



:: [portada](#) :: [Ecología social](#) :: [El genocidio industrial del amianto](#)

23-04-2015

Sufrir por sanar (I)

Padecimientos iatrogénicos asociados al tratamiento o al diagnóstico de las patologías del amianto

Francisco Báez Baquet

Rebelión

Cuando una medicina no hace daño, deberíamos alegrarnos y no exigir, además, que sirva para algo. Pierre-Augustin Caron de Beaumarchais

Introducción

Desde la perspectiva y la sensibilidad de la propia trabajadora o trabajador afectados, entre los padecimientos atribuibles a la exposición laboral a los amiantos, no podemos desdeñar a lo que son sufrimientos iatrogénicos, generados en el tratamiento y/o en el diagnóstico, y no precisamente por mala praxis asistencial o médica, sino porque así lo demanda el carácter marcadamente invasivo o perturbador, de algunas de las prácticas aplicadas.

Desde el punto de vista de quienes siempre nos toca estar en el extremo de las agujas hipodérmicas y de los bisturís, y no en el otro, en el de los que los sostienen y los aplican, la inclusión, en nuestra revisión de los padecimientos asociados a la exposición al amianto y consiguiente afectación, de este tipo de agresiones consentidas, no ofrece reparo alguno, de ningún tipo. Su omisión, por el contrario, dejaría esa revisión asaz incompleta.

La praxis habitual aplicada al tratamiento o al diagnóstico de las patologías asociadas a la exposición al amianto, obedece a un conjunto de rigurosos protocolos, que minimizan el posible padecimiento iatrogénico del paciente, que unas veces será un enfermo, y otras meramente un expuesto al contaminante, cuyos potenciales efectos nocivos se quiere comprobar si han pasado a ser efectivos, y en qué grado y concreta modalidad.

Nada comparable, por tanto, con las prácticas experimentales o felizmente pretéritas, en otros campos de la medicina, como es el caso, por ejemplo, de la psiquiatría, en la que nos topáramos con recursos presuntamente terapéuticos, tales como: inyectar bromuro en las arterias carótidas (inicio de la angiografía por Moniz, con un paciente muerto por dicha práctica), coma hipoglucémico deliberadamente inducido, "curas" por enfriamiento, por extracción de dientes, por amputación del colon, inyecciones de malaria, electroshock, lobotomía radical (seccionamiento y posterior impregnación prolongada en alcohol, de las zonas del cerebro quirúrgicamente intervenidas), etc.

Si lo noticiable es que un hombre muerda a un perro, y no al revés, un sesgo estadístico destacará indebidamente a lo anómalo, frente a lo que es lo normal. En el terreno médico, lo anómalo es el error, y en nuestro actual contexto, vendría a ser el equivalente al humano mordedor. Su toma en consideración, gozará del valor didáctico de la intencionalidad favorecedora de un ideal de remediación, y cuando se trate, como es caso, de actuaciones ya pretéritas, la intencionalidad de traerlas ahora a colación, es clara: para abogar para que, en presente y en el futuro, situaciones similares no se vuelvan nunca a repetir.

En el mismo orden de cosas cabe incluir a la terapia electroconvulsiva, cuando es practicada sin el uso de relajantes musculares, sin el empleo de anestesia, y sin oxigenación: Mental Disability Rights International (2005).

Ahí, al menos, había una intencionalidad terapéutica; peor aún es, cuando los conocimientos



científicos son puestos al servicio de la aplicación de torturas. Peor, en efecto, cuando una empresa privada, dedicada a la asesoría científica, pone a sus expertos a ayudar a un gobierno, nominalmente democrático, a diseñar un manual de instrucciones para la tortura psicológica. Nos referimos, concretamente, a los psicólogos de la firma "Mitchel, Jessen & Associated LLC", de Spokane, Washington, por su asesoramiento en la realización del susodicho manual, uno más de los destinados, en su momento, a substituir al tristemente célebre manual KUBARK, del año 1963, que incluía la recomendación explícita del recurso a descargas eléctricas, tortura que, de psicológica, meramente, tiene bien poco. La persistencia en el tiempo, durante décadas, y bajo diversas administraciones, de distinto matiz político, de ese tipo de prácticas, indica dos cosas: una, es evidente, la "manga ancha" de todos los concernidos como actores o encubridores, y otra, ésta positiva, que a pesar de todo ello, y con inauditas resistencias, al final, todo haya podido salir a la luz pública, aunque sólo sea de forma parcial y dulcificada, en Estados Unidos; algo que, en contraste, en otros horizontes, cabe presumir que no se daría. Véase: Mausfeld ("En el lado oscuro". *Mente y Cerebro*. Sept/Oct 2012; Nº 56: 89-91).

Amén de experimentos como el de Tuskegee (Alabama), también llamado experimento Pelkola, mantenido durante el transcurso de cuarenta años, y en el que un grupo de médicos negó tratamiento contra la sífilis a un grupo de hombres afro-americanos, con el fin de poder observar la muerte de sus cerebros, corroídos por el avance implacable del proceso degenerativo, ocultándoles la naturaleza infecciosa de la enfermedad, con lo que sus esposas e hijos quedaron contagiados, y haciéndoles creer que simples punciones lumbares consistían en un verdadero tratamiento. Cientos de hombres murieron de sífilis, sin ningún tipo de terapia.

La consecuencia positiva final, de todo este asunto, fue la elaboración y publicación, el 18 de abril de 1979, del llamado «Informe Belmont», acerca de los condicionantes éticos ineludibles que debe asumir todo experimento con humanos. La versión en español puede ser accedida en:

<http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>

En el mismo orden de transgresiones habríamos de incluir aquellas terapias que en el pasado se han aplicado para corregir lo que se consideraba como una enfermedad, la homosexualidad, llegando incluso a la castración quirúrgica, como ocurrió en Holanda, donde, según el periódico NRC Handelsblad, en los años 50 del pasado siglo la Iglesia católica holandesa supuestamente ordenó castrar a diez menores, con la mencionada finalidad. De los tres factores involucrados en esta aberración -falsa enfermedad, falsa terapia y violación de derechos humanos-, este último es el más determinante, si se tiene en cuenta el hecho de que entre los castrados se incluyó a un niño al que no se le había incluido entre los que habían evidenciado algún comportamiento que podía ser interpretado como homosexual, y que, en cambio, él sí había denunciado abusos de pedofilia, por parte de alguno de los integrantes del personal del orfelinato católico. De todo ello, si hubo quien lo ordenó, también hubo personal facultativo que ejecutó lo demandado.

