



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico para sus graduados en provincia**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

DIAGNOSTICO POR LOCALIZACION

Dr. Juan Arraztoa E.

INTRODUCCION

Esta segunda parte del capítulo "EL ENFERMO CANCEROSO" tiene como finalidad la orientación de los lectores sobre algunas de las localizaciones más frecuentes del cáncer.

En ningún momento hemos pretendido agotar el tema, si no que ayudar a hacer el diagnóstico y, a lo menos a provocar la inquietud de plantearlo, a quién examina a un enfermo de esta especialidad.

Tiene por finalidad la de llamar la atención sobre algunos síntomas de cáncer en estados precoces susceptibles de ser curados con el tratamiento, y produciendo el mínimo de alteraciones, ya sea en la estructura o función del órgano afectado.

PIEL .-

El hecho de que menos del 10% de los enfermos de cáncer de la piel fallezcan de esta enfermedad antes de los cinco años, no implica que dejemos de hacer una revisión cuidadosa y total de la piel del cuerpo, cara y cuero cabelludo. Debemos poner especial cuidado en examinar aquellas partes que el enfermo mismo no puede ver, como la región dorsal, y aquellas expuestas a los rayos solares como ser la cara, el cuello y las extremidades superiores. Zonas que sufren rozos o traumatismos constantes; como son las mejillas y

mentón en los hombres y las axilas en las mujeres. Zonas del cinturón, palmas de las manos y planta de los pies (especialmente cuando existen nevos), y la zona del escroto.

Cualquier lesión sospechosa: úlceras crónicas que no cicatrizan o que recidivan, nevos que cambian de color, crecen o duelen, que presentan prurito o sangramiento, debe ser extirpada en su totalidad y enviada a examen de Anatomía Patológica. Por ningún motivo debe destruirse una lesión por electrocoagulación u otro método similar.

El carcinoma de la piel ocurre predominantemente (90%) en áreas expuestas al sol y al viento. Es fácilmente visible y accesible al tratamiento. La mayoría son del tipo basocelular, de baja malignidad y lento crecimiento, aunque, si es descuidado, puede invadir y destruir las estructuras vecinas. Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, menos en las palmas de las manos y planta de los pies. Especialmente aparece en la piel de la cara, en particular en las zonas prominentes: nariz, mejillas, orejas y párpados.

El otro tipo de carcinoma de la piel es el epidermoide o pavimentoso, que crece con rapidez, da prontas metástasis a los ganglios regionales y puede producir la muerte por diseminación. El carcinoma pavimentoso se origina sólo en ciertas áreas: en las delimitaciones mucocutáneas, borde del labio, ano, pliegues del área perinasal, y en la axila, donde las glándulas sudoríparas son abundantes. También se genera en las cicatrices por quemaduras, en las dermatitis por radioterapia y en lesiones benignas propias de la piel (psoriasis, verrugas, keratosis, lupus, etc.) cuando se ulceran e infectan.

Toda lesión de la piel sospechosa de malignidad debe ser extirpada y analizada, en ningún caso destruida por electrocoagulación u otro método similar. Si la lesión es pequeña se extirpará en su totalidad.

El típico carcinoma basocelular precoz es un nódulo discreto, de color grisáceo, amarillo o rosado, a menudo

con telangectasias justo debajo de la superficie semi-transparente. Ocasionalmente, aparecen muy pigmentados semejando melanomas. En personas de piel seca, estas lesiones aparecen de color café amarillento, como costras con tendencia a sangrar fácilmente. Las lesiones son firmes pero no induradas. No presentan inflamación. Cuando el carcinoma progresa, se ulcera en el centro a medida que crece. En otras ocasiones, el crecimiento es subcutáneo, invadiendo los tejidos vecinos y sólo en raras ocasiones su crecimiento es del tipo vegetante. El carcinoma pavimento precoz es semejante al basocelular, pero su crecimiento es mucho más rápido, formando un anillo periférico de pápulas en torno a la ulceración central, estas pápulas se ulceran y son rodeadas a su vez por otro anillo periférico que sigue la misma suerte. Lo rodea un borde firme indurado. En algunos casos adopta una forma papilar o pediculada.

