

DOMINGO PRAT Y LA CIRUGÍA CRANEANA

Ac. Eduardo Wilson ¹

Suele suceder que una resolución administrativa tenga más repercusión sobre la salud de una población que la sacrificada tarea de un médico o un grupo de médicos a lo largo de toda una vida. Así sucedió con la creación de la Asistencia Pública Nacional, como lo ha explicado el Dr. Ferrari. Lo mismo ocurrió con la creación de lo que con el tiempo ha terminado por conocerse como el Cuarteto de Urgencia, descrito en detalle por el Prof. Mañé Garzón. Los cirujanos que lo integraban fueron desarrollando conocimientos y habilidades para resolver todo tipo de urgencias. Y entre estas urgencias fue haciéndose cada vez más frecuente una patología hasta entonces escasa, el traumatismo de cráneo, y la necesidad eventual de cirugía craneana.

Dejemos bien claro que cirugía craneana no significaba neurocirugía. La neurocirugía como especialidad nació en nuestro país con Alejandro Schroeder, en 1930, cuando por primera vez realizó la exéresis total de un tumor cerebral en forma exitosa, hecho ocurrido en el Hospital Pasteur, y se desarrolló a partir de 1937 luego de la designación de Schroeder como Profesor y Director del Instituto de Neurología, en ese entonces en este Hospital Maciel, y en especial luego de la instalación de una sala de operaciones propia al final de esa década. Aun después de iniciada la neurocirugía, ella abarcaba poco más que los tumores y quistes hidáticos encefálicos y raquídeos. Los traumatismos de cráneo no formaban parte del campo de la neurocirugía.

Quienes sí se ocupaban de estos traumatismos eran los cirujanos. Muchos fueron los cirujanos que se lanzaron a la aventura, que eso era entonces, de realizar cirugía craneana. Alfredo Navarro fue el primero en 1897, y lo siguieron José Pugnalin, Alfonso Lamas, Luis Mondino, Francisco Canessa y, en forma más dedicada, Prudencio de Pena (Fig. 1), que en 1916 presentó al Primer Congreso Médico Nacional un trabajo con 119 casos de traumatismos de cráneo en niños, de los cuales 29 fueron sometidos a cirugía, personalmente asistidos por él desde 1904 a 1916.

Creado el Servicio de Urgencia del Hospital Maciel, el traumatizado de cráneo adulto encontró en él el ámbito adecuado para ser asistido. Todos los integrantes del Cuarteto de Urgencia se vieron en la necesidad de enfrentar situaciones de injuria cráneo cerebral, en una época en que los vehículos motorizados y los accidentes de tránsito empezaban a aumentar año tras año en forma exponencial. Como consecuencia, los resultados de los tratamientos brindados a los pacientes traumatizados, motivaron algunas publicaciones, destinadas a enterar al mundo médico de la nueva realidad. Salvo José Iraola, todos los demás integrantes

¹ El Ac. Eduardo Wilson Castro, es Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina. Ex Profesor Director del Instituto de Neurología “Dr. Américo Ricaldoni”. Miembro de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. Distinguido Sindical del SMU. El texto que sigue es la Conferencia dictada el 5 de diciembre de 2012 en el Anfiteatro Joaquín de la Sagra y Périz del Hospital Maciel, en el marco del programa de actos del Centenario de la Creación de su primer Servicio de Urgencia y de la puesta en funciones del “Cuarteto de Urgencia”.

DOMINGO PRAT Y LA CIRUGÍA CRANEANA – Conferencia del Ac. Eduardo Wilson – 5.12.2012

del Cuarteto publicaron casos de cirugía craneana.

Garibaldi Devincenzi (Fig. 2) hizo dos publicaciones. La primera no corresponde a un traumatismo sino a una mastoiditis complicada con meningoencefalitis que curó luego de la trepanación mastoidea. La segunda narra dos casos. Uno de ellos es anecdótico, se trataba de un cráneo trepanado que su amigo el Ing. Luis Andreoni había hallado en una excavación en Italia y se lo ofreció para estudiar. El otro caso se refiere a un paciente operado por él en 1917 y cuya descripción operatoria hace suponer se trataba de un hematoma extradural. Ni más ni menos que el primero publicado en nuestro país.

