

SINDROME VASOMOTOR PERMANENTE POR DESEQUILIBRIO TÉRMICO BRUSCO (*)

WALDYR DA SILVA PRADO

(Cirujano efectivo. Jefe de equipo)

Santa Casa de São Paulo, 4.^a Enfermaria Cirurgia de Homens, Serviço do Dr. João Montenegro, São Paulo (Brasil).

Las perturbaciones vasomotoras de las extremidades, frecuentes en los países sujetos a grandes variaciones climáticas, con estaciones de invierno riguroso, son poco observadas entre nosotros. Cuando se describen se trata en general de perturbaciones de carácter no permanente, en su mayoría expresión de una variabilidad de los procesos de la vasomotricidad. No conocemos en nuestra literatura relato de casos en que estas perturbaciones hayan tenido carácter de permanencia, sin regresiones por mínimas que fueren, obligando al paciente a procurarse un tratamiento para tales alteraciones. De ahí el interés que juzgamos en presentar el caso que sigue.

Paciente F. K., 48 años de edad, color blanco, alemán, viudo, ejerciendo la profesión de mecánico y residente en el Estado de Goias.

El paciente nos fue enviado por el Servicio de Neuro-Cirugía de la Santa Casa (Servicio del Prof. Carlos Gama), quejándose de frialdad de la mano derecha desde hace cinco meses. Fecha de internamiento: 20 - X - 1949. Observación número 3.267.

En la historia de su dolencia, relata el paciente que hasta hace cinco meses se encontraba perfectamente normal, sin notar nada. En esa ocasión, estando trabajando en la fundición de un bloque de metal, hecho al cual ya estaba acostumbrado en su profesión, notó que sus manos se estaban calentando en virtud de la proximidad del bloque incandescente. El paciente informa circunstancialmente que ya estaba habituado al calor de la fundición, trabajo que era parte de sus ocupaciones habituales, pero que en ese día, tal vez por inadvertencia, dejó que sus manos se calentaran por encima de lo que estaba acostumbrado. Como era su costumbre,

(*) Traducido del original en portugués por la Redacción.

enfrió las manos sumergiéndolas en gasolina, con lo que volvieron a la normalidad y continuó con sus quehaceres habituales. Pasó perfectamente bien dicho día y los dos días siguientes, no presentando nada de anormal que le llamase la atención. A partir del tercer día notó que su mano derecha se tornaba más fría que la izquierda, sensación que se localizaba a partir de la mitad de la misma, siendo el resto del miembro absolutamente normal. La sensación de frío era constante, acompañada de hormigueo, pero sin limitación de los movimientos, siendo más clara a nivel del índice.

Acudió a un médico de su ciudad y éste le practicó una serie de inyecciones, cuyo nombre no recuerda, con las cuales obtiene una mejoría relativa en su estado, aunque una vez terminado el tratamiento reaparecerán los síntomas.

Persistió en este estado. La sintomatología se volvió más intensa, principalmente en cuanto respecta al dedo índice. Éste se tornó doloroso a la movilización, quedando limitada, si bien el resto del miembro conserva su motilidad normal. El paciente toma la costumbre de llevar el dedo recubierto con un dedil de cuero. Tal dedo era en extremo sensible al menor traumatismo. En ciertas ocasiones todos los dedos de la mano derecha adquirirían una coloración rosada y en tales ocasiones se tornaban muy dolorosos. No informa sobre la influencia de los cambios de temperatura en relación a su sintomatología, toda vez que habita una región donde por regla general el clima es muy cálido. No encontrando mejoría en su estado acude a este Hospital.

El interrogatorio del paciente no revela nada de interés. Acusa nerviosismo a partir del inicio de su molestia.

Los antecedentes personales y hereditarios no acusan nada importante. No sabe de la existencia de molestia idéntica en otras personas de su familia.

Exploración física.— Paciente de tipo mediolíneo, dolicocefalo, sin presentar edema ni circulación colateral. Mucosas visibles normalmente coloreadas. Piel caliente, húmeda, presentando alteraciones de la coloración apenas a nivel de la mano derecha, como se describirá en una exploración especial. Panículo adiposo regularmente desarrollado. Musculatura bien desarrollada, perteneciendo al tipo atlético. Ausencia de esternalgia o tibialgia. Nada de especial en el sistema ganglionar subcutáneo. Marcha y actitudes normales. Decúbito indiferente. Psiquis normal, respondiendo bien a las preguntas que se le dirigen.

Exploración física especial.— El examen sistematizado del paciente no reveló nada de anormal. Presión arterial 130/80. Ruidos cardíacos normales en los varios focos examinados, con ausencia de soplos u otros ruidos anormales. Pulsos radiales firmes, sincronos, regulares en amplitud, duración y frecuencia, latiendo setenta veces por minuto.

Miembros. — Sin tener en consideración las alteraciones halladas en el miembro superior derecho, no encontramos nada anormal en los demás.

