

SIMPATECTOMIA LUMBAR BILATERAL POR VIA EXTRAPERITONEAL CON UNA SOLA INCISION*

H. W. PÄSSLER

*Instituto Angiológico de la Clínica Quirúrgica del Städtische
Krankenhaus de Leverkusen (Alemania)*

Los colegas de mayor edad de entre Vds. recordarán que en los primeros tiempos de la cirugía del simpático en los Estados Unidos e Inglaterra se prefirió la incisión dorsal para la resección retroperitoneal de la cadena simpática entre la doceava costilla y el ílion.

Desde LERICHE hasta nuestros días, los cirujanos del continente europeo acostumbran practicar una incisión lateral en el flanco, clásica vía para abordar toda clase de intervenciones sobre el riñón y el ureter.

Ambos métodos representan intervenciones relativamente grandes para el paciente. Por ello, algunos cirujanos dudaban en practicar dichas operaciones en ambos lados, en una sola sesión operatoria.

Dado que la tromboangéitis obliterante y la arteriosclerosis obliterante afectan muchas veces las arterias de ambas extremidades inferiores, se hace necesario en estos casos resecar de forma más o menos completa ambas cadenas simpáticas lumbares.

Desde un principio, y con mayor motivo ahora, los cirujanos han preferido en estos casos la laparotomía media, practicando la resección bilateral de la cadena por vía transperitoneal. Las desventajas de este método son evidentes: es una operación más seria y peligrosa para el enfermo, apareciendo algunas veces complicaciones postoperatorias del tipo de la paresia intestinal y posibles fallos de la sutura; más rara vez, eventración por debilidad de la pared del abdomen.

Por estos motivos, nosotros hemos restringido la vía transperitoneal, practicándola sólo cuando es absolutamente necesaria para otra clase de intervenciones, tales como operaciones reconstructivas en la aorta o en las grandes arterias de la pelvis. En estos casos también hemos vivido los peligros de la operación transperitoneal, por lo que últimamente nos inclinamos —incluso en muchas operaciones reparadoras— por la vía retroperitoneal.

* Traducido del alemán por el Dr. Juan Monclús. Comunicación presentada a las VIII Jornadas Angiológicas Españolas, Sevilla 1962.

Esta vía fue utilizada por vez primera por el cirujano alemán WILLY USADEL, en 1931, al efectuar una embolectomía de la bifurcación aórtica.

Durante la segunda guerra mundial, a fin de mejorar la vascularización de las piernas en el tratamiento de las secuelas tardías de los congelados, se practicó la simpatectomía lumbar bilateral en un mismo acto operatorio. En estos casos, teniendo en cuenta además el peligro de los trastornos de la potencia sexual del paciente, no era necesario resecar gran longitud de las cadenas simpáticas. Con resecar un ganglio era suficiente.

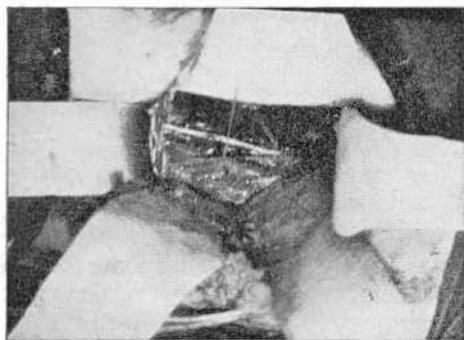


Fig. 1. — Disección del simpático lumbar derecho.

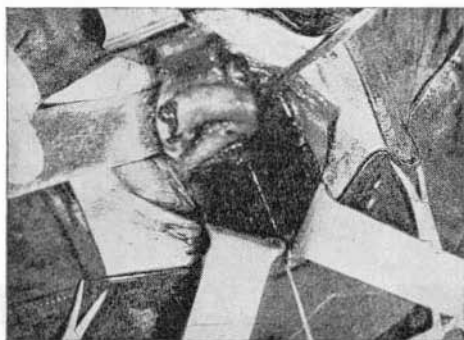


Fig. 2. — Disección del simpático lumbar izquierdo. Obsérvese la bifurcación aórtica.

Con tal motivo, hemos practicado, desde 1943, la vía retroperitoneal para abordar la cadena simpática, con una incisión alternante en ambos lados. Más tarde hemos aprendido también la resección de mayor longitud de cadena simpática lumbar (L_2 hasta L_4 ó L_5) convirtiéndose en una operación «standard» desde hace casi 20 años.

