

## BENEFICIOS DE LA ROENTGENTERAPIA PALIATIVA EN NEOPLASIAS INOPERABLES \*

Dr. J. MALARET VILAR

Miembro Corresponsal de la Real Academia de Medicina de Barcelona

Director del Servicio Central de Roentgenología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona

**T**RATÁNDOSE de la Real Academia, debemos empezar dando una explicación por no usar más sobriedad en el título de la disertación, como sería, por ejemplo, simplemente *La röntgenterapia en el cáncer, El radiólogo frente al cáncer inoperable*.

Permítasenos algunas divagaciones acerca de como interpretamos el enunciado y significado que damos a sus palabras.

Por *beneficios* podemos entender: El bien, fruto, provecho, servicio o utilidad, etc., que se puede lograr.

*Röntgenterapia*: No rádiumterapia.

*Paliativa*: Atenúa, aplaca o suaviza, etc.

No pretendemos una acción curativa absoluta y permanente, como en el caso de muchas afecciones no malignas, que fué objeto de una ponencia en el último Congreso Internacional de Radiología celebrado en Copenhague, así como en la mayoría de los pequeños epitelomas de la piel de la cara (véase Anales del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo, septiembre de 1936); y en los dos, y a veces tres primeros grados de neoplasias del cuello del útero, asociados en estos casos al rádium, etc.

Ni producimos tampoco una acción perjudicial o perniciosa, de todos conocida, cuando no está indicada o mal practicada, y que la responsabilidad no corresponde siempre exclusivamente al radiólogo, al recibir éste de algunos compañeros, las indicaciones y a veces las dosis.

Aquí tenemos que rendir o tributar un acto de justicia y admiración, entre varios, al Dr. MARAÑÓN repitiendo sus palabras (Boletín del Instituto de Patología Médica, V. 5, núm. 1 enero 1950) "Las dosis deben encomendarse a la experiencia del radiólogo. La fijación previa de las dosis por el internista es actitud no recomendable". Y entre nosotros al Dr. A. PEDRO

---

\* Conferencia dada en la Real Academia de Medicina de Barcelona el 15 de diciembre de 1953.

PONS y a otros. Así en dos enfermas distintas, afectas las dos de miastenia gravis, dejaron a nuestro criterio la cuestión de la técnica y de la dosis, habiendo publicado posteriormente el buen resultado conseguido en los Anales de Medicina, septiembre de 1951.

*En:* Algunas, muchas, bastantes, todas? Bastantes.

*Las Neoplasias: ¿Malignas? ¿cáncer,* Este último diagnóstico se modificó o no se aceptó en varios de los casos que vamos a exponerles a continuación, por haber obtenido una cura temporal o aparente, o una recuperación, incluso de años en alguno de ellos. Esto mismo sucede, por desgracia para los radiólogos, en otros países. Recordamos haber leído últimamente en una revista de cirugía del sur de la nación vecina, el caso de curación de un sarcoma de fémur de un joven, diagnosticado por la clínica, radiología y biopsia, al que sólo se trató con roentgenterapia a la dosis de 6.000 r. Al no observar lesión alguna residual en una radiografía practicada a los 6 meses rectificaron el diagnóstico.

*Inoperables:* En todos ellos hubiera resultado la operación inútil, intolerable, imposible, etc.

Para mayor interés hemos procurado escoger casos, buscando más la variedad que lo espectacular de los mismos.

En cuanto a las conclusiones, que es el objetivo principal de este trabajo, además de su divulgación, veremos que concuerdan con las publicadas en la literatura médica internacional de estos últimos años.

Observación núm. 27.507, 8-I-51. R. O. M., 65 años.

Desde hace unos 7 meses nota dificultad en la deglución y molestias en la región amígdalo-faríngea del lado derecho, seguido de desnutrición. Posteriormente, abultamientos cervicales que aumentan paulatinamente de tamaño, así como dolor irradiado, y gran palidez del semblante hasta adquirir aspecto de caquexia.

A la exploración vemos gran hipertrofia de la amígdala derecha, que está ulcerada e impide ver la úvula y la faringe, de consistencia semidura, y adenitis cervical del mismo lado, extendiéndose la infiltración hacia el velo del paladar y maxilares; gran dificultad en abrir un poco la boca y a la deglución.

Reconocida por tres competentes especialistas en otorrinolaringología, recomiendan tratamiento roentgen con la idea de reducir y localizar las

lesiones, y posteriormente intervenir, imposible entonces, dada la extensión del proceso y el mal estado general de la enferma.

