

SIMPATECTOMIA LUMBAR

Dr. VIRGILIO BANEGAS M.

Resumiremos la historia de la Cirugía vasodilatadora de los miembros inferiores en dos etapas:

La primera, Simpatectomía Peri-Arterial, a cuya operación van unidos los nombres de Leriche y Jaboulay; la segunda, la resección de la cadena ganglionar simpática lumbar, con sus iniciadores como Diez, Brow, Adson, Royle y otros durante el primer cuarto del presente siglo, obteniendo así los cirujanos un poderoso recurso para impedir la hipohemia, consecuencia de las obstrucciones arteriales y llegando a hacer por lo tanto la operación vasodilatadora por excelencia; gracias a esta intervención quirúrgica deambulan gran cantidad de pacientes con sus miembros inferiores intactos.

Tabulamos 27 casos de Simpatectomías Lumbares, 25 efectuadas por el autor; 3 enfermedades han sido tratadas por este medio terapéutico, úlceras tropicales de las piernas, tromboangeítis obliterante y endoarteritis de los miembros inferiores. En 12 casos se hizo la resección del simpático lumbar izquierdo, 7 del lado derecho y 8 casos simpatectomías bilaterales verificadas en un solo tiempo operatorio; 21 pacientes fueron del sexo masculino y 6 del femenino; el paciente más joven fue de 20 y el de mayor edad de 76 años, distribuidos en la forma que muestra el cuadro siguiente.

E D A D				
20-30	30-40	40-50	50-60	más de 60
4	4	6	8	5

En cuanto a las enfermedades el menor número fue de tromboangeítis obliterante que suman un total de 3; en esta enfermedad la simpatectomía lumbar tiene una de sus más bellas indicaciones, seguro que tiene sus detractores, pero con la experiencia que se ha logrado, podemos decir que sus fracasos son debidos a la falta de reconocer los primeros síntomas de la enfermedad o equivocar diagnósticos, los pacientes irremediamente llegan a sus complicaciones características, como son la gangrena y los trastornos tró-

*El Dr. Virgilio Banegas M. es Miembro Fundador de la Asociación Quirúrgica Hondureña. Es además Cirujano del Depto de Cirugía del Hospital «San Felipe», Tegucigalpa, Honduras.

ficos; ya en estos casos la ganglectomía es impotente para poder salvar las mutilaciones correspondientes. Dos de nuestros pacientes recuperaron totalmente, a pesar de no llevar el método de vida indicado, uno de ellos al poco tiempo estaba trabajando en un «Restaurante». El 3º caso se nos presentó cuando ya había sido mutilado quirúrgicamente, sin embargo la Simpatectomía hizo posible salvarle mayor cantidad de su miembro que aparentemente estaba condenado el paciente a perder,

Debido a la índole del presente estudio no es posible entrar en detalles sobre la enfermedad, pero debemos recordar que es fácilmente reconocible por un interrogatorio que recabe la edad, la antigüedad de los síntomas, el dolor como expresión de un déficit circulatorio y en general los ataques de claudicación intermitente, agregando a esto, la investigación del pulso arterial en sus diferentes niveles y verificar los diferentes «tests» vasomotores descritos en todo libro de Patología, son lo suficiente para llegar a sospechar el diagnóstico, y si además se tiene a mano un oscilómetro, los diagnósticos equivocados de reumatismo, várices profundas, etc., desaparecen por encanto. Siendo una intervención fácil que todo cirujano puede verificar aun en centros hospitalarios rurales, no hay razón para que sigamos oyendo que médicos generales recomiendan a sus pacientes la salida del país para que se verifiquen una ganglectomía lumbar. En los 3 casos se mostró la disminución del índice oscilométrico y su franco aumento después de la intervención. Los fracasos en la tromboangeítis se deben, según Brown y Winckell, a las siguientes razones: 1º—Cuando la circulación colateral está involucrada. 2º—Cuando la circulación colateral no ha tenido tiempo de desarrollarse. 3º—Cuando las regiones gangrenosas o tróficas son muy extensas.

