

HIDROCEFALIAS

Discusión

Sr. COORDINADOR.— Han sido realizadas las exposiciones por parte de los ponentes. Ahora pasamos a la parte de discusión sobre este tema.

Dr. GOMEZ GOTUZZO.— Yo quisiera preguntar sobre las ventajas que pueden aportar las modificaciones de la operación de Torkildsen.

Dr. GARCIA GUELFÍ.— Nosotros no vemos la necesidad de modificar el Torkildsen, salvo en alguna ocasión, por ejemplo, cuando hacemos conjuntamente una sección de la tienda del cerebelo, porque entonces tratamos dos problemas: el de circulación del ventrículo lateral al tercer ventrículo y, fundamentalmente, al cuarto ventrículo, y después el pasaje desde la cisterna magna a las cisternas superiores donde se absorbe el líquido.

Dr. GOMEZ GOTUZZO.— ¿Por qué algunos cirujanos tratan de evitar que la sonda quede dentro de la cisterna magna y mismo hay otra modificación en la cual se deja la sonda por fuera de la cisterna?

Dr. GARCIA GUELFÍ.— Por ejemplo, en la malformación de Arnold Chiari al hacer una derivación a la fosa posterior hemos hecho, a su vez, una enorme decompresiva para facilitar la liberación de las cisternas cerebrales. Por lo tanto, la sonda se puede poner fijada al borde de la duramadre. Que la punta de la sonda entre o no a la cisterna magna tiene poco interés como causa de lesión, pero lo evidente es que es necesario que quede bien colocada dentro de la cisterna, para que después no se produzca una obstrucción —que se hace muy fácilmente— a raíz de los procesos reaccionales cicatriciales.

Desde el punto de vista de artificios de técnica debo señalar que ha habido enorme cantidad. Hay gente que inclusive decola primeramente la duramadre para hacerla entrar de nuevo dentro de la cavidad; en otros casos han tratado de hacer la derivación del ventrículo lateral pasando por debajo del lóbulo occipital, liberándola a través de la tienda del cerebelo. Pero lo importante y necesario es que se fije bien, porque la única misión que cumple el Torkildsen es combatir la hipertensión endocraneana.

Dr. GOMEZ GOTUZZO.— ¿La modificación que hace resear el hueso aporta ventajas o no?

Dr. GARCIA GUELFÍ.—Prácticamente no.

Dr. GOMEZ GOTUZZO.—Cuando colocamos el tubo de polietileno en la vena, sobre todo de los miembros inferiores, a los tres, cuatro o cinco días se produce una flebitis. Pregunto si eso no pasa con la yugular.

Dr. GARCIA GUELFÍ.—Tiene enorme ventaja, pero a pesar de colocar en la yugular un tubo de silicón, que prácticamente es inerte, de igual modo se produce la trombosis de esta vena. Se han ideado pequeños aparatos con el fin de abrir y tunelizar nuevamente la vena yugular que se ha obliterado por un trombo.

Dr. YANNICELLI.—Es indudable que hemos oído una exposición bastante detallada realizada por personas especializadas en la neurocirugía. De manera que corresponde hacer el elogio a este equipo que viene trabajando desde hace años en un medio en el cual no consigue todos los recursos necesarios. Realmente es una obra titánica poder encontrar los casos necesarios y obtener porcentajes bastante felices en una cirugía de tanto riesgo.

Hace pocos años —no muchos— el niño que tenía una hidrocefalia prácticamente estaba alejado de toda posibilidad de tratamiento. En 1950, cuando tuvimos oportunidad de visitar las clínicas de Londres y de París, pudimos ver como los cirujanos se debatían realizando intentos para buscar una solución, pero no se pasaba de estos intentos. Ahora, este equipo de neurocirujanos y de especialistas que colaboran con él nos presentan una estadística con casos felices, con resultados que son dignos de alabanzas. Por tanto, corresponde felicitarlos, estimularlos y esperar que no decaigan en ese esfuerzo. Hoy veo gente nueva alrededor de personas que ya son maduras en el campo de la neurocirugía, y eso es motivo de gran satisfacción. Los que actuamos en clínicas quirúrgicas sabemos que la neurocirugía necesita gran dedicación y hay que tener una vocación especial.

