

LA SIMPATECTOMIA LUMBAR BILATERAL EN UN TIEMPO (*)

J. ARAGON, PH. BECADE, TH. HEULIN, D. LEFEBVRE, A. CHANTRELLE
y G. BASTIDE

Service de Chirurgie du Prof. Bastide. Hôpital Purpan
Toulouse (Francia)

Introducción

Introducida por **Jaboulay, Diez y Leriche**, la simpatectomía lumbar ha resumido el tratamiento quirúrgico de las obliteraciones arteriales crónicas, desde 1924 a 1952.

A pesar del impulso y progreso considerables de la cirugía restauradora, dicha intervención conserva todo su valor tanto si se practica aislada como asociada a la cirugía directa.

La arteriopatía obliterante crónica de los miembros inferiores es una afección que en la inmensa mayoría de casos comprende los dos lados, en particular si es de origen diabético. Es por ello que a menudo la indicación de la simpatectomía es bilateral; intervención que nosotros efectuamos casi siempre en el mismo tiempo operatorio, asociada o no a cirugía restauradora.

Cuidados preoperatorios. Anestesia y reanimación postoperatoria

Esta intervención se practica con la mayor frecuencia en sujetos de edad avanzada, afectos ya de arteriosclerosis, ya de diabetes, enfermedades generales que pueden afectar cualquier víscera. De ahí la importancia de resaltar una atención preoperatoria cuidadosa y una vigilancia per y postoperatoria.

I. Atención preoperatoria:

- Exploración cardiovascular completa, clínica y eléctrica.
- Estudio de la circulación cerebral por la clínica, el fondo de ojo y, si es necesario, electroencefalograma.
- Valoración de la función renal: Azotemia, azoturia. Sedimento urinario. Creatininemia. Urografía intravenosa.
- Valoración de la función respiratoria: Radiografía pulmonar. Exploración funcional respiratoria eventualmente.
- Valoración de la función hepática para investigar una posible insuficiencia que pudiera repercutir sobre la hemostasia.

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

- Hemograma, velocidad de sedimentación globular.
- Glucemia.
- Pruebas de hemostasia: Tasa de protrombina, tiempo de Cefalina-Kaolin, fibrinemia, número de plaquetas. Cualquier anomalía en alguno de estos factores nos debe llevar a practicar un examen completo de la crisis sanguínea al objeto de prevenir con un tratamiento adecuado las posibles complicaciones hemorrágicas.

II. Anestesia y reanimación postoperatoria:

a) **Anestesia:** Necesita curarización con el fin de conseguir una relajación muscular satisfactoria. Para ello y dado el terreno es preciso controlar la respiración por intubación y efectuar respiración artificial.

Segundo punto importante es la manutención de la estabilidad de los parámetros hemodinámicos. Cualquier caída, incluso relativa, del débito cardíaco puede tener graves consecuencias, tanto en el plano general como en el local, ya que es tras de estas caídas tensionales per o postoperatorias cuando estos enfermos ocluyen sus arterias ya enfermas, perdiendo de tal modo todo el beneficio que cabría esperar de la intervención. Se evitará por tanto el empleo de drogas de acción depresiva del sistema circulatorio y una narcosis profunda, por otra parte innecesaria.

b) **Reanimación postoperatoria:** Muy simple, se funda en la vigilancia horaria de los habituales parámetros, limitándose a cubrir las necesidades básicas de agua y electrolitos. Los diabéticos se tratan por Insulina ordinaria hasta reemprender el tránsito intestinal. Hay que señalar que el tránsito intestinal se reemprende al cabo del mismo tiempo (48 a 72 horas) tanto si la intervención es uni como bilateral.

La antibioterapia de cobertura no se utiliza salvo en los sujetos que presentan una gangrena infectada. Por el contrario, damos mucha importancia a la enfermera y a la quinesioterapia postoperatoria: Movilización de los miembros; envoltura de los talones en algodón esponjoso, a fin de prevenir las escaras en los sujetos que no pueden levantarse de inmediato; quinesioterapia respiratoria;levantamiento precoz.

