

Seccional de cabeza, cuello y torax

Coordinador: Dr. Frederik Giuria

CANCER DE LA OROFARINGE

Prof. Agreg. Dr. Juan Carlos Oreggia

(Jefe del Servicio del H. Pasteur — Otorrinolaringólogo del Inst. de Radiología)

La faringe es una retro-cavidad de la fosa nasal, de la cavidad bucal y de la laringe. Los tumores malignos epiteliales y conjuntivos adquieren gran parte de su sintomatología de las modificaciones que sufren estas tres porciones de la cabeza y cuello.

Los tumores que nacen a ese nivel, malignos, son epiteliales o conjuntivos. Son mucho más frecuentes los epiteliomas que los sarcomas. Predomina la edad adulta del sexo masculino aunque son relativamente frecuentes en la mujer y raros pero posibles en el niño

Los cánceres de la faringe alta, o sea de la faringe nasal, se caracterizan habitualmente por la obstrucción, la epistaxis, la secreción y luego las modificaciones de la voz y de la audición. Existen dos formas muy importantes que la clínica debe descubrir porque su sintomatología algo distante del sitio de nacimiento del tumor puede distraer la atención por un largo tiempo. Nos referimos a las formas nerviosas y a las ganglionares. Entre las formas nerviosas se deben distinguir tres síndromes importantes. Los dos primeros derivados de la extensión del cáncer en la bóveda del cráneo, y el tercero derivado de la compresión por la adenopatía de los últimos pares craneanos. Estos tres síndromes son: 1) El síndrome de la oftalmoplejía más o menos

total. 2) El síndrome petro-esfenoidal de Jacob. 3) El síndrome ganglionar de la adenopatía de Krause.

Los cánceres de la faringe alta son sumamente linfáticos, y en el período de estado llegan según nuestras observaciones al 82 % de adenopatías cancerosas.

El tratamiento de estos cánceres, epitelomas y lifosarcomas, es la roentgenterapia terminada o no, en la lesión local y en la adenopatía, por la curieterapia de superficie.

Los cánceres de la faringe baja, prácticamente del adulto, siempre epitelomas, raramente en la mujer, tienen dos localizaciones fundamentales e importantes por su evolución, pronóstico y tratamiento.

Los estudios radiológicos y la endoscopia directa han permitido separar claramente el cáncer interligamentoso del intercartilaginoso.

El cáncer de la hipofaringe o faringe baja, retrocavidad de la laringe, se presenta a nosotros en general con síntomas de vecindad, puesto que la disfagia es tardía y poco acentuada. Los cambios de la voz, la tos, los trastornos de la respiración, los esputos hemorrágicos, la fetidez del aliento, y, finalmente, recalcando esta expresión, la adenopatía es de esencial importancia para atraer la atención en el estudio de la faringe baja.

Junto con la faringe nasal, la faringe laríngea, son las dos regiones que en los tumores malignos producen más corrientemente, por su forma ganglionar, los tumores duros de cuello, adheridos, que se confundían antiguamente con el branquioma y en la actualidad con los linfosarcomas de cuello y con los tumores atípicos de la glándula parótida y la glándula tiroides.

En el momento actual no se concibe el diagnóstico de un tumor maligno aparentemente primitivo de cuello sin el estudio riguroso, y repetido, de las tres porciones de la faringe.

El cáncer interligamentoso, localizado entre la membrana tiro-hioidea y el repliegue ariteno-epiglótico, es un epiteloma productivo, vegetante, que aparece al estudio laringoscópico con relativa precocidad. Es más benigno que el intercartilaginoso

porque aparece más pronto a nosotros y es menos linfático. Su forma histológica y la conservación del estado general, permite que sea tratado con buenos resultados por medio de la roentgenterapia.

