

SOBRE OPERATÒRIA HIPOFISSÀRIA

per

J. PUIG I SUREDA

Per tots costats s'ha volgut arribar a l'hipòfissi amb fins quirúrgics: uns cops ha estat per dintre el crani a través de la fossa anterior o de la mitjana, altres cops per sota la base a través del sinus esfenoidal, donant lloc als procediments: per via frontal, per via temporal i transesfenoidals.

Al meu entendre, són massa greus, atacant pel costat, els obstacles que es troben, tenint sobre tot en compte la fondària a què cal treballar; els òrguens que rodegen el cos pituitari, el sinus cavernós, la caròtida, els nervis motor ocular extern, motor ocular comú, patètic, oftàlmic i maxil·lar superior, fan molt perillosa la cirurgia hipofisària i encara més de seguir la tècnica estudiada per Braun (cit. Krause) i no empleada encara, que jo sàpiga, en el viu. És per aquests motius que la via temporal recomanada per Horsley no la crec pràctica i estic per dir possible, encara que s'usi instrumental *ad hoc* com el de Caselli, com no sigui en casos de tumors o lesions de la tija pituitària o que, essent del cos, hagin guanyat l'obstacle oposat per la tenca de l'hipòfissi, fent-se francament intracranians.

Deixant de banda l'accés al través de la fossa temporal, queden: la via frontal i la transesfenoidal.

La primera, antero-superior o frontal, no està tampoc exempta de serioses dificultats; per de prompte, que es faci el penjoll de base amunt o que es faci de base avall, sempre ferà nosa la presència del sinus frontal, exageradament augmentat en el síndrome acromegàlic. Així és que tant si es vol seguir la tècnica subdural de Krause, com si es fa com Duret, com si es dibuixa la incisió en *omega* a lo Kiliari, el primer obstacle el presenta la paret frontal fins a l'alçada del sinus, per sobre del qual s'ha de passar (Fig. 1, fletxa 1), si no es vol córrer el risc d'infecció que suposa la seva obertura. Així i tot, s'arriba amb certa facilitat al quiasma i a la tija pituitària, essent la millor via per a atacar les neoplàsies d'aquesta regió d'evolució intrameníngea, tant més en quant se pot obtenir un camp relativament gran, si s'ha fet un gros penjoll osteoplàstic, lligant el sinus longitudinal i alçant, un cop tallada la falç del cervell, ambdós lòbuls frontals. Ara que, quan se tracti de lesions per sota del quiasma, és a dir, subdiafragmàtiques, sols en casos excepcionals seran accessibles per aquesta via, tenint en compte que solament queda per a ficar-se dintre la sella turca, el mínim espai angular de la separació dels dos nervis òptics, i seria una casualitat no ferir-los o no ferir el quiasma si no es lesionava també el sinus coronari. Sols, doncs, en els casos en què els signes clínics de compressió del quiasma han estat molt primerencs i accentuats, se podrà sospitar que la lesió serà atacable per aquesta via.

No hi ha cap dubte que el camí transesfenoidal està desproveït dels inconvenients exposats, i si al mateix temps s'hi afegeix que la hipòfisis té una evolució descendent en la majoria dels casos d'acromegàlia i que en aquests casos la sella turca acostuma a estar notablement

augmentada, cosa que la radiografia ens dirà, es comprèn que el camí d'elecció sigui sense cap dubte, en aquests casos, la via transesfenoidal. Té sols un gran inconvenient constituït pel perill d'infecció d'origen nasal; però si no sofreix el pacient cap malaltia de ses fosses nasals, ço que contraindicaria formalment l'operació fins a estar-ne curat, la sola estada durant un temps dins d'habitacions amb aire pur evitant sobre tot la pols, farà que les fosses nasals s'aseptisin per virtut de les seves mateixes secrecions; això és un fet d'experiència.