CAVIDAD ORAL Y LARINGE.-

Muchas de las lesiones que aparecen en esta zona pueden diagnosticarse fácilmente y responden a la terapia adecuada por un lapso de cinco años o más sin recidiva local.

El examen de la cavidad oral consiste en una inspección de toda la superficie de la mucosa, desde los labios a la faringe oral, con una iluminación adecuada, buscando leucoplaquias, ulceraciones o tumor. La palpación de las zonas sospechosas con dedo de guante es de gran valor. Debe incluirse una palpación de rutina de la lengua, piso de boca, labios y mejillas en pesquisa de induraciones, aunque estas superficies aparezcan sanas.

La laringoscopia indirecta (con espejo) no es suficiente para indicarnos si existe o no un tumor de las cuerdas vocales. En el caso de ronquera o afonía persistente, debe hacerse laringoscopia directa, con anestesia local si es necesario.

Laringe.-

El examen de esta zona se considera originado en gran parte por el exceso en fumar y beber. En un estudio estadístico de 1.498 enfermos de cáncer de la laringe, el 87,5% eran fumadores, de ellos 70% fumaban sólo cigarrillos, y el 52% fumaba más de un paquete diario.

Ronquera persistente, sensación de un nudo en la garganta, irritación o sensación de viscosidad que obliga a continuos carraspeos, hemoptisis pueden indicar un cáncer de la laringe.

El examen debe efectuarse con el laringoscopio de espejo y una luz adecuada. El médico sujeta el aparato con la mano derecha mientras que con la izquierda hace tracción de la lengua. Conviene entibiar el espejo y colocarlo contra el paladar blando para no incomodar en exceso al enfermo. En aquellos muy sensitivos o poco colaboradores, hay que aplicar anestesia local. Igual para efectuar un examen con laringoscopio directo que tiene la ventaja de permitir la toma de biopsia, este último permite la visión de la fosa piriforme y del área postcricoidea. La queratosis de cuerda vocal es una lesión precancerosa, y debe tomarse biopsia a intervalos.

Sensibilidad o dolor sobre el cartilago tiroideo o sobre la membrana cricotiroidea puede indicar condritis laringeal por inflamación neoplásica del cartilago o metástasis en el ganglio linfático cricotiroideo. Induración localizada de la región de la laringe o área submental indica inflamación de las partes blandas probablemente secundaria a la malignidad. La cuidadosa palpación del cuello, particularmente a lo largo de la vaina de la carótida es esencial para pesquisar ganglios aumentados de tamaño. Sensibilidad localizada sobre la vaina de la carótida sin ganglios palpables pueden indicar metástasis ganglionares linfáticas precoces o, en algunas ocasiones, invasión carcinomatosa microscópica.

La palpación digital de la base de la lengua puede descubrir induración que sugiera invasión submucosal, cuando no hay una visible ulceración o anomalía en la superficie de esta región.

CUELLO .-

La palpación de las glándulas salivares, de los linfáticos del cuello o de la glándula tiroides puede ser hecha en forma rápida y efectiva, y debe incluirse en todo examen de rutina. La presencia de nódulos, tanto en el tiroides como en las regiones laterales del cuello, nos deben hacer sospechar posibles lesiones tumorales primarias o secundarias.

Es importante observar la presencia de adenopatías, su ubicación y tamaño en relación a lesiones primarias cancerosas localizadas en cara y cuero cabelludo, como en boca, ya que la presencia de adenopatías cruzadas (contralaterales con respecto a la lesión primaria) agravará el pronóstico.

Cabeza y Cuello.-

A menudo, la primera manifestación de un cáncer de cabeza y cuello es una adenopatía cervical que lleva al enfermo a consultar. Este puede haberse originado en la cavidad oral, senos sinusales, laringe, faringe, tiroides, cavidad nasal, o glándulas salivares.

