TRATAMIENTO DEL CANCER DE LABIO

Dr. MIGUEL GRAS ARTERO
(Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital
de la Cruz Roja de Barcelona)

La presentación de estos dos casos nos lleva de nuevo a la tan discutida conducta a seguir en el tratamiento del cáncer cutáneo; ¿terapéutica física?, ¿cirugía?

No hemos podido llegar a conclusiones definitivas a pesar de nuestro interés, excepto en casos, como los presentados en esta comunicación, recidivados después de tratamiento con terapéutica física; en esto sí que el criterio aceptado por todo el mundo e indiscutible es el de que, el único tratamiento debe ser el quirúrgico.

Caso I

Preoperatorio

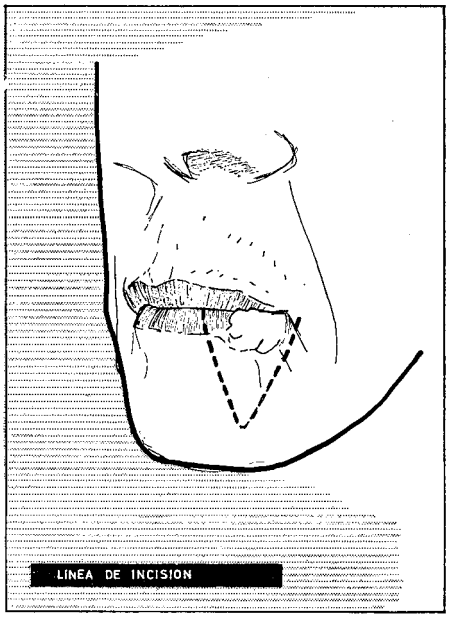
Postoperatorio

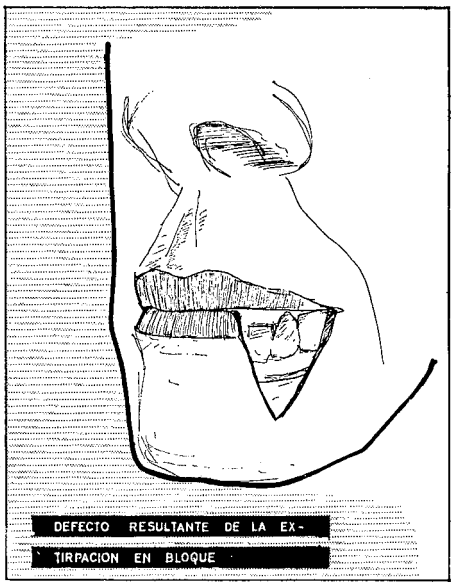
No hay, tal vez no pueda haber todavía, unanimidad de criterios; hay que reconocer que es difícil llegar a un acuerdo, pero es también forzoso reconocer que este asunto preocupa y mantiene una cierta intranquilidad en el ánimo de los que nos vemos obligados a tratar este tipo de lesiones. Buena prueba de ello la constituye el hecho de erigirse en tema favorito de discusión en muchos Congresos, Symposiums, Reuniones, etc. (Torino, mayo 1961; París, septiembre 1961, etc.).

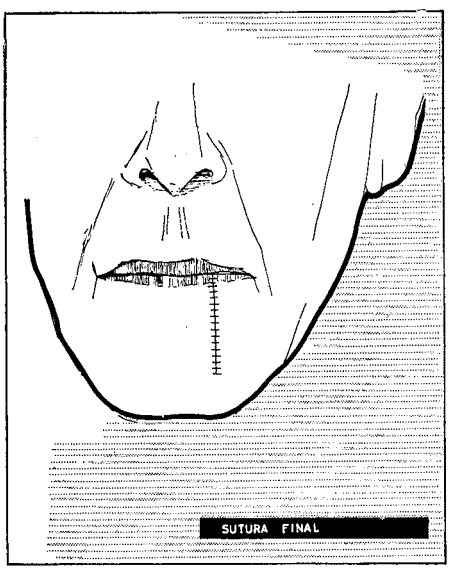
Ahora bien, como dice Dulanto, «es difícil comprender cómo se acepta la cirugía en el fracaso de las radiaciones y se puede objetar su empleo como terapéutica inicial».

