

Sympatectomía torácica en el tratamiento quirúrgico del fenómeno de Raynaud

R. Delgado Daza - Ll. Moga Donadeu - J. Mañosa Bonamich - J. Muncunill Gil - V. Vidal Conde

Servicio de Cirugía Vascular. Hospital de Mutua de Terrassa
Terrassa, Barcelona (España)

RESUMEN

Los autores exponen los resultados hallados en la revisión de 38 simpatectomías torácicas practicadas en el período comprendido entre los años 1977 y 1987, ambos inclusive, a pacientes afectados de fenómeno de Raynaud que no se solucionó con tratamiento médico. Dichos resultados ponen de manifiesto la ostensible mejoría clínica de los pacientes así tratados. La vía de abordaje quirúrgico fue, en todos los casos, la toracotomía de Crafoord.

SUMMARY

Authors present their results from a review of 38 thoracic sympathectomies practiced since 1977 to 1987, both included, on patients affected by a Raynaud syndrome resistant to medical treatment. Results show the evident clinical improvement of such patients after surgery. In all cases, surgical approach was a Crafoord thoracotomy.

Introducción

De todos los trastornos debidos al frío es el fenómeno de Raynaud, sin duda alguna, el más conocido y estudiado. Descrito en 1862 por **Maurice Raynaud**, el fenómeno que lleva su nombre se caracteriza por la aparición en las extremidades afectas (con más frecuencia las manos que los pies) de tres fases bien diferenciadas: palidez inicial secundaria a una vasoconstricción arterial, que seguidamente se torna en cianosis debido a la disminución sanguínea cutánea y, finalmente, una reacción hiperémica por dilatación vascular,

que muestra las extremidades enrojecidas (fig. 1).

Se habla de fenómeno de Raynaud refiriéndose a cualquier tipo de vasoespasmo digital relacionado o provocado por el frío. La enfermedad de Raynaud primaria es un fenómeno de Raynaud no asociado con ningún otro trastorno; mientras que si el fenómeno se presenta asociado o formando parte del complejo sintomático de otra enfermedad, se denomina síndrome de Raynaud secundario (1). La fisiopatología del fenómeno de Raynaud (1) no es bien conocida, pero en ella

influyen, dependiendo de la etiología, mecanismos neurogénicos, mecanismos de interacción entre la sangre y la pared de los vasos, mecanismos de respuesta inmunológica, prostaglandinas, etc.

El fenómeno de Raynaud afecta actualmente a un 5-10 por ciento de la población y alrededor de un 75% de los casos son mujeres (1).

Material y métodos

Se han revisado un total de 38 simpatectomías torácicas realizadas en el período comprendido entre 1977 y 1987, ambos inclusive, a 32 pacientes (20 varones, tres de ellos bilaterales, y 12 mujeres, tres de ellas bilaterales). A pesar de que el fenómeno de Raynaud es mucho más frecuente en mujeres, hemos observado que han sido más varones los que han precisado de simpatectomías debido a la gravedad de sus lesiones. La edad media de los pacientes fue de 42 años, siendo el paciente más joven de 18 años y el más viejo de 55.

Previamente a la intervención quirúrgica se prescribió tratamiento médico durante un promedio de 6 meses (2), siendo poco afectivo —protección al frío, supresión del tabaco, antiespasmódicos de fibra lisa, parasimpaticomiméticos, alfaadrenérgicos, gangliopléjicos, IMAO, infiltraciones del ganglio estrellado (3) —(fig. 2).

En cuanto a la etiología del fenómeno de Raynaud se hallan 21 pri-



Fig. 1 - a) Paciente con fenómeno de Raynaud de larga evolución con lesiones tróficas digitales en mano derecha. b) El mismo fenómeno en la mano derecha de una mujer. En la mano izquierda había sido practicada una simpactectomía torácica izquierda.

marios y 17 secundarios (8 esclerodermias, 1 obliteración de arteria subclavia y 8 obliteraciones de arteria cubital). La simpactectomía dorsal tiene varias vías de abordaje: unas extrapleurales (cervical, torácica posterior) y otras intrapleurales (toracotomía anterior, toracotomía transaxilar, electrocauterio previa pleuroscopía (4) y toracotomía posterolateral o toracotomía de Crafoord).