Henk Hethuis fue uno de los castrados, según lo publicado por la BBC:

<http://www.bbc.com/news/world-europe-17453849>

Es el respeto a los derechos humanos, el que invalida la realización de algunos experimentos, cuya viabilidad técnica no está cuestionada; es decir, que se podrían hacer, pero que no se hacen, pues la mera curiosidad científica no los justificaría. Un ejemplo paradigmático de ello, es la obtención de embriones quimera, formado por la fusión de dos o más embriones diploides -normales-, para obtener un único embrión viable, cuyos tejidos son quiméricos. Si se realizase con embriones humanos, nada, desde un punto de vista estrictamente técnico, impediría la fusión entre integrantes de la quimera, incluso con diferencias de sexo o de raza. La viabilidad de estas quimeras, en animales, permite hacer algo semejante, entre, por ejemplo, hasta cinco o seis embriones fusionados. Para quienes consideran que la vida humana da comienzo en el mismo acto de la fecundación, esta mera posibilidad teórica ya representa un interrogante lógico de difícil resolución -véase: de Miguel Beriain (2011)-. Es, por tanto, un freno meramente moral, el que veda que este tipo de experimentación, en humanos, se realice. La creación del embrión quimera,



presupone la previa supresión, como seres independientes, de los embriones viables que lo configurarían.

A lo largo de la Historia, actitudes reaccionarias han presidido la intencionalidad de determinadas propuestas conculcadoras de los más elementales derechos humanos. Valga por todas, el ejemplo del cirujano militar Karl August Weinhold (1782-1829), coherente seguidor de las opiniones de su coetáneo Thomas Robert Malthus, quien, en 1827 hizo llegar al Ministerio de Estado del Reino de Prusia su propuesta para solucionar un supuesto problema de exceso de población, y que consistiría, como medida general y urgente, en "algún tipo de infibulación indisoluble, con soldadura y sellado metálico, con la cual, aparte de que no se pueda abrir por la fuerza, sería muy adecuado para evitar el acto de la procreación hasta la entrada en el matrimonio". Su propuesta se refería tanto a uno como a otro sexo.

En general, la infibulación es una mutilación de los genitales femeninos, cruenta en la mayoría de los casos, consistente en una clitoridectomía, seguida por el cierre vaginal, mediante sutura. Solamente se deja una pequeña abertura, para la emisión de la orina y la descarga de la sangre menstrual.

En la propuesta de Weinhold, la infibulación se aplicaría a los siguientes grupos sociales: "todos los mendigos y toda otra vida fuera del matrimonio, en las personas empobrecidas; todo incapacitado, que sufren de enfermedades de larga duración, personas que ya reciben limosna de la comunidad; todos los sirvientes, oficiales y aprendices, en las ciudades y en el campo; todo el personal militar no casado, en los grados inferiores". Véase: Patricia James: "Population Malthus: His Life and Times" (pág. 365). Rourledge Library Editions: Economic History.

Otro ejemplo de acción conculcadora de fundamentales derechos humanos, lo tendremos en lo actuado por el ex presidente de Perú, Alberto Fujimori y tres de sus ministros de Sanidad, al haber dirigido un plan de esterilizaciones forzosas, bajo presiones, amenazas e incentivos con alimentos, y sin que fueran debidamente informadas, a más de 200.000 mujeres, la mayoría indígenas, entre los años de 1996 y 2000. Además, 18 de ellas murieron a causa de esa aberrante práctica. No deben echarse en el olvido, las múltiples complicidades y "obediencias debidas", que hubieron de mediar, para que dicho plan pudiera ser llevado a cabo. Nos estamos refiriendo, más concretamente, a los múltiples profesionales de la medicina, que con evidente olvido de su juramento hipocrático, fueron los ejecutores -cada uno de ellos, una y otra vez, en reiteradas ocasiones-, de tales masivas esterilizaciones, de tales amenazas, de tales engaños, y de tales coacciones. Lo más sorprendente y escandaloso de toda esta historia, es que el programa de esterilización forzosa hubiera sido una imposición del Fondo Monetario Internacional a Fujimori, y que Estados Unidos lo hubiera financiado, según informó en su momento el diario «Público»:
<http://www.publico.es/internacional/esterilizadas-cambio-arroz.html>

En la película «Sangre de cóndor» se denuncian las ocultas esterilizaciones obligadas, que realizaban los «Cuerpos de Paz» a mujeres indígenas, en un pueblo del altiplano boliviano. A causa de esto, fue expulsada de Bolivia la organización que lo denunció.

Otro tanto ha sido hecho en Uzbekistán, según informó la BBC:
http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2012/04/120412_esterilizaciones_forzadas_uzbekistan_adz.shtml

La contaminación, cuando ha sido intencionada, y no meramente accidental, es, obviamente, la antítesis del respeto a los derechos humanos. ¿Pero es que alguna vez ha habido algo así, fuera de un destino manifiestamente bélico?... Sí lo ha habido, según veremos seguidamente. Eso ha ocurrido, al menos en dos ocasiones, y en las dos con el protagonismo de una misma empresa.

En el año 1986, el representante demócrata por Massachusetts, Edward Markey, reveló que el gobierno norteamericano y la empresa "General Electric" llevaron a cabo experimentos con seres



humanos, compatriotas que habían sido calificados como de "prescindibles": ancianos, prisioneros y pacientes de hospitales, que no podrían haber mantenido sus plenas facultades para un conocimiento informado. Se convirtieron, según el señor Markey, en "dispositivos de calibración, para los experimentadores nucleares, fuera de todo control". Uno de los experimentos más crueles, se realizó en 1963. Los escrotos y los testículos de 64 presos fueron irradiados, para determinar los efectos de la radiación en los órganos reproductivos humanos. Nadie les advirtió del riesgo de sufrir cáncer testicular.