El cáncer intercartilaginoso tiene atributos de malignidad especial. Cáncer de nacimiento profundo, de forma infiltrante destructivo, traumatizado permanentemente por el pasaje y los movimientos de la deglución, entre el cartílago tiroides y el cricoides, es un cáncer también infectado. Es el verdadero cáncer del seno piriforme que perfora en coraza el cartílago tiroides, o bien el cricoides y regiones vecinas para infiltrar la laringe y dar la inmovilidad de la cuerda vocal.

Tumor maligno del hombre viejo, de adenopatía uni o bilateral baja y muy adherida, histológicamente bien diferenciado no es un cáncer de la roentgenterapia, sino de la cirugía. En la actualidad con los progresos de la anestesia, los antibióticos, y las técnicas quirúrgicas, la cirugía rinde resultados muy superiores a los que anteriormente se indicaba como única terapéutica, o sea la roentgenterapia. Las faringectomías y las laringofaringectomías son de elección para este tumor maligno, acompañadas sistemáticamente del vaciamiento del cuello y del faringostoma.

CANCER DE LA OROFARINGE

Nos vamos a extender en los tumores malignos que nacen en la faringe bucal porque en este período estamos actuando en forma más eficaz, así lo creemos, que anteriormente.

Posiblemente intervengan aquí nuevamente los factores aludidos en el seno piriforme, que nos permiten abordajes electroquirúrgicos sin poner en peligro la vida del enfermo, y evitando mutilaciones importantes que siempre es un punto a considerar.

Desde el principio, antes de entrar a fondo en el tema, es necesario acentuar que las indicaciones terapéuticas que luego ofreceremos, son recientes. Por ello no podemos aún definir los resultados de los cinco años, pero en cambio podemos afirmar ante ustedes que nuestros resultados son halagadores, a pesar de haber sido efectuados en enfermos ya radiados anteriormente.

Como desde ya es conveniente ir conociendo nuestra inten-

ción quirúrgica, es necesario entender que nos referimos a la electro-cirugía y a la electro-radio-cirugía.

Las ventajas fundamentales de nuestra conducta la vemos: 1º) En el vaciamiento sistemático del cuello y la ligadura de la carótida ext.; 2º) en el abordaje relativamente fácil de los cánceres que por su intenso trismus o por su extensión desconocida, no permiten el abordaje por vía natural, y no admiten buenos resultados con la terapéutica radiante; 3º) la resolución inmediata viendo la lesión, en toda su extensión, y resolviendo tempranamente los dos elementos, el local y el ganglionar, en un solo acto terapéutico. Seguimos creyendo que la adenopatía cancerosa no es curable por la roentgenterapia; 4º) finalmente porque esta conducta es la única que nos permite la visión, la palpación y el examen histológico de los tejidos cancerosos de la lesión primaria de su vecindad, de sus límites y, principalmente, de los ganglios regionales.

Matrices del cáncer de la faringe bucal. — El epitelio pavimentoso pluriestratificado de esta región, junto a las glándulas anexas, al tejido conjuntivo, y especialmente al linfoideo, da nacimiento a epitelomas pavimentosos y cilíndricos, y sarcomas linfo y fibroblásticos.

Estos tumores tienen tres regiones fundamentales de nacimiento, regiones que forman la matriz del neoplasma con caracteres macroscópicos, microscópicos y de extensión vecina o a distancia, de la misma naturaleza, y que conduce a la misma concepción terapéutica, o sea la terapia de la matriz del cáncer.

Las tres matrices fundamentales del cáncer de la faringe bucal son: 1º) el velo del paladar y la úvula; 2º) la logia amigdalina (amígdala, arco palatino y surco amígdalo-gloso); 3º) la región gloso-epiglótica (base de la lengua, fosas gloso-epiglóticas o valéculas, y cara anterior o lingual de la epiglotis libre o supra-hioidea).

