

CASA DE SALUD VALDECILLA
SANTANDER

SERVICIO DE HUESOS Y ARTICULACIONES
JEFE: DR. SIERRA CANO

GANGLIECTOMÍA LUMBAR EN ISQUEMIA AGUDA TRAUMÁTICA

DR. ALBERTO PALMA RODRÍGUEZ
MÉDICO INTERNO

Los traumatismos arteriales, frecuentes en heridas de guerra, se presentan de tarde en tarde en la vida civil.

Recientemente en este Servicio hemos tenido un síndrome de isquemia aguda de tobillo y pie derecho, en un accidentado de trabajo con fractura bimalleolar y marginal posterior de tibia con subluxación posterior de astrágalo, enfermo al que se le practicó una gangliectomía lumbar, obteniéndose un resultado favorable.

La historia es la que sigue: enfermo M. H. R., de 35 años de edad y de profesión cantero. El 17 de febrero 1955, cuando se encontraba trabajando en una cantera, le cayó una piedra sobre la pierna derecha. A las dos horas del accidente es visto por nosotros en el servicio de urgencia, apreciándose una herida inciso-contusa de unos 5 cm. de longitud por debajo y por delante de maleolo peroneo, que interesa piel, celular subcutáneo y aponeurosis, zona de contusión en cara posterior de pierna a nivel de su tercio medio-inferior. Gran hinchazón de pie y tobillo, deformación en valgo y acortamiento de antepié. Piel lívido-cianótica, pérdida de la movilidad activa de los dedos, anestesia completa y frialdad. No se palpa pulso en pedía ni en tibial posterior, comparativamente con el lado izquierdo que se aprecia perfectamente.

Radiográficamente nos encontramos con una fractura bi-

maleolar y marginal posterior de tibia con subluxación posterior de astragalo.

Una hora después de su ingreso y bajo anestesia general (pentotal-eter-oxígeno) se le interviene: escisión de los bordes de la herida y sutura. Nos llamó la atención lo poco que sangraba, siendo la sangre de éstasis. Reducción de la fractura-luxación y colocación de un enyesado de pierna y pié, escayola que se abre a todo lo largo de su cara anterior para prevenir una compresión por edema. Control radiográfico inmediato, comprobándose una reducción perfecta.

Durante la intervención se inyectan 20 c.c. de novocaína al uno por ciento en arteria femoral y se hace una infiltración del simpático lumbar.

Colocamos pierna sobre férula de Braun, se envuelven los dedos en algodón para prevenirlos del frío. Tratamiento con eupaverina endovenosa, penicilina y heparina vigilando tiempo de coagulación.

Diez horas más tarde, aparecen manchas cianóticas por el dorso del pié y en dedos y una ampolla del tamaño de una moneda de dos pesetas en la base de los dedos tercero y cuarto. El enfermo continúa con dolor, impotencia funcional completa, anestesia, frialdad y palidez. Ante este cuadro se decide a hacer una gangliectomía del simpático lumbar, intervención que es llevada a cabo por el Dr. SIERRA CANO. Anestesia general (pentotal-curare, eter, oxígeno; intubación orotraqueal). Enfermo en decúbito supino con pierna derecha flexionada y cruzada sobre la izquierda, para relajar el psoas. Incisión de unos 8 centímetros de longitud, oblicua hacia abajo y adentro y a unos 5 centímetros por encima de la cresta iliaca en la región lateral del abdomen. Se separa el músculo oblicuo mayor siguiendo la dirección de sus fibras, se disocia el oblicuo menor y el transverso, a nivel, aproximadamente de la segunda lumbar. El músculo transverso se disocia por fuera del músculo recto, a fin de evitar la apertura del peritoneo que se encuentra adherido a la vaina posterior de dicho músculo. Inclínación lateral de la mesa hacia el lado izquierdo. Se rechaza el peritoneo y su contenido hacia delante. Se busca el curso entre el psoas y cuerpos vertebrales, rechazando un poco la vena cava hacia delante. Con pinzas de disección y tijeras largas se libera la

cadena ganglionar de sus adherencias vertebrales, extirpándose el segundo y tercer ganglios. Cierre por planos.

Evolución. A las ocho horas de la intervención, se notan los dedos más calientes, persistiendo la impotencia funcional y la anestesia.

Al día siguiente es mayor la temperatura local de los dedos, notando el enfermo parestesias y alguna sensibilidad objetiva en el dedo gordo.

Veinticuatro horas después, podía mover activamente este dedo y se iniciaban algunos movimientos en los restantes, movilidad que se recobró totalmente pasados dos días.

Posteriormente, desapareció la anestesia, siendo todas las sensibilidades normales.

