

## Reflexiones de un neurocirujano militar de la segunda mitad del siglo XX

Reflections of a military neurosurgeon from the second half of the 20th century

José Hernán Salas Rubio<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-8555-1877>

<sup>1</sup>Hospital Militar Central "Dr. Luís Díaz Soto". La Habana, Cuba.

Correspondencia. Correo electrónico: [josehernansr@infomed.sld.cu](mailto:josehernansr@infomed.sld.cu)

### RESUMEN

Experiencias y reflexiones del Dr. José Hernán Salas Rubio, presentadas en forma de conferencia, en el Congreso Internacional Neuro-Cuba 2017. Es profesor titular y consultante, uno de los más prominentes neurocirujanos cubanos. Ha trabajado como neurocirujano desde 1962 y contribuido a la formación de jóvenes neurocirujanos. Ha publicado cinco libros y más de cincuenta artículos científicos.

**Palabras clave:** neurocirugía; neurocirujano; medicina militar.

### ABSTRACT

Experiences and reflections of Dr. José Hernán Salas Rubio, presented as a lecture, at the Neuro-Cuba International Congress 2017. He is a full professor and consultant, one of the most prominent Cuban neurosurgeons. He has worked as a neurosurgeon since 1962 and contributed to the training of young neurosurgeons. He has published five books and more than fifty scientific articles.

**Keywords:** neurosurgery; neurosurgeon; military medicine.

Recibido: 11/09/2019

Aprobado: 24/12/2019

## DESARROLLO

Desde 1953 hasta 1957 era yo estudiante de medicina, interno del Hospital Militar "Dr. Carlos J. Finlay". Durante 4 años en esa institución, trabajé como instrumentista y asistente del neurocirujano *Dr. Efraín Marrero López*.

Llegué a la Neurocirugía por azar, mi real vocación surgió después, durante mi interrelación con los enfermos neurológicos de esa especialidad, en el cotidiano trabajo clínico y operatorio y a la atracción que siempre he tenido por el estudio de la anatomía del sistema nervioso.

Mi aprendizaje de la Neurocirugía, en esa temprana etapa, la adquirí mediante la observación atenta del trabajo profesional del *Dr. Marrero* y de sus observaciones, correctoras de mis equivocaciones y errores en la confección de las historias clínicas y durante el trabajo en el salón de operaciones. Es necesario destacar que en mi preparación teórica, nunca recibí una clase, una conferencia, ni estuve sentado escuchando pasivamente una disertación relacionada con la Neurocirugía.

Mis primeros conocimientos de las enfermedades del sistema nervioso, los adquirí durante el estudio en el libro "Neurología de Little", autor argentino recomendado por *Marrero*, porque a su juicio ese texto era una versión española de una "neurología francesa".

Las únicas capacidades manuales que adquirí fueron: puncionar venas, hacer una punción lumbar, instrumentar en el acto quirúrgico y cubrir la herida del cuero cabelludo con apósito y vendaje (capelina). En 1957, la universidad de la Habana cerró sus puertas a causa de la dictadura imperante en el país. Continué el estudio del sexto año de medicina, en la Universidad Central de Venezuela, en 1958. En el verano de 1959, obtuve en esa institución el título de "Médico Cirujano". Regresé a Cuba y en enero de 1960, me gradué de Doctor en Medicina en la Universidad de la Habana. Concluyó así mi ciclo existencial de estudiante de medicina.

Sobre quién fue mi primer maestro de Neurocirugía, el *Dr. Efraín Marrero López*, según supe, nació en Santa Clara y estudió medicina en París. Se formó como neurocirujano bajo la tutela del eminente neurocirujano francés *Clovis Vincent*. Aprendió neuropatología con *Rio Hortega*. Ya establecido en Cuba, se le reconocía como un profesional altamente competente en los campos de la Neurología y Neurocirugía. Era un trabajador sin flaquezas, en tres instituciones de la capital, en donde realizaba tres veces a la semana, las intervenciones quirúrgicas programadas.

Era asequible, capaz de escuchar al enfermo, con atención y sin apuro, pero sin tendencia a mostrar familiaridad con el interlocutor. No era altanero, pero su comportamiento siempre reflejaba la posición social que había alcanzado. En su técnica operatoria cumplía las recomendaciones de *Cushing* y *Vincent*, exigentes en los detalles. A veces reaccionaba coléricamente ante cualquier contratiempo.