VELO DE PALADAR Y UVULA

El cáncer que nace a este nivel es fundamentalmente un epiteloma pavimentoso, puesto que el tipo cilíndrico puro y el adeno-carcinoma no llega al 10 % de frecuencia. El sarcoma,

linfo o fibrosarcoma, es aún más raro no llegando al 5 % en total.

El epiteloma de esta región lo aceptamos mientras él no invada los arcos palatinos ni la región amigdalina, ni la región retromolar, y que no presente trismus. Cuando traspasa los límites que hemos descripto, será imposible discernir el punto exacto de su nacimiento, y en consecuencia será también de suma dificultad entenderse sobre la terapéutica a efectuar.

Implantación y extensión. — Hasta el año 1947 hemos observado 44 cánceres, de los cuales dos de ellos sarcomas (uno linfo y otro fibrosarcoma).

En este capítulo tendremos en cuenta solamente 42 observaciones de epiteloma; 26 de nacimiento central y 16 marginales.

De los 26 casos de origen central y uvulares, 15 eran espino-celulares no queratinizados, 5 epitelomas no clasificados, 2 cilíndricos, 2 a células redondas y 2 tipo intermediario.

De los 16 marginales o laterales, predominaban ampliamente, otra vez, 10 observaciones de espino-celular no queratinizado. Observamos 4 epitelomas no clasificados y 2 a células redondas.

Llamamos la atención que no hemos encontrado ningún epiteloma baso-celular y aunque entre los no clasificados pudieran existir alguno de ellos serían siempre sumamente raros.

La extensión, vale decir, la invasión de matrices distintas de las de origen, se desarrolla en otros casos que no tenemos en cuenta en este momento, hacia el paladar óseo, región amigdalina y mucosa de la faringe nasal.

Adenopatías. — El tumor regional es muy frecuente aunque no precoz. Generalmente unilateral.

La forma ganglionar, o sea la adenopatía cancerosa como síntoma singular es excepcional; es decir, el enfermo llega con sintomatología local.

Entre las 42 observaciones de epiteloma, 26 tuvieron adenopatía cancerosa en el período de estado.

Etiología y patogenia. — En este cáncer no intervienen los agentes traumáticos infecciosos o irritativos, que se encuentran

en el cáncer bucal. Tampoco es común observar estos enfermos en período de pre-cáncer. No es frecuente la leucoplasia y tampoco la sífilis. Estos caracteres lo separan completamente del cáncer de la boca, y posiblemente infunden caracteres especiales en la histología que hemos descrito. Nos referimos especialmente a la ausencia del epiteloma queratinizado.

Formas evolutivas. — Este epiteloma es generalmente destructivo. Algunas veces infiltrante, y raramente vegetante. Es un cáncer poco infectado y que evoluciona lentamente, por lo cual el período previo a la admisión se debe aceptar prolongado, posiblemente cercano a un año. Su tardía admisión explica el porqué, a pesar de sus caracteres relativamente ventajosos, es tan frecuente su adenopatía.

El “cáncer en mariposa” destructivo central y marginal, es una denominación que hemos dado a una forma observada por nosotros en variadas circunstancias. Lo interesante de esta forma es que en la mayoría de las veces concurren antes al especialista de piel y sífilis. Y lo importante de esto es que dicho especialista la trata como una sífilis, sin tener en cuenta no sólo el diagnóstico equivocado sino también la exacerbación gravísima que producen los tratamientos arsenicales, mercuriales, y aún los bismúticos. Es todavía más caprichoso este hecho al afirmar nosotros que todos los exámenes de sangre son negativos, y que en el único caso reciente de sífilis en una mujer, existía al mismo tiempo el neoplasma. Insistimos en el frecuente error al plantear el diagnóstico de sífilis en las formas destructivas del paladar blando del tipo de la mariposa porque aún siendo su localización de preferencia, se olvida la presencia de la adenopatía neoplásica.

El cuerpo de la mariposa lo forma el residuo de la úvula, y las alas están formadas por la destrucción cóncava del velo del paladar con tendencia hacia las regiones amigdalinas.

