que hacemos fijación por la sutura de la herida operatoria. Está demás decir que se necesita usar un hilo fuerte en las agujas.

11º *Continuar el postoperatorio*. En principio los primeros 7 días son tranquilos y luego aparece la *epitelitis* membranosa, presagio de posible curación como pueden ver en las fotos N° 17 y N° 18, del Dr. Prof. Kasdorf y mía, respectivamente. Ella dura alrededor de 15 días y luego desaparece en los 7 días más. En resumen, un mes de evolución. Es raro pero pueden

sobrevenir hemorragias y tumefacciones infecciosas. Siempre hacemos la ligadura de la carótida externa, por lo que creemos que las hemorragias son excepcionales. En raras ocasiones las hemos



FIG. 18

visto aparecer por el otro lado de la lengua. Las tumefacciones infecciosas son cada vez menos frecuentes con los antibióticos.



FIG. 19. — Cura del N° 76. Más de 4 años

12° *Para pensar en una curación* o por lo menos en buenos resultados es necesario que la cicatriz de la lengua sea flácida, móvil y que retome su forma sin frenos, retracciones, ni adherencias (foto N° 19).

Resultados favorables

Teniendo en cuenta que calculamos como suficiente el período de 3 años de curas, contamos: 19 curados en 62 o sea 30 %,

1º Curados por *Radiumpuntura y vaciamiento*, 11, de los cuales 10 epitelomas y 1 fusosarcoma (6 con ganglios positivos).

Nº 3 G. positivo (1)

Nº 59 G. bilaterales positivos

Nº 6 G. negativo

Nº 70 G. hiperplásico

Nº 34 G. positivo

Nº 72 G. positivo

Nº 39 G. negativo

Nº 75 G. positivo

Nº 57 G. positivo

Nº 76 G. negativo T. (2)

y el Nº 32 Fusosarcoma con ganglio negativo.

2º Curados por *Radiumpuntura sin que el enfermo aceptara el vaciamiento.*

8 Epitelomas.

Nº 2 Marginal

Nº 43 Marginal

Nº 75 T. rojo (2)

Nº 67 T. blanco (3)

Nº 9 Marginal

Nº 21 Vientre

blanco retraído

Nº 71 T. rojo (2)

Nº 76 Marginal

Además se curaron un *angioendotelioma* (Nº 58) con *electrocirugía, del dorso de la lengua* y una *papilomatosis juvenil* (tratado como un Gran Tumor rojo) con HO (Nº 44) curado con *electrocirugía* y vaciamiento negativo del cuello.

Remarcamos finalmente:

1º) Que hubo dos grandes tumores que no se curaron a pesar de estar en buenas condiciones durante un tiempo prolongado, fotos de los Nos. 73 y 43 (rojo y blanco respectivamente).

2º) Que insistimos en que de los tumores grandes se curaron 5 sobre 7, que en la actualidad ya han cumplido tres años.

3º) Que abre nuevas esperanzas nuestra técnica de la cirugía-radium de la lengua.

4º) Que se han curado algunos Grandes Tumores rojos sin vaciamiento del cuello (3 en 5).

(1) Ganglios.

(2) Gran Tumor rojo.

(3) Gran Tumor blanco.