



Acromegalia

DR. CARLOS LUIS QUIRÓS MELÉNDEZ
OTORRINOLARINGÓLOGO / UCR



Una calurosa tarde de diciembre, tuvimos el agrado de departir unas horas con el doctor Carlos Luis Quirós Meléndez, Otorrinolaringólogo, especialista en oído, nariz, garganta y enfermedades de la voz y audición.

Al preguntarle sobre algún caso médico importante en su carrera, recordó con mucho agrado el caso de una señora, de unos 40 años de edad, profesora, que se encontraba en la mitad de su vida profesional que llegó un día a su consultorio.

Venía con una referencia al servicio de endocrinología por un caso de Acromegalia, una enfermedad en la cual la hormona del crecimiento se produce en exceso. Esta hormona produce unas deformidades muy características los pacientes que la padecen, y más notables en una mujer porque los huesos se van engrosando. Estos síntomas

se empiezan a presentar cuando se tiene un tumor de la glándula hipófisis, anteriormente llamaba pituitaria.

La paciente empieza a adquirir una forma cuadrada su cara sus manos su espalda. Como los huesos ya han terminado su crecimiento la señora no va a presentar gigantismo, sino que se empiezan a engrosar sus rasgos. Una de las complicaciones más importantes que presenta esta enfermedad es que el tumor se ubica entre los dos nervios ópticos, por este motivo nuestra paciente ya estaba perdiendo gradualmente la visión.

La señora, muy dulce y amable, en el momento de la primera visita al doctor Quirós no está preocupada por su aspecto físico, lo que más la agobiaba era la rápida pérdida de la vista que había notado últimamente. Lo que presentaba no era una visión borrosa, sino más bien como que

info@otorrinolaringologiacostarica.com
www.otorrinolaringologiacostarica.com

veía como a través de un túnel, porque lo que estaba perdiendo era amplitud de su campo visual.

El doctor Quirós confirma el tumor mediante tomografía axial y resonancia magnética, y empiezan a tratar el caso de la señora como de urgencia desde ese momento. Le explica que la pérdida de la visión es porque el tumor se estaba necrosando, empezó a sangrar y con esto empieza a aumentar rápidamente su tamaño y en cuestión de días empieza a presionar más marcadamente los nervios ópticos.

En una sesión de otorrinolaringología, Quirós y sus colegas, deciden que la señora era una paciente ideal para una cirugía de abordaje endoscópico: esta cirugía consiste en que como esos tumores cerebrales, se encuentran en la parte posterior del cerebro, resulta menos agresivo para la paciente operarlos a través de la nariz con un equipo sofisticado de endoscopios, cámaras y talaros; y no como el método anterior o en casos muy severos, que hay que hacer una craneotomía.

La craneotomía es un procedimiento que practican los neurocirujanos, es más invasivo y deja muchísimas más secuelas en el paciente porque el cerebro es un tejido muy blando y sensible con la consistencia como de un flan, que con solo movilizarlo o retraerlo hace que el paciente quede con algunas secuelas motoras o de memoria.

Para la cirugía que le iban a practicar a la paciente era importante una buena anatomía de la nariz que no presentara desviaciones, o sin infecciones como sinusitis importante, si realiza la cirugía con una sinusitis puede facilitar que esas bacterias se vayan hacia el cerebro produciendo una meningitis y agravando la situación. Afortunadamente la paciente no presentaba ninguna de esas situaciones, tenía una óptima anatomía para la operación.

La paciente tuvo, desde que visitó endocrinología, una clara idea de lo que podía ser lo que padecía, y como era una educadora, investigó y se enteró de la enfermedad y de que si bien su vida no

estaba en riesgo inminente su visión sí. La pérdida de visión es una limitante física muy importante.

Emocionalmente llegó muy preocupada, alarmada y consciente de que la cirugía era la única opción que tenía para tratarse el tumor, tenía dudas y preguntas de cómo iba a ser la operación, porque no entendía como un tumor cerebral se lo vayan a operar por la nariz. Pero siempre su principal interés era saber cómo y en cuánto tiempo iba a mejorar su visión.

La señora muy amable y dulce, con un nivel cultural que facilita el trabajo de los médicos, porque es más fácil explicarle cada paso y procedimiento: le quitamos tal porción de tal hueso y tal oro hueso, le sacamos el tumor y luego procedemos a reconstruir ese hueco que hicimos en la base del cráneo para que no se presente una complicación llamada Fístula de Líquido Cefalorraquídeo: cuando a un paciente le hace un hueco y entra a través de la nariz, quita dos "laminas" de hueso para poder llegar al tumor que está detrás de los nervios ópticos el problema es que si esas laminas o paredes no se reconstruyen, el paciente luego puede presentar sangrado de líquido cefalorraquídeo o sea el cerebro sigue expuesto al medio ambiente y eso es un riesgo de que el paciente comience a hacer meningitis.