Era hombre de altos principios éticos, lo vi en una ocasión responder con ejemplar dignidad una afrenta injusta a mi persona, de un sujeto escudado en grosera prepotencia, al amparo de su servidumbre del dictador Batista. Según supe, el *Dr. Efraín Marrero López* murió lejos de su patria.

Ya médico, completé mi formación como especialista en Neurocirugía en el Instituto Académico Burdenko de Moscú. En diciembre de 1962 comencé mi ciclo de neurocirujano, en el Hospital Militar "Dr. Luis Díaz Soto", donde he ejercido la especialidad durante 55 años. En este periodo, se han formado 30 neurocirujanos, hombres y mujeres (cubanos y una neurocirujana chilena). Hoy soy Profesor Consultante de Neurocirugía de esa institución.

Sobre la Neurocirugía actual, sus fortalezas y debilidades; *Vaquero*,<sup>(1)</sup> en el libro "Neurología quirúrgica", de 1988 señala que las nuevas técnicas y modalidades de tratamiento en Neurocirugía en la segunda mitad del siglo XX, es decir mi época, son:

- Técnica microquirúrgica (gracias a la magnificación del objetivo)
- Coagulación bipolar
- Sistema de separadores del tejido cerebral autoestáticos
- Láser de CO<sub>2</sub> o Argón, capaz de cortar, coagular y vaporizar los tejidos.
- Aspirador
- Ultrasonido intraoperatorio

Algunos avances, logrados en el campo de la tecnología son: la Resonancia Magnética (RM) y la Tomografía Axial Computarizada (TAC) de última generación; la disminución de las incisiones para acceder a la lesión intracerebral a través de corredores estrechos; la neuronavegación; la endoscopia para la cirugía de la base craneal y del sistema ventricular; el uso de la gamma cámara para la cirugía radioguiada; la neurocirugía funcional ligada a la esterotaxia para registros eléctricos y lesiones circunscritas en sistema neuronales específicos; la neuromodulación, las técnicas de tratamiento

endovascular en neurocirugía. En resumen, los avances de la tecnología, entre ellos la miniaturización de los dispositivos actuales, han permitido un nivel superior de diagnóstico y de métodos de tratamiento. Podemos pues considerar dichos avances, como fortalezas de la especialidad de Neurocirugía.

Sobre las debilidades de la Neurocirugía, permítanme de inicio mencionar tres ejemplos al respecto, de otros posibles, de los cuales he conocido.

Primero: Paciente adulto, ingresado por hidrocefalia obstructiva, que durante su hospitalización, queda súbitamente ciego, por estar en espera prolongada, de un sistema de derivación de LCR (líquido céfalo raquídeo). El neurocirujano responsable del enfermo, fue incapaz de asumir un tratamiento quirúrgico alternativo (derivación ventrículo - cisternal u operación de Torkildsen) o una fenestración de la lámina *terminalis*, o una derivación de carácter temporal al espacio subgaleal.

Segundo: Comunicación personal de un colega neurocirujano durante su trabajo en un país centromericano. Paciente adulto con síntomas y signos de una compresión quiasmática, por un posible tumor en la región selar; en el rayos X simple, había aumento de tamaño de la silla turca y en el examen oftalmológico, una hemianopsia bitemporal. El neurocirujano se abstuvo de operar para liberar el quiasma de su compresión y a los nervios ópticos, por no contar en la ciudad con un equipo de TAC ni de RM.

Tercero: Paciente adulto con traumatismo craneoencefálico grave, con anisocoria y otros signos de compresión cerebral. La evacuación quirúrgica del hematoma subdural subagudo fue tardía, el enfermo falleció en el postoperatorio durante la recuperación, horas después. El neurocirujano estuvo a la espera de la llegada del técnico de la TAC, de guardia localizable en su casa distante del hospital y debía ser transportado por la ambulancia del centro.