Manuel Albo (Fig. 3) también tiene una publicación de cirugía craneana, muy breve, que también se refiere a un hematoma extracerebral encontrado en la trepanación exploradora de una fractura de cráneo.

Pero quien más interés demostró en el tema de traumatismos de cráneo fue Domingo Prat (Fig. 4). Ese interés ya se había puesto de manifiesto unos años atrás, siendo aun estudiante, en dos publicaciones de la Revista de los Hospitales del año 1908. Varios años después hizo otras publicaciones, algunas vinculadas a traumatismos de cráneo, y otras a traumatismos raquimedulares. La más interesante es el libro “Fracturas de la base del cráneo. Estudio clínico, diagnóstico y tratamiento” (Fig. 5), de 380 páginas, en el cual describe su experiencia personal con 8 observaciones autópsicas y 86 observaciones clínicas de pacientes de los cuales 9 fueron operados, y analiza los conocimientos y conceptos de la época.

A través de estos escritos es posible adentrarnos en el concepto que del traumatismo craneano, sus complicaciones, su diagnóstico y su tratamiento tenían nuestros antecesores en esa época, sin duda muy distinto a la visión que hoy tenemos de los mismos problemas. Para ello me baso en los extensos trabajos de revisión ya mencionados de Prudencio de Pena y Domingo Prat, y además en los escritos de otros contemporáneos, como Francisco Ruvertoni, discípulo de Alfredo Navarro, primer cirujano titular del Instituto de Neurología de Ricaldoni, o sea anterior a Schroeder, y Juan Soto Blanco, alumno de Prat y futuro profesor de Clínica Quirúrgica.

Predominaban claramente las ideas vigentes en Francia. La cirugía uruguaya tomaba a la francesa como ejemplo, y ello se percibe en el manejo de la bibliografía, las técnicas quirúrgicas y el instrumental. Todo era francés. La literatura estadounidense, que sobre cirugía neurológica ya ocupaba el primer plano universal, se mantenía relegada en nuestro país, salvo algunas referencias ocasionales a Harvey Cushing.

Dentro de los tres conceptos básicos para el manejo del traumatizado de cráneo, que eran la evaluación de la fractura del cráneo, la existencia o no de hemorragia intracraneana y la existencia o no de compresión cerebral, predominaba ampliamente el primero. Lo que conducía el 90 % del tratamiento eran las consideraciones sobre la fractura de cráneo. La clínica estaba dirigida a reconocer el tipo de fractura, si de bóveda o de base, si lineal o con hundimiento, si expuesta o cerrada, si fisura o diastasis de suturas, etc, etc. Todo ello se exploraba en el examen directo del paciente y, en mayor detalle, de la herida o la zona de impacto, ya que las radiografías de cráneo, que comenzaron a realizarse en los primeros años del siglo XX en el Hospital Maciel y a partir de 1914 en el Hospital Pereira Rossell, en ninguno

DOMINGO PRAT Y LA CIRUGÍA CRANEANA – Conferencia del Ac. Eduardo Wilson – 5.12.2012

de los hospitales eran estudios de urgencia. En las series mencionadas, menos del 10 % de los pacientes fueron estudiados con radiografías de cráneo. El estado neurológico del paciente se consideraba consecuencia del tipo de fractura. Así, los estados comatosos eran atribuidos a fracturas de base de cráneo y, por ende, de extrema gravedad.

Una vez diagnosticado el tipo de fractura, se encaraba el tratamiento. En principio, toda fractura expuesta, con o sin hundimiento, se debía someter a trepanación. Esto significaba agujeros de trépano en proximidad a la fractura, exploración del espacio extradural expuesto, levantamiento de los fragmentos óseos hundidos y, en caso de observar sangre debajo de la duramadre, apertura de la misma para dejar salir la sangre colectada. Esta conducta también se aconsejaba, pero poco se practicaba, en las fracturas cerradas. Incluso De Pena se manifestaba contrario a actuar quirúrgicamente en esos casos. En perspectiva, sabemos que esta conducta poco influía en el posterior desenlace del traumatizado, pero en esa época pre-antibiótica, la correcta limpieza quirúrgica de las heridas era el paso fundamental para prevenir infecciones.