En 1995, con la creación de una Comisión Asesora Presidencial, fue revelado el alcance total de los experimentos con humanos, llevados a cabo por "General Electric". Como parte del programa de investigación sobre armamento de los Estados Unidos, a partir de 1949, y desde la central nuclear de Hanford, en Richland, Washington, se había liberado intencionadamente material radioactivo, para ver hasta qué punto la dirección predominante de los vientos lo haría desplazarse. Una nube de partículas radiactivas derivó hasta la frontera entre California y Oregón, a 400 millas, determinando una contaminación por radiación, que como mínimo ha sido evaluada como más de 500 veces superior a la del accidente de "Three Mile Island", y asentándose en el terreno, las edificaciones y las aguas del río Columbia, que atraviesa el complejo de Hanford. A diferencia de lo sucedido después, accidentalmente, en Chernobyl, allí nadie dijo nada, nadie fue evacuado, ni tampoco se retiraron de la zona ni se controlaron los productos de los cultivos o de los animales de granja, afectados por la radiación. Como es lógico, esto tuvo unas dramáticas consecuencias para la población y para la ganadería afectadas: abortos, esterilidad, deformidades congénitas y una tasa de cánceres que llegó, en un determinado punto, cerca de Hanford, a ser tan alta, como para que fuera conocido como "la milla de la muerte", y en donde, de un total de 28 familias residentes, 27 sufrieron graves problemas de salud, todos asociados a unas altas dosis de radiación. En el este del estado de Washington, en el área a favor del viento, la cantidad de radiación medida, era el doble de la que sufrieron los niños de Chernobyl.

En menor escala, también habríamos de citar el caso del carcinoma cutáneo provocado por la aplicación, en 1944, de un test de experimentación con gas mostaza, al que fue sometido un recluta indio, del Ejército Británico: Harb et al. (2011).

En la página 42 del ejemplar del diario "EL MUNDO", correspondiente al día 13 de Mayo de 2013, se insertó una información, fechada en Berlín, y signada por Rosalía Sánchez, titulada: "La RDA vendió a 50.000 cobayas humanas". En dicha fuente, entre otras varias noticias, todas ellas similares, se informaba de lo siguiente: "En la renombrada Clínica Universitaria Charité, de Berlín, la firma Boehringer-Mannheim (actualmente, en el grupo Roche) habría usado eritropoyetina, más conocida como epo, una sustancia empleada con fines de dopaje y que fue inyectada allí a una treintena de bebés nacidos prematuros, sin el consentimiento de sus padres". Así se deducía, de documentos del Ministerio de Salud, de la Stasi y del Instituto para Fármacos de la RDA, publicados por el periódico Der Spiegel. Además de enfatizar las jugosas comisiones que se embolsaron las autoridades de la Alemania del Este, no podemos dejar en olvido el rol de todas las compañías farmacéuticas occidentales, que se prestaron a ser partícipes activos de ese siniestro comercio, en el que unos seres humanos fueron usados como animales de ensayo clínico, sin su conocimiento ni conformidad. A raíz de haber estallado el escándalo, Boehringer realizó una declaración pública, afirmando que iba a realizar una investigación interna sobre dicho asunto; sin embargo, y por lo que por nuestra parte podemos saber, hasta el presente los resultados de esa auto-indagación no se han llegado a hacer públicos.

El lector tiene razón si se interroga, por qué, si antes hemos dicho "nada comparable", tenemos que incluir en nuestro relato todas estas barbaridades, que sensu stricto, nada tienen que ver con el amianto. Nuestra respuesta es, que si se soslaya el tratamiento respetuoso con los derechos de nuestro prójimo, con olvido de su dignidad humana (algo, a lo que la historia médica del amianto no es totalmente ajena), es así como se puede llegar hasta esas aberraciones extremas, lo cual no es privativo del ámbito médico, como nos lo demuestra, por ejemplo, la menos reciente noticia (diario "EL PAÍS", 18/5/2011, pág. 37), sobre la aplicación por el gobierno de la República Checa -miembro



de la Unión Europea, recordémoslo-, a determinados inmigrantes, de los llamados tests falométricos (el análisis de la excitación, deducida a partir de la medición de la longitud del pene erecto, al visionado de material pornográfico; una prueba que sin duda superarían, como es sabido, los ahorcados, por su postrer e inducido priapismo, sin necesidad de estímulo erótico). El doctor David Egilman, también hace una crítica a la falta de ética consistente en incluir en la batería de pruebas de un screening a trabajadores varones, un análisis de semen, a obtener mediante masturbación. Egilman es un prestigioso profesional, que tiene publicado numerosos trabajos, algunos en colaboración, y con títulos tales como, por ejemplo: «Maximizar el beneficio y poner la salud en peligro: estrategias empresariales para evitar el litigio y el reglamento», « Ford, General Motors, Chrysler, el asbesto, y una "apreciación sana de los riesgos"», «Los investigadores deben hablar con los trabajadores», «Enfermedades del polvo y el legado de la manipulación corporativa de la ciencia y la ley», «Más que un cañón: Corrupción corporativa de la Ciencia, y sus efectos en los trabajadores y en el medio ambiente», « Contra la Epidemiología anti-salud: obstrucción Corporativa de la Salud Pública, a través de la manipulación de la Epidemiología», «Corrupción de la Literatura Médica: una segunda visita», «El origen y desarrollo del Límite Máximo para amianto: indiferencia científica e influencia corporativa», « Corrupción corporativa de la Literatura Médica: Estudios sobre amianto, ocultados por WR Grace & Co.», etc., etc.

Nuestra línea argumentativa general, en este asunto de los padecimientos iatrogénicos, no obstante, ha de habérselas con otro tipo de situaciones, con episodios tales como, por ejemplo, el olvido de instrumentos quirúrgicos en el cerebro de algún paciente: Slater (2006), o la aplicación de una docena de sanguijuelas en la vagina, como terapia en el tratamiento del síndrome de Tourette: Draaisma (2012), pág. 189.

Daño iatrogénico en la terapia o el diagnóstico de las patologías del amianto

A pesar de las abismales diferencias que separan tales prácticas de las que actualmente son habituales y regladas, y refiriéndonos ya al ámbito concreto de las maniobras de curación, de cuidados paliativos o de diagnóstico, respecto de las patologías asociadas a la exposición al amianto, no obstante, y después de habernos asomado a tales lejanos y siniestros antecedentes como los antes narrados, parece oportuno que dediquemos, al menos, un cierto espacio discursivo, a pasar somera revista a las circunstancias, incidencias, secuelas, riesgos e inconvenientes "menores", inherentes a la atención médica de las personas alcanzadas, en alguna de sus posibles modalidades, por las patologías derivadas de la exposición al asbesto.