Además de esos criticables ejemplos, haré mención de dos artículos que nos hacen meditar. *Omuro* y otros, publicaron la revisión titulada *Pitfalls in the diagnosis of brain tumor*.<sup>(2)</sup> En dicho artículo, los autores señalan cómo diferentes enfermedades intracraneales (inflamatorias, cerebrovasculares, radionecrosis y lesiones neoplásicas no tumorales) pueden simular un tumor cerebral en las imágenes de TAC y RM. Terminan su revisión con una alerta sobre la importancia que tiene un juicio clínico adecuado, el cual permite sospechar un diagnóstico alternativo, en concordancia con los exámenes.

El otro trabajo es el de *Rolston* y otros,<sup>(3)</sup> *Errors in neurosurgery*. Los autores destacan que los errores en Neurocirugía ocupan el tercer lugar, después de los errores en Cirugía general y Ortopedia. Los errores en Neurocirugía pueden alcanzar el 25 % de los pacientes operados, o más. Ocurren con mayor frecuencia

en operaciones craneales (acción en el lado equivocado) que en las operaciones del raquis (acción en el sitio erróneo). Entre los errores mencionan: falta de equipos o sus fallas, presencia de cuerpos extraños en el lecho quirúrgico (torundas, algodón), eventos adversos causados por fármacos, infecciones secundarias por manipulación inadecuada de médicos y personal de enfermería.

Concluyen el trabajo, con una exhortación sobre la importancia de discutir los errores en el servicio.

Por lo anteriormente expresado y tal vez por mi avanzada edad, debo confesar que tengo una visión bipolar de la especialidad y por tanto, una imagen escéptica de la Neurocirugía actual.

Sobre el método clínico y la Neurocirugía, el profesor *Dr. Cs Luis Rodríguez Rivera* (fallecido) en su libro "La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas",<sup>(4)</sup> dice:

"Hoy día el crecimiento vertiginoso de los conocimientos médicos, el desarrollo de la tecnología de la información y el uso de las computadoras, constituyen logros y éxitos, pero persiste la lucha entre el enfoque biológico reduccionista y el enfoque integral biopsicosocial".

Después añade, "...la clínica se refiere al estudio de los enfermos, no de las enfermedades". "El método clínico es la utilización del método científico, aplicado a la atención de los enfermos".

Por su parte el profesor *Dr. Cs Néstor Pérez Lache*, en su libro "El método clínico. mi experiencia en Neurología",<sup>(5)</sup> dice: "el interrogatorio y el examen físico del enfermo, constituyentes del método clínico, son unidades contrarias en la interrelación dialéctica entre el médico (sujeto) y el paciente (objeto)".

Personalmente considero, que si el neurocirujano no tiene una relación personal directa, abierta y clara con el paciente, para obtener una información confiable, se priva de conocer las particularidades existenciales del enfermo, cognitivas, afectivas, del lenguaje y otras. Hoy es reconocido, que los rasgos del habla, de cómo se expresan las personas, tienen importancia hasta para sospechar tempranamente problemas neurodegenerativos.

Los neurocirujanos debemos tener presente lo dicho por *Wyngaarden y Smith* en el "Cecil Tratado de Medicina Interna",<sup>(6)</sup> "la entrevista médica es la más poderosa herramienta médica, ya que más del 50 % de los diagnósticos de certeza, se pueden hacer solo por la clínica". Con la utilización del método clínico en el trabajo neuroquirúrgico, en la consulta externa y en el área de hospitalización, si somos receptivos, respetuosos, solidarios y comprensivos de las quejas y temores de los pacientes y familiares, evitaremos cometer errores y adoptar decisiones que pueden a veces, conducirnos a iatrogenias y deshumanización.

De forma opuesta, podremos cosechar satisfacciones y agradecimientos, evitar quejas que pueden conducir a investigaciones institucionales, generadoras de procedimientos judiciales, afectación al prestigio profesional y al estado psicoafectivo del médico.