Examen local: Las alteraciones halladas corresponden exclusivamente al extremo del miembro superior derecho a partir de la mitad de la mano. Estas alteraciones se refieren a modificaciones en la coloración y en la temperatura sin observar modificaciones tróficas. En lo que concierne a la coloración, se aprecia que la mano, a partir aproximadamente de su mitad en sentido distal, se presenta más clara que la izquierda, y en cuanto se refiere a los dedos, en especial el índice, lo podemos considerar con aspecto típico de isquemia. Esta palidez no está influenciada por la posición del miembro o por su movilización. A la palpación se comprueba que todo el segmento pálido está mucho más frío que el correspondiente de la mano izquierda.

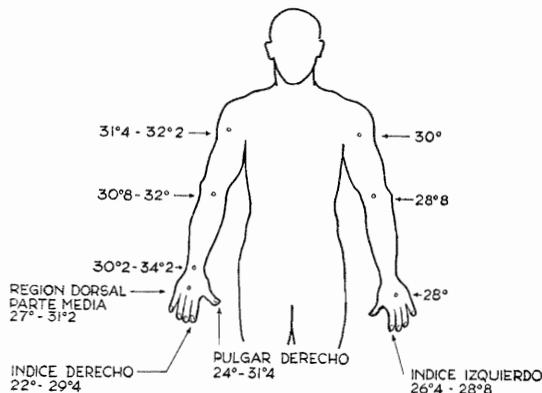


Fig. 1. — Cuadro de termometría cutánea, mostrando los valores antes y después del bloqueo novocáinico del ganglio estrellado. Obsérvese la gran elevación de temperatura (7°) obtenida precisamente en las regiones anteriormente isquémicas. Obsérvese también el efecto contralateral del bloqueo simpático, con elevación de la temperatura en la extremidad opuesta.

Oscilometría. — Reveló una disminución en la amplitud de las oscilaciones a medida que se aproximaba a la extremidad del miembro superior derecho. En el antebrazo derecho, tercio inferior, las oscilaciones eran mínimas no alcanzando más que 1,5 de intensidad. El miembro superior izquierdo no reveló alteración oscilométrica alguna. Conclusión: Disminución del índice oscilométrico en el extremo del miembro superior derecho. Ausencia de alteraciones en el izquierdo.

Termometría cutánea. — Practicada con termómetro de contacto, mostró — conforme el esquema anexo (fig. 1) — claras alteraciones en el

miembro superior derecho. Así es que, hasta la parte media de la mano, había una ligera diferencia de temperatura, en más, en relación con el miembro superior izquierdo. A partir de este punto, la temperatura descendía no obstante bruscamente, encontrándose su mínimo valor a nivel del índice derecho, que presentábase 4° más frío que su homónimo izquierdo.

Se practicó una infiltración del ganglio estrellado derecho con novocaína 1 %. Después de la anestesia del estrellado hubo una hiperemia de todo el miembro y consiguiente aumento de temperatura. Conforme vemos en el esquema termométrico se observó una elevación de 7° de temperatura en el índice derecho, que pasó a ser de 29°4. Es curioso comprobar que la anestesia del estrellado derecho determinó una hiperemia simultánea del miembro superior izquierdo, pues nueva determinación de la temperatura cutánea mostró un aumento de 2° de temperatura en el índice izquierdo.

Conclusión: Síndrome isquémico vasomotor en la extremidad del miembro superior derecho, corregible por el bloqueo simpático.

Exámenes de laboratorio. — Normales.

Los datos obtenidos de la exploración del paciente, principalmente por la termometría antes y después del bloqueo del simpático, nos llevaron a proponer una corrección quirúrgica del síndrome. Obtamos por la estelectomía, por tratarse de intervención de pequeño riesgo y capaz de aliviar al paciente, conforme se había comprobado por la anestesia del estrellado.

Ficha quirúrgica. — Operador, doctor WALDYR DA SILVA PRADO. Anestesia, ciclopropano-éter, circuito cerrado con intubación traqueal. Anestesiista, doctor FLEURY. Anestesia sin accidentes.

Protocolo operatorio: Vía de Leriche-Fontaine. Incisión vertical, midiendo cerca de 6 cm. de longitud, partiendo del borde superior de la clavícula y situada entre las inserciones esternal y clavicular del esternocleidomastoideo, comprendiendo piel y músculo cutáneo. Divulsión de las fibras del esternocleidomastoideo. Abertura en sentido vertical de la aponeurosis cervical media, previa ligadura y sección del omohioideo en su porción tendinosa. Búsqueda y disección cuidadosa del tronco tireobiacervicofacial desde su emergencia de la arteria subclavia. Hallándose el paquete carotídeo apartado hacia la porción media de la incisión y la arteria tiroidea apartada hacia afuera, se procedió a la disección roma de la arteria vertebral entre la grasa prevertebral. Esta maniobra se consiguió con alguna dificultad técnica en virtud de la profundidad del campo operatorio. Se procedió a la extirpación del ganglio estrellado en su porción retroarterial. Para alcanzarlo fue necesario seccionar un ramo simpático