Será el caso, en primer lugar, de la quimioterapia y de la radioterapia, aplicadas en la lucha contra los procesos malignos, y cuyas secuelas son sobradamente conocidas, por lo que no nos detendremos mucho en ellas, limitándonos sólo a algunas situaciones mórbidas que, no siendo específicas del tratamiento médico de las patologías asociadas al amianto, no obstante, su aparición eventual en relación con tales dolencias viene corroborada por el conocimiento que existe sobre su realidad.

En el tratamiento farmacológico del mesotelioma o de otras neoplasias malignas, la administración de Pemetrexed ha sido asociada con toxicidad hematológica y con efectos secundarios, cutáneos. Véase, por ejemplo: Boesmans et al. (2014).

En Corbaux et al. (2014), los autores presentan dos casos de una nueva toxicidad inducida por pemetrexed: la induración con esclerodermia de las extremidades inferiores.

En Izzedine (2015), este autor, tras especificar que el principal efecto secundario del pemetrexed, es la mielosupresión, que puede ser prevenida por la suplementación con ácido fólico, centra su revisión en la toxicidad renal emergente en pacientes tratados en el largo plazo.

En Valerio et al. (2014), los autores relatan un caso de isquemia aguda en miembro inferior, en una



paciente de mesotelioma maligno, una complicación derivada de haber sido tratada con quimioterapia mediante una combinación de pemetrexed y carboplatino.

Determinados tratamientos del mesotelioma, pueden ser objeto de rechazo por parte de algunos pacientes, por razones de índole psicológica. Es el caso, por ejemplo, del uso de la talidomida: Baas et al. (2005).

Riesgo iatrogénico tendremos también, a causa de la exploración mediante rayos X (sobre todo en la tomografía computarizada), tanto en el screening como en los grupos de control, en los estudios epidemiológicos. Véase, por ejemplo: Vierikko et al. (2007), De González et al. (2008), Fasola et al. (2007), Mastrangelo et al. (2008), Baker & Greene (1982), Kalra et al. (2004), Nekolla et al. (2009).

A este respecto, especialmente preocupantes han ser los casos en los que la afectación maligna generada a través de la práctica del diagnóstico roentgenológico, es también, al propio tiempo, una de las patologías inespecíficamente asociadas a la exposición al asbesto, como es el caso, por ejemplo, de la leucemia: Thomas & Preston-Martin (1992), Pogoda et al. (2011), Ginevan (1980), Preston-Martin et al. (1989).

La generación de neumonitis, con resultado de muerte, en enfermos de mesotelioma, como consecuencia de la radioterapia aplicada, es abordada en: Allen et al. (2006). Véase también: Nottrup et al. (2009).

En Rosenzweig (2013), el autor reseña la toxicidad considerable de este tipo de terapia, incluso con el uso de técnicas mejoradas, señalando específicamente casos de neumonitis, a veces con resultado de muerte.

Parece obvio que cuando la radioterapia es usada como medio de paliar o suprimir el dolor causado por el mesotelioma pleural, implícitamente está asumido un cierto daño iatrogénico, inherente a esa práctica terapéutica de alivio sintomático: Macleod et al. (2013).

La aplicación de cisplatino en el tratamiento de un mesotelioma pleural, fue determinante de una neuropatía tóxica, óptica, en un caso descrito en Martin et al. (2005).

En la misma o similar línea de riesgo iatrogénico, se sitúa el empleo del pemetrexed (Alimta), en el tratamiento del mesotelioma y del cáncer pulmonar, y determinante de una necrosis epidérmica tóxica (NET): Bosch-Barrera et al. (2009), Scheinplug et al. (2012), Tummino et al. (2007), Piérard-Franchimont et al. (2011). Es digno de ser resaltado el hecho de que la necrosis epidérmica tóxica es un trastorno potencialmente mortal, que requiere de hospitalización y de manejo multidisciplinario. En relación con el daño iatrogénico generado por el citado medicamento, cabe destacar también el caso relatado en Kim et al. (2010), en el cual el paciente sufrió dicho daño, en el mismo órgano que era la diana terapéutica: en el pulmón.

El medicamento Pemetrexed (Alimta) es ampliamente utilizado en combinación con platino, como tratamiento de primera línea para el mesotelioma y para el adenocarcinoma de pulmón. También está aprobado para su uso en el entorno de mantenimiento en monoterapia, después de la finalización por parte del paciente, de 4 a 6 ciclos de un régimen de terapia doble, basada en el platino, para el cáncer de pulmón de células no pequeñas.

Con el uso creciente de las duraciones incrementadas de los ciclos de pemetrexed, y de tiempos más largos de la duración total de la terapia, la toxicidad acumulativa inesperada, u otras toxicidades, son posibles.

En Son & Mott (2014), los autores informan de un caso, en el que un paciente que recibió pemetrexed en régimen de mantenimiento, para el tratamiento de un adenocarcinoma avanzado



de pulmón, desarrolló una hidrocefalia comunicante.

Concluyen, que a medida que más pacientes reciben rutinariamente pemetrexed, como terapia de mantenimiento, el desarrollo de toxicidades o de diagnósticos inesperados, es posible, y que esa puede ser una consideración a tener en cuenta, en la planificación del tratamiento crónico de estos pacientes.

Dada la amplia difusión del tratamiento con Alimta, de los enfermos de mesotelioma, ésta es una cuestión que atañe al examen de los potenciales daños iatrogénicos asociados con el tratamiento o el diagnóstico de las patologías asociadas a la exposición al amianto, de todo lo cual aquí nos estamos ocupando.

En Viguier et al. (2010), es abordado el surgimiento de isquemia digital, en pacientes del mesotelioma, tratados con gemcitabina. Es destacable el hecho de que el tratamiento del incidente iatrogénico implica necesariamente la suspensión de la quimioterapia.

La gemcitabina es un análogo de nucleósido, que tiene actividad antineoplásica en diferentes tumores sólidos, incluido el mesotelioma. Su uso terapéutico adolece del inconveniente de que puede desencadenar varios efectos tóxicos como el anteriormente indicado, pero incluyendo también: mielosupresión, síndrome gripal, alteración de las pruebas de función hepática, broncoespasmo, prurito, fiebre o reacción cutánea erisipeloides. Esta última, es descrita en Kuku et al. (2002), en un paciente de mesotelioma.