Indicaciones y contraindicaciones

1.^o **Indicaciones.** Son función del estadio clínico de la enfermedad y de su etiología.

a) **En función del estadio clínico:** Corresponde al **estadio 2**, de claudicación intermitente, la indicación de elección. En tal estadio nos encontramos con dos tipos de enfermos:

- sujetos no activos, mayores de 65 años, con una claudicación moderadamente intensa: Simpatectomía lumbar bilateral en un solo tiempo.
- sujetos menores de 65 años, afectados en su vida profesional por una distancia de claudicación demasiado reducida: Cirugía directa, si es posible, siempre asociada a una simpatectomía.

En el **estadio 3** de dolor en decúbito la indicación es la cirugía restauradora. Pero, como en el caso precedente, le asociamos la simpatectomía lumbar en el mismo tiempo operatorio, la cual es a menudo bilateral.

En el **estadio 4** se practicará aisladamente o asociada a una intervención directa de salvamento.

b) **En función de la etiología:** contra el espasmo; favoreciendo el desarrollo de la circulación colateral; produciendo una vasodilatación de los tegumentos, en lo cual la simpatectomía lumbar encuentra su indicación en todo tipo de arteriopatía.

No obstante, es en la arteritis diabética, prácticamente siempre bilateral y distal y que por tanto impide en general la cirugía directa, donde la sola simpatectomía lumbar bilateral en un tiempo encuentra la indicación de elección.

2º **Contraindicaciones:** Son las que contraindican una intervención bajo anestesia general, tanto si es de forma temporal o definitiva.

a) **Contraindicaciones temporales:** Infarto de miocardio reciente; trastornos del ritmo o de la conducción cardíaca; insuficiencia cardíaca descompensada, y trastornos corregibles de la crisis sanguínea.

b) **Contraindicaciones definitivas:** Alteraciones importantes de la hemostasia; insuficiencia respiratoria mayor.

Técnica quirúrgica

La técnica quirúrgica de la simpatectomía lumbar bilateral en un tiempo no tiene nada de particular, salvo que representa sólo la sucesión inmediata de dos simpatectomías aisladas.

Para cada una de ellas empleamos la vía lateral externa. Carecemos de experiencia sobre la vía media extraperitoneal preconizada por **Kunlin**. Poco a poco hemos abandonado la vía lateral interna y de **Cid Dos Santos**, ya que si proporciona una vía excelente es, en cambio, algo más larga y sobre todo se corre un mayor riesgo de herir el peritoneo.

La resección nos lleva lo más frecuente sobre el segundo o tercer ganglio simpático lumbar en la medida en que se puede precisar esta topografía, ya que la variabilidad constitucional de la cadena es muy grande.

La intervención se concluye colocando en el lecho de la simpatectomía Spongial y Thrombase. En los casos en que el enfermo debe ser sometido a anticoagulantes, es decir cada vez que el acto que hemos descrito se asocia a una intervención de cirugía directa, se deja en el lugar en la fosa lumbar un drenaje de Redon.

El cierre de la pared se efectúa con catgut cromado n.º 2 con puntos sueltos. Siempre practicamos una sutura del tejido celular subcutáneo, adosándolo al plano del oblicuo mayor. Con ello no hemos tenido que deplorar en la serie estudiada hematoma subcutáneo alguno.

Análisis de los enfermos operados

Según el **estadio de la enfermedad** se hallaban en el estadio 2 un total de 35 enfermos, en el estadio 3 un total de 12 y en el estadio 4 un total de 3. En conjunto 50 enfermos.

De ellos, correspondían al **sexo** masculino 42 y al femenino 8.

La **edad** se establecía en su mayoría entre los 50 y 65 años, con 9 que superaban los 70 y de éstos 3 tenían más de 76 años. Tenían menos de 50 años un total de 6.

En cuanto a la **etología** se observaron 38 casos de tabaquismo, 18 de diabetes y 12 de hiperlipidemia.

Respecto a la **intervención practicada**: 37 sufrieron una simpatectomía lumbar bilateral en un solo tiempo y 13 además cirugía restauradora en el mismo tiempo operatorio.

Resultados

Complicaciones postoperatorias: a) Bajo el punto de vista quirúrgico hemos observado un caso de edema residual a nivel de la cicatriz, 2 casos de ligera hemorragia a nivel de la cicatriz que se resolvieron espontáneamente, un fallecimiento por infarto venoso del delgado, 3 reintervenciones precoces obligadas por una trombosis de la prótesis colocada. Hay que hacer notar que las complicaciones graves, como son la muerte y las tres reintervenciones, están ligadas a la restauración efectuada y no a la simpatectomía.

b) Bajo el punto de vista médico, hemos observado una insuficiencia renal aguda, una insuficiencia respiratoria aguda y un edema agudo de pulmón, complicaciones que evolucionaron hacia la curación completa.