prearterial. En las maniobras de disección se abrió la cúpula pleural cerca de 2 cm. La abertura pleural fue suturada con «catgut» simple número 0. Para facilitar la sutura pleural, el tronco tireobicervicofacial y la arteria vertebral fueron ligadas junto a sus emergencias de la subclavia y seccionadas. Se consiguió de esta manera un campo razonable para la sutura de la brecha pleural. Después de la sutura de pleura el pulmón fue reexpandido por el anestesista. Cierre por planos, habiéndose dejado un pequeño drenaje en la profundidad de la herida operatoria, a fin de evitar un enfisema de la nuca. Seda y agrafes en la piel.

Evolución (21-X-49). — Operado. Sale de la mesa en buen estado. T. A., 110/80. Se puncionó la pleura en el segundo espacio intercostal derecho, línea mamilar, y se ligó la aguja a aspiración continua. Oxígeno por catéter nasal.

Por la tarde: El enfermo se halla muy bien. Presenta síndrome de Claude-Bernard-Horner típico derecho. Miembro superior derecho más frío que el izquierdo, mostrando la reacción primaria de sección del simpático. No tiene disnea. Pulso, 66: firme. T. A. 130/90. Se retira la oxigenación.

22 - X - 49. — Está bien. La radiografía del tórax reveló la reabsorción completa del neumotórax. Retirada de la aguja de aspiración pleural y del drenaje de la herida operatoria. Miembro superior derecho muy caliente, demostrando gran hiperemia hasta su extremo.

El paciente sigue una evolución normal, siendo dado de alta, el séptimo día postoperatorio. En el momento del alta persistía el síndrome de Claude-Bernard-Horner y el miembro superior derecho se presentaba bastante caliente, habiendo desaparecido la sintomatología anteriormente presentada por el paciente.

El paciente fue visto en «follow-up» tres meses después de la intervención. Hallábase en condiciones normales, sin quejarse de nada. Habían desaparecido por completo las sensaciones anormales que antes presentaba en los dedos de la mano derecha. Después de este examen el paciente no dió más noticias ni respondió a las cartas que le fueron remitidas. El «follow-up» fue cerrado.

COMENTARIO

El síndrome vasomotor presentado puede ser encuadrado, a nuestra manera de ver, como debido a una agresión a la vasomotricidad por un desequilibrio térmico violento. Tenemos, en efecto, dos fases del agente causal. La primera de hiperemia intensa por el calor excesivo, a la que siguió, bruscamente, la fase isquémica por enfriamiento. Es curioso notar que la perturbación vasomotora no se instaló inmediatamente a la causa, transcurriendo cerca de dos días antes de establecerse, y entonces de modo

definitivo. Se trata de una de las fases mal conocidas de la patología del simpático a las reacciones externas y para las cuales apenas tenemos hipótesis.

La reacción al agente agresor fue idéntica a las observadas en las contusiones arteriales de los traumatismos. La perturbación de la vasomotricidad se instaló de manera característica y las exploraciones demostraron que se trataba de un proceso puramente funcional y que reaccionaba, con vuelta a la normalidad, con la anestesia del simpático.

Desde el punto de vista del tratamiento, queremos creer que la simpatectomía periarterial sería suficiente para resolver la situación, toda vez que en los casos de contusión arterial y consecuente espasmo definitivo de un segmento arterial, en la mayoría de las veces la arteriectomía segmentaria es suficiente para corregir la alteración. Propusimos una intervención de mayor amplitud en vista de que el paciente residía en una zona bastante apartada de nuestro medio, lo que hacía difícil su regreso para una segunda intervención, caso de que la primera se revelase insuficiente.

A pesar de no haber encontrado en la literatura caso semejante al que describimos, suponemos que existe con mayor frecuencia. En la observación que presentamos llama la atención la intensidad y la permanencia de los síntomas.

RESUMEN

Se presenta una observación de síndrome vasomotor isquémico, de naturaleza permanente, en el extremo distal del miembro superior derecho cuya causa fué un desequilibrio térmico brusco (calor-frío). El síndrome surgió dos días después de la acción del agente causal y permaneció malterado exigiendo corrección quirúrgica. Ésta se llevó a cabo por la extirpación del ganglio estrellado derecho, una vez que las exploraciones preoperatorias demostraron que la anestesia del referido ganglio hacía desaparecer la sintomatología. La intervención quirúrgica corrigió los síntomas, habiendo sido visto de nuevo el paciente a los tres meses de la intervención, permaneciendo las condiciones de curación.

SUMMARY

A report is given of a case of permanent ischemic vasomotor syndrome after thermic injury, that was treated with resection of the stellatum. During a period of observation of three months the result of the operation remained excellent.