Recuerdo haber oído decir a Vilanova en una conferencia sobre este tema, que «el cáncer cutáneo debe ser tratado por el procedi-

Caso I



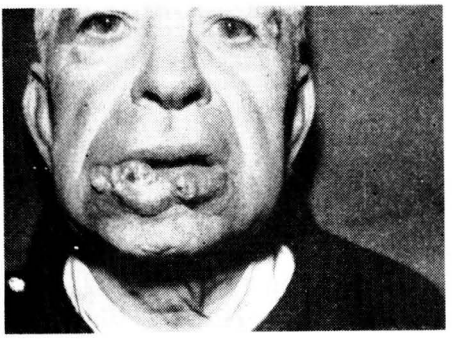




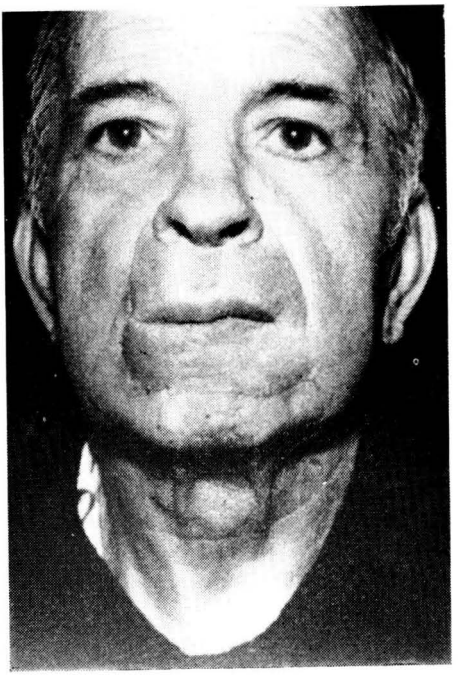
miento que se domine más, con el que se esté más familiarizado». Con motivo del Ciclo de Conferencias para postgraduados organizado por la Asociación de Cirugía Plástica de la Academia de Ciencias Médicas de Barcelona, en marzo 1963, decía el mismo autor: «No estoy en contra de la cirugía, pero sí puedo decir que con radium curamos muchos cánceres; y hay que tener presente que lo que cuenta son las estadísticas».

En un Symposium sobre el Cáncer (Playa de Aro, mayo 1962) y refiriéndose al cáncer en general, el Dr. Armengol del Llano ponía sobre el tapete la misma cuestión. En la Mesa Redonda de «La Cirugía Plástica del Cáncer de Cara» y en amistosa discusión, el Doctor Campos reconocía que, en algunos aspectos la cirugía iba ganando posiciones (las redidivas, el epite-

Caso II



Preoperatorio



Postoperatorio

lioma plano cicatrizal), pero insistía también en que «si no les convencíamos con estadísticas las cosas seguirían en el punto actual».

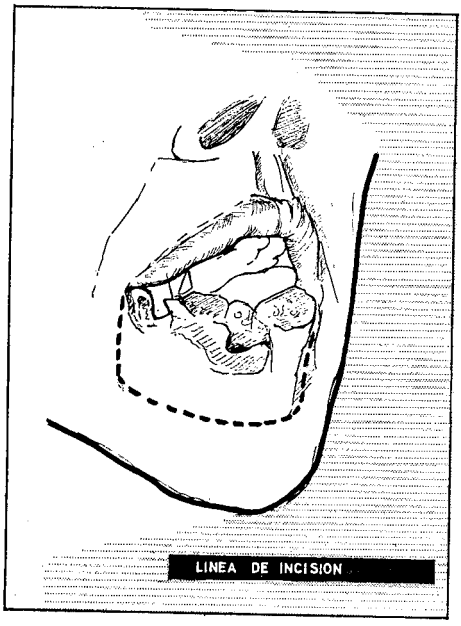
Veamos ahora la opinión del Dr. Moragas Viñas, muy valiosa a nuestro juicio por ser su criterio fruto del cruce de su formación barcelonesa y americana (Clínica Mayo): «La discusión sobre el tratamiento del carcinoma cutáneo entre las diversas especialidades nace de un enfoque parcial del problema al afrontarlo desde una técnica terapéutica en vez de hacerlo desde unos sólidos conocimientos anatomopatológicos.