Las otras formas de evolución, que como siempre hemos dicho son a tipo destructivo y siempre infiltrantes, son las centrales unilateralizadas, y las marginales generalmente destruyen en profundidad.

Tratamiento y estadística. — Hasta el año 1947 los resultados de sobrevida de más de 5 años fueron de 24 %. En estos

casos se instituyó la curieterapia, la roentgenterapia, y el vaciamiento de cuello.

LOGIA AMIGDALIANA

La matriz amigdaliana presenta epiteloma pavimentoso y linfosarcomas. El linfoepitelioma de Regaud o epiteloma linfoideo de Lemaitre ha sido muy discutido, algunas veces como en la escuela americana se le ha clasificado como un sarcoma. En nuestras observaciones no contamos con ningún caso clasificado en esta forma. El linfosarcoma apareció ante nosotros en el 12 %, lo cual está muy cercano a la estadística de Hayer Martin, que lo ha visto en el 14 %. Lemaitre en su estadística coloca el linfosarcoma en el 37 %.

El cáncer de la región amigdaliana si bien puede nacer en el arco palatino, en el pilar posterior, en la foseta supraamigdaliana, o en el surco amigdalogloso, en el período de estado se presenta invadiendo parcial o totalmente la logia amigdaliana. No desconocemos que en su evolución puede alcanzar nuevas matrices, especialmente la glosa-epiglótica y la rinofaríngea. En este momento sólo nos dedicaremos a los neoplasmas que no han traspasado la matriz de la región amigdaliana. Para evitar confusiones subrayamos desde este momento que la invasión para-amigdalina, que se caracteriza inconfundiblemente por la inmovilidad de la región y por el trismus, forma parte del cáncer amigdaliano, y acepta aún las indicaciones terapéuticas que luego vamos a describir.

Implantación y extensión. — Nuestra estadística hasta hace 4 años comprende 40 casos de cánceres localizados a la matriz descripta. Entre ellos 4 linfosarcomas. Preferimos clasificar el aspecto del período de admisión sin entrar en el estudio sutil e innecesario, en estos casos, de la implantación. La matriz amigdaliana presenta ciertas dificultades para poder dominar con exactitud el punto inicial de la lesión.

Entre las 40 observaciones, 8 o sea el 20 % se presentaron limitadas a una porción de la región; 16 eran totales o sea el 40 % y los restantes 16 casos o sea el 40 % eran invasores por

igual hacia arriba, a la foseta supratonsilar y las otras hacia abajo, hacia el surco amigdaló-gloso.

No hemos clasificado la fijeza o movilidad de la región, aunque aceptamos esto de capital importancia para el futuro.

Se estudiaron anatómo-patológicamente 36 enfermos. 4 eran linfosarcomas y 32 epitelomas pavimentosos. Entre estos últimos contamos con 12 baso-celulares, 6 espino-celulares (uno córneo), 6 no clasificados, 4 embrionarios y 4 mixtos. Contrariamente al epiteloma del velo de paladar y úvula en la amígdala es frecuente el baso-celular.

Adenopatías. — La adenopatía cancerosa es más frecuente que en la forma anterior. En el período de admisión aparece en el 80 %. Entre este 80 % podríamos eliminar un 20 % de adenopatías operadas con resultado negativo histológico, pero no lo hacemos por existir aproximadamente un 15 % de ganglios que no fueron sometidos al control histológico, pero que posiblemente eran metástasis cancerosas.

Las metástasis miliares subcutáneas, que caracterizan las difusiones linfáticas superficiales, descritas entre otros por Lemaitre, las observamos en dos casos. Se trata de embolias de los linfáticos superficiales que aparecen en los enfermos ya tratados por la cirugía o por las radiaciones.