Seis de los casos tabulados son Simpatectomías por endoarteritis obliterantes, dos de ellos con gangrena de dedos, uno de los casos con trastornos tróficos y los otros tres con síntoma de hipoheurnia, el pulso estuvo ausente desde la femoral hasta la pedia en sus diferentes altitudes. La oscilometría disminuida en diferentes grados, en los casos de gangrena la amputación fue necesaria, pero en todos los casos la mejoría fue notoria, en cinco de los pacientes el estudio radiológico mostró calcificaciones en el árbol arterial de los miembros inferiores; la edad de estos pacientes varió de 59 a 76 años.

Actualmente no hay discusión de que la gangliectomía simpática determina una vasodilatación máxima y permanente, aumentando por consiguiente el caudal sanguíneo, a pesar de que Young sostiene que no se pueden esperar buenos resultados cuando existen depósitos calcáreos en las paredes arteriales, nosotros creemos que en casos bien seleccionados la Simpatectomía tiene buenos resultados con el hecho de aumentar la irrigación sanguínea de las extremidades, por supuesto los resultados no son tan maravillosos como en la tromboangeítis.

En este grupo de casos aún encontramos oscilaciones en las piernas; en los casos de gangrena la amputación fue necesaria, el

dolor desapareció en diferentes grados, según la intensidad de la enfermedad. En todos los casos el bloqueo del simpático dio indicios de mejoría.

El mayor número de gangliectomías fue en casos de úlceras tropicales de las piernas en un total de 18; 6 de los pacientes con úlceras en ambas piernas se intervinieron en un solo tiempo operatorio, 12 fueron unilaterales; el tiempo de evolución de las úlceras varió de 10 meses a 16 años, la operación se empleó como un tratamiento adicional a los utilizados en el Servicio de Dermatología del Hospital «San Felipe» a cargo del Dr. Hernán Corrales Padilla; la cicatrización de las úlceras se verificó entre un lapso de 6 semanas a 5 meses, dependiendo esta cicatrización del tamaño de las úlceras, ya que varió desde el de una moneda de un lempira hasta tomar dos tercios inferiores de las piernas, todas ellas habían tenido tratamientos diversos previos; difícil ha sido llevar un control ulterior de estos pacientes, sin embargo 5 han regresado con recidivas de úlceras en el mismo lugar, siendo 3 tratados en el Servicio de Dermatología y dos han salido de nuestro control y han sido tratados con pequeños injertos, con resultados satisfactorios.

No pretendemos demostrar categóricamente que las úlceras tropicales de las piernas se curan con la gangliectomía del simpático lumbar, pero sí queremos hacer recalcar que esta operación puede ayudar grandemente a las cicatrizaciones de las mismas; sabemos que en la actualidad el término de curación en medicina tiende a desaparecer por el término rehabilitado, y esto es precisamente lo que estamos haciendo con estos pacientes que se hospitalizan por largo tiempo, seguro es que cuando nuestro país entre de lleno en la evolución social necesaria en esta segunda mitad del siglo XX, será cuando estos pacientes ocuparán empleos propios para su enfermedad; desgraciadamente las úlceras tropicales las padecen las gentes miserables o de escasos recursos económicos, y después de salir del hospital tienen que ocuparse en trabajos nada recomendables para ellos, lugares antihigiénicos, sufriendo traumatismos frecuentes que ocasionan la recidiva de la enfermedad.

Si la gangliectomía es la operación vasodilatadora por excelencia y la mayoría de las úlceras tienen un déficit de irrigación sanguínea, fácil es comprender que la operación beneficia en mucho la cicatrización, no es pues un tratamiento prácticamente etiológico. Si nuestros casos no son respuestas decisivas, por lo menos hemos visto que su evolución se acorta enormemente y que la granulación y cicatrización consecutiva se nota con mayor vitalidad. En 3 casos que padecieron de úlceras bilaterales, hicimos la simpantectomía en un sólo lado y dejamos el otro como contralor, en los 3 casos, el lado en que se verificó la operación, la cicatrización fue francamente más rápida que en la del contralor.

