

El caso clínico 3

Paciente femenino, T.R., 50 años, enfermera y esposa de médico; fumadora crónica que consultó por disfonía persistente.

Se diagnosticó tumor maligno de la laringe y fue atendida evolutivamente por tres especialistas en oncología laríngea A, B, C.

Antecedentes psicológicos y socioculturales:

La señora T.R. ha presentado condiciones psicológicas y culturales sobresalientes. Su actividad como enfermera la vinculaba con gran información médica y además sus relaciones y actividades sociales y culturales la ubicaban en una posición excelencia. Como hábito morboso se acota su afición de fumar.

Cuando se enteró del diagnóstico de su enfermedad (médico A) rechazó la indicación de la extirpación total del órgano vocal por temor a la mutilación funcional (coerción interna). El médico le informó entonces sobre el pedido de su decisión pues otro tratamiento alternativo no le aseguraba la curación clínica, y le aconseja consultar a otro colega.

El otro especialista (médico B), le advierte sobre lo correcto del dictamen del colega A, pero accede al deseo de la paciente de no recurrir a la cirugía y el indica en cambio terapéutica radiante, con la reserva que la acción terapéutica prescrita podría resultar insuficiente, como monoterapia.

En pocos meses de haber efectuado la radioterapia, el tumor maligno recidiva. Entonces el médico B le recomienda la extirpación total de la laringe y ella rechaza nuevamente la posibilidad de quedar mutilada, pero aceptaría solamente la extirpación parcial del órgano vocal, que no la mutilaría y podría, aun con riesgos, extirparle el tumor. Ante tal determinación, y considerando el médico B que la resección parcial o subtotal podría plantearse pero con un riesgo aumentado, aconseja la consulta del médico C.

El médico C, al plantearle el beneficio que le traería la resección funcional de su laringe, también le señala puntualmente los riesgos de una probable recidiva. Ella acepta el riesgo y es operada con la técnica de exéresis subtotal del órgano vocal, procurándose una cura clínica temporaria de cerca de un año.

Al año se produce una nueva manifestación tumoral de un área vecina a la operada. El médico C le propone entonces la extirpación amplia de toda la zona en cuestión. La paciente se niega a una resección tan cruenta y solo acepta resecciones toilettes y otras terapéuticas alternativas, tales como la quimioterapia, crioplicaciones, láser, etc. Tales tratamientos tuvieron su efecto positivo, pero por un corto período de tiempo, haciéndose luego incontrolable el curso de la enfermedad, por lo que fallece luego de una hemorragia local cataclísmica.

Esta evolución terapéutica nos muestra que una paciente intelectualmente dispuesta, racional, por lo tanto competente para tomar decisiones, ha manejado su enfermedad partiendo de una precisa coacción interna (1), el temor a la mutilación funcional, posibilitando un planteo estadísticamente azaroso a los fines curativos.

Es importante considerar los matices de decisiones y de actos terapéuticos, que han enfrentado en este caso la autonomía con las situaciones irreversibles de los resultados, a fin de justificar un determinado paternalismo, en un momento oportuno de la evolución clínica y evitar un desenlace desde la prescripción estadística.

El caso clínico 4

El consentimiento y el rechazo vinculados con el plan terapéutico

El consentimiento válido y el rechazo (2), que la paciente ha ejercido a lo largo del curso terapéutico, tienen características bien definidas:

- a. El paciente actúa con racionalidad, tiene buena información técnica sobre el problema antes de iniciar el tratamiento. En ejercicio de dicha información juzga, los riesgos y beneficios: riesgos de recurrencia del tumor una vez tratado y los beneficios de la posibilidad de no perder su capacidad vocal. A través de este dilema, su autonomía tropieza con la coerción interna que significa el gran temor de quedar mutilada. Esta situación hace decidir al médico A, a transferir el tratamiento a cargo de otro colega, dado que la ablación terapéutica era una necesidad imperiosa para su opinión.
- b. El médico B reitera la necesidad de extirpar el tumor, pero es nuevamente rechazada por la paciente con los argumentos de la primera vez. Entonces se acuerda sustituir la terapia quirúrgica por el tratamiento mediante radiaciones, con la salvedad de su efectividad curativa inferior a la quirúrgica. Consideramos que evitar en este tramo de tratamiento la cirugía y aceptar una terapia alternativa de resultado curativo indefinido, es tomar un riesgo que evidencia irracionalidad de la paciente, si consideramos que tal actitud implicará un presunto daño a su integridad. Esta actitud está mediada por el temor a la mutilación y está alentada por la complacencia del médico B de ceder su autonomía ante tal decisión de la paciente.
- c. El fracaso definitivo y previsible estadísticamente, en términos de durabilidad del proceso oncológico, es seguido de prácticas paliativas por parte del médico C. No lográndose sino complicaciones tales como insatisfacción, dolor, inhabilitación, pérdida de su autonomía, por coerciones, su competencia plena del comienzo, fue finalmente incompetencia en el tramo postrero.