Resultados a distancia: Entre los enfermos que hemos podido seguir, se ha observado el calentamiento de las extremidades prácticamente en todos los casos, la curación o al menos la mejoría de los trastornos tróficos que presentaban. En cambio, hemos observado escaso efecto sobre el dolor en decúbito.

CONCLUSIONES

La simpatectomía lumbar sigue siendo un método terapéutico esencial en el tratamiento de las arteriopatías de los miembros inferiores tanto si se efectúa de manera aislada o como complemento de la cirugía restauradora.

Es posible e incluso probable que no esté indicada en todos los casos, pero creemos que los medios de exploración complementarios que existen si bien proporcionan preciosas indicaciones sobre el perfil hemodinámico del lecho vascular no permiten discernir estos casos con la precisión suficiente.

Esta intervención está dirigida lo más a menudo a sujetos de edad avanzada «poliesclerosos», en los cuales siempre es preferible practicar sólo una anestesia con el fin de no hacerles sufrir más que un «shock» operatorio. La experiencia quirúrgica ha demostrado que los ancianos son capaces de soportar bien un acto importante, pero la repetición de estos actos operatorios, incluso menores, repercute con frecuencia de manera severa sobre su estado general.

En los más jóvenes este problema pasa a segundo plano. En ellos hay que buscar evitar los trastornos de la eyaculación que lleva consigo la resección bilateral del primer ganglio simpático lumbar. Así, al menos de un lado, hay que efectuar una simpatectomía lumbar baja.

Por último, otro elemento a considerar es la duración de la hospitalización. Cuando se han operado los dos lados por separado requiere al menos una semana entre ambas intervenciones. Por contra, en la simpatectomía bilateral en un tiempo la duración de la hospitalización se acorta, quedando alrededor de unos diez días.

La simpatectomía bilateral en un tiempo es tan bien soportada como la simpatectomía unilateral.

Aunque se indica en sujetos ancianos (algunos de nuestra serie sobrepasan los 75 años), su mortalidad es nula en nuestra experiencia y su morbilidad muy débil.

Bajo el punto de vista de la anestesia y de la reanimación, este tipo de intervención no crea problemas mayores que la unilateral y en cambio tiene el interés enorme de producir sólo un «shock» operatorio en los sujetos ancianos y fatigados.

Además, esta técnica presenta un incontestable interés desde el punto de vista agresivo psicológico que representa una intervención quirúrgica. Evidentemente es preferible proponer al enfermo operar en un mismo tiempo ambos lados que imponerle dos intervenciones sucesivas.

RESUMEN

A pesar del tiempo transcurrido y de los avances de la cirugía arterial, la simpatectomía lumbar conserva todo su valor en el tratamiento quirúrgico de las arteriopatías crónicas de los miembros inferiores. Se trata de una intervención simple, benigna, que se suele practicar en dos tiempos cuando está indicada en los dos lados. Los autores recomiendan practicarla, en estos casos, en un solo tiempo, un lado después de otro. Se ahorran así anestesias, tiempo y «shock» psicológicos.

SUMMARY

Lumbar sympathectomy maintains its value as a surgical treatment of chronic arteriopathies of the lower limbs, in spite of the advances in arterial surgery. It is simple, benign, and is usually practised in two times when it is indicated in two sides. In these cases, the authors recommended carrying it out in one time only: one side after the other.

BIBLIOGRAFIA

- Ducuing, Y.; Enjalbert, A.; y Gedeon, A.: La sympathetomie lombaire en un temps (Technique de Cid Dos Santos). «Lyon Chirurgical», 48:599, 1963.
Tung, D. F. y Bruder, J.: Sympathetomie lombaire bilatérale en un temps. «Strasbourg Méd.», 118: 552, 1958.
Szabo y colaboradores: Egglesben vegzett ketoldali lumbalis sympathetomia. «Magy-Sebeszet», 9:256, 1956.
Kunlin, J. y colaboradores: La sympathetomie lombaire bilatérale par voie médiane extra-péritonéale. «J. Chir.», 10:696, 1951.