La cavidad oral debe ser cuidadosamente examinada con iluminación adecuada buscando cualquier pequeña lesión de la mucosa, como leucoplaquias o granulaciones. Se palpa con dedo de guante pesquisando induraciones, sangramiento o infiltraciones.

Es indispensable el uso de un depresor de la lengua y de un espejo para un buen examen oral.

Deben revisarse las encías, piso de la boca, lengua y base de ella, mejillas, palpando éstas entre el índice y el pulgar buscando alteraciones en la consistencia de esos órganos.

Faringe.-

Debe examinarse la nasofaringe, orofaringe e hipofaringe. El cáncer de la nasofaringe sólo dá síntomas en estado avanzado consistente en: obstrucción nasal, secreciones purulentas, sangramiento. Como es del tipo pavimentoso, se extiende rápidamente a los linfáticos regionales y su primer síntoma es una metástasis cervical.

En la orofaringe (amígdalas y pilares), los primeros síntomas consisten en trastornos en la deglución, al hablar o al toser. Generalmente, se diagnostica "dolor de garganta" y se tratan con gargarismos, analgésicos y antibióticos, por iniciativa del propio paciente, por indicación del facultativo, perdiéndose semanas o meses antes de practicar un examen adecuado. Al avanzar la enfermedad, se produce otalgia homolateral, disfagia, pérdida de peso, tos y sangramiento.

El hallazgo de una ulceración indurada, friable, dolorosa a la palpación y que sangra fácilmente al ser presionada con dedo de guante, es característica de un carcinoma pavimentoso. Debe tomarse muestra de la lesión mediante biopsia y enviada a examen histopatológico. Una masa no ulcerada en la pared lateral de la orofaringe puede ser causada por tumores de las glándulas salivares, cuerpo de la carótida, o tumor de origen neurogénico. Estos aumentos de volumen se caracterizan por falta de dolor e infiltración de los tejidos vecinos. Son en su gran mayoría de curso benigno.

El cáncer de la hipofaringe produce trastornos tanto en la deglución como en la respiración y puede confundirse con inflamaciones comunes de la región. Es posible que se

produzca ronquera por parálisis de una cuerda vocal, y también puede aparecer dolor referido al oído homolateral.

Cavidad nasal y senos sinusales.-

Los síntomas producidos por el cáncer de esta región pueden ser dolor local, sensibilidad en la región malar, obstrucción nasal, secreción nasal sanguinolenta, epífora por obstrucción del conducto lacrimal, diplopia por erosión de la pared nasal de la fosa orbital, dolor dental. La mayoría de estos síntomas son comunes a la sinusitis y frecuentemente, el enfermo es tratado en relación a esta enfermedad. Pero posteriormente se presenta aumento de volumen con la consiguiente asimetría de la cara. En el 50% de los casos puede aparecer adenopatía cervical como primer síntoma. El estudio radiográfico de cara puede orientar la ubicación del tumor y de esta manera hacer una biopsia.

Glándulas salivares.-

La parótida, glándulas submaxilares y sublinguales dan origen a una gran variedad de tumores benignos y malignos. Aunque la apariencia hace indistinguibles unos de otros, los tumores malignos producen un dolor intenso y constante, también pueden producir parálisis del nervio facial, por invasión de él. Estos son de dureza pétrea, mal definidos, y adheridos a las estructuras adyacentes. La piel puede estar enrojecida e infiltrada, con invasión de los tejidos vecinos. Los carcinomas que se encuentran habitualmente son del tipo mucoepidermoide o pavimentoso.- Ambos son de alta malignidad y dan metástasis ganglionares submaxilares en forma precoz de modo que cuando el paciente consulta por aumento de volumen y metástasis del cuello, la mayoría de las veces ya es incurable.

