

Juicio crítico al trabajo de incorporación del Dr. Esteban Garriga a la Academia Nacional de Medicina: “Aportes a la cirugía funcional oncológica de la laringe”

Dr. Victorino Márquez Reverón

Individuo de Número

La directiva de la Academia Nacional de Medicina me ha concedido el privilegio de hacer un juicio crítico, yo diría más bien un comentario, porque un juicio crítico al importante trabajo “Aportes a la cirugía funcional oncológica de la laringe”, que nos ha leído el Dr. Garriga, requeriría un tiempo largo que no es usual en este tipo de acto; además el trabajo que el Dr. Garriga nos ha presentado es de una solidez en su contenido que es difícil agregar algo.

El Dr. Garriga es además de un hábil cirujano, un dibujante extraordinario que ha documentado su trabajo con una variedad de dibujos anatómicos realmente leonardescos.

El trabajo que nos ha leído hoy es muy completo y una demostración fehaciente de lo que se puede lograr en materia de tumores de la laringe con una cirugía conservadora bien ejecutada; se puede mantener, el criterio oncológico y la función que, en este caso, se trata nada menos que de la fonación, la deglución y la respiración.

El trabajo analiza una a una las alternativas quirúrgicas funcionales para tratar todas las lesiones malignas que pueden presentarse a distintos niveles en la laringe, dejándole muy poco margen a la cirugía radical que siempre es posible en caso de una recidiva que amerite tales procedimientos.

Algo muy importante en el trabajo del Dr. Garriga, es la utilización sistemática de la incisión horizontal de Babcock, en contraposición a la clásica incisión mento-external que provocaba muchas dificultades posoperatorias y que nunca permitía una visibilidad

endolaríngea similar a la de esta incisión horizontal.

La laringectomía supraglótica es uno de los problemas más importantes desde el punto de vista de la función posoperatoria; el Dr. Garriga en forma muy ingeniosa hace una reconstrucción con tejidos de la base de la lengua creando una quilla, que permite luchar contra la principal complicación posoperatoria que es la deglución defectuosa; esta quilla permite dividir o bifurcar los alimentos en dos partes, lo que hace que la deglución sea más fácil: complementa esta técnica, la idea muy original de llevar los enfermos a pujar, en una forma que realmente acorta mucho el tiempo posoperatorio de dificultad deglutoria; esto lo enseñan a los pacientes en el posoperatorio inmediato. Por supuesto, la conservación de los nervios laríngeos es fundamental a lo largo de toda esta cirugía conservadora. Se disecan sobre todo los recurrentes como lo hacen los cirujanos que operan tiroides, cirugía ésta que hace por supuesto parte del repertorio quirúrgico del Dr. Garriga.

Analiza también el trabajo la cirugía de la cuerda vocal misma, es decir, la cordectomía; éstas son intervenciones que se ejecutan para lesiones muy pequeñas, con cuerdas vocales siempre móviles y una sola cuerda vocal. Esta intervención requiere una reconstrucción que la ejecuta y la propone el Dr. Garriga, utilizando colgajos bipediculados que producen una voz de muchísima mejor calidad que cuando el lecho operatorio se deja a merced de una cicatrización secundaria, aparte de una disminución de la capacidad respiratoria por esta cicatrización defectuosa.

Resulta realmente emocionante la introducción a nivel mundial de la laringectomía glótica que la ideó y la ejecutó, por primera vez, en nuestro país, el Dr. Garriga Michelena, lo cual lo reconocen algunos especialistas extranjeros que nos han visitado. Esta cirugía permite curar tumores malignos de la laringe que, en época pretérita, no tenían otra solución que la mutilante laringectomía total, que significaba realmente un drama para los pacientes.

Profusamente ilustrado en su trabajo, está el uso de las incisiones transversales, no solamente para la piel sino las dos incisiones a nivel de los propios cartílagos laríngeos.

Esta es una técnica realmente muy bella y ejecutada por manos diestras como las del Dr. Garriga producen resultados extraordinarios; no solamente oncológicos, sino con voces perfectamente aceptables y que permiten hacer una vida normal; esta técnica que introdujo el Dr. Garriga ya hace muchos años, es practicada hoy en todos los centros donde se ejecuta cirugía laríngea.

Esta monografía también aborda el problema de los tumores paraglóticos que, si es cierto no son muy frecuentes, eran antes solamente resueltos por una cirugía radical. La tirotomía transversal axial permite extirpar los tumores en su totalidad y restaurar una función fonatoria satisfactoria desde todo punto de vista favorable.

Otro tema que se examina en este trabajo, es la larintecgectomía glótica-sub-glótica para operar lesiones extensas, tratando de conservar la función fonatoria, respiratoria y deglutoria; en ella es esencial la conservación de los nervios recurrentes; la conservación de la parte posterior del cricoides, es también indispensable, así como las apófisis vocales. Para desarrollar esta técnica, el Dr. Garriga ha inventado algunos instrumentos que la facilitan considerablemente, que son diseñados y trabajados por él mismo, lo que complementa las otras virtudes de destreza y de imaginación que posee.

Las lesiones sub-glóticas no son muy frecuentes, pero planteaban antiguamente grandes problemas que muchas veces llevaban a una laringectomía total; en la monografía que nos ocupa está descrita con lujo de detalles la técnica para llevar el primer anillo de la tráquea a suturarlo con los remanentes del cartílago tiroideos, que han sido conservados después de la extirpación del tumor.