La Cirugía sobre el simpático lumbar fue reservada durante mucho tiempo a gente especializada; en la actualidad es una operación corriente, su Anatomía y sus vías de acceso son bien conocidas; conveniente es que todo Cirujano General se entere de este

procedimiento quirúrgico, para que no se siga menospreciando el estado actual de la Medicina y la Cirugía Hondureña.

ANATOMÍA QÜIBUBGICA.—Permitaseme hacer un ligero recuerdo de la Anatomía Quirúrgica del simpático lumbar; es un cordón nervioso que pasa del tórax al abdomen atravesando el pilar correspondiente del diafragma en donde generalmente se encuentra localizado el primer ganglio lumbar, mide de 10 a 12 centímetros de longitud, por dos o tres milímetros de grueso; después de su primer ganglio en la región antes mencionada, se encuentran 3 dilataciones más, algunas veces sólo 2 y otras veces 4, que son los subsiguientes ganglios lumbares, tienen un color blanco azulado y sólo se necesita verlos una vez para poderlos diferenciar de cualquier otro elemento. De los ganglios parten fibras que constituyen los rami-comunicantes blancos unos, grises otros, todos ellos deben ser seccionados en la intervención. Los cordones simpáticos están colocados en la cara antero lateral de la columna vertebral en inmediato contacto y en el ángulo diedro que forma esta con las inserciones del músculo psoas, están cubiertos, el derecho por la vena cava inferior y el izquierdo por la aorta abdominal. Es importante recordar que ambos cordones están fijados a la columna vertebral por una lámina fibrosa, la cual es necesaria incidir para, liberarlos, generalmente el simpático está cruzado por delante por las venas lumbares que emergen a nivel de cada vértebra y que muchas veces hay que seccionarlas para extraer el cordón simpático, excepto que sean muy voluminosas, hay que evitar herirlas.

Los elementos con que se puede confundir el simpático son: 1°—Con los cordones linfáticos que nosotros hemos encontrado frecuentemente infartados, debido a que el mayor número de nuestras operaciones han sido verificadas en úlceras de las piernas, puede confundir a quien no esté prevenido, sin embargo su tamaño, color, forma y consistencia son características suficientes para diferenciarlos. 2°—Un poco por fuera de las inserciones del psoas mayor se encuentran dos nervios que pueden confundir al Cirujano, el génito crural y el femoro cutáneo, su forma, movilidad, situación y falta de filetes comunicantes, son lo suficiente para no confundirlos con el cordón simpático.

VÍAS DE ACCESOS QUIRÚRGICOS PARA EL SIMPÁTICO. —

La primera vía empleada fue la transperitoneal, la cual ha sido descartada porque el post-operatorio es positivamente mucho más benigno por la vía extraperitoneal y porque la resección no alcanza la suficiente extensión como es necesario. Se ha comprobado ulteriormente que la vía extraperitoneal es mucho mejor por las siguientes razones: a)—No hay manipulaciones viscerales, b)—Es más fácil su acceso, c)—Se extirpa mayor cantidad, d)—Se toma menor tiempo en la intervención, e)—Reduce el mínimun las molestias post-operatorias. f)—No hay eviceraciones, en cuanto a esto último Julián (2), informa de dos eviceraciones de cada 6 operados de Simpalectomía bilateral transperitoneal.

Gran variedad de incisiones se han empleado, para llegar extraperitonealmente al simpático; recordamos la de Rees, por incisión infraumbilical extendida en forma de Y y a los lados del ombligo, la de Royle que es una incisión postero lateral, la de Pearl modificada, incisión que seguía la dirección de las fibras del obliquo externo, se extiende desde la doceava costilla hasta un punto equidistante de la espina ilíaca antero superior con la espina del pubis, pasando unos 4 centímetros por dentro de la espina ilíaca, la incisión sigue la dirección de las fibras del obliquo externo, separando seguidamente en sentido de sus fibras el interno y transverso, quedando así expuesto a la grasa retro-peritoneal, la cual reclinada hacia adentro expone el cordón simpático.