Tiroides.-

La incidencia de cáncer de la tiroides en el bocio no tóxico es considerable, y generalmente es un hallazgo

del análisis de la pieza operatoria. A menudo el enfermo consulta por una masa asintomática en el cuello cuando su tamaño la hace antiestética, u otras veces es un "ganglio" en el cuello lo que le preocupa, se trata entonces de un cáncer de alta malignidad que dá metástasis precoces . En una revisión efectuada en el Hospital Clínico Universidad Católica de los cánceres de la tiroides, encontramos que en el 36 % había coexistencia entre bocio y cáncer. La ronquera que puede presentarse se debe a parálisis de una cuerda vocal, lo que indica que el cáncer ha invadido el nervio recurrente correspondiente. En otras ocasiones, son las metástasis a distancia ya sean pulmonares u óseas, las que llevan al enfermo a consultar.

La palpación de la tiroides debe incluirse como rutina en cualquier examen físico aunque se trate de enfermos no sospechosos de cáncer, y la más pequeña anomalía encontrada en esta glándula debe ser investigada. El examen con I 131 permite hacer el diagnóstico de cáncer en el 20% de los nódulos fríos, lo que aconsejaría extirpar todo nódulo no funcionando.

MAMA .-

La inspección y palpación de las mamas debe ser efectuada en cada examen de rutina y además instruir a la paciente para que se los practique ella misma en forma rutinaria.

La inspección se hace con la enferma sentada, con el busto descubierto, con los brazos abajo y luego arriba, a fin de observar cualquier alteración producida en la tensión de la piel o en el contorno de la mama por el cambio de postura. Debe ponerse atención a la presencia de nódulos, retracción de la piel o umbilicación del pezón y a la presencia de derrame por él. Puede presionarse éste suavemente dos o tres veces en forma rítmica (ordeña) para inducir un posible derrame.

La palpación de la mama se hace con la mano extendida, colocada la enferma en decúbito dorsal, examinando los diferentes cuadrantes de la mama y la cavidad de la axila. Ante la presencia de nódulos, debe tomarse nota de su tamaño, forma (irregular o redondos), movilidad y sensibilidad. En una mama displásica, el examen debe hacerse con mayor atención aún, pues las nodulaciones fibroquisticas pueden encubrir un nódulo maligno.

No debe esperarse a que la enferma presente signos de compromiso de piel o retracción del pezón para proceder a efectuar una biopsia.

Consideramos que la presencia de un nódulo único mamario debe ser biopsiado, no así la presencia de varios nódulos de diversos tamaños y que estén localizados en ambas mamas, las posibilidades de que se trate de un cáncer de mama son menos, ya que la presencia de quistes mamaros bilaterales son frecuentes en estos casos.

Nos parece que todo nódulo sospechoso de mama debe ser biopsiado inmediatamente y no esperar que crezca, para "ver que pasa con él".

Con muy pocas excepciones, el cáncer de mama es asintomático. En general, cuando una mujer llega a consultar por un nódulo doloroso o por malestar en una o ambas mamas, se trata de trastornos displásicos o síndrome premenstrual por la misma causa. El nódulo único, no doloroso, hace sospechar fundadamente en la presencia de un cáncer. En 9 de cada 10 casos, la enferma lo ha descubierto por sí misma, más a la simple observación que al tacto, cuando ya éste ha adquirido cierto tamaño. Otras veces es la retracción del pezón, o derrame por el pezón, lo que llama su atención y la hace ir al médico.

El examen rutinario de las mamas debe formar parte de todo examen físico. Sería conveniente instruir a la

enferma para que lo practicara ella misma frente a un espejo, cada mes después de haber cesado su menstruación.

Una buena pauta para examinar una enferma que consulta por un problema mamario es la siguiente:

- 1.- Con la paciente sentada, desnuda hasta la cintura, y con buena iluminación se procede a la inspección ocular con brazos en adducción y después en abducción, buscando desigualdades en el tamaño o en el contorno, disparidad en el nivel de los pezones, retracción de ellos, áreas de eritema cutáneo, edema o retracción de la piel, cambios en el contorno de los pliegues axilares anteriores, asimetría de las fosas supraclaviculares.
- 2.- Palpación en posición sentada: tercio central de la mama por cambios en consistencia, fosas axilares y supraclaviculares por adenopatías con el brazo en adducción sujeto por la mano libre del examinador,
- 3.- Palpación en posición supina, con los brazos en adducción y después en abducción, examinando metódicamente toda la mama con la mano extendida y en el sentido de los punteros de un reloj. Palpación separada de la cola de la mama y del área inframamaria, desplazando la mama hacia arriba.
- 4.- Inspección en posición supina, brazos en abducción, en busca de cambios en la piel como movilidad o elasticidad, presencia de edema o de eritema.

