

INDICACIONES RESTRINGIDAS DE LA LEUCOTOMIA (1)

Por el Prof. J. J. LÓPEZ IBOR (Madrid).

Publicado en ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA
Vol. VII.—Noviembre 1948.—Núm. 4. (Páginas 307 a 311.)

Las siguientes indicaciones resumen la experiencia obtenida durante estos años en la Clínica Neuropsiquiátrica del Hospital General de Madrid. El total de enfermos operados alcanza a 60. Los ingresos anuales en la Clínica alcanzan a su vez la cifra de 1.200 enfermos, y en su gran mayoría se trata de material psiquiátrico. A esta cifra hay que agregar unos 1.500 enfermos que atendemos en el ambulatorio de la misma Clínica, si bien aquí el material psiquiátrico es menor que el neurológico. Que la leucotomía se haya realizado en tan pocas ocasiones en un material tan grande demuestran precisamente el criterio restrictivo sustentado en esta Clínica. Las intervenciones han sido efectuadas por los doctores OBRADOR y URQUIZA, a quienes damos las gracias por su colaboración. Los casos han sido seguidos minuciosamente por mi colaborador el doctor TURINA.

Se han realizado dos tipos de intervenciones: una, más reducida y en el plano anterior, según la técnica primeramente descrita por ALMEIDA LIMA, y a la que calificamos como leucotomía al modo portugués, y otra, mucho más amplia, y en un plano más posterior, según la técnica americana de FREEMAN y WATTS. Como se verá posteriormente, según los casos debe emplearse uno u otro de estos dos tipos de leucotomía.

La leucotomía debe considerarse incorporada al acervo terapéutico del psiquiatra actual, pero sus indicaciones no pueden sentarse de una manera indiscriminada y ni siquiera de un modo global para determinados tipos de enfermedad. La indicación de la leucotomía es mucho más individualizada, según mi modo ver, que la de la cura insulínica y la de los electroshocks.

Según nuestra experiencia, las indicaciones de esta intervención son las siguientes:

A) CÍRCULO TIMOPÁTICO.

Con este nombre comprendemos las psicosis maniaco-depresivas en sentido amplio, la timopatía ansiosa y las alteraciones de la vitalidad incluídas en el epígrafe de "astenia" o "fatigabilidad vital".

La leucotomía es indudablemente capaz de suprimir los estados de ansiedad o de tensión nerviosa. Lo que hay que discutir, sin embargo, es si su acción es específica y si está indicada. Creo, por mi parte, que la técnica de la leucotomía en estos estados no es específica, puesto que otros tipos de agresión cerebral pueden hacer cesar estos síndromes. He visto cesar, bruscamente, una melan-

(1) Comunicación presentada al Primer Congreso de Psicocirugía.

colía ansiosa, en una enferma que realizó una tentativa de suicidio tirándose por el balcón y que cayó, por suerte, en el balcón del piso inferior. Tuvo una conmoción cerebral que hizo cesar el síndrome. Los electroschocks, como es bien sabido, son capaces de cortar también un síndrome de esta naturaleza. La leucotomía obra en estos casos por la acción sísmica que despliega sobre el cerebro, no porque se realice en el lóbulo frontal. Una leucotomía temporal es capaz de obtener los mismos resultados. Por otra parte, en un leucotomizado o en un herido cerebral pueden volver a presentarse esos mismos estados, lo cual quiere decir que no es la sección en un determinado plano anatómico la que produce la remisión.

La leucotomía, si se realiza ampliamente, produce un evidente déficit de la personalidad. Por consiguiente, no debe utilizarse en un melancólico o en un maníaco, cuya fase debe, según la experiencia clínica, remitir en un tiempo más o menos largo y que además puede lograr la remisión con otras terapéuticas. Los maníaco-depresivos son, con frecuencia, individuos valiosos y suelen pertenecer también a estirpes socialmente valiosas. En estas condiciones resulta una temeridad emplear en su tratamiento terapéuticas demasiado agresivas.

Pueden existir, sin embargo, indicaciones especiales. Por ejemplo, un evidentísimo peligro de suicidio cuando no podamos emplear las otras terapéuticas por alguna contraindicación orgánica, tal como una tuberculosis pulmonar.

Existe un tipo especial de melancolías en la transición con la timopatía ansiosa. Se trata de la llamada por JULIUSBURGER "melancolía anestésica". La fase melancólica es poco acentuada y el cuadro clínico se halla dominado especialmente por quejas hipocondríacas constantes y permanentes y que muchas veces hacen confundir a estos enfermos con los psicópatas asténicos. En los casos en los que las quejas hipocondríacas alcancen tal grado que reduzcan considerablemente el coeficiente social del enfermo, puede hallarse indicada una leucotomía.