Indudablemente estos resultados son buenos, y es de esperar que con el progreso adecuado de la ciencia sean mejores en el futuro.

Dr. GOMEZ GOTUZZO.—Quisiera que se ampliara sobre el tratamiento con urea por vía bucal. En los traumatismos, en general todos hemos usado sorbitol.

Dr. GARCIA GUELFÍ.—Nosotros hemos utilizado urea en diferentes oportunidades: en los traumatismos encefalo craneales graves —por vía bucal y por vía intravenosa—, en los empujes hipertensivos agudos, en los tumores encefálicos, en las hidrocefalias y, últimamente, en las meningitis tuberculosas.

Los resultados, diría yo, son muy buenos, tanto por vía oral como por vía intravenosa, pero son mucho mejores cuando se usa por vía intravenosa en el momento agudo. Es realmente espectacular, cuando uno abre el cráneo de un enfermo al que se le está pasando una solución de urea al 30 %, encontrar que aun cuando la hipertensión endocraneana es muy grande el cerebro está separado de la duramadre.

Dr. GOMEZ GOTUZZO. — ¿Cómo se usa y en qué cantidad?

Dr. GARCIA GUELFÍ.—Se usa una solución al 30 % de la cual se hacen 250 centímetros cúbicos —75 gramos— que pasan en un tiempo aproximado de 30 a 40 minutos, es decir, el tiempo que nosotros empleamos en ir desde la piel a la superficie encefálica.

Dr. GOMEZ GOTUZZO.—¿Y cuando se está tratando una hipertensión?

Dr. GARCIA GUELFÍ.—En estos casos no creo que sea conveniente usar altas dosis de esta solución por vía intravenosa. Como en general a esos enfermos, pasada la etapa inmediata, se les coloca una sonda gástrica, se les puede administrar la urea por vía oral con muy buenos resultados. Yo la he usado en casos muy agudos y graves durante treinta días.

Dr. GOMEZ GOTUZZO.—¿Cuánto tomaban por día los enfermos?

Dr. GARCIA GUELFÍ.—Tomaban 70 gramos diarios para un peso de aproximadamente 70 kilos, haciéndose los controles necesarios para ver si aparecía algún trastorno renal o de índole metabólica.

Dr. HOJMAN.—Quiero hacer una acotación. La gente de Maldonado ha tratado los traumatismos de cráneo dándole de beber orina a los enfermos; aseguraban que mejoraban, que siempre marchaban bien; elegían orina de niños. De manera que aproximadamente daban 20 ó 30 gramos diarios de urea.

Sr. COORDINADOR.—Quiero felicitar a los ponentes y decir unas pocas palabras en esta Seccional de Neurocirugía.

En esta seccional hemos traído a estudio uno de los problemas de más difícil solución médica.

No creemos que el tema esté terminado. Al contrario. De lo expuesto, recogemos que si bien algunos cuadros de hidrocefalias sintomáticas y, sobre todo, aquellas debidas a procesos expansivos, tienen fácil solución clínica, radiológica y terapéutica, otros se expresan clínicamente tienen una radiología más o menos clara, pero en lo que respecta a la sanción terapéutica, la solución del problema circulatorio o de la reabsorción liquidiana es todavía difícil.

La exposición clínica de la Dra. Rebollo. Eubriología, problemas de circulación y reabsorción del L. C. R. Los problemas etiológicos. Lo congénito, inflamatorio y postinflamatorio, neofornativo, ha sido visto. El problema de la localización clínica se hace, habitualmente, con precisión.

