

TRANSCRIPCIÓN editada de ENTREVISTA PROGRAMA "CONECTADOS CON AGRICULTURA" DE RADIO AGRICULTURA, 19 DE DICIEMBRE DE 2007, 11 A 13 HORAS

--Dr. Claudio Suárez, ¿son 2 especialidades distintas las que usted maneja, o tienen relación?

--Lo que pasa es que la cirugía torácica es la cirugía que comprende todo lo que está al interior y en las paredes del tórax. Y las cosas prevalentes, o más frecuentes dentro de esto, son el cáncer de pulmón (dentro de las patologías malignas) y las cirugías que se hacen por video (dentro de las patologías benignas). De esto, la más nueva, la más novedosa, y de la cual tenemos una de las mayores experiencias publicadas en el mundo, es la cirugía del simpático, que tiene que ver con la sudoración y el rubor facial, la hiperhidrosis. Pero mi trabajo de siempre ha sido el cáncer pulmonar. Esto de la hiperhidrosis es un agregado que hacemos hace 5 años con resultados muy espectaculares.

--Me imagino que su pega debe ser bastante frustrante en el tema del cáncer pulmonar... ¿se ven resultados reales?

--Cuando empecé a hacer cáncer pulmonar, la sobrevida era de 4%. En el resto del mundo, hoy día, en el 2007, es de 12%... el resto de los enfermos se mueren todos. Sin embargo, si uno busca pacientes que tengan tumores pequeños, y opera pacientes con tumores pequeños, la sobrevida es de 90%. Entonces, todo el esfuerzo tiene que estar en buscar en los pacientes de alto riesgo, que son los fumadores, que tienen más de ciertos años, la presencia de nódulos pulmonares, o sea, de tumores chicos, para poder curarlos de la enfermedad. Si esperamos que éstos den síntomas, ya es tarde.

--¿Está comprobado científicamente que el cigarro produce cáncer de pulmón?

--Costó mucho porque la campaña en contra de la demostración científica de las tabacaleras es gigantesca... hay muchas lucas moviéndose en el mundo para impedir que se demuestre que el tabaco es la causa. Así, durante muchos años hubo una defensa férrea. Uno necesita demostrar que este eje, de todas las variables que influyen sobre la vida diaria, es el que produce cáncer. Eso requirió grandes poblaciones, pero se demostró científicamente la correlación directa entre el tabaco y el cáncer pulmonar.

De los últimos 150 pacientes que he operado de cáncer pulmonar, un enfermo no fumaba. Cierto que alguien puede tener cáncer pulmonar sin fumar, uno... porque los 149 restantes eran fumadores. Es una relación bastante básica y evidente.

--En Chile ¿más de 2000 personas fallecen cada año por esta enfermedad? ¿La tendencia va al alza o a la baja?

--Al alza, absolutamente... Desde el año 2000 fallecen más de 2000 personas anuales y cada año aumentamos como 50 o 100 fallecidos, pese a que el registro todavía no es perfecto, o sea, son más los fallecidos de los que nosotros tenemos en evidencia. La relación de esto es claramente con el tabaco. En la medida que aumentó el consumo de tabaco, fue aumentando la cantidad de cáncer pulmonar.

--¿Qué porcentaje de los cánceres es por el tabaco, finalmente?

--En el caso de los cánceres pulmonares, en el 90% de ellos se puede establecer clara relación con el tabaco. En el caso de los cánceres pulmonares quirúrgicos, por alguna razón que no conocemos, la relación es más alta. A lo mejor es un subgrupo que ha sido más precozmente detectado y, por tanto, está en una etapa menor de desarrollo. Esos pacientes tienen una relación más clara con el tabaco, pero es importante decir que cuando uno deja de fumar no se le acaba el riesgo del tabaco al día siguiente... son años. Hasta 20 años, pero en realidad a los 10 años la curva es casi igual a la de la población normal. Entonces, si uno deja de fumar hoy día, el próximo año tiene menos posibilidades de hacer cáncer pulmonar, al siguiente menos, menos, menos y a los 10 años ya se parece a la de la población normal. Sólo se hace idéntica a los 20 años.

--La cantidad de cigarrillos, ¿también es importante?

