

TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE Y BLOQUEO SIMPÁTICO. HEMORRAGIA RETROPERITONEAL. MUERTE

V. F. PATARO y S. MÁS

Policlínico Rawson, Buenos Aires (República Argentina)

Desde el año 1949 se vienen relatando en la literatura médica casos de muerte en enfermos sometidos a tratamiento anticoagulante en los cuales las infiltraciones anestésicas del simpático lumbar provocaron graves hemorragias retroperitoneales.

Recordando sucintamente estas comunicaciones corresponde citar en primer término a LILLY y LEE (1), quienes en su trabajo sobre complicaciones de la terapéutica anticoagulante refieren las siguientes observaciones: Paciente en tratamiento con heparina-dicumarol al que se efectúa infiltración alcohólica bilateral del simpático lumbar. Muere por hemorragias múltiples entre las cuales la autopsia descubre profusa hemorragia retroperitoneal bilateral. Otro paciente corresponde a una embolia de la arteria femoral. Efectúan la alcoholización del simpático lumbar y dos horas después inician el tratamiento anticoagulante. Muere el enfermo por hemorragias múltiples, entre ellas hemorragias en el músculo psoas, en ambas fosas renales y lumbares.

Estas dos observaciones que datan de los años 1944 y 1945 convencieron a los autores que el tratamiento anticoagulante y los bloqueos del simpático nunca deben combinarse.

Una tercera observación corresponde a un paciente con flebotrombosis, sometido a tratamiento anticoagulante a base de dicumarol y a bloqueos novocáinicos del simpático lumbar. Al undécimo día lo hallan muerto en el lecho. La autopsia reveló en el lugar de los bloqueos hemorragia retroperitoneal masiva y hemorragias menores en riñones, hígado y glándula suprarrenal. Esta observación data del año 1948.

Relatan los autores otras observaciones que no interesan a nuestro punto de vista aunque podría mencionarse la cuarta correspondiente a un cliente

que muere por un hematoma masivo de la médula espinal, sitio de la punción raquídea.

En abril de 1950, O'CONNOR, PRESTON y THEIS (2) relatan una hemorragia retroperitoneal mortal consecutiva a bloqueos del simpático lumbar durante tratamiento con dicumarol. La causa de la muerte fué una hemorragia masiva en el espacio retroperitoneal izquierdo. Cuantitativamente se apreció en dos a tres litros la cantidad de sangre y el lugar de origen fué el músculo psoas, lugar de introducción de las agujas para el bloqueo. La fuente de la hemorragia no fué visible en la autopsia, aunque al parecer se hallaba en el músculo. Los autores ía atribuyen a la punción de una arteria lumbar, agregando que como se trataba de un paciente con arteriosclerosis avanzada, pudo haber sido la esclerosis vascular un factor que impidiera contraerse a la arteria traumatizada. Tal explicación creemos que puede ser discutida, pues no es necesario que la punción lesione un vaso arterial, ya que basta y sobra con lesionar una vena para que ésta provoque la complicación.

Debe destacarse que en el paciente la hipoprotrombinemia mantenida con dicumarol estaba dentro de los niveles terapéuticos reconocidos como seguros.

Con tal motivo repasan los autores las causas que provocan las hemorragias severas por dicumarol, que se deben generalmente a, 1.º control inadecuado de la droga, 2.º a pruebas de laboratorio de poca confianza, 3.º a mala supervisión médica del dosaje, 4.º al empleo de la droga en situaciones en las cuales está contraindicada.

Tales contraindicaciones merecen ser recordadas, pues de tanto en tanto surge alguna no señalada entre las conocidas.

Ellas son : 1) Insuficiencia hepática. 2) Insuficiencia renal avanzada. 3) En el preoperatorio, en el anteparto, parto u operación reciente. 4) En los traumatismos u operaciones cerebromedulares. 5) Discrasias sanguíneas. 6) Ulceraciones del tracto gastrointestinal. 7) Lesiones granulantes o ulcerativas. 8) Grave desnutrición. 9) En los enfermos que vomitan o con intubación gastrointestinal. 10) Antecedentes de un episodio reciente de hemorragia. 11) Operaciones que dejan grandes superficies al descubierto, por ejemplo: abdómino-perineal de Miles. 12) Resección prostática. 13) Vísceras o heridas drenadas. 14) Endocarditis bacteriana subaguda. 15) Las punciones, especialmente las raquídeas y los bloqueos.

