

La neuralgia postsimpatectomía lumbar. Nuestra experiencia (*)

F. LONGONI y G. ROMAGNOLI, III Clinica Chirurgica (Prof. Walter Montorsi), C. ALBONICO, M. MONTORSI y F. MARASTONI, III Cattedra di Patologia Chirurgica (Prof. Carlo Ghiringhelli)

Università degli Studi di Milano (Italia)

Introducción

Entre las complicaciones que pueden suceder tras una simpatectomía lumbar, aparte de las propias de cualquier intervención y de la agravación de la isquemia, llaman la atención algunos fenómenos dolorosos que aparecen ocasionalmente, a distancia de tiempo y con distinta patogenia, ya en la herida operatoria, ya en el propio miembro interesado.

Los fenómenos neurálgicos por englobamiento en la cicatriz de algunas fibras nerviosas comportan siempre dolor a nivel de la herida.

La causalgia postsimpatectomía, probablemente en relación con un neuroma desarrollado sobre un nervio lumbar, puede acaecer incluso a distancia de meses de la intervención y se localiza a veces también en la zona operatoria.

Entre las complicaciones dolorosas postsimpatectomía que interesan el miembro operado una merece, a nuestro juicio, ser recordada: la neuralgia postsimpatectomía, que se manifiesta por lo común en la segunda semana postoperatoria y afecta, por tanto, al paciente que ya ha salido del hospital.

Definición y cuadro clínico

La neuralgia postsimpatectomía es un fenómeno doloroso, de aparición a menudo violenta y de imprevisto, que surge en general entre la segunda y tercera semana de la operación y que interesa el miembro inferior denervado, en especial a nivel del muslo y a veces también de la pierna, en su cara anterior y anterolateral, de la cadera y de la ingle, acompañado con frecuencia de parestesias o más aún de hipoestesias en la misma zona (8, 10).

En otros casos, por contra, se observan erupciones máculo-eritematosas o manchas cianóticas en las zonas interesadas por el dolor (7).

La frecuencia de tales manifestaciones, descritas ya por **Montorsi** y colaboradores (11) en 1957, es relativamente escasa, si bien las características reportadas por los distintos autores dan datos a veces discordantes entre ellos.

* Traducido del original en italiano por la Redacción.

El dolor, de tipo visceral, no rítmico, no irradiado, brutal, profundo, sordo, lancinante, suele aparecer por la tarde o la noche; los antiálgicos comunes a menudo lo hacen cesar, aunque a veces hay que recurrir a los morfínicos (14).

La resolución espontánea sucede tras un período de tres semanas a tres meses, incluso que a veces el paciente teme la agravación de su situación circulatoria (3, 7, 9, 12).

Desde el punto de vista patogénico se han avanzado muchas teorías. Algunos formulan la hipótesis de un estado irritativo a nivel de las raíces lumbares por tracción, o bien la hipótesis de un fenómeno de neuritis isquémica o irritativa por ílogosis retroperitoneal postintervención (7).

Otros autores defienden que tal neuralgia es debida a una vasodilatación anormal del territorio denervado, que ocasiona un dolor de tipo visceral, en relación con la precoz deambulación (15).

Otros, aún, la consideran un estado neurálgico correspondiente a los nervios fémoro-cutáneo, génito-crural y abdómino-genital; mientras otros la catalogan de un estado de hipersensibilidad al dolor del sistema simpático tras la denervación (7).

Las observaciones que **Tracy y Cockett** han efectuado basándose en las determinaciones de la resistencia eléctrica cutánea en pacientes normales, en pacientes sometidos a simpatectomía lumbar sin fenómeno doloroso alguno y en pacientes con neuralgia postsimpatectomía, demuestran que la denervación simpática hacía desaparecer prácticamente la actividad sudorípara a nivel del pie y de la pierna, pero permanecía a nivel del muslo sobre la cara anterolateral, en los afectos de neuralgia postsimpatectomía.

Tal actividad simpática residual estaría presente en especial en sujetos que acusan la neuralgia postsimpatectomía, con un nexo directo entre fenómeno doloroso e insuficiente denervación.

La justificación de una insuficiente denervación viene individualizada por la existencia de ganglios simpáticos accesorios, intermedios, situados en las raíces anteriores, haciendo de puente directo con la cadena lumbar verdadera y propia. La sinapsis neurona-preganglionar y neurona-postganglionar no se halla entonces a nivel de los ganglios simpáticos, sino que la neurona eferente que controla el tono simpático está en sinapsis con la neurona y ganglio accesorio (12, 16).