--Sí, la cantidad es súper importante. La verdad es que si uno fuma 10 cigarrillos diarios tiene un riesgo de hacer un cáncer pulmonar elevado. Si fuma 20 cigarrillos diarios, tiene un muy alto riesgo de hacer cáncer pulmonar, y si fuma 40 cigarrillos diarios o más, el riesgo es horroroso, es gigantesco, casi nadie se salva. Esos todos terminan sentados en mi oficina con un tumor en el pulmón.

--¿Cuáles son los síntomas del cáncer de pulmón?

--Los síntomas son tardíos. Lo más frecuente del cáncer de pulmón es que no tenga síntomas. Cada pulmón es del tamaño casi de una garrafa. Si uno mete adentro una mandarina, que podría ser un tumor de 4 centímetros, podría no tocar ninguna estructura importante y no dar síntomas. Puede meter una naranja y no dar síntomas. Entonces, lo que puede tener el pulmón adentro sin dar síntomas es muy grande. Da síntomas cuando se acerca a un bronquio o cuando se acerca al exterior del pulmón, a la periferia, que se llama la pleura y roza las costillas.... Ojalá operáramos puras guindas. En términos reales, los síntomas que tienen los fumadores es que su tos se hace un poco más persistente o distinta, tienen dolor de espalda o de pecho que no es preciso.

--¿Puedo saber con una radiografía al pulmón si tengo algo?

--No. Lamentablemente la radiografía de tórax permite ver alrededor del 70% del volumen pulmonar. Hay un 30% que queda escondido detrás del corazón, del diafragma, en las zonas declives o, si es muy chiquitito, se hace invisible porque queda sobrepuesto en contra de los huesos... entonces, una radiografía de tórax no es suficiente, no garantiza. Durante años tratamos de hacer screening con eso y no resultaba... Por eso ha costado mucho en el mundo establecer un plan de diagnóstico precoz, un plan de pesquisa. ¿Qué hacer para diagnosticarlos precozmente a los fumadores de esos tumores? Hemos tenido muchas peleas de los americanos y los ingleses defendiendo mucho el costo económico de los planes de pesquisa, que demostraban siempre que el beneficio poblacional no era tanto, hasta que los japoneses largaron unos programas de diagnóstico con scanner, que hace 10 años era muy caro y por eso fue muy criticado, pero hoy se impuso en todo el mundo y estamos todos de acuerdo en que si uno quiere hacer un plan de diagnóstico precoz, como el papanicolao o la mamografía paralas mujeres, tiene que hacer un scanner de tórax sin contraste, de muy baja dosis y que permite ver todo el pulmón de una sola vez.

--¿Qué pasa con el fumador pasivo? ¿El que no fuma es víctima del que está fumando? De los tabacos, ¿cuál es el más nocivo?

--Todos los tabacos son nocivos, pero la pipa y el puro no se aspiran, por lo que ellos dan cánceres de otras partes, no de pulmón, sino que de boca, lengua y laringe... generalmente no pasa el humo para atrás... no comprometen el pulmón porque no se aspiran. Ahora, cuando los fumadores de cigarrillos fuman esas cosas, tienden a aspirar, así que mantienen el riesgo igual. Ahora bien, todos los tipos de cigarrillos son igualmente cancerosos. No importa si le sacan un poco de nicotina o le ponen un poco más de nicotina. Todos son iguales, porque lo que hace la nicotina es producir más o menos adicción... hay 3000 sustancias tóxicas dentro del humo de un cigarrillo, que es lo que uno recibe y muchas de ellas son cancerígenas. En cuanto a los fumadores pasivos, cuando uno revisa los enfermos que no eran fumadores y tienen cáncer pulmonar, en general uno encuentra que son hijos de grandes fumadores o parejas de grandes fumadores. Y esa conciencia no la tenemos los padres. Se nos olvida que nuestros hijos están expuestos a este gran volumen de tabaco que nosotros les echamos encima. Entonces, uno debiera insistir en que el cáncer futuro de tus hijos chicos --que lo van a tener a los 50 años-- es culpa del tabaco que tú les pusiste, que además les da el ejemplo para creer que es bueno fumar.

--¿La marca de los cigarrillos influye en el riesgo? ¿Los de mejor calidad son menos dañinos?