Etiología y patogenia. — La matriz amigdaliana del neoplasma no presenta corrientemente las formas del pre-cáncer de la boca. Es rara la coincidencia con la sífilis. Los neoplasmas de esta región son bastante frecuentes en la mujer. 12 casos del sexo femenino y 28 en el hombre demuestran lo que acabamos de afirmar.

Formas evolutivas. — Es bastante frecuente la forma destructiva (18 casos) y también la forma úlcero-vegetante (10 casos). La forma productiva, confundible con la hipertrofia amigdaliana apareció en 9 casos, y la pseudo-flemonosa por infiltración neoplásica se observó en 3 enfermos.

Antes del período de admisión el enfermo transcurre más de un año entre su forma latente y la de la poca alarma. Estos son los motivos por los cuales llegan tarde a nosotros con más de un año de evolución.

En el período de admisión son frecuentes las formas dolorosa y la otálgica (16 y 6 observaciones). Por su interés diagnóstico y por los comentarios que pueden derivar del estudio histológico de las intervenciones en falsas hipertrofias y flemones amigdalianos, en nuestras observaciones en 5 circunstancias se prolongó el diagnóstico de amigdalitis crónica, en 4 el de hipertrofia amigdaliana y en 3 el de flemón periamigdaliano. Las formas ganglionares no son corrientes (2 observaciones) porque generalmente existe una sintomatología llamativa en la faringe. En estos casos se trata de adenopatías de otras formas que ya hemos enunciado. Aunque excepcional, el cáncer amigdaliano puede aparecer como adeno-flemón de cuello, por el reblandecimiento agudizado de la forma ganglionar (1 observación).

Es de recalcar la frecuencia de las biopsias negativas en estos cánceres. Es necesario repetirla en algunas circunstancias, efectuar verdaderas intervenciones quirúrgicas, para poder encontrar en la profundidad el núcleo canceroso.

Tratamiento y estadística. — Hasta el año 1947 contamos con curaciones de más de 5 años en el 12 % con la roentgenterapia sola y en el 28 % con la curieterapia local y el vaciamiento del cuello. La roentgenterapia efectuada por Hayer Martin (35 %) y Coutard (32 %) ha dado resultados muy superiores a los que describe recientemente Ducuing que sólo obtiene 8 %.

La adenopatía de estos cánceres tiene una localización especial sub-digástrica que permite la irradiación simultánea con el mismo foco de los ganglios y de la lesión local.

Tiene mucha importancia la localización de este cáncer en regiones de infecciones crónicas como la amígdala y de adenopatías catarrales tan frecuentes por causas ajenas al neoplasma. En el futuro la extirpación de amígdalas en los adultos y los exámenes histológicos sistemáticos, así como los vaciamientos de los ganglios correspondientes a los cánceres, aún sin caracteres neoplásicos, permitirán indicaciones más perfectas y mejores resultados.

Creemos que en el momento actual la mejor terapéutica de la matriz amigdaliana es la electro-quirúrgica local y ganglionar, sobre todo en las formas móviles de estas regiones. En las formas fijas es de aconsejar recurrir a la radio-cirugía. La técnica de

Bernard, o sea la del decolamiento de la cara incindiendo la parte media del labio inferior y prolongando la incisión por debajo del borde inferior del maxilar inferior, que luego a su vez la aumentamos con la incisión de la logia carotídea para el vaciamiento completo, es una espléndida conducta. Comenzamos por el tiempo aséptico, o sea el del cuello, y terminamos quirúrgica o radioquirúrgicamente con la intervención del tumor amigdaliano.