Para poder realizar esta variedad de procedimientos quirúrgicos, es necesario hacer un

diagnóstico precoz de las lesiones laríngeas, desafortunadamente, muchas veces los pacientes dan poca importancia a disfonías que atribuyen a cualquier causa ajena a la realidad y vienen a consultar cuando hay que aplicarles procedimientos más extensos.

El uso de las ópticas naso-faríngeas y faríngeas han ayudado considerablemente a hacer diagnósticos precozmente, a veces se tiene la suerte de ser consultado por pequeñísimas lesiones del borde de la cuerda vocal que producen disfonías precoces; he tenido dos casos, que con el solo procedimiento de la biopsia bien tomada han quedado curadas. Uno es un joven e importante cirujano cardiovascular de nuestra localidad, y el otro fue uno de mis primeros casos, cuando me inicié en estas actividades laringológicas de un auténtico bachiller de pueblo; le tomé una biopsia de una lesión muy pequeña y resultó positiva; yo tenía en aquellos momentos el criterio de la clínica del Profesor Chevalier Jackson, quien usaba la laringofisura como tratamiento de estas lesiones pequeñas; le propuse a este bachiller hacerle una cordectomía y me dijo que él iba a New York a verse con el Dr. H Martin, quien era uno de los creadores de la cirugía de la cabeza y el cuello en los tiempos modernos. El Dr. Martin lo vio, lo encontró que estaba restablecido y le dijo que no se hiciera nada; el bachiller se convirtió en un detractor mío, en el pueblo de Carúpano, y llegaron a mis oídos los rumores a través de un médico amigo. Le envié al Dr. Martin las láminas del bachiller y contestó este distinguido cirujano que efectivamente teníamos razón, que era lo que debía hacerse, por supuesto el bachiller dijo que él estaba curado, cosa que era verdad y que no se hacía nada. Yo le pedí que nos resarciera un tanto hablando bien de nosotros; pero me dijo que él no podía, porque el informe del Dr. Martin estaba en inglés. Desgraciadamente estos casos son excepcionales y de ahí la gran importancia que tiene este monumental trabajo que el Dr. Garriga nos ha presentado hoy.

Como un añadido al trabajo oncológico que hemos escuchado, hay una disertación importante sobre el tratamiento quirúrgico de la parálisis de las cuerdas vocales. Esta afección se ve después de una tiroidectomía total cuando por inexperiencia o por dificultades anatómicas, los nervios recurrentes son seccionados; cuando la sección es bilateral, hay inmediatamente una incapacidad para respirar que muchas veces lleva en el mismo acto operatorio a una traqueotomía; si la parálisis es en aducción, la

voz es buena, pero la respiración imposible; si es unilateral, es un problema que puede solucionarse médicamente con terapia de la voz o con infiltraciones de sustancias semi-sólidas a nivel de la cuerda vocal paralizada, pero cuando se trata de una parálisis bilateral el problema es mucho más complejo, y el Dr. Garriga ha ideado una intervención muy original y de resultados excelentes que viene a sustituir una gama de operaciones que empezaron hace muchas décadas; en que todas buscaban separar una de las cuerdas vocales disecando y suturando el aritenoides al cuerno del cartílago tiroideos, para

separar una de las cuerdas vocales paralizadas y producir una hendidura lo suficientemente amplia para respirar. La técnica que nos ha mostrado el Dr. Garriga es muy superior desde todo punto de vista a lo que hasta ahora registra la literatura médica a nivel mundial; así que éste es otro aspecto de la cirugía laríngea muy importante.

Estas técnicas que nos ha presentado el Dr. Garriga, algunas de ellas van a formar parte de la fono-cirugía, que está en desarrollo en este momento, un nuevo e importante campo de la cirugía laríngea.

“Guía para decisiones terapéuticas en la apendicectomía incidental”

“La apendicectomía incidental está contraindicada en pacientes cuyas condiciones son inestables, pacientes con enfermedad de Crohn previamente diagnosticada, pacientes con apéndices inaccesibles, pacientes bajo radioterapia, pacientes que son patológica o iatrogénicamente inmunosuprimidos y pacientes con injertos vasculares u otro material extraño.

En pacientes de 10 a 30 años de edad —grupo asociado con la más alta incidencia de apendicitis— y que estén sanos, la apendicectomía incidental es efectiva en la prevención de morbilidad y muertes relacionadas con la apendicitis aguda. En pacientes de 30 a 50 años, la apendicectomía incidental debe ser dejada a la discreción del cirujano. En este grupo de edad, el médico debe dar especial

consideración al sexo del paciente y a su deseo de futuros embarazos. En pacientes con más de 50 años, la incidencia de apendicitis disminuye y los riesgos asociados con la operación y la prolongación de la anestesia son tales, que una apendicectomía incidental no es beneficiosa. En pacientes mentalmente disminuidos y que son físicamente sanos, debe ser hecha la apendicectomía incidental.

Debe usarse una técnica de inversión en todos los casos de apendicectomía incidental. La antibiótico-terapia profiláctica puede ser de valor en cirugías limpias en las cuales se anticipe una apendicectomía incidental. En pacientes sometidos a procedimientos que puedan comprometer el acceso al apéndice en el futuro debe hacerse la apendicectomía incidental”. (Fisher KS, Ross DS. Surg Gynecol Obstet 1990;171:95-98).