El tromboembolismo venoso, originado por la terapia multimodal en los pacientes de mesotelioma y de cáncer de pulmón de célula no pequeña, es abordado en Patel et al. (2009).

Aun cuando el rol etiológico de los asbestos esté ausente, parece oportuno citar aquí a aquella práctica médica que ha venido a determinar, como contingencia, el surgimiento de un mesotelioma. Nos estamos refiriendo, concretamente, al tratamiento aplicado a determinados enfermos, consistente en la administración de dióxido de torio, comercialmente conocido como "Thorotrast", y que se practicó en la década de los años cincuenta del pasado siglo. Al tratarse de un compuesto radioactivo, su potencialidad carcinógena no puede ser considerada como sorprendente. El "Thorotrast" es el paradigma perfecto de causa determinante de daño iatrogénico.

Las sesiones de quimioterapia, en palabras de uno de los enfermos cancerosos del amianto, "no se las desea ni a su peor enemigo".

El agravamiento de un síntoma tan crítico como es la disnea en los enfermos del cáncer pulmonar, a causa de la radioterapia aplicada, es abordado en el trabajo de Paludan et al. (2006). Parece ocioso resaltar, por obvio, lo que puede suponer un percance de esa naturaleza, cuando pudiera tratarse de pacientes en los que la etiología de su cáncer pulmonar hubiera correspondido a una exposición al asbesto, a causa de la cual, además, concurrese un patrón restrictivo, originado por el efecto fibrosante del amianto.

Es partícipe también de dicha condición de agresión iatrogénica, el deterioro cognitivo post-quimioterapia, también conocido como disfunción cognitiva por quimioterapia. Aproximadamente, entre el 20 y el 30% de las personas que se someten a quimioterapia, experimentan algún nivel de deterioro cognitivo, posterior a la misma.

Inicialmente, la situación se puso de manifiesto, debido al gran número de enfermas del cáncer de mama, que, tras el tratamiento, se quejaban de los cambios en su memoria, en la pérdida de la fluidez de la misma, y en la pérdida de otras habilidades cognitivas, que les impedían mantener su capacidad de funcionar en el desarrollo de su vida cotidiana, con la misma eficiencia con que lo habían hecho, antes de haberse sometido a la quimioterapia. Estudios recientes han confirmado la



realidad del deterioro, que es mensurable.

Otra situación mórbida similar, es la llamada disfunción cognitiva postanestesia, observada en algunos pacientes después de la anestesia, y que no obedece sólo a ésta, sino que también es causada por la cirugía, cuando el tratamiento de la enfermedad requiere de la misma, y de un tratamiento postoperatorio.

Como ejemplo de trabajo, de publicación relativamente reciente (2013), sobre este asunto, citaremos el del doctor Plácido Delgado, de la Universidad de Gratz (Viena, Austria), titulado «Disfunción cognitiva posoperatoria en el anciano», y cuyo enlace de acceso al texto completo, es el siguiente: <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2013/05/disfuncion-cognitiva-postop.pdf>

Se nos podrá argumentar, que ante estas situaciones, el facultativo puede verse constreñido por la falta de disponibilidad de otras opciones terapéuticas, pero ello no alivia en lo más mínimo, ciertamente, a la índole e intensidad del daño iatrogénico sufrido por el paciente, que en el caso de los del amianto, será precisamente una persona anciana, en razón del dilatado tiempo de latencia de las patologías asociadas a dicho tóxico.

Durante el período inicial de la dolencia, después de haberse realizado el acto quirúrgico, puede presentarse un delirio postoperatorio transitorio, que suele remitir espontáneamente en cuestión de uno a tres días, pero que puede ser seguido de confusión, que requiere de un seguimiento ulterior.

El deterioro cognitivo, después de cirugía con anestesia general, y después de una semana desde el momento de la operación, se suele presentar en torno al 40% de los pacientes. Ver: Pain & Laalou (2009).

La Disfunción Cognitiva Postoperatoria (DCPO), hace referencia a los problemas cognitivos (con la memoria, el aprendizaje y la capacidad de concentración), después de haberse practicado la cirugía sobre el enfermo.

Como quiera que no se practica cirugía sin que se aplique anestesia, podemos considerar que, en realidad, sólo es una forma distinta de denominar el mismo síndrome del que nos hemos ocupado precedentemente.

No obstante, hay algunas matizaciones que conviene tener presentes. En efecto, estudios recientes sugieren que la incidencia de la DCPO aumenta con la edad -Pfitzenmeyer et al. (2001)-. Esta circunstancia, en nuestro contexto, habida cuenta, como ya dijimos antes, del dilatado tiempo de latencia de las patologías asociadas al amianto, sobre todo en el caso del mesotelioma, aboca al paciente de estas dolencias, por su edad, a una especial vulnerabilidad frente a los trastornos psíquicos derivados del acto quirúrgico.

Consecuentemente, tendremos lo siguiente: que los porcentajes de incidencia de tales trastornos de índole psíquica, citados precedentemente, están referidos a la población general, y que, por consiguiente, en el caso de los pacientes tratados quirúrgicamente a causa de sus padecimientos asociados a la exposición al amianto, tales porcentajes, previsiblemente, se verán incrementados.

Hecha esta salvedad, hemos de advertir, que los factores involucrados en el curso y emergencia de tales trastornos psíquicos, aparte del de la edad, ya reseñado, también concurren otros, como son la duración de la anestesia, la eventual incidencia de las complicaciones intraoperatorias y asimismo, las infecciones postoperatorias.

El tratamiento paliativo del cáncer en estadios avanzados, mediante la administración de esteroides, es un recurso que a veces desencadena una psicosis en el enfermo; en Okishiro et al. (2009), se relata un caso de tales características, referido al mesotelioma pleural maligno.



La DCPO debe diferenciarse del delirio postoperatorio, ya que la misma tiene una duración más larga, y, al propio tiempo, no suele presentar fluctuaciones en la función cognitiva alterada. Incluso, en algunos pacientes de riesgo, la DCPO puede llegar a consolidarse como una alteración permanente del funcionamiento cognitivo.