Existen otros tipos de melancolías involutivas plagados de alteraciones cenestésicas que toman un carácter alucinatorio, hasta tal punto que por muchos autores se consideran incluidas dentro del círculo de la esquizofrenia. Son formas de larga duración, que a veces acaban sin transición por una verdadera demencia senil. En alguno de estos casos, en los que había fracasado la terapéutica electroconvulsivante, he hecho practicar una leucotomía. Las pseudo-percepciones cenestésicas se redujeron considerablemente, sin llegar a desaparecer; pero lo que cambió fué la actitud del enfermo frente a ellas. La enferma se mostraba mucho más sugestible al razonamiento que pretendía demostrarle el carácter irreal e injustificable de sus quejas y así lo reconocía.

Con el nombre de "timopatía ansiosa" he pretendido crear una unidad autónoma basada en el núcleo de la neurosis de angustia. La diferencia esencial entre esta nueva concepción y la de la neurosis de angustia consiste en creer que la ansiedad de estos enfermos no es reactiva como en las neurosis, sino primaria, endógena y vital, como es la tristeza de los melancólicos. La enfermedad tiene un curso fásico como las mismas depresiones endógenas. En estos cuadros ansiosos no creo que tengan indicación alguna, por regla general, las leucotomías.

Cuando no tenía bastante experiencia sobre esta terapéutica, pensé que las leucotomías podían estar indicadas en los casos de psicosis maníaco-depresivas en que las fases se presentasen muy próximas. La experiencia posterior me ha demostrado que esta indicación es inexacta, ya que enfermos leucotomizados pueden volver a enfermar. No es seguro, además, que una leucotomía

haga cesar, faltamente, una fase melancólica. He visto durar algunas fases uno o más meses después de la leucotomía para cesar luego espontáneamente, no por los efectos tardíos de la operación, sino por la desaparición espontánea de la fase.

Existe un tipo especial de melancolías que se hallan combinadas con una caquexia vegetativa que tiene todos los caracteres de la caquexia de SIMMONDS. La acción de la leucotomía sobre estas alteraciones vegetativas ha sido puesta de manifiesto por el trabajo de HEMPHILL. Esta indicación sería muy importante, porque en algunos de estos casos está contraindicada la terapéutica electroconvulsivante, incluso por una cierta fragilidad ósea. Como veremos más adelante, en estos casos la intervención ha de ser más reducida, según las primitivas ideas de EGAS MONIZ.

B) ESQUIZOFRENIA.

La leucotomía encuentra su indicación en numerosos casos de esquizofrenia. Pero a mi modo de ver, debe considerarse la intervención no como una medida curativa, sino como medida ortopédica de la personalidad. El esquizofrénico no queda curado, pero sí "amputado" en su personalidad normal y morbosa.

Las terapéuticas actuales nos obligan a un replanteo de la clínica de la esquizofrenia. La antigua división entre hebefrenia, catatonia y esquizofrenia paranoide, no es útil cuando se trata de precisar el pronóstico y las indicaciones terapéuticas. En cualquiera de los tipos se encuentran casos susceptibles a la acción terapéutica. Tampoco es válida la regla que afirma que los casos recientes son de mejor pronóstico que los casos antiguos, puesto que tiene tantas excepciones que se invalidan.

Es necesario, pues, reagrupar los síndromes de la esquizofrenia en una nueva forma. La tentativa de CARL SCHNEIDER sobre los complejos sindrómicos es digna de ser señalada, aunque tampoco resuelve el problema. Lo esencial estriba en que existe una especie de síndrome nuclear o axial de la esquizofrenia, de la misma manera que HOICHE describió un síndrome nuclear o axial de la parálisis general que es la demencia. Pero en la esquizofrenia este síndrome no está constituido por la demencia, sino por la alteración de la personalidad, en su función más importante, que es la de valorar. Este núcleo axial de la esquizofrenia es resistente a todas las terapéuticas: insulina, electroschocks y leucotomías. Los síndromes periféricos, tales como la alucinosis verbal, los síndromes catatónicos e incluso las mismas construcciones delirantes, son más accesibles a las agresiones terapéuticas.

La leucotomía hecha sobre todo al modo amplio americano (FREEMAN y WARTS) crea una nueva personalidad evidentemente más deficitaria que la anterior. Esta personalidad nueva es menos *manifiestamente* morbosa, es decir, la deja en condiciones de crear una zona más reducida de conflictos con el medio ambiente. De esta suerte se obtiene una resocialización del enfermo y una reordenación del mismo. La pérdida de la espontaneidad y de la iniciativa quita tensión a los síntomas y éstos parece como que se deshinchon y tornen flácidos. Es más posible en aquel momento utilizar la terapéutica de trabajo u ocupacional. Entre otras cosas, el enfermo pierde su agresividad. Es muy importante la acción psicoterapéutica establecida después de la leucotomía. La diferencia entre uno y otros casos, según que el médico que ha tenido a su cargo los enfermos se ha ocupado más o menos activamente de los mismos, es patente

a nuestro juicio. Con este criterio hemos hecho operar 40 enfermos, viejos esquizofrénicos de nuestro Servicio hospitalario o sanatorial, y la inmensa mayoría de ellos, que estaban destinados a la permanencia de por vida en un manicomio, han podido ser evacuados al medio familiar.