El término "tumor cerebral" descompensa al paciente, aunque hay mucha variedad de tumores: muy agresivos de muy mal pronóstico, o algunos menos graves muy fáciles de curar como el de esta paciente, es un diagnóstico más asociado a la muerte que al tratamiento.

A la paciente se le explica que su pronóstico era muy bueno, sobre todo en la parte de la visión, que a la hora de descomprimir los nervios ópticos que pasaban a los lados del tumor ella iba a recuperar la vista rápidamente.

Una semana después se operó a la paciente de emergencia, el doctor le realizó un procedimiento que se llama Ippiceptomía Tras Esterioda, esta cirugía es especialmente complicada, porque hay que tener cuidado con los nervios ópticos y la arteria carótida.

Recuerdo especialmente este caso porque la señora es muy dulce, agradecida, llegó con regalos para todos los que la atendimos, pero lo más valioso e importante fue su agradecimiento verbal. Una señora educadora, muy activa, con un poco más de 40 años, una muy cariñosa futura abuelita, que recuperó su vida volviendo a hacer cosas que antes había tenido que dejar: manejar el carro, volver a las aulas a enseñar o ejercitarse. Evolucionó muy eficientemente.

El Dr. Quirós "... Como médico se siente una doble satisfacción doble: que bien y que linda nos quedó la cirugía, como del libro, un aliciente para usted como doctor, pero por supuesto al transcurrir de los días, la señora que manifestaba su agradecimiento y alegría de recuperar la vista, muy dulce y afectuosa, algo que de verdad se agradece mucho... casi estoy seguro que llegará con algún presente navideño!...". Esos pacientes quedan "casados" con el médico de por vida.

Él describe dos momentos importantes en esa relación médico-paciente: El confort del postoperatorio inmediato porque todo salió bien; y el postoperatorio tardío donde recibe un beso y abrazo sincero de agradecimiento, cuando la paciente sale del hospital sana y feliz a disfrutar de una mejor calidad de vida.

La paciente pasó un mes con reposo y la recuperación fue un éxito. La última vez que la vio estaba en excelente condición. De esta historia médica, al doctor le queda el expediente, la experiencia y una amistad muy bonita y sincera con esta señora.



Torre II, piso 5, consultorio 502,
Hospital CIMA, San José
Tel: (506) 2208-8502 / 2208-8000
Emergencias: 2233-3333

Además, como se expone el cerebro a la cavidad nasal que tiene bacterias, la cirugía requiere manejo médico con entrenamiento. En los primeros años que se practicó esta cirugía en el país, se podía tardar de 5 a 6 horas, pero evidentemente como se cuenta con bastante experiencia, el tiempo quirúrgico se reduce, en promedio, a 2 horas.

Siempre se le advierte al paciente la importancia de reconstruir ese hueco que se le hizo, en algunos casos se toma músculo y grasa del muslo del paciente para reconstruirlo, sobre todo cuando el hueco es grande o la salida del líquido cefalorraquídeo es evidente.

Con esta señora la cirugía transcurrió sin ningún contratiempo. Sacaron completamente el tumor, y como no presentaba salida de líquido cefalorraquídeo, en este caso deciden reconstruirle el hueco con materiales artificiales, derivados de proteína de cerdo como el Surgicel o Gelfoam.

Ese mismo día de la operación la señora respondió muy bien. Ya para el segundo día la señora le decía al doctor Quirós que su visión iba mejorando. Él recuerda que el dolor que presentaba era mínimo, ningún sangrado y desde el primer día mejoró su visión. "... Es una paciente muy colaboradora, porque debe tener 7 días de reposo absoluto, mientras consolida la reconstrucción, son 7 días en cama, ni siquiera debe hacer esfuerzos de ir al baño, ella fue una paciente muy adecuada. Para el séptimo día se le permite sentarse y caminar un poco". En una semana había recuperado la visión a niveles normales, pero donde si no hay regresión es en las deformidades en los huesos.

El tiempo de diagnóstico, tratamiento y recuperación fue de casi dos meses en total: hospitalario 1 semana, extra hospitalario mes y medio. Esos pacientes deben seguir en control médico algunos años, porque existe la posibilidad de que el tumor se vuelva a formar o que no haya salida del líquido cefalorraquídeo; la paciente queda en control de por vida. Esta paciente fue muy adecuada para esta cirugía, le funcionó eficientemente.