

Tratamiento del dolor postsimpatectomía lumbar con T.E.N.S. (Estimulación eléctrica nerviosa subcutánea) *

ENZO CACCIATORE

**Ospedale B. Ramazzini. Divisione de Chirurgia
(Primario: R. Bergamaschi). Carpi (Modena)**

RUGERO CADOSI

Cattedra di Ematologia (Direttore: U. Torelli). Università di Modena

Italia

Persiste aún sin solución el problema del dolor postsimpatectomía, ya porque no sabemos nada sobre su patogenia, ya porque la terapéutica sigue siendo empírica y en la práctica ineficaz.

Se trata de un dolor neurálgico en el territorio correspondiente a L₂, L₃, L₄ y en el de los nervios fémoro-cutáneo, crural y génito-crural.

El tanto por ciento de su presentación varía con las casuísticas, en el 20 % según **Natali**, en el 5 % según **Martorell** y en casuísticas particularmente desafortunadas en el 100 %, si bien desde formas muy leves, lo más frecuente, a formas muy graves, lo más raro.

Por lo común, la sintomatología dolorosa aparece alrededor del 8.^o-9.^o día postoperatorio, cuando el enfermo suele haber salido de la clínica. El punto de partida puede ser la ingle o la región lumbar correspondiente al lado de la intervención, irradiando por la cara interna del muslo hasta la rodilla. A veces se asocia a una marcada hipotrofia de los músculos del muslo y a impotencia funcional.

Desde una sensación vaga e incierta, como un trastorno parestésico, se puede pasar, a través de grados de intensidad variable, al dolor urente, hiperestético, paroxístico, de día o de noche, hasta hacer imposible el reposo.

De poco valen, en estos últimos casos, los comunes analgésicos y antineuríticos, por lo que el paciente, ya afectado por una intervención quirúrgica, queda deprimido y se desanima pensando en un fracaso. No obstante, es de experiencia común, y ello se dice desde el inicio al paciente para animarlo, que los resultados a distancia de la denervación simpática son tanto mejores y duraderos cuanto más violento ha sido el síndrome neurálgico.

Su duración es variable. Por lo habitual empieza a atenuarse tras una decena de días, hasta desaparecer por completo de forma gradual.

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

Respecto a la patogenia, poco o nada se sabe. Existen numerosas hipótesis que van desde la lesión de un nervio espinal durante la preparación de la región (génito-crural o fémoro-cutáneo) a un síndrome doloroso de tipo isquialgia; desde el estiramiento de las raíces nerviosas somáticas, a efectos de una residual inervación simpática, hasta la hipótesis de una regeneración anómala de fibras simpáticas. Ninguna de estas hipótesis ha resistido la verificación clínica y pueden ser demolidas con facilidad, como lo demuestran los estudios sobre el tema.

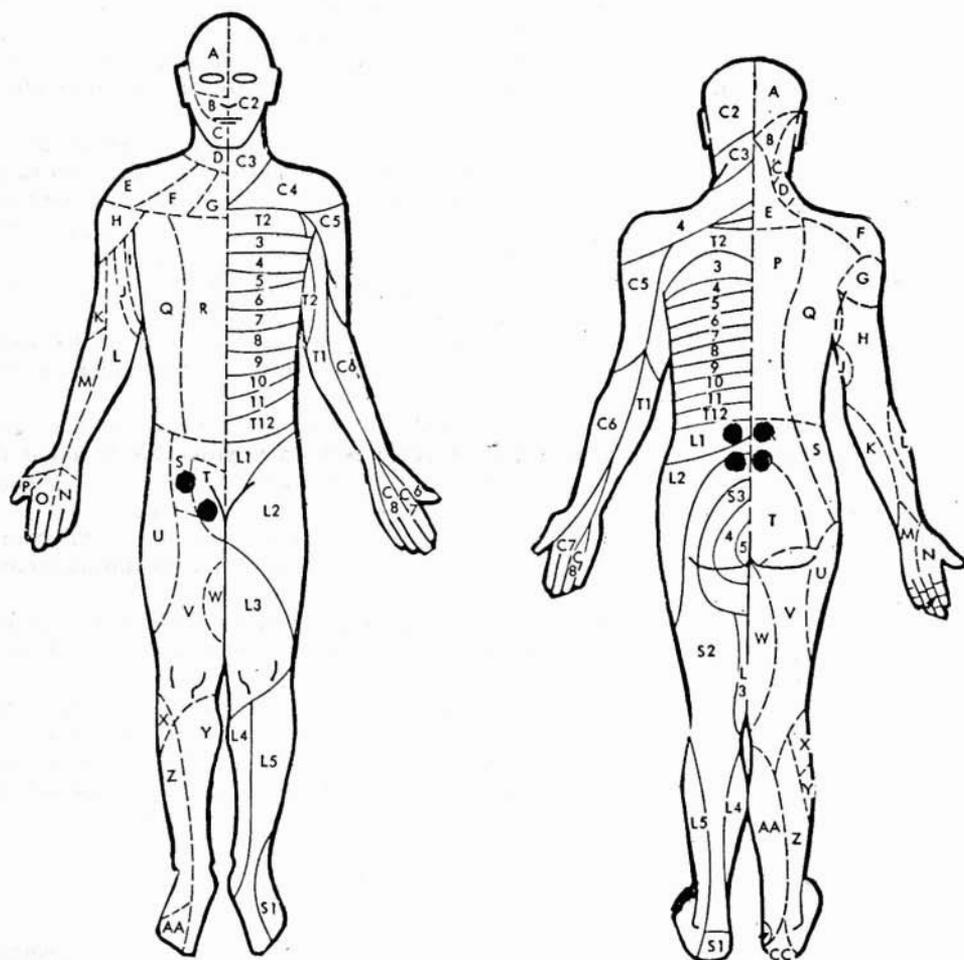


Fig. 1. — Puntos de estimulación eléctrica.