La palpación debe ser suave, sin presionar, a fin de poder distinguir los diferentes grados de solidez de la piel, tejido adiposo, tejido mamario, posibles induraciones por displasia y adenomas. La posibilidad de detectar pequeños nódulos es inversamente proporcional al tamaño de la mama.

Si se falla en ubicar un nódulo en la mama que presenta un derrame por el pezón, se debe recorrer en torno a la aereola presionando con un sólo dedo en busca del área ductal que produce el exudado. Este punto debe ser marcado sobre la piel para investigación posterior. Si no hay sangre en el exudado, es muy posible que sea una secreción por displasia. En caso de haberla, es indispensable una biopsia. La probabilidad de cáncer en presencia de una secreción con sangramiento está directamente relacionada con la edad. En la mujer menstruante ocurre en un caso de cada diez. Después de la menopausia, la posibilidad de cáncer aumenta a medida que pasan los años, a los 20 o más años contados desde la menopausia, se encuentra cáncer en 9 de cada 10 casos.

La mamografía en manos de un buen especialista radiólogo permite ubicar tumores muy pequeños difícilmente detectados por la palpación.

En una mama displásica, es posible que el nódulo palpado sea sólo un quiste de mayor tamaño que los otros, su medida puede variar entre 1 y 10 cms. Su consistencia depende de la tensión del líquido que contenga. La superficie lisa, está bien limitada y es moderadamente movable. En estos casos, es conveniente hacer una biopsia por aspiración. Con la misma aguja que se va a aspirar, para descartar la posibilidad de cáncer, se colocan unas cuantas gotas de un anestésico local. Si aparece líquido, se trata de vaciar completamente el quiste. Si desaparece el aumento de volumen, se controla el área en dos meses más por si ha vuelto a llenarse el quiste. En tal caso, se extirparía por excisión. El líquido se envía al laboratorio de Citología y el diagnóstico seguramente será negativo. Existe menos de un 1% de posibilidades que se haya generado un carcinoma en la pared de un quiste.

Cuando se haya presente un eritema difuso de la piel, se trata de un carcinoma inflamatorio. El diagnóstico se confirma tomando una biopsia de la piel con anestesia local. Un carcinoma de este tipo es categóricamente inoperable.

Cuando fracasa un intento de aspiración, o hay fundadas sospechas de que se trate de un carcinoma, debe hacerse una biopsia contemporánea, bajo anestesia general para continuar con una mastectomía si es necesario. Sólo por razones de fuerza mayor se puede hacer una biopsia extemporánea, dejando transcurrir el menor número posible de días entre la excisión y la mastectomía.

PULMON Y BRONQUIOS.-

Un cáncer pulmonar o bronquial rara vez produce síntomas en su etapa precoz. La presencia de tos persistente y desgarrado en un fumador crónico, así como neumonitis a repetición hace conveniente practicar una radiografía de tórax. Sólo se detectan hallazgos en el examen físico cuando la enfermedad está avanzada y aparecen metástasis subcutáneas en el tórax o ganglionares en las fosas supraclaviculares. Siendo éste cáncer uno de los más frecuentes en el hombre, es importante tomar en cuenta estos hechos. La biopsia de Daniels (supraclavicular) ayuda al diagnóstico al extirpar un ganglio de la cadena transversal del cuello.

ABDOMEN .-

Es poco probable la pesquisa de un cáncer curable en el abdomen. No obstante la posibilidad de palpar una masa en el colon permite en el 75% de los casos llegar a tiempo para una cirugía curativa, mientras que en el estómago ella disminuye verticalmente.