Sobre la Neurocirugía individual: "Cada paciente es único, no ha existido nunca antes, no existirá otro exactamente igual. El papel humano es decisivo, la técnica solo es un instrumento".<sup>(4)</sup>

Algunas de mis experiencias personales de antaño, durante el ejercicio de la neurocirugía individual, dejaron en mí improntas, en mi vida profesional y espiritual. A los jóvenes neurocirujanos y residentes, van estos recuerdos indelebles, en los cuales la singularidad del paciente determinó la conducta quirúrgica y que alguna he mencionado antes.<sup>(7)</sup>

De cómo subestimé el riesgo quirúrgico, ante la preocupación de la madre por su hijo: Infante de 2 años, portador de un seno dérmico en la parte posterior del cráneo. Examen neurológico y radiografías simples del cráneo normales. En el acto quirúrgico, se constató insospechadamente un quiste dermoide extradural, en la línea media de la fosa posterior. Durante la exéresis de la lesión, se produjo súbitamente una gran hemorragia venosa de difícil control, con caída importante de la presión arterial. Se logró su control transitorio, mediante compresión del área, hasta el cese del sangramiento (por el hoy profesor *San Miguel*) y por supuesto, con la reposición del volumen sanguíneo.

La solución definitiva del sangramiento, surgió al considerar que su origen debía estar en el seno venoso occipital lesionado. Escindimos la duramadre a cada lado de la línea media, unimos ambos bordes mediales, con colocación de pinzas hemostáticas pequeñas en el seno, a medida que se retiraba lentamente el apósito compresor. Finalmente electrocoagulación. Mi taquicardia fue cediendo lentamente ante la evolución neurológica satisfactoria del pequeño.

De cómo comprobé personalmente, que el factor tiempo es vital en la descompresión cerebral por un hematoma subdural agudo: Adulto con traumatismo craneoencefálico grave y fracturas en las extremidades, anisocoria que en minutos pasó a midriasis bilateral. Se realizó evacuación de un hematoma subdural, en el pasillo central de los salones de operaciones, con el paciente en la camilla. Sin anestesia, sin rasurar el cuero cabelludo, solo me bastaron guantes estériles, bisturí, separador de Beckman, trépano, perforadora y fresa. Incisión de la dura, salida a chorro del hematoma. Posteriormente, altas dosis de antibióticos. El paciente sobrevivió. Dedico esta cita a la memoria de *Mercedita González*, enfermera ya fallecida, que con tanta profesionalidad me ayudó.

De por qué acudí al tratamiento neuroquirúrgico, utilizando la anestesia local, por rechazo a la general: Exéresis de un meningoencefalocele naso - frontal, en un lactante, hospitalizado en Baracoa (antigua provincia de Oriente), en 1960, de padres campesinos, sin recursos económicos para trasladarse a La Habana.

Anciano de 90 años de edad, con neuralgia del trigémino rebelde al tratamiento médico y dos intentos suicidas. Sección de la raíz sensitiva del V par por vía temporal extradural, en el hospital militar de Santiago de Cuba.

Mujer de 65 años, con cáncer pélvico y rechazo del anesthesiólogo por las deterioradas condiciones generales de la paciente. Como tratamiento del dolor intratable, realicé cordotomía dorsal bilateral, con la paciente consciente y su ejemplar cooperación.

Oficial de las fuerzas armadas, con dolor intenso, rebelde a los fármacos, por compresión radicular a causa de hernia discal lumbar extruida y estenosis del canal. Estando en el preoperatorio del salón de operaciones, en dos ocasiones se suspendió la operación por presentar trastornos de la conducción miocárdica durante la inducción anestésica. Por dicha causa fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos. Realicé la operación días después, usando novocaína al 0,25 %, según la técnica del académico soviético *Vischnevsky*, que describe en su libro "Anestesia local por el método del infiltrado reptante", de 1961.<sup>(8)</sup> Durante el acto operatorio, el anesthesiólogo *Dr. Arístides Otero*, estuvo todo el tiempo conversando con el paciente y apoyándole psicológicamente.

Del valor que tiene el examen neurológico repetido para evitar un diagnóstico y un tratamiento erróneos: Estuve cumpliendo misión internacionalista en Siria en 1973. Bombardeo de la aviación enemiga a un campamento civil palestino. Paciente ingresada en el hospital militar de Jarasta, en Damasco. Adolescente de 18 años con cuadriparesia, sin signos externos de haber sido herida o traumatizada. Diagnóstico presuntivo del neurólogo sirio: síndrome conversivo. Solicitó mi criterio. Repetí el examen neurológico y comprobé la presencia de Babinski bilateral. Indiqué rayos X de columna cervical: presencia de balón metálico de 5 mm de diámetro, intrarraquídeo paramedular. Laminectomía, aracnoiditis rodeando el balón, médula de aspecto normal, extracción del cuerpo extraño. Recuperación motora normal.