Algunos cirujanos, en enfermos con obliteraciones arteriales en la región pelviana o a nivel del muslo, defienden la teoría de resecar también el D_{12} y el L_1 con extirpación de la XIIª costilla si es necesario (WANKE). Ante nuestra experiencia personal y los éxitos alcanzados creemos que, a pesar de las buenas razones teóricas, en los casos de obliteraciones pélvicas o de la aorta la resección de L_2 hasta L_4 ó L_5 es asimismo suficiente.

Para la incisión alternante de la operación «standard» practicamos una incisión de 12 cm. de longitud, cuatro dedos por fuera del ombligo, a la derecha o a la izquierda, respetando la vaina del recto; dividimos el oblicuo mayor en la dirección de sus fibras y traccionamos ambas partes con los separadores de Roux, haciendo lo mismo con el oblicuo menor y el transversal. Seguidamente es rechazado el peritoneo hasta la

columna vertebral por medio de una torunda grande, pasando por encima del psoas; rechazándolo a continuación tanto como se pueda en sentido proximal y distal y manteniéndolo así por medio de largas valvas. Es enton-

ces muy fácil rodear la cadena simpática con un hilo y disecarla en ambas direcciones. Resección lo más amplia posible de la cadena, aplicando un «clip» en cada extremo para que nos sirva de control radiológico de la extensión de cadena extirpada.

En ocasión de intervenciones reconstructivas arteriales de la pelvis, de modo particular en casos de obliteraciones de las arterias ilíacas, hemos observado que también es posible alcanzar la cadena lumbar izquierda con una incisión alternante derecha.

En casos de operación para reseca ambas cadenas lumbares con una sola incisión en el lado derecho, rechazamos el peritoneo más allá de la aorta (fig. 1), respetando siempre proximalmente la arteria mesentérica inferior, hasta la palpación de la cadena izquierda, visualizándola a continuación y disecándola. Como en el lado derecho, la rodeamos (fig. 2) y resecamos en lo posible (fig. 3), colocando los «clips» de referencia. Después suturamos todos los planos y comprobamos el estado de las piernas por la posible aparición de una isquemia paradójica, complicación rara de la simpatectomía. El enfermo se levanta al día siguiente de la intervención.

La simpatectomía lumbar bilateral con una sola incisión (figura 4) no es recomendable en enfermos muy obesos o muy lábiles.

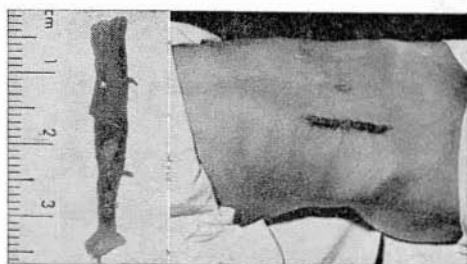
En estos casos continuamos practicando la simpatectomía lumbar por medio de dos incisiones alternantes. En enfermos en condiciones muy precarias sólo resecamos la cadena simpática del lado de la pierna más afectada.

La ventaja de la operación con una sola incisión no es, naturalmente, muy grande, ya que la simpatectomía lumbar con dos incisiones es también de convalecencia muy rápida, sólo que en la primera el dolor de la herida es menor y el enfermo estima que en la cama puede apoyarse y leer sin molestia alguna sobre el lado izquierdo, a lo que debe añadirse la menor posibilidad de infección.

Después que Vds. hayan practicado este método en enfermos delgados y con poco músculo, se darán cuenta de que es más fácil realizarla en casos más dificultosos.

Si se encuentran con algún inconveniente, es preferible cerrar una vez extirpada la cadena del lado derecho y practicar la misma incisión en el lado izquierdo. Yo no he tenido que hacerlo nunca, pues antes de la intervención he seleccionado minuciosamente mis enfermos.

Ningún cirujano, por prestigio o vanidad frente a sus colegas, debe empeñarse en practicar esta intervención cuando no es factible; ni prome-



Figs. 3 y 4

Fig. 3. — Cadena simpática izquierda.

Fig. 4. — Incisión para la simpatectomía lumbar bilateral del mismo paciente.

terá al enfermo, antes de la operación, si ésta la realizará con una o dos incisiones.

RESUMEN

El autor expone la técnica de la simpatectomía lumbar bilateral con una sola incisión en el lado derecho y siguiendo la vía retroperitoneal.

SUMMARY

A technique is recommended for bilateral lumbar sympathectomy via retroperitoneal by means of a single incision on the right side.