*Diagnóstico:* Sarcoma de amígdala con adenopatía inoperable.

*Biopsia:* Confirmativa.

Al final el estado general es muy bueno y por tacto vaginal sólo se observa una induración en el fondo del útero y un plastrón en la pared vaginal anterior.

Es tratada con 3.000 r. en el campo lateral derecho y 2.000 en el izquierdo. En total 5.000 r. Tolera perfectamente las irradiaciones y a los pocos días cesa el dolor, puede abrir más la boca y disminuye la tumorción así como las adenopatías, hasta que al terminar el tratamiento han desaparecido completamente y no aqueja molestia alguna al tragar.

A los 8 días, depilación del contorno de la nuca, que fué temporal, y ligera movilidad de algunas muelas, al desaparecer el edema de los maxilares y eritema; a los 15 días, pigmentación.

Al mes el otorrinolaringólogo comprueba la curación.

Nosotros consideramos la recuperación de la enferma como cura temporal o aparente, y creemos que el tiempo lo confirmará con una recidiva o una metástasis.

No es considerado así por otros compañeros, que dudan del diagnóstico anterior, en vista del buen resultado tanto local como general obtenido por la roentgenterapia.

A los dos años persiste la curación local.

Desgraciadamente, poco tiempo después aparece disnea, tos y ahogo. Se practica una radiografía (7-IV-53) que pone de manifiesto múltiples imágenes metastásicas en ambos campos pulmonares que a los tres meses (1-VII-53) terminó con el éxitus como era de creer.

Observación núm. 20.681; 12-XII-46. R. B., 68 años.

Operada de nefrectomía del lado derecho, por neoplasia en diciembre de 1945.

Antes del transcurso de un año, aqueja malestar general con hinchazón de ambas extremidades inferiores, así como de la parte baja del abdomen, con circulación complementaria.

Debido a la extensión de las lesiones era imposible efectuar el tacto vaginal al empezar el tratamiento.

*Diagnóstico clínico,* por varios competentes ginecólogos: Metástasis en parametrios.

*Tratamiento:* Roentgenterapia, del 12-XII-46 al 8-II-47. Para reducir la parte inflamatoria se comenzó con dosis progresivas desde 100 r hasta llegar a las 200 r. Se realizaron 17 sesiones en el campo anterior, con un total de 2.500 r; 17 en el campo posterior, total 2.500 y 1.000 r en cada campo lateral. En total 7.000 r.

A la mitad del tratamiento por tacto vaginal se aprecia notable mejoría.

A los dos meses, desaparición de las lesiones, por lo que se duda del diagnóstico histológico, practicado a raíz de la intervención.

Después de tres años y medio de llevar vida normal, salida de metástasis múltiples en la piel confirmadas por un distinguido dermatólogo, falleciendo a los 3 meses (21-IV-51).

Observación núm. 18.143. L. V. L., 14-IV-45.

Desde hacía más de un año, molestias urinarias con hematurias y poliquiurias. Hace 5 meses dolor en el muslo izquierdo irradiado a rodilla y pierna que le dificulta el caminar.

Es *diagnosticado* de neoplasia de próstata con metástasis ósea en el tercio superior de fémur, que se confirma con una radiografía, siendo por consiguiente inoperable.

Es tratado por un ilustre urólogo con preparados hormonales y no logrando gran mejoría se aconseja practicar *roentgenterapia* de la metástasis incluyendo la próstata. Desde el día 9-V al 2-VII-45 administramos 36 sesiones repartidas en tres campos: anterior, posterior y lateral externo, sesión de 200 r diarias. En total: 3.200 en el anterior, 3.200 en el posterior y 2.000 en el lateral. Total, 8.400 r.

Al terminar el tratamiento han desaparecido los dolores en la extremidad, notable mejoría del estado general y de las molestias urinarias. Las radiografías consecutivas, practicadas cada dos meses, demuestran el curso de la total curación de la metástasis ósea al medio año. Puede caminar 4 horas seguidas y llevar vida normal sin trastorno alguno. El buen resultado obtenido hizo suponer se trataba de un error diagnóstico.

A los dos años vuelven las molestias urinarias, por lo que se aconseja *roentgenterapia* de próstata, abarcando en el mismo campo el tercio superior del fémur por el brillante resultado conseguido anteriormente.

Irradiación del campo anterior: total, 2.350 r. Campo posterior, 2.350 y campo lateral izquierdo, 2.400 r. Total, 7.000 r.