Previa la incisión de la membrana fibrosa paravertebral y la sección de algunas venas lumbares, las cuales no es necesario ligarlas porque se obtiene la hemostasia, haciendo compresión con esponjas empapadas en suero caliente, se reseca el cordón simpático en la extensión necesaria; esta técnica descrita someramente fue la que se empleó en los 8 primeros casos intervenidos.

En once de nuestros casos y en 2 operados por el Dr. César Augusto Zúniga, se empleó la técnica Madden la cual consiste en una incisión transversal a nivel del ombligo o un poco por encima, separación de las fibras del obliquo externo en su dirección con un corte de la vaina del recto, separando un tanto este músculo hacia adentro para tener mejor campo operatorio, separación en el sentido de sus fibras del obliquo interno y del transverso seguida por la reclinación del peritoneo a través de su grasa retro-peritoneal hasta la cara lateral de los cuerpos vertebrales en donde se encuentra el cordón simpático.

Los últimos 6 casos los hemos intervenido con la técnica «Standard» que describe O.C. Julián (2), la incisión es obliqua, y se extiende desde el vértice de la onceava costilla hasta el borde del músculo recto uno o dos pulgadas bajo del ombligo, los músculos se cortan en dirección de sus fibras y se separa el peritoneo principiando por la parte posterior de la incisión con el cual se evita el incidente frecuente de romperlo, incidente que lo provocamos con las otras técnicas, el campo operatorio es suficientemente grande para reseca, el 2°, 3° y 4° ganglios y si es necesario el primero, disecándolo del pilar diafragmático correspondiente.

En el mayor número de pacientes quitamos tres ganglios y en el menor número 4, excepcionalmente por dificultades técnicas, hemos reseca solamente 2, a pesar de ello los resultados han sido satisfactorios. (Figs 1 y 2).

Después de analizar las técnicas descritas, nuestra opinión se inclina a favor de la última, creemos que reúne condiciones anatómicas, exposición y amplitud.

ACCIDENTES.—Las relaciones inmediatas del simpático con el uréter y los vasos de la región, son las formaciones anatómicas posibles de lesionar, en nuestra pequeña experiencia no hemos te-

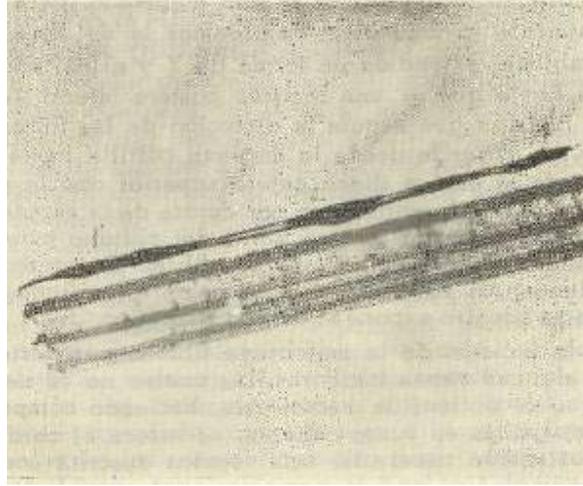


Fig.