König fou qui proposà arribar a la hipòfisi al través del sinus esfenoidal, i dintre d'aquesta condició genèrica aparegueren dos tipus d'operacions: l'un per via nasal alta, l'altre per via nasal baixa. La por a les deformitats de la cara ha esperonat l'ingeni dels cirurgians i ha donat lloc a l'aparició d'alguna variant del tipus nasal baix com el de Kanavel i l'enginyós de via submucosa de Hirsch per a l'adopció del qual es requereix un especial hàbit de rindleg i encara així aconsolar-se d'operar veritablement a les palpentes. Per altra part, les deformitats facials queden en extrem atenuades, quasi despreçiables, empleant els mètodes de penjoll osteoplàstic, tal com el que vaig emplear en el malalt que em serví d'ocasió d'aquest estudi (Fig. 2); procedir que em penso que deu ésser el mateix o semblant al preconitzat per Giordano i que estimo com el de màxima eficàcia i, per tant, de elecció.

Es de l'estudi d'aquest mètode en el cadàver i en el seu control a l'operar segons ell un cas d'acromegàlia, que m'ha portat a cridar l'atenció de la SOCIETAT DE BIOLOGIA sobre la manera més eficaç de treure profit de la imprescindible informació radiogràfica (1).

(1) Aquest cas fou presentat al Congrés celebrat a Sevilla per l'Associació per al Progrés de les Ciències, i allí vaig indicar la conveniència d'això que exposo en aquesta nota.

Es d'absoluta necessitat tenir i haver analitzat la imatge radiogràfica de tot malalt a qui s'ha d'arribar a la hipòfissi. Aquesta necessitat de la radiografia ha estat, com és natural, sentida per tothom, ja que és de l'única manera com ens podem fer amb la dada més important en la pràctica de la hipofisectomia el qual és la situació, millor dit la fondària a què està la sella turca i, precisant més, la seva paret posterior. Aquesta última dada se valorarà en el que li pertoca, recordant que per darrera hi ha la protuberància i no és ben segur indiferent tenir un medi segur de no ferir-la en el curs de la intervenció. Aquesta profunditat de la paret posterior, naturalment, s'ha de referir a un punt fàcil d'obtenir per la radiografia i fàcil d'aplicar i de comprovar durant l'acte operatori. Ara bé; si ens fixem en la disposició en què estan, respecte a la llotja hipofisària, els contorns de les eminències i cavitats òssies capaços de donar-nos una imatge o millor un punt de referència fàcil de trobar per a treure'n una mida, veurem que aquestes fites són escasses. Hem de partir de la base que han de caure dintre d'un pla sagital mitjà, per la senzilla raó d'ésser mitjanes la hipòfissi i, per altra part, perquè ha d'ésser un punt de referència que l'hem de trobar tot fent camí, ens ha de sortir al pas durant l'acte quirúrgic, el qual camí segueix també un pla sagital mitjà i com a mesura que avancem en profunditat ens anem emportant tota l'arquitectura òssia per sota de la làmina cribosa de l'etmoides fins al sol de les fosses nasals (Fig. 1, fletxa 2), no ens queda més que l'espina nasal a baix i a dalt la paret posterior del sinus frontal. Si prenem la distància espino-hipofisària tal com fa Schloffer i recomana Proust que la valora en un promedi de 5-6 cms. (distància CB, fig. 3), ens exposem a caure aiximateix en el perill de què fugim. Es tan fàcil desviar-se d'un angle tan petit com és la de pendre la

direcció CB_1 per comptes de la $CB!$ I si demés un petit erro de mesuració parteix de la fotografia o del punt d'aplicació, allavors la nostra intervenció es poita del costat de la paret posterior del sinus esfenoidal en comptes de fer-ho en la llotja pituitària (fig. 4). I que això ocorre, ho indica el que es donen normes per a conèixer quant indegudament es forada la paret posterior del sinus esfenoidal; aquesta es diu, està al nivell de la part més elevada del caire posterior del vòmer, i, per altra banda, la paret posterior està constituïda per teixit ossi esponjós; no així la sella turca, que ho està per una delicada paret òssia compacta, donant-se com a consell en cas de dubte atacar decididament la paret posterior en busca de tal teixit ossi, per a després anar escorrent-se cap amunt fins a caure dintre la sella. I aquesta conducta pot ésser eficaç quasi sempre, però pot ésser funestíssima en algun cas si la paret posterior del sinus esfenoidal la constitueix una tènue capa de teixit compacte, i que això no és un dir, ho provarà una ràpida mirada en la segona fotografia de les seccions de crani de la fig. 5.