Puede suceder por ello que incluso con la ablación de los ganglios lumbares persista el tono simpático, debido a la presencia de estos ganglios intermedios. Sólo con la rizotomía anterior queda eliminado por completo el tono.

Tracy y Cockett han hallado la persistencia de un tono simpático, bajo la forma de sudoración evidente, midiendo la resistencia eléctrica cutánea en los que presentaban la neuralgia postsimpatectomía. Estas observaciones no han sido confirmadas por otros, que han encontrado una resistencia eléctrica cutánea casi igual en los gangliectomizados con neuralgia postsimpatectomía y en los asintomáticos (16). Este tono simpático residual, realmente presente a partir de una decena de días después de la intervención, en los territorios correspondiente a L¹ y L² podría ser la causa del síndrome doloroso si consideramos el hecho de

que la desaparición de una y otra es simultánea, si bien la explicación de este fenómeno no tiene aún de acuerdo a los distintos autores.

Otros autores han propuesto suprimir los ganglios L¹ y separadamente L² limitándose así a una denervación postganglionar. Este método, empero, no ha dado los resultados esperados, no reduciendo la frecuencia de la neuralgia post-simpatectomía; y por otro lado está en contraste con las bases anatomofisiológicas descritas antes.

Se ha propuesto ligar con un hilo no reabsorbible los dos extremos de la cadena residual tras la resección, a fin de evitar un neuroma, aunque con resultados no concordantes en la literatura (12).

Lo que sí parece cierto es que la aparición de la neuralgia es independiente de la vía de acceso al simpático lumbar.

Considerando la incidencia de la neuralgia postsimpatectomía, las distintas causísticas indican una frecuencia en extremo variable, desde el 1-2 % al 100 % casi (4, 5, 7, 9, 10, 15, 16). Es evidente que la investigación de este síndrome doloroso no se ha conducido de manera homogénea por los diferentes autores, ni con criterios uniformes y bien especificados, con lo cual los datos obtenidos resultaron poco compatibles entre sí, a la vez que en muchos casos se ha considerado como neuralgia postsimpatectomía alguna neuralgia de diversa etiología.

Diagnóstico diferencial

Prescindiendo de las manifestaciones dolorosas de cualquier intervención quirúrgica y de las de tipo isquémico ligadas a la eventual agravación de la enfermedad arterioesclerótica, hay que señalar que la neuralgia postsimpatectomía difícilmente puede ser confundida.

En efecto, sean los fenómenos neurálgicos en relación con el englobamiento en la cicatriz de filetes nerviosos, sea la causalgia debida al desarrollo de un neuroma sobre la sección de un nervio lumbar, sobrevienen a distancia de meses de la operación y dan una sintomatología dolorosa localizada en la zona operada, sin difusión al miembro interesado por la simpatectomía.

En nuestros pacientes la sintomatología dolorosa no ha durado más de 45 días, promedio unos 28 días, habiendo aparecido en general en la segunda semana postoperatoria.

Prescindiendo de los medicamentos de vez en cuando usados de tipo sintomático, las molestias han desaparecido de modo espontáneo sin dejar secuelas.

No hemos observado la presencia constante de una hipoestesia en la región interesada por el dolor, señalada por algunos, sino mejor sensaciones parestésicas. Jamás hemos observado en nuestros pacientes dificultad deambulatoria (12).

Con independencia del beneficio obtenido bajo el punto de vista vascular, hemos notado en el grupo de los 310 pacientes controlados, subdivididos por décadas de edad, un predominio de la neuralgia en los comprendidos entre los 49 y 59 años de edad.

Este síndrome doloroso ha adquirido en ocasiones tal intensidad en nuestros pacientes que, aunque en raras ocasiones, ha sido preciso internarlos de nuevo en clínica.

Terapéutica

Ha sido propuesta la fisioterapia sobre la zona afectada por el dolor, la terapéutica antiinflamatoria a base de corticoides por vía parenteral, la ultrasonoterapia y la infiltración del simpático con resultados alternos según los autores.

Resultados discretos se han obtenido con simpaticolíticos, como la Hydergina, y sobre todo con antiepilépticos, como la difenilhidantoína y carbamazepina; la dosis propuesta es de 250 mg e.v. de difenilhidantoína con sucesivo mantenimiento con 400 mg/día y de unos 600 mg/día de Carbamazepina, que algunos autores han utilizado como preventiva (14).

El tratamiento sintomático de la neuralgia postsimpatectomía que se ha practicado en el hospital o aconsejado la mayoría de veces a domicilio ha consistido en antiálgicos menores (ácido acetilsalicílico) en los casos más leves, recurriendo acaso a fármacos morfino-símiles en casos rebeldes, aunque no siempre con buenos resultados.