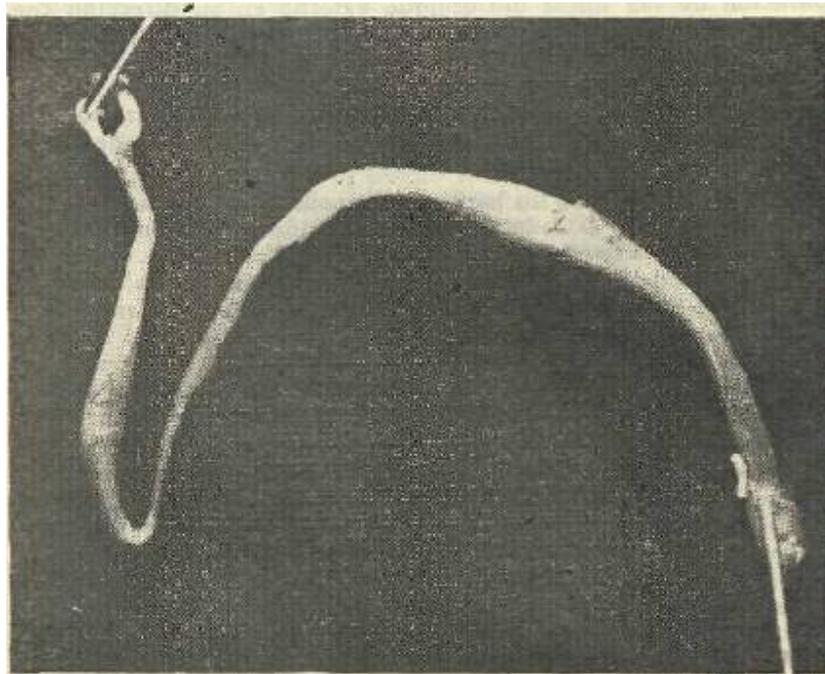


Fig. Nº 2

nido que lamentar esos accidentes, y francamente es difícil tenerlos, empleando una técnica más o menos depurada; el incidente más frecuente es la rotura de las venas lumbares, que algunas veces son de regular tamaño, las cuales, tratadas en la forma que he dicho anteriormente, dan un campo operatorio completamente seco.

ANESTESIA E INSTRUMENTAL.—Hemos verificado nuestras operaciones con Anestesia raquídea o general (Pentothal, éter, oxígeno, curare), es fútil mencionarlo en este informe las indicaciones para usar una u otra anestesia. El instrumental es el «Standard», para cualquier Laparatomía, nosotros empleamos los separadores de Deaver o de Jackson, 2 o 3 ganchos con mango suficientemente largo, tijeras y pinza de disección largas. Las técnicas descritas en los libros explican bien su uso. La posición del enfermo es en decúbito dorsal inclinando la mesa 10 o 20 grados sobre el lado contrario al de la intervención.

POST-OPERATORIO.—Debido al uso de la vía extraperitoneal y de los actuales medios terapéuticos de que disponemos, el post-operatorio se desarrolla sin ninguna complicación; a esto se agrega que la duración de la simpatectomía es de 30 a 45 minutos; los signos post-resección simpática han sido observados en todos los casos aun en los que hemos extraído el mínimum, la oscilometría ha aumentado en forma ostensible, la mortalidad es nula o muy baja en casos seleccionados, nosotros lamentamos una muerte que no la consideramos debido a la intervención, puesto que a la enferma no se le reconoció una carcinomatosis melánica generalizada.

FRACASOS DE LA OPERACIÓN.—El conocimiento de la Anatomía, una buena técnica quirúrgica y vías de acceso seleccionadas son indispensables para el éxito operatorio; los fracasos son debidos a la falta de extirpación completa de la cadena simpática o a los casos en que la operación no pasa de ser más que una tentativa, me parece que debido a lo poco que se hace esta intervención en nuestro medio, no tenemos ninguna experiencia sobre reoperaciones. Michans (5), presenta un informe de 13 casos de reoperaciones, 6 en que la excresis fue incompleta y 7 en que el cordón simpático estaba intacto. Nosotros enviamos en nuestros primeros casos la pieza extraída al Servicio de Anatomía Patológica y siempre se nos reportó cadena simpática, me parece ésta una buena idea para que la tomen en cuenta todos los Cirujanos que principian a hacer esta clase de intervenciones. George De Lilly, dice que las simpatectomías inadecuadas desacreditan la operación y que en varias ocasiones la pretendida cadena simpática es informada por el Servicio de Patología como cadena linfática, aponeurosis, tejido graso y conjuntivo, nervio genito crural.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se informan 27 casos de Simpatectomías Lumbares, 25 de ellas verificadas por el autor; 3 tipos de enfermedades han sido tratadas por este medio quirúrgico: 18 ganglectomías en úlceras tropicales de las piernas, de los cuales 6 fueron bilaterales en un mismo tiempo