Caso clínico: paciente varón de 32 años de edad, 1,90 metros de talla y 110 kg de peso. Extranjero y solo habla lengua semítica. Le acompaña traductor que habla poco español (Associació de Bioètica i Dret) 22/09/99

- Dra. Lidia Buisán Ezpeleta – Cap d'Anestesiologia i Tractament del Dolor del Consorci Sanitari de la Creu Roja de l'Hospitalet
- Sra. Sara Torres – Trabajadora Social. Master en Bioética y Derecho por la Universidad de Barcelona

- Dr. Frederic Pili – Master en Bioética y Derecho

Antecedentes patológicos:

Hepatitis B

Esteatosis hepática (hígado graso)

Fumador de 60 cigarrillos al día

Enolismo importante (más de dos botellas de güisqui diarias)

Enfermedad actual:

Presenta hiperhidrosis palmar primaria (sudoración profusa de las palmas de manos y pies).

A raíz de una divulgación en la prensa internacional no médica, en la que se relataba las excelencias de la simpatectomía torácica a nivel de D2 (seccionar las fibras nerviosas a nivel del segundo ganglio torácico) para tratar la hiperhidrosis de las manos, solicita que se le realice esta intervención.

Como el paciente es extranjero y le es muy costosa la intervención, estancia y viaje solicita ser intervenido bilateralmente en el mismo acto quirúrgico y no primero en el lado derecho y luego al cabo de una semana en el izquierdo. Se accede a su petición y se programa para simpatectomía torácica bilateral por toracoscopia.

Por problemas técnicos anestésicos (no se consigue intubación selectiva del pulmón a intervenir a pesar de la utilización del mayor tubo endotraqueal existente) se cambia la técnica quirúrgica y en vez de realizar toracoscopia se realiza primero toracoscopia primero de un lado y después del otro lado.

SIMPATECTOMIA TORÁCICA QUIRÚRGICA

1.- Técnica:

Se realiza generalmente por toracoscopia y se accede a la cadena simpática torácica a nivel ganglio D2 situado bilateralmente por delante de la parte medial del cuello de la segunda costilla, está recubierta por la pleura parietal. Es necesario excluir el pulmón del hemitorax que se interviene. Al paciente se le ventila con un solo pulmón pues de lo contrario no se visualizaría el ganglio D2.

Se disecciona la pleura e identifica el ganglio. Se colocan clips en los extremos del mismo y se secciona. Se puede comprobar el aumento de la temperatura, vasodilatación y anhidrosis de la mano correspondiente (signos de bloqueo simpático de la extremidad superior). Se reexpande el pulmón dejando dos drenajes torácicos.

2.- Complicaciones:

2.1.- Derivadas de una variedad anatómica bilateral, la existencia del nervio retroreflejo de Kunts que va del ganglio estrellado a D2. Su sección provocará el síndrome de Horner (enoftalmos, miosis y ptosis parpebral permanente). Debido a esta complicación no previsible, se ha aconsejado operar solamente un lado y en un segundo tiempo el otro.

Esta variedad anatómica es difícil de cuantificar el porcentaje de la población que está presente por no existir cifras estadísticamente válidas.

2.2.- Derivadas de la propia cirugía:

Sangrado que comporta reconvertir la toracoscopia en toracotomía

Infección pulmonar

Lesión medular puesto que la electrocoagulación de la cadena simpática puede transmitir la corriente a nivel de la médula espinal.

3. Contraindicaciones:

Enfermedades pulmonares que cursen con broncoespasmo por la hipotética posibilidad de empeorar el cuadro.