

Tratamiento quirúrgico del trastorno obsesivo compulsivo

Dr. Renzo Zamboni T.
Neurocirujano
Hospital San José Clínica Davila
Santiago de Chile, Chile

INTRODUCCIÓN

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza por una experiencia no deseada de pensamientos perseverantes (obsesiones) que producen gran ansiedad y angustia, asociadas con frecuencia a conductas repetitivas y rituales (compulsiones) que perturban la actividad consciente y la vida diaria a veces en un grado tal que los invalida en forma absoluta transformándose en un martirio para el paciente y la familia. La diferencia fundamental con la psicosis es que el paciente está absolutamente consciente de sus alteraciones pero no puede evitarlas y el no efectuar sus rituales le producen tal ansiedad y angustia que prefieren hacer sus conductas repetitivas por muy absurdas que al mismo paciente le parezcan.

El tratamiento psiquiátrico, psicológico y medicamentoso es efectivo en un número importante de pacientes pero entre un 10 % y un 15% de estos es refractario a las terapias convencionales y generalmente en este grupo están los pacientes más graves. El porcentaje de suicidios o intentos es alto en esta patología.

Los estudios neuropsicológicos han confirmado la existencia de alteraciones orgánicas y funcionales en el lóbulo frontal de estos pacientes.

Dado la gravedad de esta patología las proposiciones de psicocirugía en estos casos se remontan a los años cincuenta siendo Talerach el primero en describir la lesión a nivel del brazo anterior de la cápsula interna (1949). Posteriormente Hassler sugirió lesionar el tálamo a nivel de los núcleos anteriores (Dorso medial y Lamella mediales) en forma bilateral con buenos resultados. En el Instituto Karolinska, Leksell (1952) retoma el uso de la Capsulotomía Anterior experiencia que es presentada por Bingley et al. en el último congreso de Psicocirugía mundial que se llevó a efecto en Madrid en 1975. En esa oportunidad Ballantine presentó su experiencia en Cingulotomía que es otra alternativa en el tratamiento del TOC y Hassler y Diekmann también presentaron su resultados en la talamotomía a nivel del dorso mediano.

Los buenos resultados obtenidos, las mínimas complicaciones y la facilidad técnica de llegar al target,

impusieron a la Capsulotomía anterior bilateral como el procedimiento de Psicocirugía más aceptado en el tratamiento del TOC severo y refractario. Esto avalado por las publicaciones del grupo de Karolinska en especial las publicadas por Mindus al respecto.

MÉTODO

El brazo anterior de la cápsula interna es fácilmente identificable tanto en TAC como en RNM pero además es posible de obtener los parámetros estereotáxicos con Ventriculografía o Neumoencefalografía con una mínima cantidad de aire inyectada por vía lumbar. Aunque la técnica original de Leksell requería tener la línea bi-comisural que se proyectaba hacia la base del cuerno frontal del ventrículo lateral basta con visualizar la comisura anterior y trazar una línea desde esta comisura y que pase por el piso del ventrículo, se baja una perpendicular en el punto más frontal del ventrículo que corta la línea comisural. El target está en el punto medio de la línea entre la comisura anterior y la punta del ventrículo. De allí se inician las lesiones de termocoagulación en un trayecto de 15mm desde la línea base hacia arriba. La distancia de la línea media al iniciar las lesiones es de 17mm. Cabe recordar que la cápsula se va alejando de la línea media a medida que nos alejamos de la línea base y por lo tanto la craneotomía mínima debe hacerse más lateral que en las talamotomías (aproximadamente 4 cm. de la línea media y en posición pre-coronal). En la cirugía del TOC las lesiones deben ser bilaterales.

MATERIAL

Aunque el número de pacientes operado supere los 50 casos se analizarán solo 32 de ellos que cumplen con los controles pre y post operatorios mínimos tanto en exámenes como en tiempo de seguimiento.

Todos los pacientes han sido derivados por Psiquiatras, la mayoría del Instituto Psiquiátrico de Santiago. El diagnóstico de TOC fue confirmado por más de dos especialistas y todos los pacientes presentan síntomas severos e invalidantes por su patología pese a los múltiples tratamientos al menos por dos años.

El estudio pre-operatorio incluye TAC, EEG, y estudios neuropsicológicos y de personalidad. Destacamos en los estudios neuropsicológicos el test de Neuropsi (Evaluación neuropsicológica breve en español.); Escala de inteligencia para adultos

(Wechsler); El test de Wisconsin; y la evaluación de Yale Brown para cuantificar el TOC. Los test de personalidad más importantes son el test de Rorschach, la escala de depresión de Beck, y el test de Hamilton.

Los resultados de estos estudios confirmaron que todos los pacientes prestaban un déficit cognitivo, coincidiendo en alteraciones en las funciones ejecutivas y algún grado de deterioro. Lo más relevante es que todos los pacientes presentan en las pruebas aplicadas una sintomatología depresiva en el rango de moderado a severo.