Por lo general las manifestaciones hemorrágicas se deben a deficiencia de protrombina, sin embargo, se han observado hemorragias con una actividad del 30 por ciento y aun del 40 por ciento de protrombina (WRIGHT y ROTHMAN) (3), mientras que otros pacientes no sangran con 5 por ciento y aun menos (casos personales nuestros). A raíz de su observación sostienen los autores que las punciones profundas no deben efectuarse en pacientes con hipoprotrombinemia inducida con dicumarol. Incluyen en tales punciones a la raquídea, a la tóracocentesis, paracentesis abdominal, bloqueos nerviosos y ganglionares.

BARKER, en una comunicación personal a los autores, contraindica estas punciones durante el período efectivo de hipotrombinemia inducida por el dicumarol.

Las inyecciones intramusculares, subcutáneas y endovenosas son menos peligrosas, pues la aplicación de presión «in situ» apresura la hemostasia y además la formación de un hematoma se visualiza inmediatamente.

O'CONNOR y colaboradores recomiendan cuando son necesarios los bloques mantener al paciente con heparina intermitente. El bloqueo debe ser hecho cuatro horas después de la última inyección de heparina y la próxima inyección debe ser demorada una hora.

C. OLIVIER (4), en su excelente artículo sobre el tratamiento de las flebitis recientes, menciona los riesgos de las hemorragias lumbares consecutivas a infiltraciones anestésicas hechas durante el tratamiento anticoagulante y critica la observación de KUSS, presentada en la Academia de Cirugía de París, porque la aguja había herido el pedículo renal.

Aconseja la siguiente conducta: infiltración única antes del comienzo del tratamiento anticoagulante con solución de fenol al 6 por ciento, con la técnica de OCHSNER de las tres punciones (2.º, 3.º y 4.º ganglios simpáticos lumbares) inyecta primero novocaína y luego 5 c. c. de fenol en cada aguja.

JULIAN y DYE (5) refieren una observación en la cual el gran hematoma retroperitoneal constituyó un factor en la evolución fatal del caso.

LASCAUX y TEINTURIER (6), relatan la observación de un paciente de 71 años con obliteración de la arteria ilíaca izquierda. Tratado con heparina, 400 mg. por día, e infiltración del simpático lumbar. Operado al tercer día, muerte por síncope cardíaco al iniciar la anestesia.

En la autopsia encuentran hemorragia retroperitoneal en la fosa lumbar derecha y fosa ilíaca interna de uno a dos litros de sangre fresca, apenas coagulada. No pueden precisar la lesión vascular aunque creen en la herida de una gran vena. LERICHE, que es el relator, se muestra incrédulo a las heridas vasculares, afirma que con técnica precisa ninguna punción debe sangrar, admitiendo la posibilidad de hemorragias espontáneas por la acción de la heparina.

DELANNOY y DEVANHEZ (7) citan un caso de hematoma renal y perirrenal después de una infiltración lumbar en el curso de un tratamiento con dicumarol. Hablan de la vigilancia extrema del tratamiento anticoagulante en las operaciones torácicas, abdominales y pelviperineales. En esas regiones la aparición de una hemorragia, sin ser muy importante, puede ocasionar un shock mortal si no se evacúa el hematoma en forma urgente.

ARNULF (8), a propósito de 400 infiltraciones lumbares asociadas a la terapéutica anticoagulante de las flebitis, sin ningún accidente, formula los siguientes comentarios, a raíz de las observaciones presentadas a la Academia de Cirugía de París. Menciona los casos de KUSS, CHAUME y HERNE, DELANNOY, LASCAUX y TEINTURIER. En los cuatro casos se trataba de voluminosos

hematomas retroperitoneales de la fosa lumbar, dos veces la infiltración fué por flebitis y dos veces por embolia. La evolución fué fatal en tres de las observaciones aunque en una debe atribuirse a un accidente cerebral concomitante. En una de las observaciones, el hematoma retroperitoneal estaba asociado a hemorragia intraperitoneal, atribuyéndose el accidente a una herida del pedículo renal, curando con la nefrectomía. Cita, además, los casos de O'CONNOR y de LILLY.

