

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TUMORES CEREBRALES

Dr. RUDOLPH JAEGER

Prof. Clínico de Neurología-quirúrgica «Jefferson Medical College and Hospital», Filadelfia

El diagnóstico del tumor cerebral, en lo que se refiere a su situación y tipo probables, es más preciso y seguro que el de cualquier otra lesión de los órganos profundos. Esta afirmación es válida, porque en ningún otro órgano se encuentran tantas zonas delicadas y vías de conducción que señalen la topografía exacta de algún desorden profundamente situado. Por este mismo motivo las lesiones, por reducidas que sean, provocan con precocidad determinadas manifestaciones que permiten el ataque quirúrgico en un momento mucho más precoz que en el caso de otra lesión similar implantada en distinta parte del organismo. Un tumor del tamaño de un guisante podrá determinar la ceguera bilateral y la atrofia óptica de estar implantado en el agujero óptico. El aneurisma de la arteria comunicante posterior será el motivo de una parálisis oculomotora. Otra formación tumoral no mayor de 2 cm. de diámetro en la zona motriz del cerebro, posiblemente indicará su presencia por los ataques focales de naturaleza epiléptica. Cada una de estas lesiones y otras tan reducidas pueden ser diagnosticadas con precisión y tratadas con eficacia, gracias a los métodos de cirugía moderna.

La cefalalgia es el síntoma aislado más común de los tumores cerebrales, pero se da la circunstancia de que muchas veces no manifiesta su presencia. Se distingue por ser sorda y pulsátil, pocas veces constante y con tendencia al aumento de intensidad. Muchos pacientes con masas intracraneales pueden no sentir su cefalalgia durante largos períodos, que se cuentan por días e incluso por meses.

Ciertos trastornos mentales caracterizan las neoformaciones cerebrales. Son habituales entre ellos la irritabilidad, los deseos de gastar bromas, la euforia, el delirio, la somnolencia, el estupor y el coma. Estas anormalidades de la mente pueden aparecer en forma súbita, así como cambiar de modo brusco de la una a la otra, a veces sin poder llegar a un diagnóstico hasta la aparición del coma.

Las convulsiones generalizadas que se inicián en la edad adulta, pueden atribuirse con muchos visos de certeza a los tumores cerebrales; si dichas convulsiones comienzan en determinada zona muscular, con tendencia a progresar hacia otras regiones del cuerpo, o si se limitan a una sola parte, indican que el tumor cerebral está situado en el área correspondiente a la de los músculos afectados. Con el ataque, el paciente puede o no estar inconsciente.

El vómito suele ser el síntoma de los tumores cerebrales en los niños; en los adultos es posible que esta manifestación coincida con la cefalalgia. Este vómito suele ser súbito y violento, lo que ha dado lugar a denominarlo «vómito en proyectil». Toda persona con vómitos persistentes, en quien no pueda precisarse alguna afección gastrointestinal, debe caer bajo la sospecha de padecer un tumor del cerebro.

La ceguera en un globo normal deriva con frecuencia de una tumoración intracraneana. Por fortuna, todas las zonas del ojo se encuentran en posibilidad de examen directo, de modo que la afección ocular puede descartarse con facilidad por el oftalmólogo. La atrofia óptica y los trastornos de los campos

visuales son signos auxiliares para situar la lesión y determinar la naturaleza de la neoformación.

La oftalmoplejía, la pérdida del olfato, la percepción subjetiva de olores anormales, la exoftalmia unilateral, la sordera en un solo oído, la ataxia y el edema de la papila, son también signos habituales de los tumores cerebrales.

Se encuentran también entre los signos físicos corrientes, el aumento del volumen craneal en los niños, la formación de osteomas craneales en el adulto, los trastornos del crecimiento, la caquexia pituitaria y la acromegalia.

La radiografía corriente de la cabeza muchas veces podrá dar la información diagnóstica necesaria, supuesto que muchos tumores se hallan calcificados, otros engruesan o adelgazan el tejido óseo cercano y, por fin, algunos desplazan una hipófisis calcificada de su posición central.

En casos de duda la neumoventrioulografía casi siempre podrá poner en claro el diagnóstico y situar con precisión la neoplasia. La punción lumbar, aparte sus peligros, raras veces es necesaria para este diagnóstico.

El progreso más eficaz durante los últimos diez años ha consistido en los métodos de tratar estas afecciones tumorales, casi siempre en concordancia con la mayor habilidad técnica por parte del operador. Los conocimientos teóricos no son bastantes por sí solos para intervenir a estos pacientes; sobre todo es necesaria la habilidad manual para conseguir el éxito venturoso, lo cual es posible con la condición de que el cirujano tenga el instinto delicado de sus movimientos.