En la práctica clínica real, lo que frecuentemente se observa es una inextricable maraña de síndromes paraneoplásicos mezclados con trastornos iatrogénicos, de todo lo cual puede servir de ejemplo el texto del informe médico contenido en la sentencia STSJ AND 5056/2010 (Recurso nº 2930/2009), relativa a un caso de mesotelioma en un trabajador de "Navantia" y "Astilleros Españoles, S.A.", con pronunciamiento favorable a la parte demandante, y cuyo texto del informe transcribimos seguidamente:

"Según Informe de 30 de enero de 2008, extendido por facultativo del Servicio de Medicina Interna, Unidad de Cuidados Paliativos, H.U. de Puerta del Mar, en el mes de julio de 2007 al Sr. Cayetano se le diagnosticó de mesotelioma derecho y disnea, siendo la estirpe un mesotelioma sarcomatoide. Realizó tratamiento quimioterápico, pleurodosis con talcaje y radioterapia. Dada su mala evolución se pasó a Cuidados Intensivos.

La evolución de su hospitalización resultó: Inicialmente se hace una rotación de opioides pasando de 160 mg, de Oxycodona al día a 160 mg, de Cloruro Mórfico subcutáneo con mejoría de dolor. Llama entonces la atención el aspecto triste y verbaliza decaimiento. El dolor es interpretado como difícil por la suma de carácter neuropático, empeoramiento irruptivo, rápida escalada de opioides, depresión previa, no obstante, el primer cambio terapéutico, morfina subcutánea y rescates de 5 mg, logra mejorarle, pudiendo pasar los días siguientes a 80 mg en perfusión. Poco después de su ingreso, hace episodio de delirium agitado, fiebre y signos clínicos y biológicos de insuficiencia respiratoria hipoxémica, detectándose en la radiología de tórax una neumonía bilateral que no se ve en el control de su ingreso. Empeoramiento a reactantes de fase aguda que ya aparecían en el momento de su ingreso elevados, a pesar de no observarse la neumonía. Inicia tratamiento con la sintomatología respiratoria pero hubo que suspenderlo por la aparición de un exantema. Se continua el tratamiento con Clinamicina y Amicaina con mejoría clínica y radiológica desapareciendo en el control de tórax los infiltrados del pulmón izquierdo, existiendo únicamente el engrosamiento nodular de la pleura en el hemitorax derecho. A pesar de esto la desorientación no se le controla apareciendo periodos de delirium agitado, que se controlan con Levomepromacina. La situación respiratoria vuelve a empeorar con hipoxemia y ruidos de secreciones respiratorias por secreciones que el paciente no tiene fuerza para expectorar. En esta situación el paciente comienza con mioclonía y nuevamente fiebre elevada, añadiéndose Midazonal al tratamiento (3,5 mg) con control de las mioclonías. Recibimos resultado de hemocultivo donde ha crecido *Candida albicans* que se trata según antibiograma con Fluconazol 400 mg, intravenoso. A pesar de ello el paciente fallece poco después."

La administración masiva de morfina (aplicada, por ejemplo, para tratar de mitigar el dolor insoportable, asociado a la pericarditis contingente a un mesotelioma maligno), en algún caso ha sido determinante de alucinaciones y paranoia. El riesgo de adicción iatrogénica a los opiáceos, ya ha sido mencionado por nuestra parte anteriormente. Véase también: Salminen et al. (2013).

Iatrogenia quirúrgica

Una vez abordados algunos de los trastornos psíquicos asociados al tratamiento quirúrgico, habremos de ocuparnos de los efectos directos del mismo, y así, en segundo lugar, habremos de aludir, a la pleurectomía, resección total o parcial de la pleura afectada por mesotelioma, pleura de la que el enfermo queda desprovisto, con los pulmones sin dicha envoltura, y casi sin mayor beneficio terapéutico, que un transitorio enlentecimiento, más o menos fugaz, del avance del proceso maligno, y ello en el mejor de los supuestos.

Respecto de la pleurectomía radical, en Bölükbas et al. (2012), los autores explican cómo, en una



determinada proporción de los casos, la misma pone en evidencia que el tumor se había extendido a las incisiones practicadas en resecciones parciales anteriores; es decir, que tales intervenciones quirúrgicas precedentes, sirvieron de "calzada real" para la diseminación del tumor.

La pleurectomía/decorticación extendida, o pleurectomía radical, se define como un procedimiento con preservación quirúrgica pulmonar, para el tratamiento del mesotelioma pleural maligno. Un desajuste de tamaño significativo, entre la cavidad torácica, y el reducido tamaño del pulmón restante, puede ocurrir como resultado de resecciones múltiples, en sitios diferentes, y que llevan a originar un espacio torácico residual. Ese espacio de supervivencia torácica, que conlleva una significativa fuga de aire, puede dar lugar a complicaciones postoperatorias. En Bölükbas et al. (2013), los autores describen una técnica simple de reconstrucción del diafragma, para evitar ese espacio torácico residual, y para así reducir la incidencia de complicaciones postoperatorias.

Todos los procedimientos invasivos pleurales tienen el potencial de causar daño. Las complicaciones iatrogénicas de los procedimientos quirúrgicos pleurales, incluyen: empiema, laceración de la arteria intercostal, hemotórax y neumotórax, así como la punción de otros órganos. En muchas de estas complicaciones, se ve amenazada la vida del paciente, y también aumentará la morbilidad y la duración de la estancia hospitalaria: Dunscombe & Maskell (2012).

En la cirugía del mesotelioma, la mortalidad operatoria puede llegar a alcanzar hasta al 30%. Ver, por ejemplo: Villena Garrido (2003). Al propio tiempo, su efectividad, incluso paliativa, ha sido cuestionada: Treasure & Utley (2007), Treasure et al. (2003), Baas (2012). La propia crónica judicial registra algún caso de ello: STSJ GAL 4970/2011 (Recurso nº 4762/2007).

La realidad suministra casos concretos, que en principio no tienen por qué figurar en la literatura médica. En la sentencia STSJ GAL 4498/2011 (Recurso nº 4400/2007), se relata el de un trabajador del amianto, afectado por mesotelioma, al que, después de haber sido sometido a cirugía torácica, tiempo después se le practicó una segunda intervención quirúrgica, fallida, porque el mesotelioma resultaba ya irreseccable. Se le abrió de nuevo, sin beneficio terapéutico alguno. Había que intentarlo.