Trae a consideración la observación de WELT y BREYNAERT (La Presse Médicale 18/4.51) referente a un hematoma retroperitoneal después de la 20.ª infiltración anestésica en un mitral fibrilado, con tratamiento anticoagulante, por embolia de las arterias ilíacas. La muerte se produce por hemiplejía nueve días después de la última infiltración, revelando la autopsia un voluminoso hematoma de la vaina psoas.

ARNULF destaca el valor de los bloqueos, teme que puedan abandonarse en el tratamiento de la flebitis y no está de acuerdo en hacer primero las infiltraciones y luego seguir con las drogas anticoagulantes. Recalca las precauciones técnicas y puntualiza el procedimiento. Asigna gran importancia al calibre de la aguja de punción y recomienda agujas de 7/10 de calibre.

J. CADERAS DE KERLEAN, CAZAL e IZARN (9) contraindican las infiltraciones del simpático durante el tratamiento anticoagulante por el peligro del hematoma retroperitoneal.

Nosotros, desde hace años, veníamos asociando ambos elementos terapéuticos en los procesos arteriales y venosos agudos, y aún cuando conocíamos el trabajo de LILLY y LEE, no habíamos tenido nunca la sensación de peligro de esta combinación. Pasaremos a relatar nuestra observación para luego formular los comentarios que ella nos sugirió en la conducta ulterior.

Historia Clínica: Enferma: Pilar M. de B. 40 años, española, casada.

Internada el 27 de julio de 1951 en el Policlínico Rawson, Servicio del Dr. Gregorio A. Mórtoia, Sala 3, Cama 21.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Nacida a término. Enfermedades de la infancia: sarampión, tos ferina. Crecimiento normal.

Enfermedades de la adultez: A los 35 años fué atendida por un facultativo que le diagnosticó una afección cardíaca; medicada no realizó el tratamiento aconsejado.

Hábitos: No es bebedora ni fumadora. Casó a los 20 años, esposo sano, hija sana.

Enfermedad actual: Comenzó el 23 de julio, en forma brusca, con un dolor intenso localizado en ambas piernas y pies. Dicha sintomatología fué aumentando su intensidad. Tratada por un facultativo el mismo día siguió hasta el día de su internación en iguales condiciones; por tal motivo es trasladada al hospital.

Estado actual: Enferma afebril. Brevilínea. Peso, 58 kilos. Talla, 1,55 m. Buen estado de nutrición. Consignaremos solamente los datos dignos de mención. Corazón y grandes vasos: la punta se palpa en 5.º espacio, línea media clavicular. Área car-

diaca se percute en sus límites normales. La auscultación denuncia soplo corto, grave, aparentemente diastólico; reforzamiento del 2.º pulmonar; reforzamiento del 1.º mitral.

Arterias periféricas: Elásticas y depresibles. Pulso radial 128 al minuto, igual rítmico, pequeño, hipotenso. Taquicardia heterotópica, pues no se modifica con la compresión del seno carotídeo (flutter); confirmado por el electrocardiograma. Tensión arterial: MX. 95, Mn. 75.

Miembros inferiores: Marcada cianosis que abarca pie y toda la pierna derecha con zonas lívidas; cianosis de pie y tercio inferior de pierna izquierda. Frialidad intensa en ambas zonas, más marcada a derecha. Dolor intenso a la palpación de las masas musculares de ambas pantorrillas. Impotencia absoluta del miembro inferior derecho, menos acentuada en miembro inferior izquierdo. Ausencia de latidos en las arterias femorales, poplíteas, tibiales posteriores y pedias.

Sistema nervioso: Bradipsiquia.

Análisis: Urea en suero 0,60 gr. por mil.

Glucemia: 1,42 gr. por mil.

Orina completa: contiene albúmina, urobilina, sangre. Densidad, 1.030.

Electrocardiograma (28/7/51). Aleteo auricular (272 por minuto) con bloqueo aurículo ventricular tipo 2/1; frecuencia ventricular, 136 por minuto, regular, Signo de hipertrofia ventricular derecha. Corazón vertical.