En las formas fijas no siempre es posible la operación de Bernard, por el trismus. Este trismus no desaparece con la anestesia general. En algunas circunstancias la extirpación de los dientes y muelas nos ha permitido favorecer la manipulación local. Generalmente es mejor recurrir a la faringectomía lateral del mismo lado o del lado opuesto si fuera necesario el vaciamiento bilateral. La faringectomía lateral está descrita en los tratados de cirugía y no vamos a describirla por entero. Sin embargo es necesario recalcar que es fundamental para el amplio campo operatorio reseca el hueso hioides, la glándula submaxilar y parte del cartílago tiroides. Nuestras últimas intervenciones nos han permitido dominar la mesofaringe por completo, desde la úvula hasta la epiglotis, desde la base de la lengua hasta la pared posterior de la faringe, incluyendo ampliamente la región amigdaliana con su extensión hacia arriba y hacia abajo.

Posiblemente el éxito de estas intervenciones, en sus resultados primarios, sin mutilaciones importantes, deriva del faringostoma que dejamos por sistema para evitar difusiones cervicales y pulmonares y la ligadura sistemática de la carótida externa que nos preserva de las hemorragias inmediatas o mediatas de los primeros 20 días. Aún en los casos irradiados anteriormente hemos obtenido óptimos resultados primarios y cuenta con nuestra mayor simpatía por el hecho de que este faringostoma en 2 meses se achica enormemente, al punto que su cierre a posteriori es simple y eficaz.

REGION GLOSO-EPIGLOTICA

La matriz epitelial de la base de la lengua, de las fosetas glosa-epiglóticas, y de la cara anterior o lingual de la epiglotis libre, produce casi exclusivamente epiteliomas pavimentosos. Hasta

el año 1947 hemos observado 75 enfermos. Nos limitamos a los cánceres que se mantienen en la matriz descrita, sin olvidar que ella puede ser invadida por los cánceres amigdalianos, y que ella a su vez, aunque sin mayor frecuencia, puede desarrollarse hacia arriba hasta el velo del paladar, y hacia abajo hasta la hipofaringe y morder luego la cavidad laríngea.

Implantación y extensión. — La mayoría de estos neoplasmas toman punto de partida en la base de la lengua. Marginales o centrales, uni o bilaterales, tienen la frecuencia del 30 % en relación a los cánceres de la lengua bucal.

Entre estos 75 epitelomas pavimentosos hemos observado en 26 casos epitelomas-baso-celulares, 21 espino-celulares (12 queratinizados), 14 intermediarios, 8 no clasificados, 4 sospechosos, y 2 negativos aunque la clínica confirmó el neoplasma. Aunque no observamos con frecuencia el pre-cáncer ni las lesiones leucoplásicas, los tipos cutáneos de los epitelomas son más comunes que en las matrices que hemos descrito anteriormente.

Ya hemos mencionado la extensión de estos cánceres hacia las amígdalas y hacia la faringe baja y cavidad laríngea. Nos falta subrayar la extensión de los mismos hacia la piel supra-hioidea, carácter fundamental para comprender el significado de su invasión completamente distinta de la epiglotis y vestíbulo laríngeos que se desarrolla fundamentalmente debajo del hioides invadiendo la región pre-epiglótica. Esto tiene una importancia enorme para entender porqué la cara lingual de la epiglotis es primordialmente faríngea, igual que sus bordes, y porqué en cambio la epiglotis fija y el vestíbulo son nítidamente laríngeos, y en consecuencia el porqué los cánceres glosio-epiglóticos corresponden a las faringectomías mientras que los cánceres laríngeos y laringo-faríngeos corresponden a las laringectomías y a las laringo-faringectomías, o sean las intervenciones totales de la laringe ensanchadas.

Adenopatías. — El cáncer glosio-epiglótico presenta a su ingreso adenopatías cancerosas en el 72 % (55 observaciones), y ganglios sospechosos en el 9 % (6 observaciones). Adquiere adenopatías cancerosas después de su admisión en el 7 % (5 obser-

vaciones). Por lo cual se deduce que prácticamente sólo el 12 % no presenta la metástasis linfática.