--No, son todos igual de malos. No hay tabacos mejores que otros. Es mejor fumar lechuga que tabaco.

--¿Los diabéticos tienen mayor riesgo al cáncer pulmonar?

--Los diabéticos tienen mayor frecuencia de patología pulmonar. No necesariamente tumores, pero sí bronquiectasia, granulomas infecciosos y otras cosas que sí se diagnostican con el scanner, pero la relación con cáncer de pulmón no está claramente establecida.

--¿Una puntada en el pecho es un síntoma?

--Si la persona tiene más de 50 años, el dolor puede ser cualquier cosa, por lo que hay que examinar.

--¿Los que fuman hierba están menos propensos a tener cáncer al pulmón?

--La potencia estadística que se requirió para demostrar la correlación entre tabaco y cáncer fue muy alta. Se requirió muchos millones de fumadores reclutados para conocer el riesgo real. Y no tenemos millones de personas declarando que fuman hierba para poder seguirlos y demostrar que produce cáncer pulmonar. Ésa ha sido toda la causa. No tenemos la posibilidad de hacer la demostración estadística, pero lo razonable dice que tiene que tener un riesgo similar.

--¿Por qué una persona de 79 años, que fuma 45 cigarrillos al día, no tiene cáncer?

--El tabaco mata por cáncer pulmonar, cáncer de laringe, cáncer de vejiga, cáncer cervicouterino, emfisema, infarto al miocardio, accidente vascular encefálico, etcétera. Cierto es que hay pacientes que son físicamente indestructibles, como ese caballero de 79 años, que a lo mejor podría lucir de 70 si no fuera fumador. A lo mejor está destinado a vivir 120 años por sus genes, pero el tabaco va a lograr acabar con él antes... Ese caballero está especialmente dotado, pero los humanos normales, que no son ese caballero, sufrimos el daño del tabaco muy precozmente.

--¿Valen la pena la quimioterapia y la radioterapia?

--Se ha producido en cáncer pulmonar un cambio notable. A veces cuando está muy encima los árboles no dejan de ver el bosque, pero yo empecé en esto hace 25 años. Cuando empecé, la radioterapia y la quimioterapia no lograban mejorar... el beneficio, la supervivencia y la calidad de vida eran cero. Hace 10 años esto empezó a cambiar y empezamos a tener pacientes en etapa 3 que eran capaces de sobrevivir a la enfermedad cuando se asociaba cirugía, radioterapia y quimioterapia. Cuando se hacía cirugía sola, no sobrevivían a la enfermedad. No había ningún sobreviviente a los 5 años. Entonces, esto se empezó a afinar y hoy un 30-40% de los pacientes en etapa 3 sobreviven a su enfermedad gracias a la asociación de quimioterapia, radioterapia y cirugía. Sin embargo, es cierto que el costo físico que hay que pagar por hacer quimioterapia o radioterapia es mucho más -aparentemente- severo que los que se hacen cirugía sola, pero en encuestas exhaustivas de calidad de vida se ha demostrado que los enfermos en etapa avanzada del cáncer pulmonar, en general, tienen una mejoría de su calidad de vida cuando se asocian a quimioterapia o a terapias génicas nuevas. Esa demostración se hace difícil cuando uno conduce los últimos 6 meses de alguien, porque se da la mezcla de toxicidad tumoral versus la de la quimioterapia. Los pacientes con quimio tienen menos muertes por ahogo, menos sangrado por la boca, pero esto es caso a caso. Como no se sabe cómo determinar bien la sensibilidad tumoral, en general a los pacientes con tumores avanzados se les hace un par de ciclos de quimioterapia y se evalúa si son buenos o malos respondedores, y en los buenos se intenta seguir adelante, y en ese grupo hay gente que se puede rescatar.

--¿Qué pasa con el arsénico?