Evolución y tratamiento: (28/7/51). Se instituye anestesia del esplácnico, tetranium una ampolla cada doce horas, papaverina 4 c. c. de la solución al 3 por ciento cada tres horas. Digital 6 Unidades gato diarios. Heparina 50 mg. cada 6 horas. Régimen alimenticio: leche, jugo de frutas, glucolín. Temperatura 36,º5.

29/7/51. Idéntico tratamiento, agregando dicumarol.

30/7/51. Igual tratamiento. Supresión del tetranium. Temperatura 38,º2.

31/7/51. Se continúa con bloqueos del esplácnico. Papaverina 12 cg. cada cuatro horas. Digalena, 3 ampollas endovenosas cada 8 horas. Dicumarol dos comprimidos. Tiempo de Protrombina 67 segundos (30 por ciento).

1 y 2/8/51. Idéntico tratamiento. El tiempo de protrombina se mantiene entre 30 y 37 por ciento. Temperatura 37,º8.

3/8/51. La enferma, que venía decayendo visiblemente, entra en colapso y muere.

Resultado de la autopsia: Se confirma la estenosis mitral: las valvas estaban engrosadas, fibrosas, con los pilares acortados, gruesos, nacarados, hipertroficados; lo mismo las cuerdas tendinosas. El orificio muy estrecho no dejaba pasar el dedo meñique. Estaba osificado el anillo valvular a nivel de su comisura interna. La aurícula izquierda hipertrofiada y dilatada, con un trombo organizado en la orejuela izquierda. Existía un trombo organizado que ocupaba los cuatro últimos centímetros de la aorta abdominal, totalmente obstructivo, íntimamente adherido a la íntima. Se comprobó un enorme hematoma retroperitoneal (uno a dos litros de sangre no coagulada) que rodeaba el riñón izquierdo, el cual mostraba un infarto cortical.

Diagnóstico: Estrechez mitral con aleteo auricular; embolia de la bifurcación aórtica. Hemorragia retroperitoneal.

Comentarios: Debe reconocerse que las observaciones fatales de esta combinación terapéutica son poco numerosas hasta la fecha, pero merece un llamado de atención la grave situación que puede presentarse en un enfermo con una tromboflebitis que sometido a esta terapéutica haga una hemorragia retroperitoneal masiva. En nuestra paciente, mitral con una embolia de la bifurcación aórtica, tardíamente tratada, si la hemorragia no determinó la

muerte, fué factor contribuyente en el desenlace. Convenimos con LERICHE (10) y con ARNULF (8) que las infiltraciones del simpático en manos experimentadas carecen de peligro, pero como constituyen armas útiles y de aplicación diaria manejadas por gran número de médicos con mayor o menor experiencia, será necesario adoptar precauciones que pongan al resguardo de tan temible complicación.

Por estas razones, haciéndonos eco del consejo de OLIVIER, desde hace un año seguimos la siguiente conducta: En todo paciente en el cual debe asociarse al tratamiento anticoagulante las infiltraciones anestésicas del simpático lumbar, procedemos de entrada a fenolizar la cadena simpática. Para ello seguimos la técnica aconsejada por BOYD y colaboradores (11), técnica que venimos empleando desde hace dos años en aquellos arteriales en los cuales la intervención quirúrgica se halla contraindicada. Se usa solución acuosa de fenol al 10 por ciento para lograr una destrucción satisfactoria de los ganglios, ya que en la experiencia de la escuela de Manchester, la concentración al 6 por ciento, que es la oficial, demostró ser insuficiente.

La técnica es como sigue: El equipo consta de dos jeringas de 10 c. c., una aguja fina para inyecciones intradérmicas o subcutáneas, dos agujas de 10 cm. a 12 cm. de largo por 8/10 de milímetro de calibre con su mandril respectivo, para sumarle firmeza en el momento de la punción cutánea, novocaína al 2 por ciento y solución acuosa de fenol al 10 por ciento. Paciente decúbito lateral con una almohada en el flanco opuesto. Habón anestésico. Con la técnica corriente se alcanza la cadena simpática a nivel del segundo ganglio lumbar. Quienes posean termómetros para registro cutáneo de la temperatura, pueden bloquear con novocaína la cadena y comprobar la exactitud del bloqueo. Quienes no lo posean, obtenido correctamente el contacto vertebral y deslizada la aguja según técnica, inyectar 10 c. c. de la solución de fenol, que debe estar bien disuelta (por agitación) y mantenida en agua caliente. Se deja al paciente durante una hora en la misma posición suprimiéndole la almohada.