Així, doncs, és precís buscar-se una mida de més bon comprovar, i aquesta crec que la constitueixen les mides clino-frontals BA i DA (fig. 3), que ens donaran la mida des de la paret posterior del sinus frontal a les parets anteriors i posteriors de la sella turca, precisament en el mateix sentit en què es porta l'acció operatòria (fig. 1 fletxa 2) i sempre de fàcil comprovació (fig. 6). Aquesta mida fou la que em serví en mon cas d'hipofisectomia i estic tan convençut de la seva bondat, que inclús en la facilitat d'obtenir-la i aplicar-la hi trobo un argument més per a l'adopció del mètode transetmoidal en l'operatòria de la hipòfissi.

Encara que s'aparta de la idea fonamental d'aquesta nota, presento la fotografia en colors (fig. 7) de la preparació d'un tall d'un segment hipofissari extirpat, del qual examen sembla deduir-se que la lesió en aquest cas el constituïa una hiperplàsia hipofissària; un cas més per a ésser inclòs dins les estadístiques de l'acromegalia.

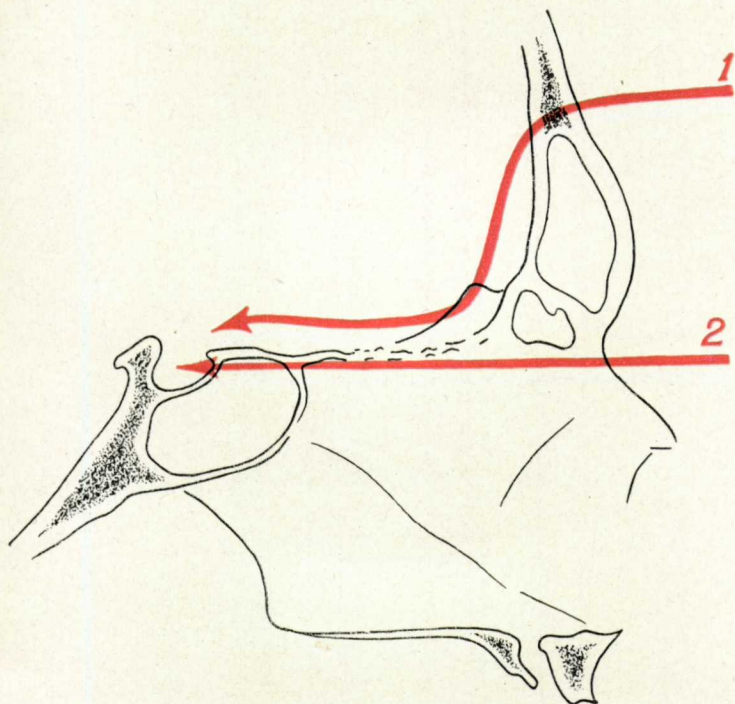


Fig. 1.^a — Esquema indicant l'accés a la llotja hipofissària per via transfrontal (fletxa 1) i per via transetmoidal (fletxa 2)



Fig. 2.ª — Cicatriu fronto-nassal d'un operat de ressecció d'hipòfisis per via transesfenoidal alta o transetmoidal

