
Simpatectomía torácica por endoscopia

Thorathic sympathectomy by endoscopy

J. A. García Alonso - A. del Campo Garrido - P. Vela Orús*
J. Pac Ferrer - J. Casanova Viudez - M. Mariñán Gorospe**

(*) Servicio de Cirugía Cardiovascular

(Jefe de Servicio: Dr. D. Julio Agosti Sánchez)

(**) Servicio de Cirugía Torácica

(Jefe de Servicio: Dr. D. Felipe Vara Cuadrado)

Hospital de Cruces

Baracaldo-Vizcaya (España)

RESUMEN

Presentamos la realización de tres simpatectomías torácicas en 2 pacientes –en uno de ellos bilateral, con 3 meses de diferencia entre un lado y otro– llevadas a cabo mediante videotoracoscopia. En el Caso 3.º se le aconsejó al paciente la revascularización directa, negándose a la misma dada la nula repercusión funcional que presentaba, que se limitaba a la sensación de frialdad, y aceptando el que se le realizara este procedimiento.

Se destaca la simplicidad del procedimiento en cuanto a su realización técnica y los resultados obtenidos.

SUMMARY

Three cases of thorathic sympathectomy in 2 patients –one of them bilateral, over a 3 months span between both surgical interventions– by video thoracoscopy are presented. Direct surgical revascularization was offered to the 2nd patient but was rejected because of insignificant funcional impairment.

If should be emphasized the simplicity of the method regarding to the technic and the excellent achieved results.

Introducción

La simpatectomía torácica ha sido un procedimiento utilizado en el tratamiento de diversos procesos como la hipertensión arterial, asma bronquial, angina de pecho o el hipertiroidismo. A pesar de que por diversos motivos sus indicaciones han decrecido de forma notable, es en la Cirugía Vascular moderna donde su eficacia la hace particularmente útil en el tratamiento de la hiperhidrosis severa, en casos seleccionados de isquemia de la extremidad superior y en los síndromes de dolor postraumático. Otras indicaciones, que aunque son menos frecuentes no por ello dejan de beneficiarse de su eficacia, incluyen las congelaciones, algunas formas de arteritis y las enfermedades vasospásticas.

Históricamente fueron Bernard y Bron-Sequard, en

1852, los que describieron el control y la circulación del simpático, siendo *Gaskel* y *Langly* los que mapearon la anatomía del sistema nervioso autónomo. Desde entonces han sido varias las vías de abordaje utilizadas para la extirpación de la cadena simpática, siendo las más preconizadas la toracotomía más o menos amplia, los abordajes paravertebrales y supraclaviculares, siendo quizás el más utilizado el axilar, descrito en 1949 por *Atkins* (1), hasta que, *Boutin*, usando la toracoscopía clásica, describe la simpatectomía mediante la inyección de fenol en los ganglios simpáticos. En la actualidad el auge de la videotoracoscopía ha colocado a ese procedimiento en un lugar selectivo, al facilitar con más precisión la disección y excisión de la cadena simpática (2), disminuyendo de forma notable su morbi-mortalidad y aumentando sus indicaciones, entre las que se incluyen los procedimientos bilaterales.

Presentamos la técnica y los resultados obtenidos en la realización de tres simpatectomías torácicas mediante videotoracoscopía llevadas a cabo en dos enfermos, cuyas indicaciones fueron la hiperhidrosis palmar y la isquemia del miembro superior izquierdo.

Casos clínicos

Casos 1 y 2

Se trata de un paciente de 20 años, ajustador, sin antecedentes familiares ni personales de interés, remitido para tratamiento de hiperhidrosis palmar bilateral intensa, que le dificulta de manera muy importante el desarrollo de su trabajo.

En la exploración física presenta una intensa hiperhidrosis palmar, siendo el resto de la exploración normal.

El 6 de julio de 1995 es intervenido mediante anestesia general, realizándose una simpatecto-

mía torácica derecha por videotoracoscopía. El enfermo es colocado en decúbito lateral izquierdo y, previa intubación selectiva, se colocan tres trócares en hemitórax derecho: uno de 10 mms., para introducción de la óptica por 6.º espacio intercostal y línea axilar media; otro por 2.º espacio intercostal y línea medio clavicular y el último por 3.º espacio intercostal y línea axilar posterior.

Mediante electrocauterio se abre la pleura parietal a nivel de la unión costovertebral, identificándose el cordón simpático de T2 a T4 que es resecado y enviado a Anatomía Patológica. Se coloca un drenaje endotorácico durante 24 horas y, tras comprobar la expansión del pulmón, es retirado, siendo el paciente dado de alta. El 14 de septiembre de 1995 le fue realizada al mismo paciente idéntica técnica en el lado izquierdo, con resultados excelentes de forma inmediata en ambos lados, permaneciendo asintomático hasta la actualidad.