La Dra. Zeiter de Carlevaro, expone la anatomía encefálica ventrículo-cisternal aplicada a la radiología. Radiología simple de cráneo. Radiología contrastada: a) arteriografía; b) neumoencefalografía; c) ventriculografía central.

Expone una buena colección de diapositivos ilustrando con ejemplos prácticos los distintos tipos de hidrocefalias y las etapas del diagnóstico radiológico.

gico. Cuando vemos la secuencia de los estudios realizados, la aproximación diagnóstica y mismo la certeza etiológica, llegamos al capítulo, tratamiento.

El Dr. García Guelfi nos ha presentado nuestra experiencia quirúrgica. Los distintos problemas neuroquirúrgicos y los intentos de solución.

La aproximación fisiológica en los mecanismos humanos de cura:

- a) Drenaje ventricular.
- b) Ventriculo cisternostomía (magna), Torkildsen (1939).
- c) Ventriculostomía del 3er. (Stookey Scarff con abordaje frontal o temporal).
- d) Plexectomía Dandy-Putnam Scarff.
- e) Shunts aracnoideo espinales, aracnoideo abdominales, aracnoideo pleurales.
- f) Shunts valvulados en base a válvulas ventriculoatriales. Se han expuesto los resultados, no pudiéndose hablar de estadística dado el número reducido de casos tratados.

Queda sí, en el ambiente, una cosa. En el problema de las hidrocefalias, sobre todo algunas de ellas, no se ha llegado aún. Se trabaja. Se buscan nuevos recursos y soluciones fisiopatológicas claras.

Tal vez sea esta incógnita en la solución, una de las razones por la cual se ha querido hacer de las hidrocefalias un tema de **Mesa Redonda** que muestre la inquietud de algunos y siempre esta misma inquietud de trabajo en otros.

SESION PLENARIA

Miércoles 7 de diciembre. Hora 15

TEMA:

TUMORES DE LOS HUESOS

RELATOR Y COORDINADOR:

Dr. JOSE LUIS BADO

PONENCIAS:

I.— *Tumores de los huesos (blastomas)*

- 1) "Clasificación de los blastomas primitivos de los huesos". Consideraciones generales: *Dr. D. Brachetto-Brian.*
- 2) "Osteosarcoma, sarcoma osteogénico, ósteosarcoma maligno". Significado y equivalencias: *Dr. D. Brachetto-Brian.*
- 3) "Estadística general de tumores óseos". Blastomas: *Dr. J. Lorenzo*
- 4) "Estudio clinicorradiográfico de los tumores de los huesos": *Dr. J. García Novales.*
- 5) "Estudio biópsico de los tumores de los huesos": *Dr. D. Mendoza.*
- 6) "La ecuación clínica-radiología-histopatología en el diagnóstico de los tumores óseos": *Dres. D. I. Crespo y D. Mendoza.*
- 7) "El tratamiento de los tumores de los huesos": *Dr. J. L. Bado.*
- 8) "Nuevos caminos en el tratamiento de las metástasis óseas del cáncer de la mama": *Dr. J. C. Priario.*
- 9) "Radioterapia de los tumores malignos primitivos del hueso": *Dr. R. Leborgne.*

II.— *Procesos tumorales no blastomatosos*

- 1) "Quiste óseo solitario de los huesos (Estudio estadístico de 46 casos)": *Dr. J. Lorenzo.*
- 2) "Osteoma osteoide, sífilis ósea, ósteomielitis": *Dr. R. Gandós Reilly.*
- 3) "Fibrogranuloma metafisario de los huesos tubulares largos": *Dr. D. Mendoza.*
- 4) "Displasia fibrosa": *Dr. H. Cagnoli.*
- 5) "Granulomas reticulohistiocitarios": *Dr. D. Brachetto-Brian.*
- 6) "Lipidosis del esqueleto vinculadas a trastornos metabólicos": *Dr. D. Brachetto-Brian.*

PREGUNTAS

DISCUSION