

UN CASO DE CAUSALGIA POR TRAUMATISMO CERRADO

EMILIO ANDUIZA
Bilbao (España)

En la práctica de la cirugía de guerra es frecuente la observación de un cuadro doloroso permanente en la porción distal de una extremidad que ha sufrido previamente una herida que interesa un nervio periférico; dando un mayor porcentaje las del nervio mediano, para el miembro superior, y las del ciático, para el inferior.

MITCHEL, MOREHOUSE y KEEN describieron, en 1864, el síndrome causálgico como «la hiperestesia de la mano o del pie después de una herida en el territorio de un nervio periférico», y lo consideraron de origen neurítico.

Más tarde, LERICHE y FONTAINE describieron la participación que tiene el sistema vascular —en relación con su inervación simpática— como factor etiopatogénico del proceso, admitiendo la existencia de causalgias por vasoconstricción y causalgias por vasodilatación. Aunque la fisiopatología de éstas no está del todo esclarecida, hemos de admitir cuadros causálgicos en los que la exploración vascular puede evidenciar por medio de la oscilometría el dato objetivo de más valor diagnóstico, pronóstico y terapéutico: el vasospasmo. Y que el síntoma subjetivo dominante, el dolor, viene dado por la relación del sistema simpático y espasmo vascular. Se desconoce si el simpático actuaría transmitiendo el dolor y provocando vasospasmo reflejo o, por contra, es éste el causante del anterior por asfixia de terminaciones nerviosas en la región afecta.

Admitiendo un factor predisponente, como noxa desencadenante existe siempre un traumatismo cuya intensidad puede no guardar relación con la intensidad del cuadro a que da lugar. En la mayor parte de los casos el traumatismo ha sido abierto, siendo más raras las causalgias por traumatismo cerrado.

Esta rareza nos induce a exponer el presente síndrome, como recordatorio para evitar errores de diagnóstico —la sintomatología es predominantemente subjetiva— que nos llevarían por caminos equivocados, requiriendo por ejemplo un psiquiatra. O, lo que es más lamentable, dar lugar a lo ocurrido con un caso citado por GERVAIS (*): Mujer de 39 años, quien durante cinco se vió afligida por grave sufrimiento doloroso en el pie, invalidándola para el trabajo. Sometida a varias operaciones: artrodesis sub-

* GERVAIS, M. — *Traitemenit actuel des états causalgiques*. «L'Union Médicale du Canada», 78:952:1949.

astragalina, artrodesis tibiotarsiana; se le propuso la amputación del pie, le fueron aplicadas varias sesiones de radioterapia, bloques del simpático lumbar (mejorando), simpatectomía perifemoral (con mejoría temporal) y por fin simpatectomía lumbar, que le permitió reincorporarse al trabajo.

Vamos a exponer un caso personal.

CASO CLÍNICO. — Enferma de 61 años. El 6-I-58 esguince tobillo izquierdo. Acude a nuestra consulta a los ocho meses del accidente. Como antecedente existe, según el hijo de la paciente, gran afectividad.

Manifiesta que el accidente ocurrió en pleno estado de salud, «torcedura del tobillo izquierdo por mal paso», sintiendo gran dolor que le imposibilitó seguir caminando. Trasladada a su domicilio: reposo 48 horas. Las molestias le obligan a la consulta médica, donde previa exploración radiográfica fue diagnosticada de esguince del tobillo izquierdo. Escayolado de la extremidad. Los dolores

fueron progresando durante los primeros quince días, adquiriendo carácter distinto al primer día: ahora sensación de quemazón. El escayolado no se retiró hasta los dos meses.

Continuó presa por los dolores, que la paciente expresaba así: aun en la cama el roce de las sábanas me molesta como si tuviera el pie «en carne viva». No consiguió apoyar el pie en el suelo durante los ocho meses de la enfermedad, pues le daba la sensación de «apoyarlo sobre la chapa caliente de un fogón». Cuando aumentaba la temperatura ambiente, se aliviaba mojando las sábanas próximas al pie con agua de una jarrita que preparaba exprofeso para la noche. Se desplazaba por su domicilio con la rodilla en flexión y el pie en semiextensión, ayudada por muletas; y cuando permanecía en ortoposición apoyaba la rodilla del miembro enfermo sobre un taburete, pendiente siempre de que su pie no fuera rozado. En ocasiones presentaba molestos hormigueos en dicha extremidad, y cualquier estímulo táctil era capaz de provocar crisis de dolor. Sus sensaciones térmicas variaban con las del ambiente.

Exploración: Edema moderado del pie izquierdo, en bota. La piel es de color rojo oscuro, húmeda y brillan-

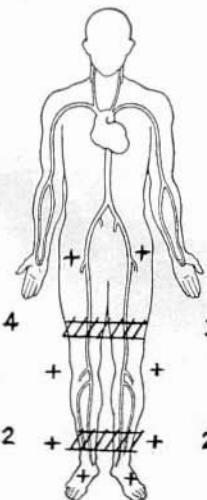


Fig. 2. — Exploración de la oscilometría y pulsatilidad después de las infiltraciones del simpático lumbar. El índice oscilométrico casi se ha igualado en los dos lados.

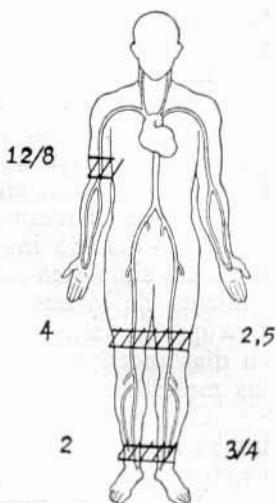


Fig. 1. — Obsérvese la disminución de la oscilometría en la extremidad enferma, en especial en la zona supramaleolar. La exploración del pulso se halla dificultada por el dolor y el edema.

te; temperatura local ligeramente disminuida en relación con el pie sano.

La movilidad pasiva del pie es bien tolerada. No se aprecian retracciones capsulares. Los movimientos activos quedan limitados por el dolor.

La *radiografía* no muestra lesiones óseas traumáticas.

La oscilometría está notablemente disminuida en la extremidad enferma, en especial en la zona supramaleolar (fig. 1). La exploración de la pulsatilidad se halla dificultada por el dolor y el edema.

El 6-VIII-58 ingresa en clínica para *tratamiento*, practicándosele anestesia del simpático lumbar izquierdo. A las seis horas se aprecia un notable aumento de la temperatura en el pie, acompañado de gran mejoría subjetiva que le permite apoyarlo y dar algún paso. Se repiten las infiltraciones en días sucesivos, pudiendo a los dos días caminar y habiendo desaparecido las molestias; la oscilometría se ha igualado en los dos lados (fig. 2).

Con el fin de asegurar el resultado se le propone una simpatectomía lumbar, que la enferma no acepta por considerarse satisfecha del cambio experimentado y en espera de si éste retrocedía.

A los cinco meses persiste el buen estado del pie.

RESUMEN

Se presenta un caso de causalgia por traumatismo cerrado, curado por infiltraciones repetidas del simpático.

SUMMARY

A case of causalgia is presented, successfully treated blocking the sympathetic pathway.