operatorio; 6 pacientes de endoarteritis obliterante, en 2 de los cuales se verificó la intervención en ambos lados Y 3 casos de tromboangeítis obliterante; la edad de los pacientes varió de 20 a 76 años, 21 pertenecieron al sexo masculino y 6 al femenino; en 2 de los casos de enfermedad de Buerger obtuvimos resultados excelentes, en el otro la intervención llegó tarde, pero el resultado debe tabularse como bueno, ratificando así lo universalmente aceptado de que la ganglectomía lumbar es la indicación precisa en la tromboangeítis. En los casos de endoarteritis los resultados pueden ser clasificados como buenos, los enfermos mejoraron notoriamente; no se obtuvieron grandes progresos en los 2 casos de gangrena y trastornos tróficos, porque siempre hubo que llegar a la amputación. Recomendados en los casos de úlcera tropical de las piernas bien seleccionados la ganglectomía coadyubando a los diferentes tratamientos generalmente conocidos; se comprobó que la cicatrización fue más rápida comparada con los controles. La operación es de técnica sencilla, la vía de acceso que consideramos mejor es la extraperitoneal con la incisión «Standard» que describe Julián. O.C. —Resecamos generalmente 3 ganglios excepcionalmente, 4 ó 2—. La mortalidad en nuestra serie la consideramos nula, puesto que la muerte que tuvimos fue debido a una enfermedad generalizada del paciente, y finalmente debemos repetir que la ganglectomía lumbar es el procedimiento ideal para aumentar el calor de los miembros afectados, suprimiendo el dolor y mejorando las lesiones tróficas.

REFERENCIAS

1. GARCÍA FRUGONI A. F., Suárez I. D. & POSE, I.: Anatomía Quirúrgica del Simpático Lumbar.—El Día Médico, Año XXI, N° 42: 1594-1598, 1949.
2. JULIÁN O. C.: Surgery of the Sympathetic Nervoussystem. Surg. Clin. North América (Toronto-Nation Wide Number): 1173-1188, August. Issue, 1954.
3. MASSE C. A. & NAVARRETE E. E.: La Semiología elemental de la Tromboangeítis Obliterante desde el punto de vista de la indicación quirúrgica.—El Día Médico, Año XXI, N° 42: 1586-1588, 1949.
4. MICHANS, J. R.: La Operación de Julio Diez.—El Día Médico, Año XXI, N° 42: 1581-1584, 1949.
5. MICHANS I. R.: Las reintervenciones por Fracaso Técnico en la Ganglectomía Lumbar.—El Día Médico, Año XXI, N° 42: 1614-1617, 1949.
6. NOCITO C, Calcagno I. R. & Ferrando H.: Estadística y Resultados de la Ganglectomía Lumbar.—El Día Médico, Año XXI, N° 42: 1610-1614, 1949.
7. NOCITO F. J., RUIZ M. V. & ABEATE C. F.: Indicación de la Ganglectomía Lumbar en las Afecciones Trópicas Y gangrenosas de las extremidades.—El Día Médico, Año XXI, N° 42: 1588-1594, 1949.

-
8. SAMBIDET A. A., COTTINI F. G., CALISTO J. I. & CUPAT R. J.: Estudio crítico de las vías de Acceso al Simpático Lumbar.— El Día Médico, Año XXI, W 42: 1598-1602, 1949.
 9. TESTUT L. Anatomía Humana, 7ª Ed. Tomo III, 235 pp. Salvat Editores, S. A. España.
 10. THOREK MAX: 1953. — Técnica Quirúrgica Moderna, 2ª Ed. Tomo 2", 846 pp. Salvat Editores S. A. España.
 11. VORIS H. C: Sympathectomy in peripheral vascular Disease and Hypertension. Surg. Clin North América (Chicago Number): 139-151. February, 1947.