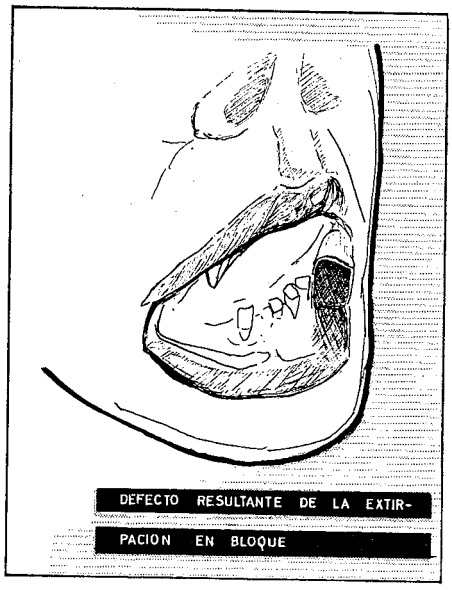
El melanoma maligno, a pesar de que algunos radiólogos mantienen la necesidad de irradiación, és eminentemente quirúrgico con extirpación diferida de los ganglios regionales, a lo que podrá añadirse las perfusiones con citostáticos en los situados en las extremidades, cuando nuestras técnicas nos lo permitan.

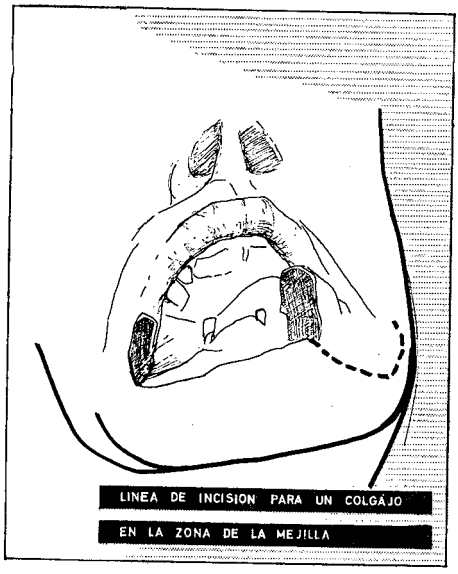
Los carcinomas espinocelulares pueden abordarse terapéuticamente con técnicas quirúrgicas o radiológicas. No obstante, la cirugía presenta ventajas indudables en los casos en que el tumor asienta sobre pieles atróficas, con degeneración senil avanzada, o en áreas afectas de antiguas radiodermitis. El control histológico es indispensable.

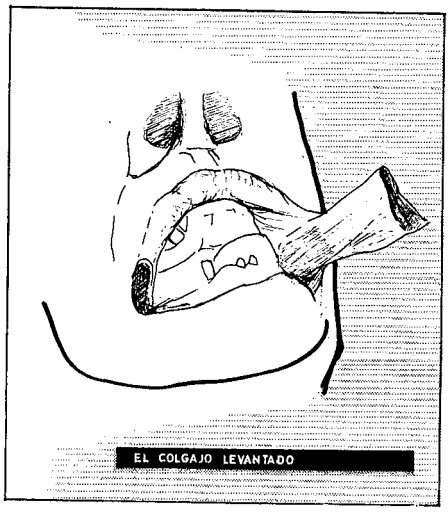
Los carcinomas basocelulares son los que, a pesar de su relativa benignidad por falta de metástasis, originan las mayores discusiones al tratar de decidir la terapéutica más segura. Los sólidos o los superficiales con una buena cápsula conjuntiva rodeando el creci-

