

Resultado de la Simpaticectomía lumbar en 43 observaciones

Dres: Danilo Castro Suarez*, Oscar Balboa**, Vartan Tchekmedyan**, Horacio Pittamiglio*
Pablo Matteucci***, Bres. Gino Girardi, Gonzalo Ardao y Dr. Miguel Figueredo****

Clínica Quirúrgica "F" del Hospital de Clínicas Prof. Dr. Luis Praderi. Facultad de Medicina - Montevideo, Uruguay.

Presentado en el XXXIII Congreso Uruguayo de Cirugía.

* Asistente de Clínica Quirúrgica.

** Profesor Adjunto

*** Profesor Agregado.

**** Médico Auxiliar

Dirección: José Lluques 4346 - Montevideo (Dr. D. Castro)

RESUMEN

Se realiza el análisis retrospectivo de 43 simpaticectomías lumbares realizadas en el Hospital de Clínicas entre los años 1973 y 1981. Se comparan sus resultados con la arteriografía preoperatoria.

Los mejores resultados que observamos con este procedimiento fueron cuando la arteriografía preoperatoria evidenciaba lesiones segmentarias del sector medio o distal con la arteria Femoral Profunda permeable.

SUMMARY Results of 43 lumbar sympathectomy

Retrospective analysis of 43 lumbar sympathectomy, performed in the H. de C. between 1973 and 1981 is performed. Its results with preoperative arteriography are compared.

The best results of this procedure were seen when preoperative arteriography showed segmental lesion of middle and distal sector, with profundis femoralis undamaged.

Palabras clave (Key words, Mots clés) Medlars:
Vascular Surgery, Sympathectomy

INTRODUCCION

El presente trabajo intenta delimitar las situaciones clínico-radiológicas más favorables para la indicación de la Simpaticectomía Lumbar Aislada, entendiéndose por aislada como el único procedimiento a realizar en el acto quirúrgico; ya que muchas veces hemos visto que se utiliza como último gesto terapéutico en un enfermo con insuficiencia vascular de miembros inferiores y no da un real valor de sus resultados.

Realizamos un estudio retrospectivo de las simpaticectomías Lumbares Aisladas en el Hospital de Clínicas entre los años 1973 y 1981, analizando los resultados postoperatorios en relación con la extensión y altura de la lesión arterial de los miembros inferiores; el estado de la Arteria Femoral Profunda y la patología diabética.

Fueron incluidos en el protocolo solo aquellos casos con anatomía patológica que certificó la extracción de ganglios simpáticos y excluidos a los que se les asoció cirugía vascular directa, para evitar falsas interpretaciones.

MATERIAL Y METODOS

Se realizaron en el período estudiado 70 simpaticectomías.

Solamente 49 estaban estudiadas del punto de vista anatómico patológico, destacándose que 2 de los estudios negaban la extirpación del simpático.

De las 47 restantes, a 9 se les había realizado concomitantemente cirugía arterial directa.

Fueron entonces tomados en cuenta 38 pacientes, 32 de sexo masculino (84,20/o) y 6 de sexo femenino (15,80/o).

En un solo caso la simpaticectomía fue bilateral y en el resto fue unilateral del lado más afectado.

El estado vascular del paciente fue puesto en evidencia por estudios radiológicos vasculares contrastados. Se diferenció además pacientes diabéticos de no diabéticos.

Por necesidades comparativas nos vimos obligados a realizar una clasificación de las lesiones vasculares.

En relación a la extensión de las lesiones en base a la arteriografía las clasificamos según el número de sectores que estaban involucrados:

- a) Lesiones segmentarias, aquellas que afectaban un solo sector: aorto-ilíaco, fémoro-poplíteo o distal.
- b) Lesiones mixtas, aquellas que afectaban 2 sectores de las anteriormente nombradas.
- c) Lesiones difusas, aquellas que tenían los 3 sectores afectados.

