

Gerard CONESA

Responsable de Neurocirugía del Hospital del Mar, de Barcelona

«La cirugía del cáncer cerebral es más complicada en pacientes políglotas»

Le gustan los retos. Lo difícil. Lo que sea solucionable aplicando las manos. Y le obsesiona el cerebro humano. Con estas premisas, Gerard Conesa (Salamanca, 1959) viajó un verano de su juventud a Chicago (Illinois, EEUU) y permaneció tres meses estudiando inglés y visitando en la Universidad de Loyola al cirujano vascular Roc Piferrer, amigo de su familia. De regreso, había decidido que sería neurocirujano, especialista en la cirugía que más determina la calidad de vida posterior de los pacientes, la que toca el cerebro y la columna vertebral. A 500 de sus pacientes los ha operado despiertos y hablándole a él, para evitar que el bisturí invadiera la función del habla.



NEUROCIRUGÍA.
El doctor Gerard Conesa, en un pasillo del Hospital del Mar de Barcelona.

Àngels
GALLARDO

–Usted opera el órgano que más determina las funciones del resto del cuerpo: el cerebro. ¿Su principal dificultad?

–Intervenir sin dejar déficits. El cerebro es un órgano brutalmente complejo, que tiene una capacidad de adaptarse y hacer distinciones importantísima. Existen unos esquemas generales, unas regiones cerebrales, pero después están las peculiaridades de cada individuo. Cuando hacemos una resección próxima a áreas del lenguaje o motoras, hemos de localizar con precisión dónde está la lesión para preservar esas funciones esenciales.

–Antes de operar, ustedes trazan una especie de mapas de localización.

–Sí. Tanto en el caso de un tumor cerebral como si se trata de una epilepsia. La técnica nos permite estimular las áreas esenciales y ver cuál debería ser el límite de la resección: si tocas un punto de área motora pro-

vocas un movimiento, si lo haces del área sensitiva el paciente tendrá una sensación, y si incides en un área visual o auditiva percibirá un fogoneo o un ruido. Una de las herramientas que permiten esa planificación es la resonancia magnética funcional.

–¿Qué les proporciona?

–Un mapa funcional de cómo actúa el cerebro durante las tareas que realiza el paciente, una guía para saber por dónde podrás avanzar, o no, cuando operes. Al hacer la resonancia cerebral, le pedimos al paciente que mueva una mano y vemos dónde están las áreas motoras en su cerebro. O que hable y explique una historia, para comprobar si la está entendiendo, o que diga palabras que empiecen por B... Eso nos da un mapa de la función del lenguaje.

–¿Con esos esquemas ya deducen qué tumores son inoperables?

–Cuando decimos que un tumor cerebral es inaccesible, o inoperable, nos referimos a que es inabordable desde el punto de vista funcional: siempre has de poner en la balanza las consecuencias. Si extirpamos

un tumor ubicado en los núcleos de la base del cerebro, o en el tronco cerebral, que es la continuación de la médula, cualquier resección allí dejará al paciente sin ninguna calidad de vida. Por lo tanto, no es que no podamos llegar con el bisturí, sino que lo evitamos por las consecuencias: lo dejarás sin vista, oído, habla...

–¿Qué zonas son menos accesibles?

–El cerebro consta de una corteza que es sustancia gris, unos filamentos de sustancia blanca que unen los diferentes puntos y los núcleos de la base. Los tumores en los núcleos de la base son los menos accesibles, por el daño que dejas si los tocas.

–¿Son los más graves?

–Los más graves son los tumores intrínsecos, que nacen de las células del propio cerebro. Cuando quitas ese tumor estás extirpando una parte del cerebro. Normalmente, son los gliomas. La glia es la célula que más abunda en el cerebro. Es diez veces más frecuente que la neurona. La glia tiene varios componentes, que causan oligoelendrogliomas, o los estrociomas. El más frecuente, por

desgracia, es el estrocioma maligno, un tumor devastador. Se le denomina glioblastoma. Gravisimo.

–¿Cómo actúa en el cerebro?

–Lo destruye. Y también lo empuja, desplaza el tejido, hay un efecto de masa. Es un cáncer tremendamente maligno. No se detiene. No tiene límites claros. El glioblastoma es el cáncer cerebral más grave y el más difícil de controlar. Lo acotas por un lado y se escapa por otro. Puede con los fármacos y con la cirugía.

–¿En qué zona del cerebro puede aparecer un glioma?

–En cualquier zona donde haya glia. La más frecuente es el lóbulo frontal porque es la más grande. La supervivencia media de los afectados por un glioblastoma es de un año y medio. El 15% vive cuatro años.

