

<http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1944/pdf/A14-1-1944-2.pdf>

Para llevar a cabo las Leucotomías Prefrontales, Freeman y Watts, usan una técnica propia, modificación de la primitiva de Egas Moniz. Este autor usaba la vía de aproximación superior, llegando a las áreas prefrontales a través de un par de agujeros practicados en la pared, craneal a tres centímetros de la línea media, en una línea situada a tres centímetros por delante de una curva que uniera ambos tragos. A esos niveles introduce Egas Moniz un leucotomo (instrumento consistente en una cámbula y un trocar hueco que esconden una hoja de cuchillo, la cual se hace salir por medio de una vuelta de tornillo, describiendo entonces una circunferencia de cinco milímetros de radio). El instrumento se dirige primero hacia adelante y la línea media y después hacia adelante y a un lado, haciendo en la primera dirección tres cortes circulares a las profundidades de 4, 3 y 2 centímetros, y en la segunda otros tres cortes a 4 y medio, tres y medio y dos y medio centímetros; haciendo en total seis cortes en cada región prefrontal. Freeman y Watts encontraron que por una parte, los resultados eran mejores si se cortaba la substancia blanca a mayor profundidad y por otra, que a mayor cantidad cortada correspondían mejores y más duraderos resultados. Hicieron entonces secciones más profundas a través de la aproximación superior y por medio del leucotomo de Egas Moniz, y encontraron que quirúrgicamente tal técnica resultaba insatisfactoria porque una pequeña angulación posterior conducía la punta del leucotomo muy hacia adelante separando por tanto una cantidad muy pequeña de lóbulos frontales. Una angulación posterior llevaba el instrumento muy hacia atrás, hasta el espacio perforado anterior, ricamente vascularizado; resaltando grandes inconvenientes (dos muertes) de las excursiones en esa área. Comprobaron estos autores que el mejor plano de sección, aquel que da más seguridades quirúrgicas y sobre todo aquel en el cual los resultados clínicos son los mejores en la mayoría de los casos, es uno situado en el plano de la sutura fronto parietal. De allí la modificación de la técnica operatoria por Freeman y Watts. Siguiéndola se hacen cortes amplios, situados en el plano de la sutura mencionada, cuyas relaciones anatómicas y puntos de referencia para su localización operatoria han sido meticulosamente fijados. La operación se lleva a cabo en la forma siguiente: La cabeza del paciente se rasura en su mitad anterior; previa preparación antiséptica se fijan los puntos de referencia y se trazan las líneas guías. En la línea media se mide un punto distante trece centímetros del nasium. Bilateralmente se marca un punto situado a tres centímetros por detrás del borde externo del reborde orbitario y a 6 centímetros por arriba del arco zigomático. Una línea curva que rodea a la bóveda craneal une estos tres puntos y una vertical a punto medio de esa línea divide la región en dos hemicampos simétricos. Una vez terminado de preparar el campo operatorio se hacen incisiones bilaterales de tres centímetros de largo, siguiendo los puntos de referencia citados. Se perfora el cráneo con un trépano, se agrandan las perforaciones al rongeur, dándoles la forma aproximada de un óvalo alargado longitudinalmente. Se abre la duramadre y se busca un área avascular o paucivascular del cerebro puesto al descubierto, y en ella se hace una pequeña incisión de unos tres milímetros de largo, a través de la cual se insinúa el leucotomo de Freeman y Watts, y la punta de un instrumento romo (separador nasal). Hecho esto en ambos lados, se procede a medir el diámetro cerebral a ese nivel, lo cual se hace pasando el leucotomo de un agujero craneal al opuesto, procedimiento en el cual el cirujano es guiado por el neurólogo o el primer ayudante. Cada hemidiámetro medirá el espesor de cada lóbulo frontal, el cual generalmente es de unos 5 y medio centímetros. Para buscar la cresta del esfenoides, límite entre las fosas craneales anterior y media y punto de referencia hacia el que luego se dirigirá el corte prefrontal, se dirige la cánula hacia la base del cerebro, haciéndola llevar una angulación de 45 grados. La cresta se encuentra a unos 4 y medio centímetros de profundidad. Cuando esta maniobra se ha terminado se tienen ya varios puntos de referencia: tres puntos de la sutura fronto parietal; diámetro craneal; profundidad de la fosa cerebral anterior en su límite posterior. Además durante la medición del diámetro cerebral es frecuente darse cuenta de la situación del asta anterior del ventrículo lateral, la cual no es infrecuente perforar. El siguiente tiempo consiste en la sección de los lóbulos siguiendo los puntos obtenidos. Las maniobras siguientes se verifican primero en un lado y luego en el opuesto. Se usa para ellas un instrumento romo (separador nasal) con la hoja marcada en