En relación a la altura lesional:

- a) Lesiones altas, las del sector aorto-ilíaco o ilio-femoral.
- b) Lesiones del sector medio, las del sector fémoro-poplíteo.
- c) Lesiones distales, de los ejes vasculares tibio-peroneos.

En relación al estado de la Arteria Femoral Profunda:

- a) Con Femoral Profunda permeable.
- b) Con Femoral Profunda Obstruída.

Se estandarizaron los resultados postoperatorios en 3 evoluciones diferentes según la clasificación propuesta por Langeron y Puppnick modificada por nosotros.

- c) Evolución buena. Entendiéndose por tal aquella en la que los pacientes mejoran en un 100/o el perímetro de marcha, o el dolor de reposo desaparece o cicatrizan las lesiones ulcero necróticas.
- b) Evolución regular. El perímetro de marcha aumenta el 50/o o disminuye el dolor de reposo o se estabilizan las lesiones ulcero necróticas.
- c) Evolución mala o desfavorable. El perímetro de marcha permanece sin cambios o el dolor no varía o bien las lesiones ulcero necróticas continúan con su progresividad.

RESULTADOS

El análisis del postoperatorio inmediato destaca la inexistencia de mortalidad postoperatoria y la morbilidad prácticamente es nula.

Se obtuvo buena evolución postoperatoria en un 65,30/o de aquellos pacientes que tenían la Arteria Femoral Profunda permeable, en un 30.70/o la evolución fue regular y sólo un 40/o evolucionaron mal. Cuando esta Arteria estaba estenosada la evolución fue regular o mala, no existiendo buena evolución en nuestra casuística. Si estaba totalmente obstruída, en un 1000/o de los casos evolucionaron mal. (Cuadro 1)

**CUADRO 1:
SIMPATICECTOMIA LUMBAR Y ESTADO DE LA
ARTERIA FEMORAL PROFUNDA**

Estado de la Arteria Femoral Profunda	Evolución		
	Buena	Regular	Mala
1. Permeable 26	17(65,30/o)	8(30.70/o)	1(40/o)
2. Estenosada 7		2(28,60/o)	5(71,40/o)
3. Obstruída 5			5(1000/o)
	17	10	11

En aquellos pacientes con lesiones arteriales segmentarias se observaron buenas evoluciones en un 82,30/o, contrariamente a las lesiones difusas donde los resultados fueron malos en un 800/o. Cuando las lesiones eran mixtas, la evolución era regular en un 500/o con un consiguiente pronóstico reservado.

**CUADRO 2:
SIMPATICECTOMIA LUMBAR Y EXTENSION
DE LA LESION ARTERIAL**

Extensión de la lesión Arterial	Evolución		
	Buena	Regular	Mala
1. Lesiones Segmentarias 12	10(83,20/o)	1(8,40/o)	1(8,40/o)
2. Lesiones Mixtas 16	6(37,50/o)	8(500/o)	2(12,50/o)
3. Lesiones Difusas 10	1(100/o)	1(100/o)	8(800/o)
	17	10	11

A medida que las lesiones son más distales mejoran los resultados. Destacándose que un 750/o de las lesiones distales evolucionaron en forma satisfactoria. Cuando estaba afectado el sector medio un 470/o tuvieron buena evolución y un 410/o evolución regular con pronóstico incierto. Si en cambio la lesión era alta, ninguno evolucionó bien y un 77,80/o tuvieron mala evolución con un pronóstico muy desfavorable (Cuadro 3)

**CUADRO 3:
SIMPATICECTOMIA Y ALTURA DE LA
LESION ARTERIAL**

Altura de la lesión arterial	Evolución		
	Buena	Regular	Mala
1. Lesiones altas 9		2(22,20/o)	7(77,80/o)
2. Lesiones del sector medio 17	8(470/o)	7(110/o)	2(120/o)
3. Lesiones distales 12	9(750/o)	1(8,30/o)	2(16,70/o)
	17	10	11

En relación con la patología diabética, mirado en forma apresurada, aparentemente existiría un predominio de buenos resultados en pacientes Diabéticos (64,20/o) contra los que no lo son (33,30/o) (Cuadro 4).