El segundo aspecto a considerar era la existencia o no de hemorragia intracraneana o de hipertensión intracraneana. Para ello se realizaba la punción lumbar, que a partir de 1904 se hizo rutinaria. La presencia de sangre en el LCR ensombrecía el pronóstico, la comprobación de una hipertensión del LCR medida con el manómetro de Claude, era otro mal signo, pero la raquicentesis permitía la evacuación de LCR hasta normalizar la presión, lo que se consideraba positivo. Para algunos casos, Prat aconsejaba la punción suboccipital o cisternal en lugar de la lumbar.

A pesar que ya se conocían los efectos adversos y las complicaciones fatales de la punción lumbar, era el estudio más utilizado en los traumatizados de cráneo. De Pena, en 1916, era bastante reacio a ella, quizás por la dificultad en realizarla en niños, pero sin embargo en sus 119 pacientes, con 29 de ellos operados, hizo en 36 la punción lumbar, y en 9 radiografías de cráneo. Prat, en 1937, hizo PL en casi todos sus pacientes. Ruvertoni y Soto Blanco reafirmaron en sus trabajos la necesidad de la punción lumbar y Alfredo Navarro, en forma ciertamente injusta, llegó a decir que con un tratamiento basado en punciones lumbares, tenía mejores resultados que Cushing con sus decompresivas. En relación a los riesgos de la punción, un detallado análisis de las series permite sospechar fuertemente la existencia de agravaciones y muertes luego de una punción lumbar.

Finalmente, el último elemento a considerar era la compresión cerebral. Ella se sospechaba ante la aparición de signos focales neurológicos, de convulsiones o la persistencia de la hipertensión intracraneana en sucesivas punciones lumbares. La sospecha de compresión era otro motivo para indicar la trepanación y la exploración de la fractura, sin directivas claras respecto a otras medidas quirúrgicas. Esta situación en la realidad se llevó a la práctica en pocas oportunidades, a veces comprobando un sangrado de la meníngea media.

Esta era la visión que hasta la década del cuarenta primó en nuestro país. Fue otro de los cirujanos de guardia y de bureau que siguieron al Cuarteto de Urgencia, Pedro Larghero, quien en los años siguientes cambió radicalmente el enfoque terapéutico del traumatizado de cráneo y en forma clara y precisa mostró la importancia de la existencia de los hematomas

**DOMINGO PRAT Y LA CIRUGÍA CRANEANA – Conferencia del Ac. Eduardo Wilson –
5.12.2012**

intracraneanos traumáticos, diferenciándolos, y de la necesidad imperiosa de un diagnóstico precoz y de un tratamiento urgente.



Figura 1.- Abel Chifflet (practicante interno de De Pena), Luis Morquio, Ricardo Caritat y Prudencio de Pena en homenaje a De Pena en 1928.



Figura 2.- Garibaldi Devincenzi.

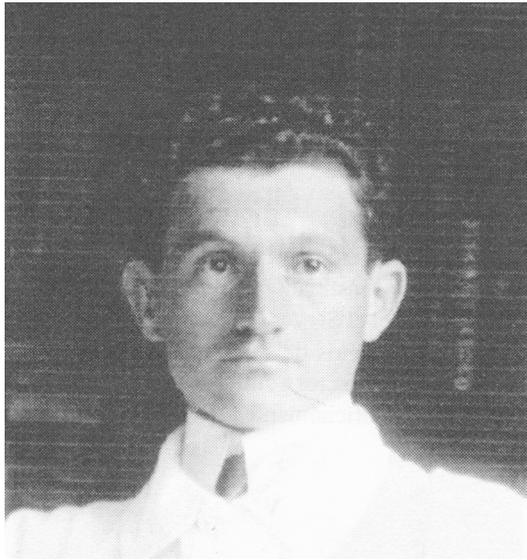


Figura 3.- Manuel Albo.



Figura 4.- Domingo Prat.

D. PRAT

**FRACTURAS
DE LA BASE DEL CRÁNEO**

ESTUDIO CLÍNICO. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

*A la Asociación Argentina de Cirugía.
A la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires.
A los cirujanos argentinos.*

*Afectuoso y reconocido
homenaje del autor.*

MONTEVIDEO

"Impresora Moderna" - Adolfo Amit - Misiones 1481

1937

Nº 459.

D. Prat

Figura 5.- Carátula del libro de Domingo Prat de 1937.