

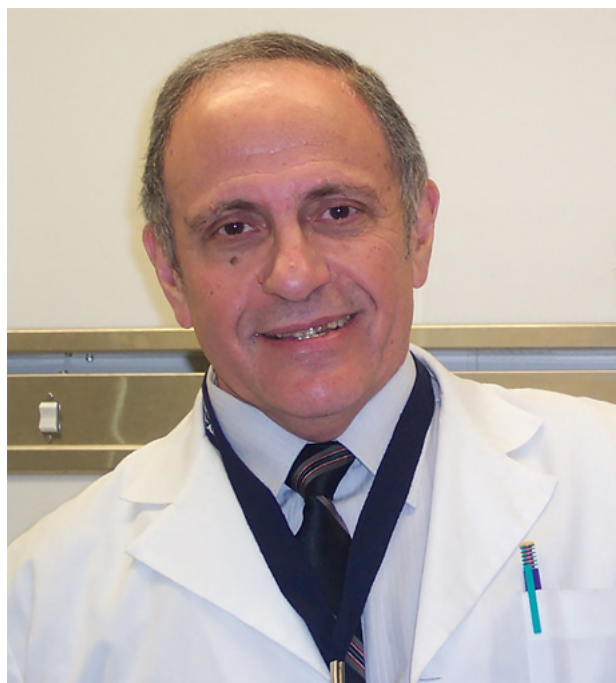
# ENTREVISTA

## Prof. Dr. Félix Umansky

El Prof. Dr. Félix Umansky se graduó de médico en su Rosario natal, hizo un año de residencia en Clínica Médica del Hospital Clemente Álvarez y luego viajó a Israel y completó la residencia en Neurocirugía en el Hospital Beilinson dependiente de la Universidad de Tel Aviv en 1979. Luego viajó a Estados Unidos y estuvo 4 años en una Beca clínica y de investigación, primero en Boston y luego en el Henry Ford Hospital de Detroit, haciendo microneurocirugía vascular junto a Manuel Dujovny y James Ausman. En 1984, se incorporó al Servicio de Neurocirugía del Hospital Hadassah dependiente de la Universidad Hebrea de Jerusalén. Fue nombrado jefe de Servicio del Departamento en 1991, cargo que ha ocupado hasta fines de 2010, luego continuó como Profesor Emeritus y miembro del staff del Servicio. Además, desde 2005 es miembro del staff del Departamento de Neurocirugía del Henry Ford Hospital en Detroit (Estados Unidos). En forma paralela, hizo la carrera docente en la Facultad de Medicina Hadassah pasando por los cargos de Lecturer, Senior Lecturer, Profesor asociado y finalmente Profesor de Neurocirugía; adicionalmente fue Profesor de Neurocirugía en la Universidad de la Florida. También se desempeñó como Visiting Professor en múltiples Servicios de Neurocirugía y Facultades a lo largo del mundo. Organizó y participó en innumerables Cursos y Congresos de la especialidad. Publicó más de 110 artículos de Neurocirugía. Por último, en 2010, Luis Emilio Savastano y Daniel Edgardo Nijensohn publicaron en la RANC su artículo “Historia de los neurocirujanos argentinos en el mundo. Segunda parte”, en el mismo se puede ampliar el perfil del Dr. Umansky<sup>1</sup>.

—**Es un referente en la cirugía de base de cráneo ¿Qué nos puede decir de su evolución hasta la actualidad, desde los grandes abordajes a cirugías mínimamente invasivas, y del uso del endoscopio?**

—En los últimos años la ciencia en general, y la medicina en particular, han evolucionado en una escala logarítmica. La neurocirugía que hasta los inicios de los años 80 del siglo pasado abarcaba en su seno a todos los aspectos de la especialidad que un neurocirujano, con experiencia y capacidad quirúrgica podía resolver, se fue fragmentando en forma progresiva en un conjunto de subespecialidades que, aunque se relacionan y comple-



Prof. Dr. Félix Umansky

mentan en muchos aspectos, fueron requiriendo conocimientos y procedimientos terapéuticos más particulares y enfocados en la problemática específica. La concepción de un Jefe de Servicio con gran maestría quirúrgica que podía tratar toda la patología se fue convirtiendo de un trabajo individual a un trabajo en equipo, lo cual estimuló y mejoró en forma significativa las relaciones interpersonales de los miembros del Servicio.

Otro factor muy importante que influyó en la evolución de la neurocirugía moderna fue la introducción de la tecnología con progresos en neuroradiología, neuroanestesia, neurofisiología, microscopios quirúrgicos, sistemas de neuronavegación, cirugía endovascular, endoscopios, cirugía funcional, stereotaxis, radioterapia, etc.