La vía extrapleural cervical preco-

nizada por **Leriche y Fontaine** (5) tiene como finalidad la ablación del ganglio estrellado y el primer y segundo ganglio dorsal y deja trastornos de Claudio Bernard-Horner. La vía torácica posterior (6) es traumática y dolorosa. Por eso, es más lógico reseca la cadena simpática a través de una técnica intratorácica y, de entre ellas, utilizamos la toracotomía posterolateral y de Crafoord (7) (fig. 3) por ser una técnica simple

y anatómica, de reparación fácil, con tiempo quirúrgico corto, pérdidas hemáticas mínimas y que permite una perfecta visualización de la cadena simpática y un buen control con ambas manos. Por esta técnica se realiza una resección a través del cuarto espacio intercostal de la cadena simpática junto con los «rami comunicanti» desde D-6, por abajo, hasta el polo inferior del ganglio estrellado, por arriba (8) (fig. 4).



Fig. 2 - Mujer a la que se le practicó infiltración del ganglio estrellado izquierdo. Obsérvese la dilatación pupilar izquierda.

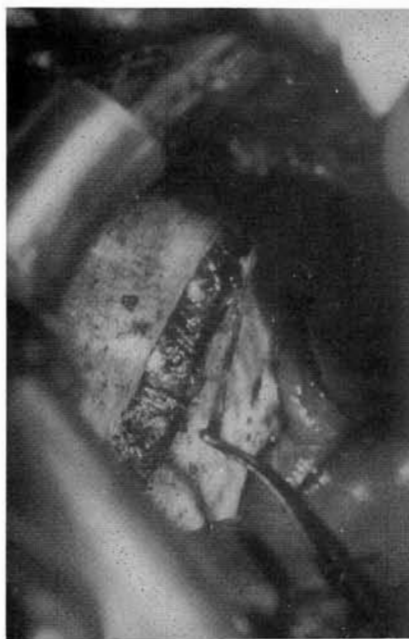


Fig. 3 - Simpectomía torácica por toracotomía de Crafoord derecha (A) e izquierda (B).