COMPLICACIONES

Prácticamente no hubo complicaciones post operatorias salvo cefalea en los pacientes en que se inyectó aire por vía lumbar. Algunos pacientes presentaron cierto grado de desorientación témporo-espacial o fallas en la memoria inmediata de poca cuantía y transitoria que no duró más de una semana.

Cinco pacientes fueron re-operados debido a que la mejoría de sus síntomas fue transitoria y la RNM demostró que las lesiones eran pequeñas o no estaban bien ubicadas en la cápsula. Estas intervenciones fueron practicadas en los primeros cuatro meses del post operatorio.

RESULTADOS

La ansiedad que caracteriza a estos pacientes al no cumplir con sus rituales o conductas repetitivas disminuye en forma significativa prácticamente al día siguiente de la operación. La depresión y las ideas suicidas también desaparecen en el post-operatorio inmediato. La mega medicación que estos pacientes reciben, especialmente en relación a los neurolépticos atípicos y a los antidepresivos, se bajaron en forma drástica en tiempos relativamente cortos pese a la incertidumbre y dudas del psiquiatra tratante.

Los estudios neuropsicológicos se repitieron después de seis meses de la intervención y confirmaron la mejoría que desde el punto de vista clínico presentaron estos pacientes.

Desde el punto de vista de la DEPRESIÓN los test psicológicos demostraron que 25 pacientes (78%) presentaban una alta mejoría, 6 pacientes estaban mejor (18%) y solo 1 paciente (3%) presentaba escasa mejoría

Desde el punto de vista de las OBSESIONES existe una franca mejoría en 17 pacientes (53%), 12 están mejor (37%) y solo 3 pacientes (9%) no han presentado cambios significativos.

Ningún paciente está peor después de la intervención, incluso desde el punto de vista clínico, los tres pacientes que los test no demostraron mejoría reconocen estar menos ansiosos y obsesivos que antes de la operación.

CONCLUSIONES

Los estudios neuropsicológicos de nuestros pacientes son compatibles con los modelos neurobiológicos del TOC en relación a una disfunción del lóbulo frontal en donde participa activamente el circuito de la corteza orbito-frontal, núcleos caudado y pallidum, tálamo y región anterior del cingulum. La capsulotomía anterior interrumpe parte de las fibras fronto-talámicas disminuyendo la actividad anormal del lóbulo frontal.

La capsulotomía anterior bilateral estereotáxica es beneficiosa en el 90% de nuestros pacientes portadores de un Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) severo, crónico y refractario.

Las complicaciones de esta cirugía es irrelevante.

BIBLIOGRAFÍA

- Hassler R, Dieckmann G: Relief of compulsive disorders, phobias and tics by stereotactic coagulation of the rostral intralaminar and medial thalamic nuclei. In Laitinen L, Livingston K(eds) Proceeding of the 3rd International Congress of Psychosurgery. Baltimore 1973. Univ Park Press 206-12.
- Bingley T, Leksell L, Meyerson BA, Rylander G. Long term results of stereotactic anterior capsulotomy in chronic obsessive-compulsive neurosis. In: Neurosurgical treatment in psychiatry, pain, and epilepsy. Sweet WH, Obrador S, Martín-Rodríguez JG, (eds), pp 287-299. Baltimore: University Park press, 1977.
- Zamboni R. Indicaciones y estado actual de la psicocirugía en Chile. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 1981;19:70-76.
- Ballantine HT, Bouckoms A, et al: Treatment of psychiatric illness by stereotactic cingulotomy. Biol Psychiatry 1987; 22:807-19.
- Modell JG, Mountz JM, Curtis GC et al. Neurophysiologic dysfunction in basal ganglia/limbic striatal and thalamocortical circuits as a pathogenic mechanism of obsessive-compulsive disorder. J Neuropsychiatry 1: 2-36, 1989.
- Zamboni R, Larach V et al: Quality of life before and after psychosurgery. In Racagni et al. Biological Psychiatry 1991;2:245-248. Amsterdam. Elsevier
- Insel TR. Toward a neuroanatomy of obsessive compulsive disorder. Arch Gen psychiatry 49:739-744, 1992..
- Mindus P, Nyman H. Normalization of personality characteristics in patients with incapacitating anxiety disorders after capsulotomy Acta Psychiatr Scand. 83: 283-291, 1991.
- Mindus P. Present-Day Indications for Capsulotomy. Acta Neurochir (Suppl) 58: 29-33, 1993
- Zamboni R, Larach V et al: Dorsomedial thalamotomy as a treatment for terminal anorexia: a report of two cases. Acta Neurochir 1993;58:34-5. Springer-Verlag.
- Lippitz B, Mindus P, Meyerson BA, Kihström L, Lindquist C. Obsessive compulsive disorder and the right hemisphere: topographic analysis of lesions after capsulotomy performed with thermocoagulation. Acta Neurochir Suppl (Wien) 68: 61-63, 1997.