centímetros, y a la parte media del cual se une una pinza hemostática recta que caiga sobre él perpendicularmente. Dispuesto de esta manera se introduce en la substancia blanca cerebral siguiendo la vía abierta por la cánula, penetrando hasta una profundidad tal que la punta del instrumento llegue hasta el límite de la capa de corteza cerebral en la cara interna del hemisferio. El neurólogo corrige la posición de los instrumentos hasta que la escuadra “mango del disertorpinza recta” este en el mismo plano de la línea que marca la sutura frontoparietal. Una vez asegurado este punto el cirujano siempre bajo el control y guía del neurólogo mueve el mango del instrumento hacia la bóveda craneal; la punta del mismo, por consiguiente, se dirige hacia la base y afuera, cortando el medio inferior del lóbulo de ese lado. A continuación por medio de un movimiento similar al primero pero orientado en sentido opuesto se corta la mitad superior de las fibras largas de asociación. En muchas ocasiones se pasa de este tiempo al similar del lado opuesto y luego se completan las secciones por cortes adicionales hechos en el mismo plano que el primero, los cuales cortes aseguran una más completa separación entre la substancia blanca prefrontal y su homónima del resto del cerebro. Todos estos cortes dan generalmente muy poca sangre. Sin embargo cuando se han terminado se introduce una cánula exploradora se le lavan las secciones con suero salino isotópico. A través de la misma cánula se inyecta luego unas gotas de lipiodol a lo largo de la transección prefrontal. La operación se termina con cierre de los diferentes planos. Se prefiere hacer la operación bajo anestesia local a menos que el estado de los pacientes no lo permita, usándose entonces pentotal só- dico o avertina. Con el paciente despierto el neurólogo puede sostener una conversación durante el curso de la intervención y apreciar los cambios de la personalidad del mismo a medida que se avanza en la operación. La tensión arterial, la respiración y el pulso- por supuesto- se vigilan constantemente. Una vez puestos los vendajes se ayuda al enfermo a pasarse a una camilla en la cual se traslada al departamento de rayos X en donde se toman varias placas que demostrarán la posición exacta de los cortes por medio de la visualización roengenológica del lipiodol. El choque de la operación es mínimo, menor que el de cualquier intervención abdominal. La pérdida sanguínea por lo general es pequeña y controlable. En el postoperatorio se mantiene el paciente en posición semisentada siempre que la tensión arterial sistólica se mantenga por arriba de 100 mmHg. Se mantiene a dieta líquida los dos primeros días, cambiándola a suave los dos siguientes y a regular el quinto día. Los puntos de sutura se quitan al 4 día; el paciente deja la cama al sexto y camina al rededor de 7. Por lo general se dan de alta entre el décimo y decimoquinto día después de la operación. El examen de los operados demuestra desde el punto de vista neurológico: incontinencia de orina en el 40 por ciento de los casos; inercia, somnolencia, fijación de la expresión facial y lenguaje en meseta. Más raras veces se encuentra signo de Bábinski, reflejo de prehensión, hemiparesia, afasia, ataxia, reflejo del bull-dog y perseveración. Posteriormente se observa ataques epileptiformes en el 10 por ciento de los casos, de los cuales en un 4 por ciento son persistentes. Como signos viscerales pueden presentarse: vasodilatación periférica, sudores profusos y pulso lento. Desde el punto de vista psicológico hay desorientación global, con persistencia de la de tiempo durante algunos días; confusión, confabulación, inercia, y a veces agitación. Del tercer día en adelante la confusión empieza a ceder terreno; continúa la falta de iniciativa, desinterés, falta de atención personal, de atenciones sociales. El poder de síntesis falta por algunos días. Hay amnesia del período postoperatorio. La atención es superficial; el paciente pasará fácilmente de un tema a otro. La inteligencia se conserva como antes de la operación y a veces aparece una mayor libertad en el uso de la misma. El carácter es alegre y las depresiones son raras. La conducta social está perturbada. Los pacientes tienen un comportamiento infantil, con falta de autocrítica, de tacto, bufonería, y necedad y sarcasticidad.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**



Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=leucotomia_de_freeman-watts

Last update: **2025/05/03 23:57**