C) NEUROSIS OBSESIVA.

La impotencia terapéutica frente a la neurosis obsesiva ha decidido a los psiquiatras a ensayar la leucotomía en gran escala en esta enfermedad. Los resultados comunicados en la literatura médica son contradictorios, a mi juicio, por una discriminación insuficiente del material.

Existen dos tipos clínicos de neurosis obsesiva. En uno, la obsesión radica sobre un subsuelo angustioso, y lo que es más importante desde el punto de vista clínico, tiene un curso fásico con tendencia a la remisión. La obsesión se presenta clínicamente, como una emanación de la angustia. En estos enfermos, una leucotomía puede dar resultado, pero también lo dan otras terapéuticas como el electroschocks o la acetilcolina, según mis propios resultados. Estos son enfermos que pertenecen al círculo timopático y que yo incluyo en la misma timopatía ansiosa.

Existen otras formas de neurosis obsesiva, en las que domina en el cuadro clínico la alteración formal del pensamiento que constituye la obsesión. La angustia está casi desvanecida en el fondo. La enfermedad no tiene un curso fásico, sino crónico. El enfermo vive además profundamente perturbado en su vida social por los ritos obsesivos. Ninguna terapéutica es eficaz contra ella. Ni la psicoterapia, ni la cura de SACKEL, ni el electroschock. Tampoco la leucotomía suprime las obsesiones, pero sí se hace ampliamente modifica la actitud del enfermo frente a las mismas. Esta actitud se cambia no de un modo primario, sino secundario, a través de la transformación de la personalidad que produce la leucotomía. No es que las obsesiones estén enlazadas de ninguna manera con el funcionamiento del sistema fronto-talámico, sino que la personalidad amputada del leucotomizado sufre menos por sus obsesiones y...—podríamos decir, sin ironía—por todo.

También aquí la acción psicoterapéutica es decisiva. Hemos visto florecer de nuevo los ritos obsesivos en una enferma leucotomizada sobre la cual no se ejerció ninguna acción psicológica posterior. En cambio, cuando ésta se combina con una psicoterapia activa, tratando de destruir los ritos obsesivos con una especie de psicoanálisis "armado", los resultados son evidentemente mejores.

D) PSICOPATÍAS.

No poseo bastante experiencia en este punto para poder precisar las indicaciones de la leucotomía; pero a mi modo ver, ésta podría hallar su indicación en ciertos tipos de psicopatas hipertímicos que llegan a la asocialidad. Esta indicación no puede considerarse extendida a todos los asociales, ya que la leucotomía podría en algunos aumentar su misma asocialidad.

E) OLIGOFRENIAS.

En mi Servicio hospitalario se ha empleado la leucotomía en algunos oligofrénicos (imbéciles e idiotas eréticos), muy difíciles de mantener en la clínica sin una vigilancia permanente con uno o dos enfermeros dedicados a un solo

enfermo. La leucotomía ha aplacado indudablemente su impulsividad; pero algunas veces los resultados han sido pasajeros, habiendo durado sólo unos meses.

C) CAQUEXIAS VEGETATIVAS.

Ya antes hemos aludido a la indicación quirúrgica en los casos en que van combinadas con melancolía. Pero también pueden aplicarse en algunos otros en los que no van acompañadas de un síndrome psíquico muy manifiesto. Hay que tener en cuenta un detalle muy importante: la leucotomía debe ser reducida, al modo portugués, y nunca amplia. Una leucotomía demasiado amplia puede hacer peligrar la vida del enfermo.

La recuperación vegetativa la hemos obtenido en un caso de enfermedad de ALZHEIMER, a la cual se practicó una biopsia cerebral para confirmar el diagnóstico. La enferma, que se hallaba caquética, se recuperó vegetativamente, y desde entonces ha seguido con el mismo florecimiento orgánico. Llegó a aumentar 15 kilogramos y la enferma continúa en este estado y ya hace tres años que se le practicó la intervención.

En cambio, a raíz de la leucotomía, su decadencia intelectual progresó rápidamente.

G) SÍNDROMES DOLOROSOS.

Tenemos escasa experiencia sobre estos síndromes y ésta coincide con la general. Puede emplearse la leucotomía en algunos casos de algias por procesos crónicos graves y que hagan temer un próximo fin de los enfermos, ya que los resultados de la misma como tratamiento del dolor pueden ser pasajeros.