--Bueno, Antofagasta es el lugar del mundo donde existe la más alta tasa de cáncer pulmonar. Evidentemente la exposición a arsénico, que se bebe, que viene con el agua, es una causa muy importante, una correlación muy importante. Aguas Antofagasta ha insistido en tratar de demostrar que ellos han reducido el contenido de arsénico que tiene el agua, lo que es cierto, porque sus niveles actuales son aceptables. Pero la población antofagastina, si uno la revisa, tiene manchas blancas en el cuerpo, manchas arsenicales, casi todos, porque durante los últimos 100 años el agua de Antofagasta que se arrastra desde la cordillera, ha venido pasando por lugares donde hay mucho arsénico en la tierra y arrastra el arsénico, entonces el arsénico está presente en el agua, y si bien hoy los números están dentro de rangos aceptados

en el mundo, la exposición previa es la que hace que la cantidad de arsénico que ellos ya tienen en el cuerpo los exponga a tener cáncer. De todas maneras, cuando yo voy a Antofagasta sólo tomo agua embotellada, porque la verdad es que la cantidad de arsénico histórico es muy elevado y es un factor de riesgo atroz no sólo para el cáncer pulmonar, para muchos otros cánceres.

--¿Cómo prevenir el cáncer pulmonar?

--Bueno, la primera cosa es tratar de dejar de fumar y que los hijos de uno no fumen. Los que ya son fumadores o fueron fumadores y están suspendidos y tienen un riesgo elevado de cáncer pulmonar, que son los que han fumado más de 20 años, tienen más de 50 años, etcétera, deben someterse a un scanner de tórax anual. En la Clínica partió un programa de diagnóstico precoz. A la persona se le hace un scanner y éste muestra si existen nódulos pulmonares, que son los cánceres chicos, precoces, o si existe calcio en las coronarias, que es el mejor método de pesquisa para enfermedades coronarias, que es el hermano pegado del cáncer pulmonar. Esto se puede hacer a un precio muy razonable... sólo por los programas de pesquisa que hemos mantenido por muchos años hemos logrado tener grandes volúmenes de pacientes que se operan en etapa 1, que tienen un 90% de curación.

--En otro tema, llama la atención que hay quienes dan la mano y ésta está totalmente mojada. ¿Cómo se llama eso?

--Se llama hiperhidrosis, que puede ser secundaria de alguna enfermedad y generalmente compromete a todo el cuerpo. Se puede ver en los diabéticos, en pacientes que tienen hipertiroidismo u otra enfermedad metabólica, que transpiran de todo el cuerpo. Mientras que los pacientes que tienen una hiperhidrosis que se llama esencial o primaria, tienen sudoración localizada en las manos, axilas, pies o en la cara. Estas 4 pueden estar combinadas o estar aisladas. Siempre que se estresan se mojan de esas partes y además en algunos otros momentos, porque el simpático, que es el que determina esta sudoración también trabaja en otras cosas, no sólo en estrés. La sudoración es sólo un mecanismo de termorregulación, se usa para regular la temperatura, pero la sudoración simpática se relaciona con el estrés y no con la regulación de la temperatura, entonces uno puede tratarla manteniendo la sudoración térmica para cuando hace calor o se hace ejercicios.

--¿A quiénes afecta la hiperhidrosis?

--Hay gente que tiene hiperhidrosis severa de cara, manos o axilas y que esto lo limita en forma importante y otra gente que tiene la misma hiperhidrosis y que no le importa porque a lo mejor su desempeño social no se relaciona con esto, esto no es un impedimento para su desarrollo social, pero hay otros lugares en donde uno no puede estar mojado, transpirado porque socialmente es mal visto y esto los empieza a limitar. En general le pasa a la gente que tiene hiperhidrosis de las manos que cuando dan la mano las personas ponen cara de asco y eso es un golpe a la autoestima progresivo. Ellos sufren mucho por la manera que son tratados. Muchos de esos enfermos son tratados con múltiples terapias. Se han usado aluminatos, que tienen un 12-15% de éxito en el tratamiento o de satisfacción. También se ha usado iontoforesis que es un sistema de corriente eléctrica que tiene una tasa de éxito desconocida, quizás de 3%, no más que eso. Se usó radiación un tiempo, que puede producir atrofia de las glándulas sudorípedas pero que deja un daño radiante en la mano y un riesgo de lesiones cancerosas futuras. El bótox en las manos no sirve... nunca. Si uno pone bótox para intentar paralizar la sudoración, puede tener líneas en las que se acabe la sudoración, pero en la línea de al lado va a sudar igual. Si pusiéramos el volumen suficiente de bótox como para que la mano no sudara, habría que dejarla paralizada. En axilas sirve el bótox. Es corto su tiempo de duración, entre 2-6 meses, pero en axilas sirve, en manos no.