Durante estos últimos diez años ciertos aspectos de la técnica quirúrgica han sufrido modificaciones que tienden a un tiempo operatorio de mayor facilidad, más apropiado y más rápido. La mayor ventaja técnica ha consistido en la posición del paciente con respecto al cirujano y a sus ayudantes. Con la simplificación de la posición errecta, como primero se preconizó por De Martel en la cirugía craneal, ahora es posible completar las operaciones en el cráneo en mucho menos tiempo del que era en otra época necesario. Es perfectamente corriente que una craniotomía requiera únicamente de hora y media a tres horas para completarla, hasta el punto de que las intervenciones más duraderas son en extremo poco frecuentes. Toda operación practicada en los dos tercios anteriores del cráneo se dispone en una silla como de dentista, especialmente adaptada para mantener al operado en posición semierecta; con el sostén especial de la cabeza puede orientarse el cráneo en la forma que se deseé; la silla se levanta o desciende con facilidad para alcanzar la altura más propia para el cirujano. De este modo, con la cabeza elevada, no habrá que luchar contra la congestión venosa del cerebro ni contra la pérdida hemática, con la consecuencia de menos riesgo de shock operatorio.

En las craniotomías occipitales o suboccipitales, así como en las laminectomías cervicales o dorsales altas, el paciente se encuentra en posición completamente sentada, con la cabeza sostenida por un soporte en el que apoya la cara. También en esta modalidad la altura del paciente puede fijarse a cualquier nivel deseado.

La posición incorporada se ha criticado ante el temor del síncope postural. Después de emplearla en miles de casos, puedo decir que no he lamentado ningún caso fatal como consecuencia de esta eventualidad. Sin embargo, hay que añadir que las precauciones deben ser extremas para reemplazar al instante las pérdidas hemorrágicas; todo cirujano experimentado puede anticipar la pérdida sanguínea abundante y debe estar preparado para poner a tal complicación inmediato remedio.

Las operaciones craneales puede decirse que se inician con una larga aguja de inyecciones intravenosas y una solución salina introducida gota a gota. Debe tenerse a la mano para su empleo urgente, un aparato para inyectar en la vena

del tobillo, con el fin de poder transfundir grandes cantidades de sangre sin demora. Por este motivo es esencial en la cirugía de la cabeza, que se encuentre inmediato a la sala de operaciones el banco bien organizado y capaz de suministrar las cantidades necesarias de sangre.

La hemorragia se domina con facilidad gracias al electrocoagulador. Las grapas de plata se emplean sólo en contadas ocasiones en las operaciones modernas, de modo que el cirujano llega a reunir docenas de intervenciones sin recurrir a ellas. Para la hemostasia complementaria se utilizan a veces las porciones del músculo temporal, la espuma de fibrina y la celulosa soluble.

La anestesia local se emplea en todos los pacientes dóciles o, por el contrario, en los que se encuentran en estado de estupor, pero la anestesia general se aconseja en los pacientes excitados y nerviosos. En este último caso se comienza con la anestesia básica con el pentotal, a razón de 1 gm. por cada 25 Kg. de peso corporal, administrados por vía rectal, seguidos por la anestesia profunda con éter goteado abiertamente a través de un tubo en la tráquea.

Se ha progresado también en lo que respecta a la reducción del tiempo operatorio, lo que, a su vez, disminuye las contingencias de la hemorragia, shock y posibilidad de infección de la herida. El operador y sus ayudantes no tienen que estar empinados en podios, sino que permanecen cómodamente en el suelo de la sala de operaciones. Se dispone de aparatos de iluminación sin sombras, en vez de pequeños focos empleados antes. Se han considerado necesidades indispensables, la aspiración continua para la eliminación de la sangre del campo operatorio y los separadores fijos para aumentar la accesibilidad y la claridad de las partes profundas.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL BOCIO TÓXICO *

Dr. EDSON F. FOWLER

De la Sección de Cirugía, Colegio de Medicina, Universidad de Illinois, Chicago

Lobtención de las recientes substancias antitiroides del tipo del tiouracilo ha modificado los conceptos terapéuticos del bocio tóxico. Gracias a estos agentes, los trastornos metabólicos crónicos debidos al hipertiroidismo pueden ser dominados con tanta precisión que, en muchos casos, la operación puede demorarse o evitarse por completo; además, algunos pacientes que en otro tiempo se encontraban tan intoxicados que su operación era imposible, ahora pueden sufrir la intervención con riesgo moderado. En estas líneas se resumen nuestros conocimientos acerca del curso clínico y el tratamiento del bocio tóxico.

DIAGNÓSTICO. — El diagnóstico del bocio tóxico se basa en la presencia de metabolismo acrecentado, en el aumento de la irritabilidad nerviosa, en la hipertrofia de la glándula y, en los casos de bocio difuso, los trastornos ocu-

* «American Practitioner», sept. 1948.