Caso 3

Paciente de 64 años de edad, con antecedentes de hipercolesterolemia y tabaquismo, que consulta por presentar sensación de frialdad en antebrazo y mano izquierda, sin clínica de claudicación en dicha extremidad.

En la exploración física presenta un trofismo normal con ausencia de pulsos a todos los niveles en el miembro superior izquierdo.

La arteriografía practicada pone de manifiesto una oclusión de la arteria subclavia izquierda en su primera porción, rellenándose por circulación colateral la arteria humeral a nivel del tercio superior del brazo.

Se le aconseja al paciente la realización de cirugía arterial directa, a lo cual se niega por presentar como único síntoma la sensación de frialdad sin síntomas evidentes de claudicación. Con fecha 17 de enero de 1996 se le practicó una simpatectomía torácica izquierda con la misma

técnica anestésica y quirúrgica descrita en el caso anterior, siendo los resultados excelentes de forma inmediata y manteniéndose asintomático en la actualidad.

Discusión

La simpatomía torácica, cuya técnica quirúrgica hemos descrito al presentar los casos clínicos, es un procedimiento eficaz, en la Cirugía Vascular moderna, para el tratamiento de la hiperhidrosis severa, en casos seleccionados de isquemia de la extremidad superior y en los síndromes de dolor postraumático, siendo menos frecuente su utilización en los casos de lesiones producidas por el frío, algunas formas de arteritis y determinados cambios vasospásticos de los miembros superiores, como los que preceden a las manifestaciones clínicas de las enfermedades de colágeno (3, 4).

Se han utilizado diversas vías de abordaje quirúrgico, dependiendo su uso de las preferencias personales de cada grupo. Dichas técnicas han presentado complicaciones no desdeñables, lo que unido a la mejoría obtenida con los tratamientos médicos y la recurrencia sintomatológica posterior han hecho decrecer su utilización.

En el momento actual y con la utilización de las técnicas endoscópicas con fuentes de luz de alta densidad y vídeo de alta resolución, se nos permite realizar una precisa disección y excisión de la cadena simpática, con prácticamente nula morbi-mortalidad, mínima estancia hospitalaria y resultados similares a los obtenidos con las técnicas abiertas (5).

Aunque en nuestro país no hemos encontrado series publicadas utilizando la vía endoscópica, son amplias las series extranjeras obteni-

das en la literatura mundial (6), que apoyan los datos antes mencionados y que hacen de esta técnica el método de elección para realizar en la actualidad una simpatomía torácica en ausencia de procesos pulmonares que la contraindiquen, tales como intervenciones pulmonares previas o infecciones pulmonares que impidan el manejo.

Las complicaciones al realizar una simpatomía con técnicas abiertas varían según el abordaje utilizado: transaxilar, supraclavicular o transtóricas, siendo escasas las que surgen con la cirugía endoscópica. A parte de un Síndrome de Horner's transitorio, neumotórax y sangrados, sólo han sido descritos (7) escasos casos de neuralgias transitorias y pequeñas áreas de pérdida de sensibilidad.

Así podemos concluir, a pesar de nuestra limitada casuística a corto plazo, que es una actitud terapéutica vigente y en alza para el tratamiento de los procesos anteriormente mencionados y que, aunque requiere un entrenamiento específico del equipo quirúrgico y un utillaje algo costoso, ello se ve recompensado por su simplicidad y los excelentes resultados obtenidos.

BIBLIOGRAFIA

1. ATKINS, H. J. B.: Peraxillary approach to the stellate and upper thoracic sympathetic ganglia. *Lancet*, 1949; 2:1152.
2. DROTT, C.; GUNNAR, G.; GÖRAN, C.: Endoscopic procedures of the upper-thoracic sympathetic chain. *Arch. Surg.*, vol. 128, Feb. 1993.
3. HARRIS, J. P.: Upper extremity sympathectomy: en Vascular Surgery de Rutherford, R. Ed. Saunders. Philadelphia, 1995.

4. MORAN, K. T.; BRADY, M. P.: Surgical management of primary hyperhidrosis. *Br. J. Surg.*, 1991; 78:279.
5. LIN, C.: A new method of thoracoscopic sympathectomy in hyperhidrosis palmaris. *Surg. Endosc.*, 1990; 2:224.
6. VAN DE WAI, H. J. C. M.; SKOTNICKI, S. H.; WIIN, P. F. F.; LACQUET, L. K.: Thoracic sympathectomy as therapy for upper extremity ischemia. A long-term follow-up study. *Thorac. Cardiovas. Surg.*, 1985; 33:181-187.
7. CHISTER D.; GUNNAR, G.; GÖRAN, C.: Endoscopic procedures of the upper-thoracic sympathetic chaine. *Arch. Surg.*, 1993; 128:237-241.