Según los autores, el resultado ha sido bueno en cerca del 80 % de los casos, con desaparición o importante mejoría del dolor (12, 14).

Entre los 55 pacientes hemos empleado en 14 terapéutica con carbamazepina 600 mg per os al día, consiguiendo la desaparición del dolor en 7, en los cuales los fármacos antidolorosos no habían dado más que escaso resultado.

Conclusiones

Nos parece no carente de interés llamar la atención de los cirujanos vasculares sobre la incidencia y características de una complicación específica de la gangliectomía lumbar, tal la neuralgia postsimpatectomía lumbar, que aunque menos grave que las de tipo circulatorio (gangrena homolateral o paradójica) y siempre de resolución espontánea, merece ser investigada y tratada por cuanto hace temer al paciente una agravación de su enfermedad y le obliga a internarse de nuevo en ocasiones.

RESUMEN

Se señala la neuralgia postsimpatectomía como una de las complicaciones de la gangliectomía lumbar. Se describen las características clínicas de tal complicación y las hipótesis patogénicas formuladas por diversos autores. La incidencia en nuestra casuística es similar a la de otros autores. Se expone la terapéutica, casi siempre médica con resultados no siempre resolutivos.

SUMMARY

The authors refer the postsympathectomy neuralgia as a complication of lumbar sympathectomy. They describe the clinical features of such complication and the pathogenic hypotheses of various authors. The incidence of postsympathectomy neuralgia in the reported cases is similar to that referred in the other

series. Authors, finally, show the present therapeutical measures in most of the cases medical ones, with not always satisfactory results.

BIBLIOGRAFIA

1. Albónico, C.; Montorsi, M.; Marastoni, F. L.: La neuralgia post-simpaticotomía (NPS): Revisión de la literatura y casística personal. Comunicación al VIII Congr. A.M.N.I.R.S., Roma, 1979.
2. Allen, T. H.: Current status of lumbar sympathectomy. «Am. Surgeon», 89:91, 1950.
3. Artz, C. P. y Hardy, J. D.: Complicaciones en cirugía. «Piccin Ed.», 588, 1963.
4. Choquet, P. h.; Ricard, J. P.; Gillot, G. L.; Pilot, T. P.; Frileux, C.: Résultats de la sympathectomie lombaire... «Phlébologie», 28:493, 1975.
5. Gedeon, A.; Barret, A.; Guitard, J.: La sympathectomie lombaire. «Phlébologie», 28:476, 1975.
6. Lavorato, F.; Longoni, F.; Bedoni, P.; Malene, G.: La róle de la sympathectomie lombaire. «Acta Chir. Belg.», 1:119, 1977.
7. Litwin, M. S. y First, R. A.: Maculo-erithematous rash following lumbar sympathectomy. «New Engl. J. Med.», 265:484, 1961.
8. Litwin, M. S.: Post-sympathectomy neuralgia. «Arch. Surg.», 121:84, 1962.
9. Longoni, F.; Romagnoli, G.; Bedoni, P.; Montorsi, M.: Considerazioni sulla nevralgia post-simpaticotomía lombare (NPS). «Atti Acc. Med. Lomb.», 33, 1978.
10. Montorsi, W.; Pezzuoli, G.; Ghiringhelli, C.: Considerazioni sui risultati a distanza della gangliectomia lombare... «Rass. Med.», 32:4, 1955.
11. Montorsi, W.; Ghiringhelli, C.; Tiberio, G.; Gallo, G.: Considerazioni sui risultati della gangliectomia lombare. «Min. Chir.», 13:359, 1957.
12. Natali, J.; Tricot, J. P.; Kieffer, E.; Maraval, M.: La néuralgie post-sympathectomie lombaire. Journées Angiol. de Langue Française. «Exp. Scient.», 325, 1975.
13. Owens, J. C.: Post-sympathectomy syndromes. «Bull. Soc. Int. Chir.», 23:500, 1964.
14. Raskin, N. H.; Levinson, S. A.; Hoffman, M.; Pickett, J. B. E.; Fields, H. L.: Post-sympathectomy neuralgia. «Am. J. Surg.», 128, 1974.
15. Tessarolo, N.: Síndrome doloroso de los miembros inferiores después de la gangliectomía del simpático lumbar. «Angiología», 12:1, 1960.
16. Tracy, G. D. y Cockett, F. B.: Pain in the lower limbs after sympathectomy. «Lancet», 2:272, 1957.