A veces, son las propias condiciones de partida del enfermo, derivadas, como secuela adicional, de la exposición al asbesto, las que impiden que una determinada terapia paliativa pueda ser aplicada. En la sentencia STSJ CAT 5088/2012 (Recurso nº 3581/2011), se relata el caso de un trabajador del amianto, afectado de mesotelioma pleural maligno, que resultó inoperable, por el funcionalismo pulmonar insuficiente del paciente.

Tal y como muy acertadamente se indica en Serna-Camacho & Cortés-Cárdenas (2012), en los pacientes de mesotelioma, están vedados, en muchos casos, "procedimientos quirúrgicos agresivos, que pocos de los pacientes pueden tolerar por su edad, además de por padecer diferentes enfermedades co-mórbidas".

Una situación especial a resaltar, en relación con la pleurectomía, la tendremos cuando es ésta la que determina una exposición del paciente al asbesto, y, por lo tanto, abocándolo al riesgo evidente de ser alcanzado por alguna de sus patologías, con singular más elevada probabilidad por que respecta al mesotelioma. En Planteydt (1966), el autor nos relata cómo en un caso en el que la pleurectomía se hizo para estimular la anastomosis sistémico-pulmonar, para tratar de paliar una enfermedad cardíaca congénita, tras la pleurectomía, y en la que "la superficie del pulmón fue rociada con polvo de amianto"!

En Poppe & Valjean (1950), entre el instrumental quirúrgico mostrado, se presenta una escofina epicárdica, para su uso en las operaciones de Beck, "que se utiliza para escarificar y despojar epicardio, antes de insertar el amianto, para (el tratamiento de) la insuficiencia coronaria". Véase igualmente: Beck & Brofman (1956).



Especial énfasis habremos de poner, en resaltar la extraordinaria agresividad del procedimiento quirúrgico conocido como neumonectomía extrapleural (PPE), que, por ejemplo, le fue aplicado al co-fundador de ADAO (Asbestos Disease Awareness Organization), Alan Reinstein, diagnosticado de mesotelioma, y que consiste en la eliminación de un pulmón, de la pleura y del diafragma, y, a veces, también del pericardio.

Como se indica en la web de ADAO, "esta cirugía es una de las más terribles que una persona puede sufrir".

Los tejidos eliminados, suelen suplirse habitualmente con implantes de Goretex (politetrafluoruro de etileno). El bronquio mayor, correspondiente al pulmón extraído, es cegado mediante una única grapa del tamaño adecuado, o mediante sutura. Ver: Cabañero Sánchez et al. (2009).

En Collaud & Perrot (2012), los autores enumeran las potenciales complicaciones que eventualmente se pueden presentar en la neumonectomía extrapleural: fibrilación auricular, aspiración / neumonía / síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), embolia pulmonar, disfunción renal severa, íleo (interrupción aguda del tránsito intestinal) prolongado, síndrome de platipnea-ortodesoxia (SPO) (disnea e hipoxemia que sólo se produce en posición erecta), infarto de miocardio / paro cardíaco, accidente cerebro-vascular, dehiscencia de parche diafragmático, quilotórax, hemotórax, empiema, fístula broncopleural, tamponada cardíaca, fisiología cardíaca constrictiva, dehiscencia de parche de pericardio, y perforación esofágica.

En Spaggiari et al. (2014), los autores, en su estudio retrospectivo acerca de los resultados y de las complicaciones de la terapia quirúrgica, consistente en una neumonectomía extrapleural, aplicada a pacientes de mesotelioma pleural maligno, observaron que el 26,3% de los mismos tuvieron complicaciones mayores, después de practicada, con un 6,9% de fallecimientos, dentro de los 90 días después de la cirugía. La mediana de supervivencia global, fue de 18 meses.

En Burt et al. (2014), los autores, en un estudio fundamentado en la base de datos de la "Society of Thoracic Surgeons", sobre la morbilidad y mortalidad quirúrgicas, concluyen que la morbilidad severa fue mayor después de la neumonectomía extrapleural, incluyendo el síndrome de distrés respiratorio agudo (8,4%), al igual que la mortalidad (10,5%). Un análisis multivariante reveló que la neumonectomía extrapleural fue un predictor independiente de morbilidad grave o de mortalidad (odds ratio, 6,51). Concluyeron que la neumonectomía extrapleural se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad en comparación con la pleurectomía / decorticación.

En Taioli et al. (2014), los autores realizaron un meta-análisis exhaustivo, para tratar de responder a la pregunta de qué procedimiento quirúrgico del mesotelioma pleural maligno, entre la pleurectomía con decorticación, y la neumonectomía extrapleural, presentaba mejores resultados de supervivencia, concluyendo que los pacientes sometidos a la segunda presentaban una mortalidad a corto plazo, 2-65 veces superior.

En Saito et al. (2000) se reporta un caso de hernia diafragmática izquierda, complicada por la perforación de una úlcera gástrica en la aorta intratorácica, una complicación rara y fatal, que ocurrió en un hombre de 51 años de edad, 3 años después de que su diafragma hubiera sido reparado con una lámina de politetrafluoretileno, después de su resección, durante la realización de una pleuropneumonectomía, aplicada como terapia quirúrgica a un mesotelioma pleural izquierdo. Admitido al hospital en estado de shock, se encontró que tenía una hemorragia masiva en la sonda nasogástrica. Una operación de emergencia reveló una úlcera de estómago, que había sido desplazado en el tórax izquierdo, la cual había perforado directamente a la aorta descendente.

La neumonectomía extrapleural, como ya hemos explicado, es la cirugía usada para extirpar un pulmón enfermo, parte del pericardio (la membrana que cubre el corazón), parte del diafragma (el músculo que se encuentra entre los pulmones y el abdomen) y parte de la pleura parietal (la membrana que recubre el tórax). Este tipo de cirugía se usa con mayor frecuencia en el



tratamiento del mesotelioma maligno. Su aplicación puede ser determinante de una capsulitis adhesiva del hombro (inflamación crónica del tejido periarticular).

En Peña et al. (2012), los autores describen un caso de hernia de hígado, generada por la realización de una neumonectomía extrapleural, en el tratamiento quirúrgico de un mesotelioma.