En la actualidad, el enfermo se encuentra completamente restablecido de su trastorno isquémico, pero permanece en tratamiento por su fractura.

CONSIDERACIONES

Es evidente que este enfermo sufrió un traumatismo vascular en cara posterior de pierna donde existía una zona de contusión. Se descartó la posibilidad de que la lesión vascular fuese producida por la desviación de los fragmentos fracturados, ya que ésta no era exagerada y que en esta región, los vasos no se encuentran en tan íntima relación con el plano óseo como en otras (arteria humoral en las fracturas supracondileas, arteria poplítea en fracturas oblicuas altas de tibia, etc.)

El diagnóstico cierto del tipo de lesión vascular, no lo pudimos establecer; lo que sí estaba claro, es que existía un síndrome de isquemia aguda traumática de pié y tobillo.

Una vez vista la evolución seguida por este enfermo, nos inclinamos a pensar que tuvo una contusión arterial, tal vez con lesión de la adventicia, a nivel de la región posterior de la pierna, de donde partió un espasmo arterial reflejo que extendió su respuesta a todos los vasos de tobillo y pié. Es probable que existiera un principio de trombosis arterial que no progresó debido al tratamiento con heparina a que fué sometido el enfermo.

No queremos con esto descartar la posibilidad de una rotura o compresión arterial, con o sin trombosis, acompañadas de un vasoespasmo.

Respecto a la patogenia de este espasmo, piensan algunos autores que se debe a una irritación de los nervios vasoconstrictores de la pared arterial, creyendo que los vasos poseen, como el corazón, un mecanismo vasomotor autónomo, regulado por el sistema vegetativo. KUTNER y BARUCH admiten una teoría miogénica del espasmo segmentario, fundándose en que los vasos reaccionan vivamente a los estímulos externos y que, aún en vasos privados de sus nervios, pueden obtenerse vasoconstricciones por el cambio de temperatura. LERICHE cree que este espasmo es una vasoconstricción refleja que, naciendo de los impulsos aferentes de la región lesionada de la arteria, pasa al plexo paravertebral y estimula toda la inervación simpática del miembro afecto.

Hace pensar en el carácter reflejo del espasmo, no solo su extensa distribución sino también la mejoría que habitualmente sigue a la eliminación de la fuente de impulsos aferentes, mediante la resección del segmento de arteria lesionada y la que puede conseguirse seccionando el arco reflejo simpático por la inyección paravertebral de novocaína, por la anestesia raquídea o por la simpatectomía operatoria (WATSON JONES).

El tratamiento ha de ser urgente. Si quieren evitarse graves complicaciones debe restablecerse la circulación en un plazo de ocho a diez horas. Puede intentarse primero un tratamiento médico, evitando la acción perjudicial y vasoconstrictora del frío, administrando antiespasmódicos enérgicos y a dosis altas, tipo papaverina, acetilcolina, ácido nicotínico; previniendo la trombosis mediante anticoagulantes, vigilando siempre tiempo de coagulación y recurriendo en todo caso a la inyección paravertebral con novocaína de la cadena simpática.

De no ceder a este tratamiento médico en un tiempo prudencial (de pocas horas), creemos necesario acudir al tratamiento quirúrgico. Si sospechamos que la causa es una rotura arterial, la arteriectomía o la sutura directa o mediante prótesis, es lo indicado. Esto puede ser suficiente para que cese el espasmo.

En cuanto a la gangliectomía, la consideramos indicadísima en todos los casos, puesto que evita el espasmo que sabemos no



Figura 1.^a

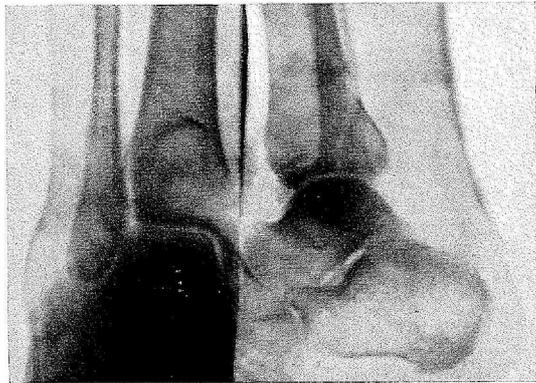


Figura 2.^a

es exclusivo del vaso principal, sino que afecta también a las ramas colaterales, por las que se puede restablecer de nuevo la circulación.

Si la isquemia aguda se debe a una trombosis la gangliectomía, con la administración de heparina, puede restablecer la circulación. También puede practicarse la trombectomía o la arteriectomía extirpando el segmento arterial trombosado.