--Entonces, ¿cuál es la solución?

--Lo que se hace es la simpatectomía, que es una operación muy antigua, que se hace 50 años... se usaba para la enfermedad arterial oclusiva, cuando a la gente se le empezaban a morir los dedos por insuficiencia arterial, parecido al Reynaud, pero patología más grave con obstrucción arterial. Cuando no había cómo rescatar esas manos que se estaban necrosando se les sacaba el simpático a través de una toracotomía, con una incisión de 25 cms en cada lado del tórax y, al sacar el simpático, las manos se revascularizaban. Al menos por un tiempo

se lograba paliar eso y la gente tenía sus manos funcionando en buenas condiciones. Pero se descubrió que esas manos se secaban. Entonces, se empezó a pensar que los pacientes que tenían hiperhidrosis severa, que goteaban, y a los que se les comenzaba a dañar la piel por estar siempre mojada, podían solucionar el problema. Pero una cirugía de 25 cms de incisión en cada lado del tórax era un poco agresivo para tratar un tema de sudoración. Cuando apareció la cirugía por video hace 15 años se hizo posible hacer este enfrentamiento distinto, con 2 hoyitos de 5 mm con una cámara de televisión, seccionar el simpático, y el paciente se puede ir de alta el mismo día en la noche o al día siguiente. De esta manera esto se hizo popular para tratar la sudoración.

--¿Y qué pasa si el paciente suda de otro lugar?

--Lo que pasa es que existen niveles de inervación. El simpático se distribuye como una cadena tipo rosario al lado de la columna, y cada parte de este rosario es como una estación de enchufe. Uno tiene que desconectar la cara en el enchufe T2, las manos en el T3, las axilas en el T4. Los pies no tienen un enchufe determinado. Entonces, si alguien viene a consultar por cómo secarse los pies, no tengo una respuesta. A la gente que les hago simpatectomía de extremidades superiores, a la mitad se les secan los pies. No sabemos por qué, porque no existe un punto donde yo pueda decir aquí se desenchufen los pies. Eso todavía no está identificado. La tasa de éxito no es tan grande.

--¿Un médico de otro país tampoco lo sabe? ¿Es automática la información entre los médicos?

--Hoy tenemos acceso a la información casi instantáneamente. Para los doctores la información es casi instantánea entre los congresos y las revistas científicas online... Es difícil saber si a veces lo que uno está leyendo es bueno o malo. Por eso hay que leerlo en lugares adecuados y con una formación adecuada. Antes que se publiquen las cosas, los doctores nos juntamos en los congresos y las discusiones, las mesas redondas y los cursos muestran la información antes de que esté publicada incluso en esas revistas. O sea que el conocimiento real de los doctores que viajan, asisten a congresos y leen muchas revistas es prácticamente simultáneo en todo el mundo.

En el caso de las especialidades quirúrgicas, para hacer un procedimiento no es cosa de leerlo. Hay que ir a aprenderlo al lugar donde se diseñó.

--¿La ciencia va a inventar la vacuna contra el cáncer?

--Sí, estoy seguro. Hay cánceres que se curan todos como la leucemia en los niños, que era una cosa atroz hace 25 años y hoy se curan prácticamente todos. Entonces, hay enfermedades que ya son de muy alta curabilidad. Y todas las enfermedades van mejorando. Después de la quimioterapia vienen cosas más precisas, algunos medicamentos biológicos que disparan directamente sobre la enzima que produce el cambio tumoral. Entonces cuando se bloquea esa enzima se acaba el cambio tumoral. Y se nos viene aquí a la vuelta de la esquina la capacidad de inyectar el genoma corregido para poder parchar la parte mala de los genes de uno que fabrica el cáncer. Entonces, el cáncer va a estar solucionado. Muy probablemente yo tenga que seguir operando toda mi vida para tratar el cáncer, pero mis hijos van a tratar el cáncer con una corrección distinta.

--Chile sigue estando tecnológicamente a la vanguardia? ¿Nos falta mucho?