Desgraciadamente otros cánceres abdominales, tales como los de vía biliar y páncreas, crecen más allá de la posibilidad de terapia antes de que ellos pueden ser detectados por la palpación. En casos muy raros pueden producir síntomas o signos indirectos como ictericia, obstrucción

circulatoria, antes de que sean palpables y desgraciadamente ya tarde para que la cirugía sea efectiva.

ESOFAGO Y ESTOMAGO.-

El síntoma más común de cáncer del esófago es la disfagia. Esta aparece también en los cánceres gástricos de la pared posterior del cardias o en los cánceres localizados en las parte alta del estómago. Otra causa maligna de disfagia es la compresión externa del esófago por tumores ubicados en el mediastino. Para todos estos casos es indispensable practicar radiografías.

A menudo el cáncer gástrico produce síntomas semejantes a los de la úlcera péptica, por esto, es conveniente practicar radiografías de estómago y duodeno a todo enfermo que se queje de síntomas que sugieran una úlcera péptica.

No debemos olvidar que el cáncer gástrico es una de las primeras causas de mortalidad por cáncer en el hombre en el país.

Toda alteración gástrica sin una causa evidente que la produce, nos debe hacer pensar en cáncer hasta que no se demuestre lo contrario.

VIAS BILIARES Y PANCREAS.-

La presencia de dolor epigástrico intratable puede hacer sospechar un cáncer de páncreas. Una ictericia silenciosa nos obliga a pensar en la posibilidad de un cáncer de vías biliares o de cabeza de páncreas. Cuando un tumor en estos órganos llega a ser palpable al examen físico del abdomen, significa que ya está fuera del alcance de una terapia quirúrgica efectiva.

Esta localización es una de las más dramáticas, ya que la aparición de la sintomatología generalmente significa incurabilidad. La presencia de metástasis hepáticas es lo habitual cuando hay la posibilidad de hacer una laparotomía.

INTESTINOS.-

Es poco probable pesquisar un cáncer curable por palpación del abdomen. No obstante, la posibilidad de detectar una masa en el colon permite llegar a tiempo en el 75% de los casos para una intervención quirúrgica curativa. Después de un enema, se debe reexaminar al enfermo. Si la masa persiste, debe hacerse un examen radiológico completo.

El examen digital del recto debería implantarse como rutina obligada en todo examen físico. Cualquier irregularidad que se pesquise debe ser investigada a fondo.

La rectosigmoideoscopia es uno de los exámenes más importantes en la búsqueda de cáncer del recto, ya que permite detectar cánceres incipientes que aún no han producido síntomas. Con mayor razón debe practicarse cuando el enfermo ha presentado sangramiento, malestar o evidencias de una obstrucción parcial.

El enfermo que se queja de hemorroides debe ser examinado cuidadosamente, no se debe contentar el médico general con el diagnóstico de hemorroides, aún cuando el enfermo le asegure que las padece desde hace años. Puede tratarse de un cáncer poliposo del recto o de un cáncer pavimentoso de la mucosa anal. Lo más seguro es extirpar las hemorroides y enviarlas a Anatomía Patológica para su análisis.

Es importante tener en cuenta que toda diarrea después de los 35-40 años debe ser investigada, especialmente

si esta persiste sin causa aparente.

No debemos olvidar que el cáncer localizado en los intestinos es el de evolución más lenta y arrastrada y sus metástasis son tardías.

RECTO .-

El examen digital del recto debería ser una parte rutinaria del examen físico, en lo que respecta a la mucosa rectal, los hallazgos negativos pueden dar una sensación falsa de seguridad desde el momento en que solamente una parte de los pólipos rectales y cánceres precoces son "tocados" por el dedo.

Cualquier irregularidad que se pesquise debe ser objeto de una investigación a fondo.

La próstata en el hombre debe ser objeto de palpación cuidadosa y la presencia de zonas de mayor dureza puede significar malignidad.