Oficial de las fuerzas armadas con pérdida de la fuerza muscular de ambas manos y parestesias. Me lo envían para que le opere dos hernias cervicales, C5 - C6 y C6 - C7, según RM. Al examen neurológico, sospecha de compresión de ambos nervios medianos en el canal del carpo. El examen neurofisiológico

---

confirmó el diagnóstico. Ambos nervios fueron liberados mediante cirugía endoscópica por un ortopédico. Evolución posoperatoria muy satisfactoria.

De cuando me abstuve de operar sin ceder a presiones externas de criterios no científicos: Mujer de 60 años, diabética e hipertensa, que consultó a un clínico por cefalea, el cual indicó rayos X de cráneo. Informe: imagen de tumor redondeado de mediano tamaño en región parietal izquierda. Remitida a Neurocirugía. Examen neurológico normal, no papiledema. Mi impresión, meningioma calcificado. Recomendé vigilancia clínica y radiológica periódicamente, en consulta externa. La paciente insistió que había que operarla. Acudió, ante mi negativa, a otro neurocirujano, compañero de curso, quien estuvo de acuerdo con mi criterio, pero al reiterarle la paciente y sus familiares que debía operarla, cedió a la demanda. La paciente falleció en el salón de operaciones durante el acto quirúrgico. El neurocirujano falleció al día siguiente por infarto agudo de miocardio.

Finalmente, a manera de conclusión de estas breves reflexiones, permítame destacar cinco ideas.

- En Neurocirugía es importante un adecuado juicio clínico.
- El análisis y discusión de los errores en el colectivo neuroquirúrgico, contribuye al fortalecimiento del ejercicio profesional.
- Las decisiones en Neurocirugía, no deben ser prematuras, superficialmente pensadas ni tardías, aferradas a criterios tajantes.
- El pensamiento y la conducta dogmática, sin previa reflexión científica y humana, de las particularidades de cada paciente, solo conducen a resultados insatisfactorios y fracasos lamentables.
- El neurocirujano debe dominar la técnica de la anestesia local, como alternativa al tratamiento operatorio en situaciones puntuales.

Y es nuestro deber siempre, como cubanos y médicos que somos, honrar con nuestra conducta a nuestro Apóstol. *José Martí* escribió en la publicación "La América" (Nueva York, octubre de 1883): "Los médicos deberían tener siempre lleno de besos las manos". A todos los presentes les deseo éxitos y felicidad personal. Gracias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vaquero Crespo J. Neurología quirúrgica. Madrid: Ediciones Eurobook; 1988.
2. Omuro AMP, Leite CC, Mokhtari K, Delattre JY. Pitfalls in the diagnosis of brain tumours. The Lancet Neurology. 2006[acceso: 10/07/2017];5(11):937-48. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(06\)70597-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(06)70597-X)
3. Rolston JD, Bernstein M. Errors in Neurosurgery. Neurosurgery Clinics of North America. 2015[acceso: 10/07/2017];26(2): 149-155. Disponible en: [https://www.neurosurgery.theclinics.com/article/S1042-3680\(14\)00146-6/fulltext](https://www.neurosurgery.theclinics.com/article/S1042-3680(14)00146-6/fulltext)
4. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método. Reflexión sobre dos épocas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. [acceso: 10/07/2017]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/la-clinica-y-su-metodo-reflexiones-sobre-dos-epocas/>
5. Pérez Lache N. El método clínico mi experiencia en Neurología. La Habana: Editora Política; 2015.
6. Wyngaarden JB, Smith LLH. Cecil Tratado de Medicina Interna. México DF: Editorial Interamericana; 1986.
7. Felipe Morán A. Entrevista al Profesor José Hernán Salas Rubio. Rev Cuba Neurol y Neurocir. 2016;6(1):39-43. Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/download/193/pdf>
8. Vischñevsky AV. Anestesia local por el método del infiltrado reptante. Buenos Aires: Editorial Chagre; 1961.