–¿Son operables?

–Es una cirugía muy complicada. Ante un glioma de bajo grado, por ejemplo, intentamos extirpar todo lo que vemos en la resonancia magnética, pero sabemos que si obtenemos una biopsia del margen de al-

«Antes de operar trazamos mapas con las funciones que cubren las áreas del cerebro»



rededor, normalmente encontramos células que la resonancia no capta y que el patólogo nos dice que allí puede haber tumor. Pero no podemos hacer una resección máxima, como se haría en un hígado, porque tocas áreas funcionales. Y, entonces, a veces, el tumor vuelve a salir a partir de aquellas células.

—¿Esos tumores son percibidos desde el inicio por el paciente?

—La historia y la evolución de un cáncer de cerebro es rápida. Según donde esté localizado, causa unos síntomas característicos: puede provocar una crisis epiléptica, que si afecta a una persona de 50 años debe ser considerada un signo de alerta. O dar dolor de cabeza y vómitos, porque el tumor aumenta la presión intracraneal. O reducir la visión, o ver doble, porque aprieta el nervio óptico. Si está en el lóbulotemporal, puede provocar pérdidas de memoria.

—¿Cómo operan esos tumores?

—Planificamos qué estrategia utilizaremos. Estudiamos qué riesgos corre el paciente y qué posibilidades tenemos de monitorizar la ope-

ración. Nos hacemos un mapa motor muy preciso y otro del área del lenguaje, estimulando virtualmente las zonas que, si las tocáramos, el paciente dejaría de andar, o de hablar. Nos marcamos las áreas en las que sabemos que no hay que entrar. Igual que si decidimos operar con el paciente despierto.

—¿Despierto?

—Si operamos áreas de lenguaje, lo mantenemos despierto para estar seguros de que no tocamos el habla.

—¿Y él no se angustia?

—Yo he operado así a más de 500 pacientes y solo con tres tuve que detener la intervención porque era muy larga y el enfermo estaba agotado.

—¿No sienten dolor?

—No. El dolor está de las meninges hacia afuera, y eso se anestesia localmente. El paciente solo está despierto cuando necesitamos que colabore, que hable. Para saber que no está pasando nada en su área de lenguaje, lo mejor es comprobarlo en directo, en el momento en que estás extirpando la lesión.

«El tumor más grave, el glioblastoma, es también el más difícil de controlar»

—¿Cuando una persona habla varios idiomas la dificultad aumenta?

—Sí. Todo se complica. En el cerebro de una persona multilingüe hay diferencias entre las zonas que rigen la primera y la segunda lengua. Incluso si son tan similares como el catalán y el castellano, ambas latinas, en el 50% de los casos encontramos zonas que solo se dedican a una de las dos lenguas, y hemos de hacer el test de monitorización con cada una.

—¿Y si se trata de un políglota?

—Más difícil. Imagínate con quien hable siete u ocho idiomas! Eso complica mucho la cirugía. A más lenguas, más lugares donde no podemos entrar. Nosotros llegamos al tumor por la zona donde no hay detectada función. Ese es nuestro camino. Por esa vía extirpamos.

—¿A consecuencia de la operación, una persona puede perder la capacidad de hablar en una lengua y no en otra?

—Exactamente. Yo he atendido varios casos curiosos. Operé a un señor que me advirtió que a él le daba igual perder el castellano. Tal cual. Tenía una metástasis cerebral. Al

adentrarnos en su cerebro y llegar al punto del tumor, mapeamos la zona del castellano, luego la del catalán y vimos que justo sobre el tumor había un área cerebral centrada en el castellano. Lo comprobamos porque él iba hablando mientras trazábamos el mapa. Operamos, y al acabar la intervención el señor era incapaz de hablar castellano. No sabía.

—Tuvo que aprenderlo de nuevo.

—Sí. Podía entenderse perfectamente con su entorno en catalán. Al mes y medio, volvía a hablar castellano. Se demostró que el cerebro tiene recursos para reorganizarse y permitir el habla. Aunque esas zonas esenciales del lenguaje nunca las extirpamos, si el paciente te dice 'yo no me quiero morir por este tumor', operamos, y pierde un idioma.

—Mantener la vida siempre será mejor que conservar un idioma.

—En el caso de los idiomas, seguro, por más que te haya costado aprenderlos. Obviamente, la gente lo preferiría. Pero intentamos explorar otras formas de tratamiento para no eliminar cualidades esenciales. ≡