Una de las subespecialidades de alta complejidad que experimentó cambios radicales en su evolución fue la neurocirugía de base de cráneo. En esta área, la problemática del neurocirujano reside en el hecho de que, por un lado, los abordajes son complicados y, por otro, gran parte de la patología incluye lesiones benignas como meningiomas, adenomas, craneofaringiomas, aneurismas, etc. que requieren un tratamiento radical con baja morbilidad y mortalidad.

La cirugía de base de cráneo en sus orígenes utilizó técnicas agresivas con la intención de obtener un resultado definitivo. Esta conducta no dio en la mayoría de los casos resultados satisfactorios debido a la morbilidad de la intervención quirúrgica. Como resultado, se comenzó a utilizar una filosofía distinta que consistía en reducir la agresividad de la cirugía complementando con el uso de la radiocirugía. De esta forma, la calidad de vida del paciente podría ser mejorada para su satisfacción.

La introducción del endoscopio para la cirugía de la base de cráneo anterior y las áreas selares y supraselares fue una gran contribución. El problema reside en que el uso indiscriminado del endoscopio para cirugías en zonas en donde el abordaje convencional de base de cráneo brinda mejor visualización y control quirúrgico es, en mi opinión, una práctica innecesaria.

Por un lado, el valor de la endoscopia intraventricular en el tratamiento del hidrocefalo y otras patologías ventriculares está comprobado. También la cirugía intraselar y supraselar de línea media como tumores pituitarios, ciertos craneofaringiomas y tumores clivales se favorecen enormemente de la endoscopia transesfenoidal. Por otro lado, usar el endoscopio por vía endonasal para operar un meningioma del foramen magnum me parece una exageración.

Un término que hoy en día está de moda es el de Neurocirugía Mínima Invasiva. No tiene para mí un significado especial más allá de la descripción de abordajes diferentes y alternativas terapéuticas que se basan en el desarrollo acelerado de la tecnología. Las craneotomías tienen en la actualidad un tamaño mucho más reducido que en el pasado y los efectos cosméticos son mínimos o inexistentes. La amplitud del campo visual, la posibilidad de abordar la lesión desde diferentes ángulos y la posibilidad de disección y control de complicaciones, como sangrado masivo resultante de una lesión vascular, compensan ampliamente la utilización de la craneotomía vs. la endoscopia para lesiones complejas de base de cráneo.

**—Siguiendo la misma línea de la pregunta anterior, ¿Qué opina del avance microquirúrgico en el seno cavernoso?**

—Otro ejemplo de mucha relevancia es la actitud quirúrgica para lesiones del seno cavernoso, una región pequeña y compleja de la base de cráneo a la cual dediqué gran parte de mi investigación anatómica. Durante muchos años en congresos de la especialidad y en numerosas publicaciones científicas se pregonaba la cirugía radical de meningiomas del seno con la idea, la mayoría de las veces incorrecta, que la morbilidad era una complicación transitoria. Actualmente, la conducta quirúrgica es

más conservadora y la cirugía menos agresiva para el beneficio de los pacientes.

**—Desde sus comienzos se entrenó en la microanatomía vascular ¿Cómo ve la evolución de la cirugía vascular y el refinamiento de los bypass?**

—Otro resultado de gran valor producto del desarrollo tecnológico se puede observar en la neurocirugía endovascular que produjo un cambio fundamental en el tratamiento de aneurismas y malformaciones vasculares como así también en el tratamiento de accidentes cerebrales isquémicos.

La cirugía vascular clásica y el uso del bypass todavía siguen formando parte del armamentario del neurocirujano vascular en casos especiales. Actualmente, los centros con gran experiencia en neurocirugía vascular en Estados Unidos ofrecen entrenamientos de postgrado (fellowships) que combinan cirugía vascular abierta con cirugía endovascular. En la práctica la mayoría de los aneurismas y parte de las malformaciones arteriovenosas (AVM's) son tratadas por vía endovascular. Los casos más complejos se tratan o deberían ser tratados en centros especializados con gran volumen de enfermos y con neurocirujanos superespecializados que poseen la habilidad quirúrgica y la técnica más refinada para operar esos casos de alta complejidad. Otro ejemplo de neurocirugía vascular abierta y compleja es el de abordar malformaciones vasculares como cavernomas del tronco encefálico. La reconstrucción vascular con uso de By-pass en casos de aneurismas gigantes y tumores de base de cráneo que envuelven arterias del círculo de Willis también exige la experiencia de cirujanos con capacidad suficiente para tratar esta complicada patología. Dado el hecho de que la neurocirugía vascular y la de base de cráneo constituyen la subespecialización más compleja y exigente de la especialidad, la creación de centros de excelencia con el equipo de instrumentación más moderno y el material humano más adecuado se va a convertir en una necesidad en el futuro.