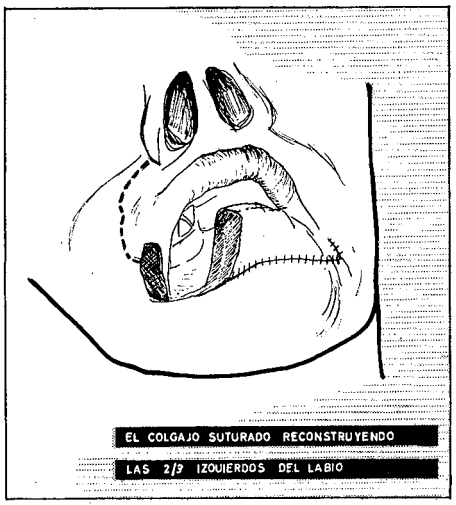
Caso II

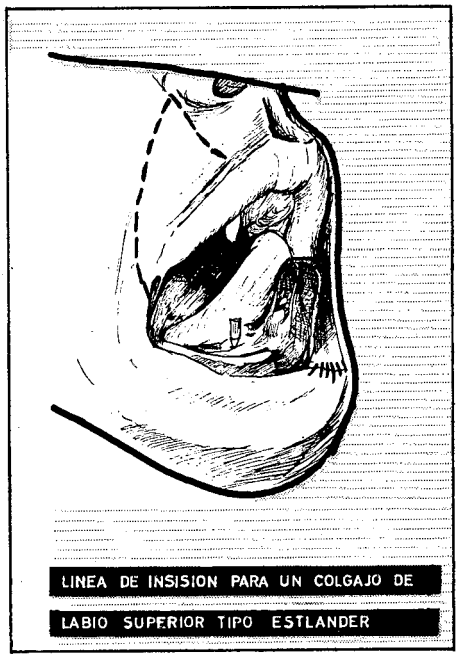


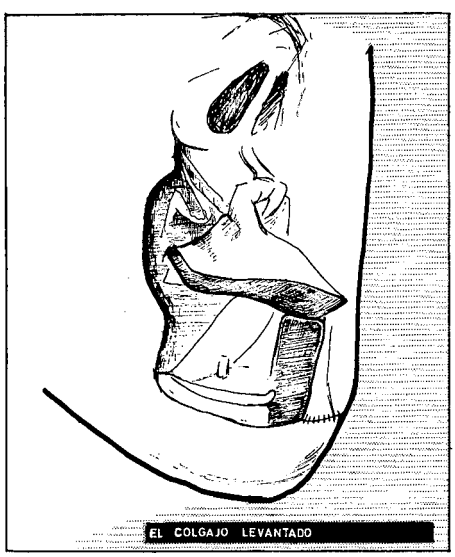


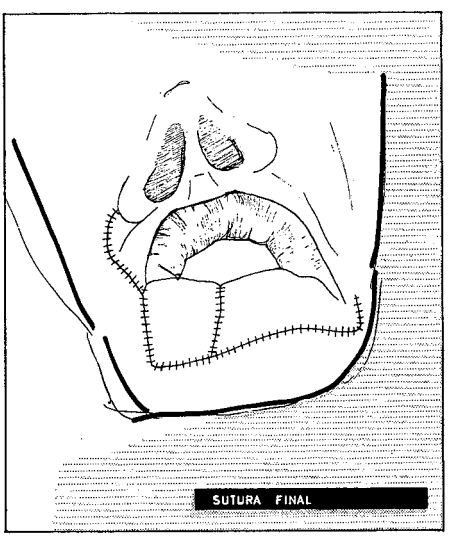












miento epitelial, curan perfectamente después de un cuidadoso legrado con cucharilla seguido de coagu'ación que no precisa ser demasiado contundente. Los esclerodermiformes deben ser tratados quirúrgicamente, ya que su fuerte reacción fibrosa les hace poco ase-

quibles a las radiaciones. Los terebrantes y estiloides pueden ser tratados por radiaciones o quirúrgicamente, siendo el grupo en el que mayor número de recidivas se presentan y en el que la quimiocirugía ha proporcionado los mejores resultados permitiendo la solución de este tipo de tumores inabordables de otra manera».

Como consecuencia y como opinión personal creo poder afirmar que la tendencia general actual se inclina hacia el tratamiento quirúrgico; el hecho de no existir lesión alguna en la que esté contraindicada y el perfeccionamiento y simplificación de las técnicas, han influido de manera decisiva.

Se ha llegado a un acuerdo sobre algunos tipos clínicos (recidivas, epitelioma plano cicatrizal) pero no sobre otros; no obstante, creemos que el cáncer que cura con radium consigue la misma curación más rápida y segura con cirugía y normalmente con procedimientos de poca importancia.

Estamos seguros de que las estadísticas que podamos presentar dentro de unos años confirmarán plenamente este punto de vista.