--En el cáncer pulmonar, hoy día tenemos en cirugía resultados iguales en Chile que lo que se obtienen afuera. En radioterapia, las mismas cosas que se obtienen afuera. En drogas de quimioterapia tenemos lo mismo y en estas drogas nuevas biológicas, también, y tenemos doctores que salen mucho. Yo diría que los doctores chilenos son bien empeñosos, han viajado siempre y hoy el mundo se ha achicado mucho.

--Volviendo a la hiperhidrosis, ¿es común en niños pequeños?

--Si el niño se moja de todo el cuerpo o de algún segmento del cuerpo es distinto. Si el niño se moja de todo el cuerpo tiene que ser evaluado por su pediatra y por un endocrinólogo, porque eso puede ser alguna enfermedad endocrinológica, que tenga un poco de hipertiroidismo o alguna otra cosa. Ahora, si el niño se moja de extremidades, de las manos, las axilas, eso se debe tratar dermatológicamente.

--¿Es normal que uno transpire cuando se pone nervioso?

--Sí, es normal que cuando se es sometido a un estrés potente se tenga un poco de sudoración. Lo que pasa es que la gente que tiene hiperhidrosis tiene por microexposiciones, o por leves estrés, sudoración. Cuando uno quiere tratar a alguien de la hiperhidrosis, en general uno evalúa varias cosas. Una cosa importante de evaluar es el índice de masa corporal, porque los pacientes que tienen un índice elevado van a tener una complicación de la simpatectomía, que es la sudoración compensatoria. Si uno maneja pacientes de índice de masa corporal bajo, o sea, gente más o menos delgada, largos-flacos, esos enfermos tienen muy pocas complicaciones, en general. La complicación más importante se llama sudoración compensatoria, lo que quiere decir que cuando esos enfermos que han sido operados, si son sometidos a calor extremo, a gimnasio, ejercicio, el cuerpo tiene que transpirar por alguna parte, y para regular la temperatura va a botar agua por los lugares donde no ha sido secado. Entonces, va a transpirar por la guatita, la espalda, las piernas. Eso es especialmente grave en los enfermos que han sido sometidos a simpatectomías T2, que son para la cara. Por ahí algunos dicen que la simpatectomía es un procedimiento que tiene mucha sudoración compensatoria y eso puede ser muy molesto, pero todos los que dicen eso han sido sometidos a simpatectomía T2, que antes, hace 10 años, se hacía para todo. Todas las personas que tenían hiperhidrosis se operaban con simpatectomía T2, T3 y T4 porque no había segmentación.

--A ver, si yo quiero sacarme la sudoración de las manos me van a desenchufar sólo las manos, pero esa agua que botaba por ellas ¿va a salir por otro lado?

--No es exactamente así. Cuando la sudoración que tenías por las manos era en relación al estrés, la sudoración que tienes que botar por otro lado es cuando seas sometido a calor, porque tu cuerpo tiene que botar el calor para que no te recalientes. Entonces, no lo va a botar por las manos pero sí por otro lado, pero no es la misma sudoración porque la de las manos era por estrés, no por temperatura, ejercicios, etcétera.

--Llegó una pregunta... ¿es normal transpirar en exceso de cara estando en un lugar encerrado?

--Cuando uno transpira más que los que lo rodean, la verdad no es exactamente normal. El problema es que habría que ver cuál es su índice de masa corporal, cuáles son las otras cosas que lo afligen y ver si esto es sólo por estrés o por otras causas. Es un poco más exhaustivo el examen para decidir si tiene una hiperhidrosis que una consulta por mail. Me cuesta más precisar.

--Bueno, quisiéramos agradecerle al Doctor por habernos hablado del cáncer y de la hiperhidrosis. Gracias por traernos algo de esperanza porque vemos que esto se sigue desarrollando cada día y se trabaja mejor el tema del cáncer, pero también por este miedo que es necesario que lo tengamos, porque hay que tenerle miedo a este tema, porque el cigarrillo es un peligro. Cómo los auditores lo pueden contactar.

--Básicamente estoy en horario máximo en la Clínica Santa María. Para pedir hora, el 4612000 o 4613000. Muchas gracias por la invitación.