**—¿Cómo es trabajar en medio de la pandemia de covid en Jerusalem?**

—En el Hospital Hadassah se crearon 4 departamentos y 2 unidades de terapia intensiva dedicados al covid. El trabajo clínico y la cirugía electiva fueron afectados. Actualmente 62.3% de la población del país está totalmente vacunada y 42 % recibió una tercera dosis o refuerzo (booster shot) de la vacuna de Pfizer. En nuestro hospital en Jerusalem la situación ha mejorado significativamente y la vida ha retornado a su normalidad. El número de enfermos con covid 19 y su variante Delta ha disminuido en forma importante, y 3 de los 4 departa-

mentos de corona y una unidad de terapia intensiva se han cerrado. En un futuro próximo comenzarán a vacunar a los niños de 5-12 años. La atención médica y quirúrgica del Hadassah es actualmente normal.

**—El Servicio de Neurocirugía del Hospital Hadassah es uno de los más prestigiosos y de renombre internacional. ¿Qué nos puede contar acerca del mismo?**

—La historia del Servicio de Neurocirugía del Hospital Hadassah fue publicada en 2005 en la revista *Neurosurgery*<sup>2</sup>.

En 2012 se inauguró el nuevo hospital que consiste en un edificio de 19 pisos, de los cuales 5 son subterráneos. Las salas de cirugía están ubicadas en el 4to. piso subterráneo por razones de seguridad. Este nuevo edificio tiene 500 camas y otras 300 están ubicadas en el edificio

viejo que aún se mantiene en pie. Los 3 quirófanos de neurocirugía están provistos de los mayores adelantos tecnológicos.

**—¿Quiénes pueden concurrir al laboratorio de microcirugía en el Hospital Hadassah? ¿Hay cursos o rotaciones? ¿Cómo es la formación de la Residencia y los fellowships?**

—El laboratorio de micro anatomía estuvo inactivo mucho tiempo por efecto del covid pero confío que en el corto plazo volverá a su actividad normal de enseñanza e investigación. En el laboratorio los residentes tienen la oportunidad de explorar la anatomía microquirúrgica y acostumbrarse al uso del microscopio operativo como así también practicar los distintos abordajes que verán y luego realizarán en la práctica clínica. Los residentes con una inclinación hacia la neuroanatomía podrán desarrollar proyectos de investigación.

El Departamento de Neurocirugía tiene un programa

muy importante para médicos extranjeros interesados en completar una residencia de 6 años o fellowships de 1 a 2 años. Comencé el programa en 1986 y lentamente se fue convirtiendo en el más importante de Israel en el campo de la neurocirugía y otras especialidades quirúrgicas. Quiero destacar que la gran mayoría de los médicos provienen de países latinoamericanos incluyendo Argentina.

**—¿Qué recomendación le haría a los NC jóvenes en cuanto a trabajo y aprendizaje?**

—A los neurocirujanos jóvenes les puedo decir que desde mi punto de vista han elegido la carrera o especialidad más interesante y prometedora en el campo de la cirugía. La especialidad es muy demandante pero a la vez gratificante. La incorporación de las nuevas tecnologías requiere una adaptación constante y resulta una refinación permanente de las técnicas quirúrgicas. Con respecto a la investigación, el desarrollo de las neurociencias es un estímulo permanente para el joven neurocirujano cuya misión será aplicar los nuevos descubrimientos a la práctica clínica. Como neurocirujano académico y con años de experiencia he tenido la oportunidad, tanto en Israel como en Estados Unidos, de entrevistar a los candidatos a las residencias de neurocirugía y puedo decir sin temor a equivocarme que la calidad de estos jóvenes es la del más alto nivel. Esta es una de las principales razones por la cual soy tan optimista con relación al futuro de la especialidad.

**—Por último, el Comité Editorial quiere invitarlo a formar parte del Comité Científico Internacional de la Revista Argentina de Neurocirugía...**

—Va a ser un placer formar parte del Comité Científico Internacional de la Revista Argentina de Neurocirugía.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Savastano LE y Nijensohn DE. Historia de los neurocirujanos argentinos en el mundo. Segunda parte. *Rev Argent Neuroc* 2010; 24: 117
2. Segal R, Shoshan Y, Israel Z, Spektor S, Cohen J, Fraifeld S, Umansky F. *Neurosurgery at the Hadassah-Hebrew University Medical Center in Jerusalem. Neurosurgery.* 2005 May;56(5):1135-48; discussion 1135-48. PMID: 15854262.