La rectosigmoidoscopia es uno de los exámenes más importantes en la búsqueda del cáncer del recto, Es importante porque permite pesquisar cánceres en ambos sexos y cuando ellos aún no hayan dado síntomas. Está indicada en forma especial cuando el enfermo ha presentado sangramiento, males - tar o evidencias de una obstrucción parcial.

GENITALES MASCULINOS .-

Son órganos fácilmente accesibles al examen, por lo tanto, debieran ser examinados en forma rutinaria aunque estén aparentemente sanos.

El cáncer de pene es casi exclusivamente de la piel del prepucio y no existe en los enfermos circuncidados.

Cualquier pequeña erosión en esa zona debe ser investigada. Sólo raramente se observa tumores de partes blandas, como el rhabdomyosarcoma que suele aparecer en la región dorsal de este órgano.

Los cánceres de testículo se pueden descubrir precozmente. Se estima que el 10% de ellos aparecen en testículos afectados por criptorquia. En estos casos, la evolución hacia la malignidad es 50 veces más frecuente que en testículos normales. La criptorquia en sí misma puede considerarse como una enfermedad precancerosa y justifica la orquidectomía profiláctica del testículo afectado.

Cualquier masa ubicada en el escroto que no sea reconocida como testículo normal debe ser objeto de investigación. El hidrocele, si no es congénito, puede ser secundario a una lesión maligna. La investigación cuidadosa del testículo y del epididimo permite hacer el diagnóstico de cáncer del testículo, siempre que se aprecie que la masa hace cuerpo con la glándula.

La piel del escroto debe ser cuidadosamente examinada, sobre todo si el enfermo está expuesto en su trabajo a emanaciones químicas: como ocurre en las curtiembres, tintorerías, minería, etc., a fin de pesquisar algún incipiente carcinoma pavimentoso. Todo nevo o mancha névica de la zona debe ser extirpada profilácticamente, para evitar la posible degeneración en melanoma.

La próstata debe ser objeto de palpación rectal cuidadosa, ya que la presencia de zonas de mayor dureza puede indicar malignidad.

Es importante considerar que cualquier duda que se tenga en el examen de los órganos genitales debe ser consultado con el especialista para confirmar los hallazgos, antes de tomar una determinación.

GENITALES FEMENINOS .-

El examen cuidadoso de la pelvis y de las secreciones vaginales y cervicales son parte esencial del examen físico de la mujer. Con estas técnicas podemos eventualmente reducir la mortalidad del cáncer del cuello uterino prácticamente a su mínima expresión.

El examen mínimo de esta zona incluye la inspección de los genitales externos: leucoplaquias, pequeños nódulos indurados en los labios, y cualquier otra anomalía de la piel o la mucosa; presencia de secreción vaginal; examen con espéculo de la vagina y cuello (presencia y aspecto del derrame, erosiones cervicales); extendido cervical y palpación bimanual del útero y sus anexos.

El uso de tacto ginecológico y rectal es indispensable para hacer un buen diagnóstico. Además es importante tener en cuenta que el examen del frotis vaginal según la técnica de Papanicolau debe ser hecho en forma rutinaria dos veces al año para pesquisar la presencia de un cáncer del cérvico uterino. Lo mismo deben perquisarse los sangramientos vaginales en enfermas de edad, para descartar la posibilidad de que sean producidos por cáncer de endometrio.

El hecho de que el cáncer cérvico-uterino sea en la mujer chilena, uno de los más frecuentes, nos debe estimular a pesquisarlo precozmente. En toda enferma que sea sometida a una intervención quirúrgica o que ingrese al Hospital debe estudiarse mediante un examen ginecológico y un examen de Papanicolau.

Finalmente la presencia de masas abdominales, en el hipogastrio o en el abdomen inferior, de consistencia quística o sólida, nos deben hacer pensar en la presencia de quistes o cánceres del ovario.

VÍAS URINARIAS.-

El diagnóstico de cáncer de las vías urinarias es tá asociado la mayoría de la veces a una hematuria; por lo tanto, la hematuria debe ser estudiada a fondo hasta que se demuestre que no hay cáncer en el aparato urinario.