La tolerancia a este procedimiento es absoluta. El tratamiento anticoagulante puede iniciarse de inmediato si es a base de dicumarol o derivados. Si se utilizara heparina-dicumarol, convendrá postergar de una a dos horas la primera inyección de heparina.

Esta conducta tiene sus ventajas, ya que al producir una interrupción temporaria de la inervación simpática que puede durar semanas y meses, evita las punciones repetidas, pesadillas de algunos pacientes y sobre todo hace desaparecer toda posibilidad de la comentada hemorragia retroperitoneal.

Quienes se decidan a aceptarla convendrán con nosotros en el gran valor práctico de su empleo.

RESUMEN

Los autores revisan la literatura médica sobre casos de muerte en enfermos sometidos a tratamiento anticoagulante en los cuales las infiltraciones anestésicas del simpático lumbar provocaron graves hemorragias retroperitoneales. Relatan un caso de embolia de la bifurcación aórtica en una enferma mitral cuya muerte fué precipitada por una hemorragia retroperitoneal consecutiva a infiltraciones del simpático durante tratamiento anticoagulante. En los casos en que sea necesario, aconsejan sustituir las infiltraciones anestésicas del simpático por la destrucción química del mismo con una solución acuosa de fenol al 10 por ciento. Después de ésta puede iniciarse la terapéutica anticoagulante.

SUMMARY

Anticoagulant therapy and paravertebral sympathetic block should never be combined. A case of death is presented. Autopsy revealed massive retroperitoneal hemorrhage at sites of sympathetic blocks. Chemical destruction of the lumbar ganglia with 10 per cent phenol is recommended before anticoagulant therapy is used. So far no complications of any sort have been met.

BIBLIOGRAFÍA

1. LILLY, G. D. y LEE, R. M. — *Complications of anticoagulant therapy*. «Surgery» 26, 957-969 (diciembre 1949).
2. O'CONNOR, W. R.; PRESTON, F. W.; THEIS, F. V. — *Hemorragia retroperitoneal consecutiva a bloqueo simpático lumbar durante tratamiento con dicumarol. Presentación de un caso fatal*. «Anales de Cirugía», v. 9, n.º 4, 620 (abril 1950).
3. WRIGHT, L. T.; LITHMAN, M. — *Deaths from dicumarol*. «Arch. of Surg.», 62, 23-28 (enero 1951).
4. OLIVIER, C. — *Tratamiento de las flebitis recientes del miembro inferior* «El Día Médico», XXIII, n.º 38 (25-6-1951). «La Semaine des Hopitaux» (18-3-51).
5. JULIAN ORMAND, C.; DYE, W. S. — «The Surgical Clinics of North America», v. 32, n.º 1, 279 (febrero 1952).
6. LASCAUX, B.; TEINTURIER, J. — (Relato de R. LERICHE). *Les hémorragies graves de l'infiltration lombaire et de l'heparine*. «Mem. Acad. de Chirurgie», t. 78, núms. 1, 2 y 3, pág. 67 (1952).
7. DELANNOY, E. y DEVAMHEZ, J. — *Hémorragie par heparine au dixième jour de l'ablation d'un Kyste dermoïde du mediastin*. «Mem. Acad. de Chirurgie», t. 78, pág. 79 (1952).
8. ARNULF, G. A. — *A propos de 400 infiltrations lombaires associées à la thérapeutique anticoagulante dans les phlébites sans incident*. «Mem. Acad. Chirurgie», t. 78, pág. 317 (1952).
9. CADERAS DE KERLEAN, J.; CAZAL, P.; IZARN, P. — *Aspects cliniques, pathogénie et traitement des phlébites post-partum*. «Pres. Méd.», 59; 1499 (1951).
10. LERICHE, R. — (Ver 6).
11. BOYD, A. M.; RATCLIFFE HALL; JEFSON, R. P.; JAMES, G. W. A. — *Intermittent Claudication. A Clinical Study*. (The Brit. J. of Surgery), vol. 31 B, pág. 325 (1949).