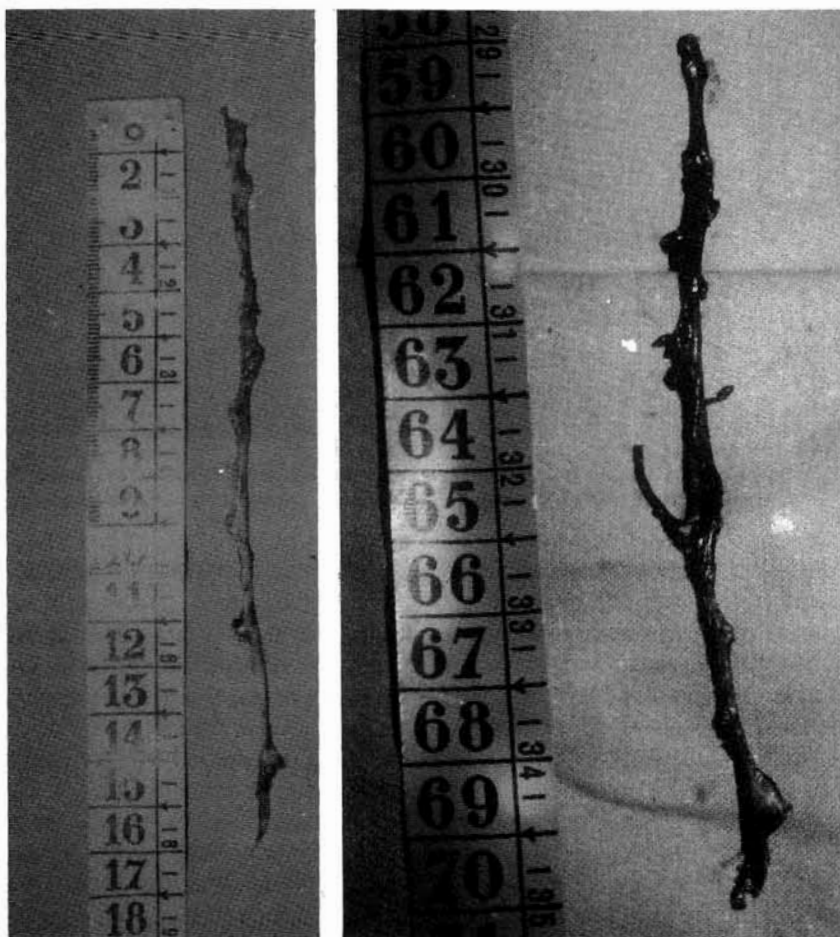


Fig. 4 - Fragmentos de cadena simpática obtenidos por toracotomía de Crafoord. Por esta técnica se consiguen reseca hasta doce centímetros de cadena simpática torácica.

Resultados

Del total de 38 simpatectomías realizadas hemos logrado controlar, en 1990, a 37; el otro caso es un paciente fallecido de neoplasia gástrica.

Interrogados los pacientes, el 62,5% manifestaron mejoría clínica habiendo disminuido la frecuencia de las crisis respecto a antes de la intervención. El 32,8% afirmaron estar completamente asintomáticos y

el 3,6% no encontraron disminución en la frecuencia de las crisis o habían empeorado. El 1,1% restante corresponde al paciente fallecido.

Hemos considerado suficientemente significativa la sensación subjetiva de encontrarse clínicamente mejor o peor, pues en definitiva lo que se persigue con el tratamiento del fenómeno de Raynaud es mejorar la calidad de vida del enfermo y, en este sentido, nadie mejor que

él mismo para evaluar su enfermedad. Es destacable el hecho de que en la revisión se incluyen casos intervenidos hace más de 10 años, lo que como mínimo hace discutible la afirmación de que la simpatectomía suele ir seguida de una recidiva del fenómeno, más intensa. Creemos que esto se puede explicar por la gran exéresis de cadena simpática que permite realizar la técnica empleada.

En ninguno de los casos se observaron trastornos de Claudio Bernard-Horner.

BIBLIOGRAFIA

1. RODRIGUEZ DE LA SERNA, A.: «Microcirculación y acrosíndromes. Síndrome de Raynaud». Dept. científico FAES. Barcelona 1990.
2. VIDAL CONDE, V., y cols.: Simpatectomía dorsal a través de toracotomía de Crafoord. Estudio sobre 22 pacientes. «Rev. Esp. de Cirg. C.T.V.», vol. 2, n.º 6 - sept. 1981.
3. MUNCUNILL GIL, J. y cols.: Infiltración del ganglio estrellado. «Angiología», Vol. XXXIX, n.º 2. 1987.
4. ROEDLING, H. A., MAC CARTY, C. S.: Endoscopic thoracic sympathectomy. «Proc. Staff Meet. Mayo Clin», 34: 460, 1969.
5. LERICHE, R., FONTAINE, R.: Sur la sensibilité de la chaîne sympathique et des rameaux communicants cervicaux chez l'homme. «Gazette des Hôpitaux», 5-7, mai 1925.
6. MARTORELL, F.: La arteritis digital y su tratamiento por la simpatectomía torácica. «Angiología». Vol XXII, n.º 3, 1970.
7. CRAFOORD, C., NYLIN, G.: Congenital coarctation of the aorta and its surgical treatment. «J. Thoracic Surg.», 14: 347, 1945.
8. DAUMET, Ph., GALEY, J. J., MAILLARD, J. N.: «Chirurgie Thoracique a l'usage du chirurgien non spécialiste». Masson et Cie. Editeurs, pp. 214-5.