El estudio específico mediante la citoscopia, hecha por el especialista o la pielografía descendente, son los elementos de juicio para llegar a un diagnóstico acertado.

No se debe olvidar que estos cánceres son de evolución silenciosa, sin dolor la mayoría de ellos, y que a veces como es el caso de los hipernefromas ya han dado metástasis pulmonares cuando son diagnosticados.

Es importante comprobar la hematuria, ya sea mediante el examen visual de la orina del paciente, emitida en la consulta y no traída de la casa. Posteriormente el examen de orina con la comprobación de laboratorio de glóbulos rojos en el sedimento confirmarán aún más esta suposición diagnóstica.

El enfermo debe ser enviado luego al especialista para su estudio definitivo y tratamiento adecuado.

SARCOMAS DE PARTES BLANDAS .-

El estudio y clasificación de estos tumores debe ser hecha, tomando en cuenta de que los tejidos de partes blandas son un órgano o sistema constituido por la parte no ósea, ni articular del organismo, con exclusión de las visceras.

De esta manera los tejidos blandos comprenden los músculos, aponeurosis, tendones, sinoviales, nervios, tejido

fibroso y adiposo que forman parte de los vasos y nervios.

De esta manera los tejidos blandos son asiento de una gran variedad de tumores que presentan muy diversos aspectos y ubicaciones.

No existe en Oncología otro tipo de tumores que hayan sido más discutidos y presenten una controversia tan acentuada como los tumores de partes blandas.

Es casi imposible, salvo una gran experiencia hacer en algunos casos el diagnóstico clínico del tipo de tumor de que se trata. Solamente es el patólogo quien puede hacerlo.

Desde el momento que tanto para el cirujano como para el patólogo existen problemas en cuanto al diagnóstico, ambos deben trabajar juntos, y aquél proporcionarle los datos necesarios para el diagnóstico.

El cirujano debe darle al patólogo la información clínica detallada incluyendo la edad, sexo, duración y frecuencia de crecimiento del tumor, así como el sitio preciso de su ubicación. Es muy importante conocer la ubicación exacta de él. Si estaba en la subdermis, aponéurosis profunda, dentro del músculo, en contacto con un nervio, etc.

Para el médico general es importante conocer mediante el examen físico la ubicación que el tumor tiene.

Todo tumor o aumento de volumen situado en cualquier parte del organismo debe ser extirpado ampliamente y enviado a examen con las características ya dichas.

Debe tomarse una radiografía de tórax y de la zona de la ubicación del tumor para descartar una lesión ósea.

Existen otros métodos de ayudar al diagnóstico del cáncer, como ser el estudio radiológico. Fuera de la

radiografía de tórax, de estómago y duodeno o el enema de colon, así como la radiografía simple de hueso, que pueden ser hechas en la mayoría de los hospitales generales del país, hay ciertas técnicas más especializadas que sólo pueden ser hechas en centros universitarios. Ellas son la mamografía para el diagnóstico precoz del cáncer de mama, la angiografía selectiva, para el estudio de tumores cerebrales y la linfangiografía para el estudio de adenopatías tumorales primarios o secundarios a metastasis, como es el caso de los cánceres de testículos, melanoma, linfomas malignos.

El estudio especializado requiere de equipos y personal entrenados especialmente, que son difíciles de encontrar en todos los hospitales.

El estudio citológico de la secreción de ciertos órganos, como ser cuello uterino, estómago, bronquios, es fácil de hacer.

En nuestro hospital la pesquisa precoz del cáncer del cuello uterino ha permitido hacer investigaciones masivas mediante el extendido vaginal del cuello uterino, con resultados de posibilidad muy altos. El estudio de otras secreciones no ha sido tan feliz.

El diagnóstico de cáncer a través de metódicas quirúrgicas varía ampliamente por su complejidad.

La biopsia quirúrgica que sería este método principalmente, ya fué descrita en la primera parte de este capítulo.