Sólo cuando se trata de un fenómeno no doloroso en exceso y bien tolerado por el paciente es suficiente una terapéutica con antineuróticos y suaves analgésicos, así como asegurar que el dolor desaparecerá de forma gradual y por su cuenta.

Muy distinto es cuando el dolor tiene carácter violento, exacerbante, para el que cualquier medicamento resulta ineficaz y hay que recurrir a los opiáceos. Para estos casos, por fortuna raros, hemos ideado la aplicación de la estimulación eléctrica transcutánea (T.E.N.S.), partiendo del presupuesto de que los «trigger points» o «zonas activadas» regulan el «input» doloroso de las zonas correspondientes a la propia irradiación dolorosa.

Los casos que hemos tratado, en número de cuatro, son pacientes operados de gangliectomía lumbar aislada (2 casos) o asociada a intervenciones de cirugía arterial reconstructiva (un «by-pass» aorto-monofemoral y una tromboendarteriectomía ilíaca). La complicación neurálgica de nuestra casuística se halla alrededor del 4 % de los casos. Se ha manifestado cerca del 8.º día en dos casos y más tardía, 12.º día, en los otros dos, asumiendo desde el comienzo un tono dramático y violento.

Para inducir la analgesia hemos utilizado un aparato para la estimulación eléctrica nerviosa transcutánea. Como puntos de estimulación hemos empleado una disposición doble (fig. 1), estimulando ya sea las raíces nerviosas lumbares en zona paravertebral, ya los «trigger points» activos en la ingle, si están presentes. Tales puntos son zonas superficiales de hiperalgesia que suscitan intenso dolor, irradiado eventualmente, cuando efectuamos una presión con el dedo sobre ellas.

Para la estimulación venimos empleando los siguientes parámetros: frecuencia 40 Hertz, amplitud 1 milisegundo, aumentando el potencial hasta los límites tolerados por el paciente.

A los 10-15 minutos se suspende la estimulación, preguntando al paciente si observa alguna mejoría del dolor. Si la respuesta es positiva se prosigue la estimulación, de lo contrario se buscan otros puntos de estimulación. Las sesiones, de 45 minutos de duración, son diarias, con un total de 10 días.

Transcurrida la primera sesión se observa ya una mejoría discreta, tal como consentir al menos un reposo nocturno, y a los 10 días el dolor ha desaparecido por completo para no reaparecer.

En conclusión, podemos decir que nuestra experiencia ha sido del todo positiva, tanto por la rápida atenuación del dolor, como sobre todo por el acortamiento promedio de su duración.

Hemos querido resaltar nuestros primeros datos para sugerir una solución que cabe comprobar y posiblemente extender a un amplio número de casos.

En caso de que otros autores repitan nuestra experiencia y confirmen su validez, cabría pensar en haber resuelto el problema de la neuralgia postsimpatectomía.

RESUMEN

La simpatalgia tras la ablación de los ganglios simpáticos representa una complicación bastante desagradable aunque relativamente transitoria. Se reportan 4 casos de neuralgia postsimpatectomía y se presenta un nuevo esquema terapéutico basado en el empleo de la estimulación eléctrica nerviosa subcutánea. Se discute la técnica, los «trigger points» a estimular y la interpretación fisiopatológica del método.

SUMMARY

Technic, stimulated «trigger points» and physiopathological interpretation of the new therapeutical procedure (Subcutaneous nervous electric stimulation) as a treatment of the postsympathectomy nevralgia are exposed and commented on. Four cases are presented.

BIBLIOGRAFIA

- Banhamou, N. y Natali, J.: La sympathectomie lombaire en 1979. «Actualité Chirurgie Cardio-Vasculaire de l'Hôpital Broussais», Masson, 1979, p. 183.
- Martorell, F.: «Angiología», Ed. PEM, Roma, 1972.
- Melzack, R.; Stilwell, D. M.; Fox, E. J.: Trigger points and acupuncture points for pain: Correlations and implications. «Pain», 3: 23, 1977.
- Natali, J.; Kieffer, E.; Tricot, J. F.: Les complications douloureuses de la sympathectomie lombaire. «Concours Médical», 97: 5079, 1973.
- Procacci, P.; Zoppi, M.; Maresca, M.: La terapia delle sindromi dolorose con stimolazione elettrica (elettroanalgesia). Clin. Ter., 73: 465, 1975.
- Rasó, A. M. y Bianchi, M.: Le complicitanze della chirurgia vascolare e della diagnostica angiologica. «Min. Med.», Torino.
- Sieck, M. H. y Turner, J. F.: Clinical applications of transcutaneous electrical nerve stimulation. BMSI, 1979.
- Tinozzi, F. P. y Morone, C.: Possibilità e limiti della chirurgia del sistema nervoso simpatico nelle affezioni degli arti. «Arch. Soc. Ital. Chir.», 6.º Congresso, Roma, 1962.