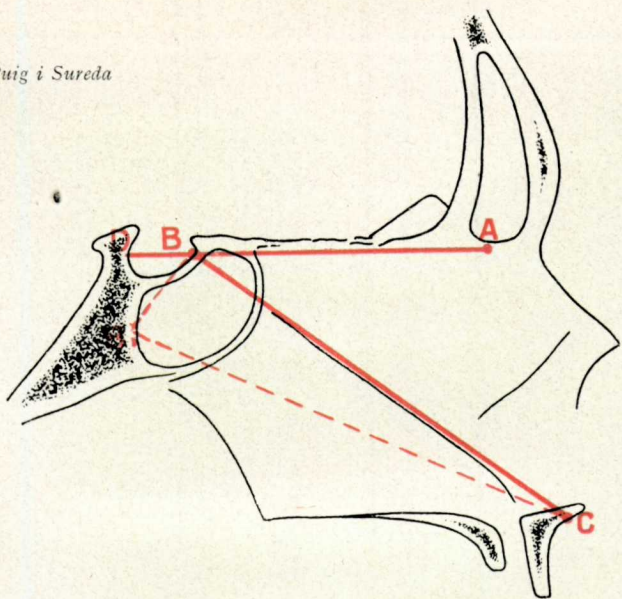


Fig. 3.ª — Esquema indicant la facilitat de comprovació de la grossària i profunditat de la sella turca (mides $A B$ i $A D$ i sa diferència) i la facilitat d'agafar amb un petit error angular ($B C B_1$) una direcció operatòria perillosa ($C B_1$), per comptes de la bona ($C B$)

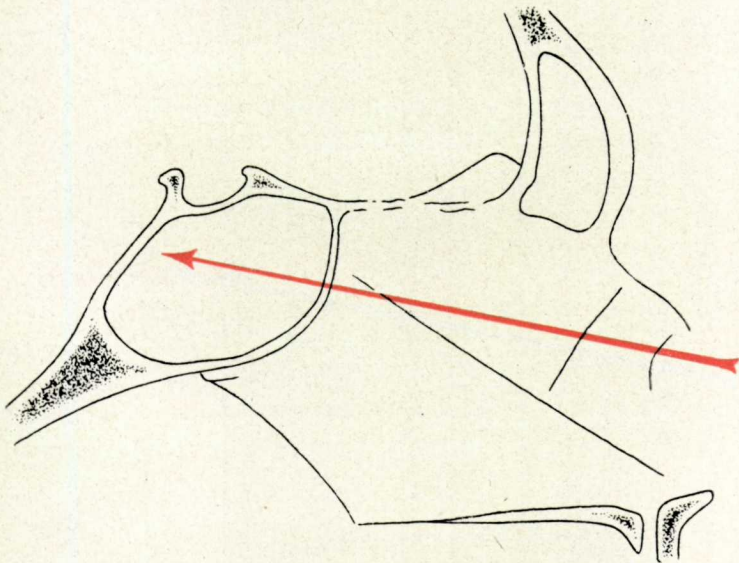


Fig. 4.ª — Esquema demostratiu de l'importància de tenir la seguretat de la situació de la paret posterior de la sella turca i la del sinus esfenoidal darrera de la quina s'hi troba la protuberància que's feriria amb la petita equivocació d'orientació que marca la fletxa