Los vaciamientos efectuados en 23 enfermos fueron positivos en 21. Al contrario del cáncer de la lengua bucal que tiene un 30 % de vaciamientos negativos, en esta localización no llega al 10 % la negatividad histológica. En esto se parece mucho el cáncer glosio-epiglótico al cáncer del piso de la boca, que cuando presenta ganglios o adenopatías el examen microscópico demuestra casi en su totalidad la presencia de elementos cancerosos.

Etiología y patogenia. — Cáncer de la edad adulta del hombre, y con alguna frecuencia de la mujer, no tiene atributos infecciosos, irritativos y traumáticos que intervengan en su aparición y en su evolución. La presencia de la sífilis está muy lejos de ser parecida a la de la lengua bucal. Solamente en 6 casos, o sea algo menos del 10 % eran sifilíticos en su reacción de Wassermann.

Formas evolutivas. — En general el cáncer glosio-epiglótico es un cáncer que nace en la base de la lengua, es destructivo y es unilateralizado. La forma productiva se ve solamente en el principio de su evolución y es especial de los tumores que nacen en la cara lingual de la epiglotis. Algunas veces aparecen formas infiltrantes que inmovilizan la lengua de su lado, y entonces se bilateralizan y adquieren adenopatías de los dos lados. Las formas ganglionares son raras, especialmente en relación a las típicas de la rinofaringe y del seno piriforme. Las adenopatías forman un tumor más bajo que el submastoideo rinofaríngeo y del subretroángulo maxilar amigdaliano, ocupando generalmente la región carotídea al nivel del tronco tiro-linguo-facial en el 55 %. En los demás hemos observado el tumor extendido hasta el omohiideo.

Tratamiento y estadística. — Nuestros resultados hasta el año 1947 que se trataban exclusivamente con roentgenterapia y vaciamiento de cuello han sido 30 % de curaciones o sean 24 casos. Análogos resultados habíamos obtenido con la curieterapia y vaciamiento al tratar la lengua bucal sobre 105 observaciones.

La discusión de los vaciamientos profilácticos o curativos nos parece superflua en estos cánceres. La abundancia de adenopatías en el período de estado y los exámenes positivos histológicos de

los operados nos induce a pensar que frente a la imposibilidad de ser exactos sin el exámen histológico, los cánceres glosopiglóticos deben sufrir el vaciamiento completo y total como sistemático. Serán muy pocos los casos de resultados negativos y ojalá que en el futuro aparezcan con mayor frecuencia.

Otra discusión que está en juego es si el vaciamiento debe ser hecho antes o después del tratamiento local. Nuevo problema planteado inútilmente. Se resuelve por la lógica; hay que atacar antes el más peligroso, el más grave. Si el cáncer local por su extensión y su configuración e histología hace presumir una posible curación primaria, y si por el contrario la evolución de la adenopatía y sus caracteres hace pensar en la invasión de nuevas regiones, no es posible contar con la tan mentada acción defensiva de los ganglios. Posiblemente por esta discusión inútil es que en el momento actual ha aumentado nuestra conducta electro-radio-quirúrgica, que en un solo tiempo alcanza a destruir por lo menos la lesión objetiva y palpable cervical y local. La incisión en copa de champagne que hemos descripto ya hace algunos años, nos permite el vaciamiento completo, la ligadura de la carótida externa, la faringectomía con amplio campo de abordaje a la matriz glosopiglótica, terminando con el faringostoma que no sólo nos pone al abrigo de complicaciones sino, que nos permite la visualización de la zona cancerosa operada, y favorece en casos especiales la radiación directa de la topografía lesional.

CANCER DE TIROIDES (1)

Tomás Chiara

En el año 1947, siendo interno de la clínica del Prof. Larghero, hicimos un estudio de todas las piezas de resecciones tiroideas reunidas por éste durante 25 años de actividad como patólogo y obtuvimos que un 16 % del total de piezas resecaadas eran cánceres.

(1) Trabajo de la Clínica y Laboratorio Patológico y Experimental del Prof. Larghero.