**CUADRO 4:
SIMPATICECTOMIA Y DIABETES,
SIN DISTINCION DE ALTURA LESIONAL**

	Evolución		
	Buena	Regular	Mala
1. Diabeticos 14	9(64,20/o)	1(7,10/o)	4(28,70/o)
2. No Diabeticos 24	8(33,30/o)	9(37,50/o)	7(29,20/o)
	17	10	11

Del análisis más detenido resulta que de los 14 Diabéticos, 8 tenían obstrucción distal y 6 obstrucción mixta: Fémoro-poplíteo más distal, que vimos anteriormente eran los de mejores evoluciones.

Para evitar resultados falaces se compararon para una misma topografía y extensión lesional, los pacientes Diabéticos y los no Diabéticos. Como en los primeros el sector más comprometido es el distal, es el sector que tomamos como referencia. Observamos que para una misma topografía y extensión lesional no existe diferencia entre Diabéticos y no Diabéticos, teniendo ambos en un 750/o buenas evoluciones (Cuadro 5).

**CUADRO 5
SIMPATICECTOMIA Y DIABETES PARA UNA
MISMA TOPOGRAFIA Y EXTENSION LESIONAL**

Obstrucción Segmentaria Distal 12	Evolución		
	Buena	Regular	Mala
1.-Diabeticos 8	6(750/o)		2(250/o)
2.- No Diabeticos 4	3(750/o)	1 (250/o)	
	12	9	2

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados podemos concluir que:

1. Uno de los elementos fundamentales para esperar una buena evolución de la simpaticectomía es tener una femoral profunda permeable. Si esta se halla totalmente obstruída la evolución es mala en el 100% de los casos de nuestra casuística.
2. La evolución es más favorable cuanto más sectorial es la lesión.
3. Las lesiones distales evolucionan más favorablemente que las del sector medio y éstas más que las proximales.
Esto es muy significativo si tenemos en cuenta que las lesiones distales son las que tienen menor posibilidad de cirugía arterial directa.

4. A igual lesión arterial las evoluciones son comparables en Diabéticos y en no Diabéticos.

Como conclusión final de las indicaciones de la Simpaticectomía lumbar, pensamos que esta es máxima en pacientes con lesiones segmentarias medias o distales con femoral profunda permeable, sin importar mayormente que sean o no diabéticos, sobre todo en aquellos pacientes que por otras razones no se les pueda realizar otro tipo de cirugía.

Por el contrario en pacientes con lesiones proximales y difusas, con femoral profunda obstruída está formalmente contraindicada, ya que en nuestra casuística, todas tuvieron mala evolución, y estamos sometiendo a un riesgo quirúrgico al paciente, aunque este sea mínimo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. COURBIER, R.; REGGI, M; Evaluation Objective des résultats de la sympathectomie lombaire par des épreuves lombaire fonctionnelles vasculaires. Lyon Chir, 2:268, 1973.
2. LONGERAN, P.; PUPPINCK, P. Resultats de la sympathectomie lombaire en fonction de la localisation des lesions d'arterite Lyon Chir, 2:270, 1973.
3. MORELLI, R; DE LOS SANTOS, J.; ESTEFAN, A; POMI, J.; PUIG, R: Enfermedad de Leo Buerger Cir. Uruguay, 45:137, 1975.
4. PALMA, E. Simpatectomia lumbar. Técnica y resultados Bol. Soc. Cir. Uruguay 21:505, 1950.
5. PALMA, E. Femoral and Iliac Stenosing arteriopathy Congreso Interamericano Sociad. Angiolog. A, 2do. 1954 p. 299.
6. PALMA, E; PASSANO, M. Arteriopatías Hemodinámicas Congreso Uruguayo de Cirugía, 8o, 1957. p. 63.
7. VOLLMAR, J. Cirugia reparadora de las arterias 1a. ed.- Barcelona, Torax, 1977.