A los dos meses, al ser explorado, no se encuentra lesión en la próstata. Puede continuar sus ocupaciones habituales hasta más de dos años,

después de los cuales reapareció la neoplasia, que paulatinamente terminó con la vida del enfermo.

Observación núm. 7.651. A. P., 67 años. 11-XII-36.

Desde hace muchos años tenía la mama izquierda retraída a consecuencia de frecuentes infecciones locales.

Hace más de un año, retracción y escoriaciones a su alrededor que fueron aumentando, hasta que a los dos meses se formaron tres grandes ulceraciones. Ultimamente se presentó edema en la piel y pequeños nódulos en todo el campo pectoral. Fué visitada por un eminente cirujano, haciendo el diagnóstico de carcinoma inoperable.

Se propuso *roentgenterapia*.

Se hizo el tratamiento con un total de 4.750 r, empleando incidencias tangenciales, comprendiendo toda la glándula mamaria y la región supraclavicular, así como la axila sembrada de ganglios.

Al mes todas las ulceraciones están cicatrizadas, incluso la del pezón. La piel está normal después de la descamación provocada por el eritema roentgen.

A los tres meses aparece una metástasis de la mama derecha y se propone nuevo tratamiento roentgen, que se realiza con un total de 4.250 r.

Perdimos de vista a la enferma el día 17-VII-36. Ya suponíamos el final, que después de la guerra nos confirmaron los pocos supervivientes que quedaron de su familia.

Como complemento de esta última historia, veamos lo que decíamos hace veinte años en los Anales del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo, año 1935, núm. 52, a propósito de "Radiodiagnóstico y radioterapia de un cáncer de mama con metástasis ósea" y en el Congreso celebrado en Perpiñán al año siguiente.

"Es evidente el gran partido que se ha podido lograr en el tratamiento de esta metástasis carcinomatosa ósea, pues aunque el problema no está definitivamente resuelto, creo interesante presentar el caso expuesto, porque parece demostrar la posibilidad de obtener una curación local, mediante el tratamiento con radioterapia profunda, cuando se irradia oportunamente.

¿Curará definitivamente esta enferma sin sufrir recidiva ni otra metástasis? Con el tiempo será posible contestar con certeza a esta pregunta. De momento tenemos que esperar que Dios haga más de lo que hemos hecho nosotros.

He pretendido en esta comunicación despertar la curiosidad y el in-

terés, demostrando, como se puede con buena técnica radiológica, aliviar los dolores y molestias, reparando al mismo tiempo las modificaciones producidas en los huesos por la metástasis carcinomatosa, ya que dicho tipo de metástasis es una complicación frecuente en los cancerosos.

Por consiguiente, frente a una metástasis carcinomatosa en un hueso, la terapéutica física representa una indicación primordial, quizás la más práctica y la que debe sistemáticamente emplearse.

En los huesos de las extremidades, puede usarse el rádium en las condiciones de técnica expuestas por el Dr. CARULLA, así como en los huesos planos superficiales, cuando se trata de lesiones poco difusas y poco profundas.

En los demás casos debe emplearse la radioterapia profunda, usando rayos muy duros, focos a gran distancia, campos grandes y una técnica fraccionada que permita acumular altas dosis sin llegar a la radioepidermitis intensa.

Finalmente, ¿cómo evitar las metástasis? El factor cirujano hasta ahora casi ha sido el único que ha jugado un gran papel, y digo hasta ahora, porque creemos sin quitarle valor que de la misma manera que antes se operaban todos los epitelomas del labio y actualmente, a medida que el radioterapeuta va conquistando terreno, sólo en contados casos debe intervenir, y lo que decimos del labio se puede aplicar al cáncer de la piel, así como al del cuello de la matriz. ¿Ocurrirá lo mismo con el cáncer de la mama? Nuestra opinión actual es que mientras no se establezca de modo sistemático la previa irradiación extensa a la intervención quirúrgica, no adelantaremos un paso."

"La manera más evidente de observar los resultados que se obtienen con la radioterapia me parece que es escogiendo las dos últimas historias clínicas particulares, de las diferentes variedades que se observan frecuentemente, y deducir las consecuencias prácticas en los casos de cáncer de mama inoperables, en las metástasis en la piel del campo operatorio, en los ganglios supraclaviculares, en los huesos y en las cicatrices queloidianas.