En Ploenes et al. (2013), los autores concluyen que la pleuroneumonectomía extrapleural reduce significativamente la función pulmonar, lo cual puede dar lugar a disnea, e influir en la calidad de vida de estos pacientes. Ocioso parece resaltar, por obvio, el hecho de que, en los casos de concurrencia simultánea de mesotelioma con algún grado, más o menos avanzado, de asbestosis, resultarán ser particularmente sensibles a ser afectados por el efecto de esta peripecia iatrogénica.

En Ural et al. (2014), los autores presentan el caso de un paciente de mesothelioma pleural maligno, al que se le había practicado pneumonectomía extrapleural, como consecuencia de la cual se originó la isquemia de un largo segmento de la cuerda espinal, con resultado de paraplejía.

Un caso de herniación diafragmática, provocada por el material protésico utilizado en la neumonectomía extrapleural aplicada en el tratamiento quirúrgico paliativo del mesotelioma pleural, es descrito en Pop et al. (2013).

En Butchart et al. (1976), los autores concluyen que la aplicación de la pleuroneumonectomía no afecta al curso de la enfermedad, en los casos de mesotelioma del tipo mixto entre las presentaciones histológicas epitelial y mesenquimal.

En Kinoshita et al. (2012), se describe un caso de recurrencia de mesotelioma pleural, tras 14 años después de habersele practicado al paciente una resección completa, mediante neumonectomía extrapleural.

Allí donde no existe una seguridad social que afronte una situación de incapacidad por enfermedad, una experiencia como la antes descrita, puede determinar un despido, como le ocurrió al directivo norteamericano Vito Bell, de Alpharetta, Georgia, a la edad de 54 años. Despedido, por haber sucumbido al amianto; por haberse rendido a su morbilidad. Kafka se quedó corto.

Otras complicaciones derivadas de la aplicación de la neumectomía extrapleural al tratamiento del mesotelioma pleural maligno, han sido igualmente descritas: fallecimiento, fístula broncopleural, empiema post-neumonectomía, quilotórax, dehiscencia del parche diafragmático, hemorragia intra-torácica, fibrilación auricular, síndrome de distrés respiratorio agudo, fisiología constrictiva, aspiración, intubación prolongada, desplazamiento del mediastino con taponamiento subagudo, insuficiencia renal, parálisis de cuerdas vocales, insuficiencia del ventrículo derecho, embolia pulmonar, trombosis venosa profunda, neumonía, lesión pulmonar aguda, paro cardíaco, infarto de miocardio, y, por error de revisión, hernia cardíaca, restricción del gasto cardíaco, o herniación gástrica: Opitz et al. (2006), Tokunaga et al. (2007), Sugarbaker et al. (2004). Algunas de las complicaciones mencionadas, requieren de reintervención inmediata, con lo cual, inevitablemente, se abre la puerta a otras posibles complicaciones ulteriores. Sobre el quilotórax originado por la cirugía torácica de las neoplasias del sistema respiratorio, véase, por ejemplo: Le Pimpec-Barthes et al. (2002).

En Yan et al. (2009), en una cohorte de pacientes de mesotelioma maligno, a los que se había aplicado neumonectomía extrapleural, constataron que la morbilidad y mortalidad perioperatoria fueron del 37 y del 5,7%, respectivamente. Las complicaciones presentadas, fueron: hemotórax, fibrilación auricular, empiema, fístula broncopulmonar, insuficiencia cardíaca del ventrículo derecho, neumonía, pericarditis constrictiva, edema pulmonar agudo, hernia del intestino delgado, y coagulopatía intravascular diseminada. La mediana de supervivencia fue de 20 meses, con una supervivencia a los 3 años, del 30%.



En Cicen et al. (2004), los autores pasan revista a las complicaciones derivadas de la aplicación al tratamiento del mesotelioma pleural maligno, de las siguientes variantes de su abordaje quirúrgico: pleuropulmonectomías, ídem, ampliadas con resección de pericardio y subtotal del diafragma, pleurectomías parietales sin resección del pulmón, y resección parcial del tumor (reducción de su volumen). Las complicaciones surgidas fueron: fístulas del muñón bronquial originado, quilotórax, lesiones del ganglio simpático y hemotórax (acumulación rápida de sangre en el espacio pleural). Cerca del 3% de los pacientes murieron inmediatamente después de la operación.

En Maguire et al. (2013), los autores relatan un caso de insuficiencia cardíaca debida a tensión por hidrotórax, tras haberle practicado una neumonectomía extrapleural izquierda a un paciente de mesotelioma pleural, y como consecuencia de un derrame pleural masivo, izquierdo, con desplazamiento del mediastino.

En Pricopi et al. (2014), los autores concluyen que "La mortalidad global de 90 días después de la neumonectomía no se modificó significativamente en los últimos 30 años, mientras que la mortalidad a los 90 días después de la terapia de inducción seguida de neumonectomía, por cáncer de pulmón de células no pequeñas, disminuyó significativamente".

La extravasación de líquido céfalo-raquídeo, como consecuencia iatrogénica del tratamiento quirúrgico de un mesotelioma pleural, generado por exposición al amianto, y originada a causa de una fístula subaracnoideo-pleural, producida por la resección quirúrgica de unas masas tumorales paravertebrales, es abordada en: Heyer et al. (2006).

En Kasper & Walter (1995), estos autores indican que las fístulas arteriovenosas causadas por un trauma iatrogénico, se ven especialmente facilitadas por la creciente frecuencia de los procedimientos diagnósticos e intervencionistas invasivos; presentan el caso de un paciente con una fístula arterio-venosa, causada por la maniobra de aspiración de tejidos de un tumor pleural -mesotelioma-, realizada con una pequeña aguja, guiada por tomografía computarizada.

El surgimiento de una situación de hemoneumotórax, como consecuencia de maniobras terapéuticas aplicadas al tratamiento de cáncer pulmonar, es el objeto de varios trabajos: Niu et al. (2010), Yamauchi et al. (1999), Yamaura et al. (2000), Zhu et al. (1994).

En el mismo plano de lo que son agresiones iatrogénicas que tienen su origen en una previa exposición al amianto, habremos de situar, a la decorticación practicada como tratamiento de la fibrosis pleural difusa, según ya indicamos, con ocasión de ocuparnos de su breve descripción.

(Continuará, en su 2ª parte).

Rebelión ha publicado este artículo con el permiso del autor mediante una [licencia de Creative Commons](#), respetando su libertad para publicarlo en otras fuentes.