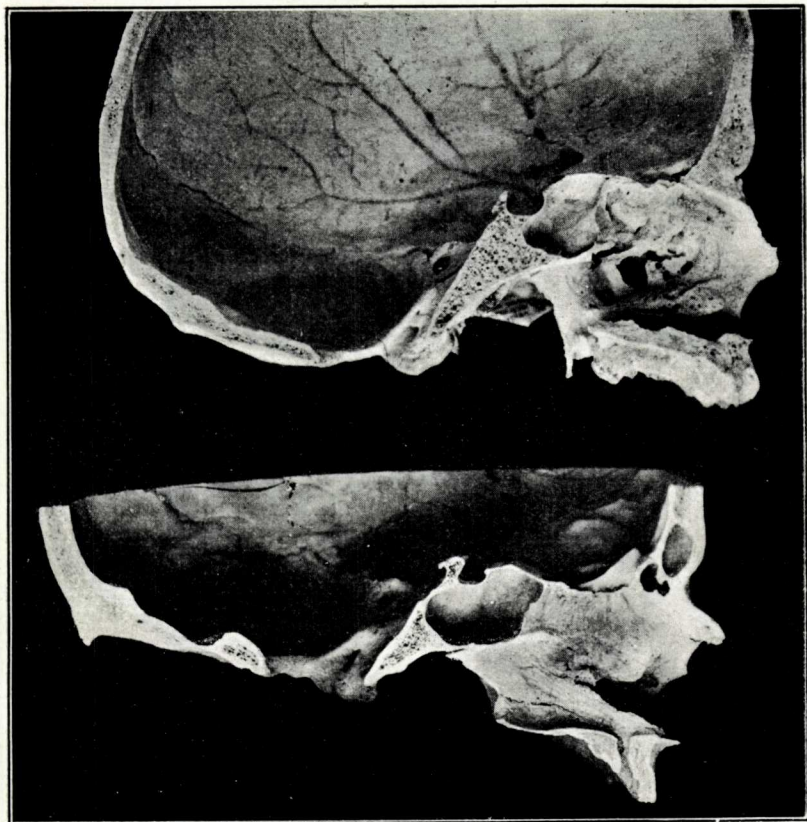


Fig. 5.^a — Crani superior: relació normal entre paret posterior del sinus esfenoidal i sella turca i caire posterior del vomer. Crani inferior: disposició anormal i estructura compacte de la paret posterior del sinus esfenoidal que faria creuer, al atacarla, que s'està en la bona via i ens portaria de dret a la protuberància

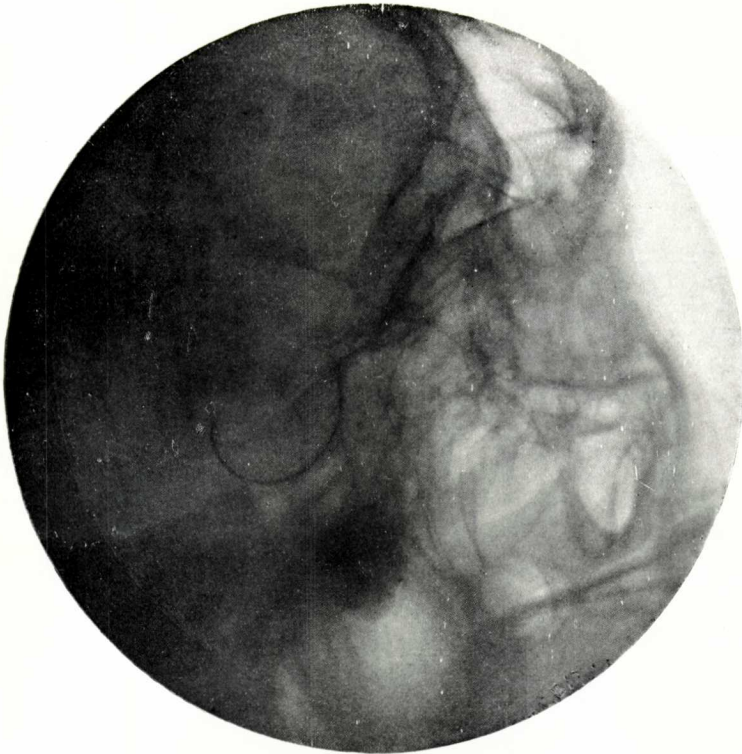


Fig. 6.ª — Radiografia craneal del malalt de la fig. 2.ª En ella s'hi demostra palesament la facilitat de pendre i comprovar les mides clino-frontals i lo difícil, en canvi, de la espino-hipofissària

J. Puig i Sureda

Fig. 7.° — Microfotografia d'un segment d'hipòfisis
extirpat a un acromegàlic (el de la fig. 2)