Mi interés sólo es contribuir a divulgar por medio de los resultados obtenidos en los casos expuestos, el gran avance conseguido en estos últimos años con la radioterapia y comprobar que administrada a dosis intensas de 3.000 a 6.000 r a 50 cm. de distancia foco-piel, con rayos penetrantes de 180 a 200 kilovoltios, filtros de 1 ó 2 mm. de Cu y en acción prolongada de 15 a 30 días, es capaz de esterilizar el cáncer de la mama cuando existen verdaderas células cancerosas, dejadas en el campo operatorio y esparcidas por la esfera de su acción, cosa difícilmente obtenida

empleando otras técnicas. Ya que no podemos tener la seguridad de haber conseguido extirpar todas las células neoplásicas que existían en actividad en los casos correspondientes a los tres últimos grupos de la clasificación de Steinthal; incluso en el grupo segundo, pueden existir los ganglios de la mamaria interna, que como los de la axila pueden estar invadidos por la propagación neoplásica y que por su situación fuera del campo de la cirugía es por lo que siempre aconsejamos la irradiación antes descrita, con lo cual podemos conseguir la destrucción de todas las células cancerosas en actividad que podrían escapar a la intervención quirúrgica, así como en las localizaciones ganglionares inextirpables y en las propagaciones a distancia, ya sea por vía linfática o sanguínea.

El radio de acción del tratamiento roentgen es más extenso que el del bisturí, y por circunscribir mejor la extensión de la neoplasia así como la de las vías linfáticas. La indicación preferente del tratamiento roentgen depende más de la extensión clínica que de la forma histológica del carcinoma, y ni una ni otra permiten hacer un juicio exacto sobre el pronóstico. *La técnica tiene un gran valor, los detalles, a veces personales, mucha importancia.* La indicación del tratamiento roentgen en los casos expuestos no debe ser discutida, incluso como tratamiento preferente. De aquí que en todos los casos en los que la lesión sea incluso perfectamente operable hay que aconsejar la previa irradiación, ya que las numerosas estadísticas demuestran que las siembras en el acto quirúrgico se evitan de manera evidente en el lugar y a distancia, por favorecer la esclerosis de las vías linfáticas.

Esta técnica cuenta hoy día en el extranjero con un cierto número de partidarios, en particular la escuela de Estocolmo, Anschutz y numerosos cirujanos y radiólogos de los Estados Unidos. Entre nosotros también hay algunos.

Una de las dificultades de divulgación de este método radica en el hecho de que cirujanos y enfermos se inquietan de aplazar algunas semanas la intervención quirúrgica. La escuela sueca ha tenido resultados sorprendentes, incluso en casos graves.

CARULLA, PELLICER, PUIG-SUREDA y SANCHIZ tienen casos curados.

No siempre se consiguen curaciones, yo aún no doy ningún caso de los expuestos como curado, se consigue en algunos y casi siempre a lo menos se mejoran los síntomas y se logran supervivencias más largas.

La fisioterapia y la cirugía serán dos seguridades que valdrán más que una, recordando que los otros métodos complementarios como son el ródium, la electrocoagulación y en especial el tratamiento médico, son de una importancia capital."

Finalmente, antes de enumerar las conclusiones, hemos de hacer constar que estos buenos resultados han sido semejantes en otras neoplasias malignas de la región mastoidea, silla turca, retro oculares, tanto del niño como del adulto, de la laringe (junto con un caso de erisipela carcinomatosa, y otro de linfagitis carcinomatosa post-laringectomía), pulmón, vejiga urinaria, tercer y cuarto grado del cuello de útero y óseas.

### Conclusiones

En la roentgenterapia paliativa antitumoral se ha encontrado, siempre que las indicaciones y la técnica están acertadas, una buena ayuda y en bastantes ocasiones una solución.

Es lamentable que se olvide muchas veces en perjuicio del enfermo por considerarla ineficaz o perjudicial, y que se le quite importancia por no ser un método curativo, ya que es posible obtener:

- 1.º Disminución o desaparición del dolor.
- 2.º Reducción de las hemorragias.
- 3.º Curación de las ulceraciones.
- 4.º Detención, reducción o desaparición del tumor.
- 5.º Es el tratamiento de elección en las metástasis óseas y puede prevenir las fracturas patológicas.
- 6.º Mejoría del estado general y psíquico.
- 7.º Cura aparente, temporal o recuperación que permite una supervivencia con vida útil.
- 8.º Se evita que el paciente caiga en manos desaprensivas o en individuos, no profesionales, de mala conciencia o poco escrupulosos.
- 9.º Proporciona en último término el consuelo al enfermo y a sus familiares, tan difícil en estos casos.
- 10.º Y al médico, la satisfacción de haber cumplido con el deber, de que si no puede curar, siempre alivia los últimos ataques de este terrible azote de la humanidad llamado cáncer.