

## ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE SIMPATECTOMIA PERIARTERIAL

Resultados obtenidos por el doctor

L. LEYVA PEREIRA

Médico Jefe de la Policía Nacional.

El señor doctor Julio Zuloaga, eminente cirujano que ejerce con gran acierto su profesión en Manizales, presentó a la Academia Nacional de Medicina un importantísimo trabajo sobre gangliectomía del simpático lumbar para diversas afecciones de origen circulatorio en el miembro inferior, y según el doctor Zuloaga (quien tiene el enorme mérito de haber sido el primero entre nosotros que practicó dicha intervención) la operación de la resección ganglionar es la que debe practicarse en tales casos.

No es sólo la falta de habilidad del que habla la única razón que haya tenido para no practicar la gangliectomía, sino el hecho de parecerle una intervención demasiado radical, de técnica difícil y peligrosa; además, la consideración elemental de que la destrucción de todo un sistema, que para algo existe, me ha llevado siempre a practicar la simpatectomía periarterial como operación de elección, curativa unas veces y adyuvante efficacísimo en otros casos.

Mi distinguido amigo clasificó la operación de Leriche como inútil o poco menos, por cuanto, según el doctor Zuloaga, no destruía o mejor, no eliminaba completamente el sistema simpático, ya que las ramificaciones de este nervio no sólo se encuentran en el tronco principal de la arteria, sino también en sus diversas colaterales.

Un análisis de los fenómenos que se presentan después de esta operación, a mi juicio, es argumento que milita a favor y no en contra de la simpatectomía. Aprovechar estas reacciones para obtener la curación es lo que se necesita y más bien me parece favorable el hecho de que un tiempo después se haga una regeneración del sistema simpático, por cuanto de esa manera la cirugía llena la importantísima función reconstructora y no destructora,

reproche éste que los clínicos suelen hacernos y que en varias ocasiones pueden tener razón.

Es un hecho reconocido por cirujanos y fisiólogos que en las primeras horas que siguen a la simpatectomía, una vaso-constricción se establece. Las oscilaciones en el esfigmomanómetro de Pachon se hacen menos amplias; hay una hipotermia transitoria. Estos fenómenos duran más o menos doce horas. En seguida se presenta la reacción contraria, que es a mi juicio la benéfica: hay una gran vasodilatación demostrada por el índice oscilométrico en el Pachon. Una hipertemia manifiesta que puede demostrarse con el termómetro de Péter y que llega a más de un grado muchas veces. La máxima sube y la mínima baja, prueba de que existe una parálisis vasomotora.

Como fenómenos subjetivos los enfermos experimentan una sensación de calor, de bienestar, de vuelta a la vida de su miembro enfermo, que les hace querer la operación y recomendarla, como tuvimos el caso de observar en nuestro primer simpatectomizado.

No quiero demorarme ni fatigar la atención de los que me escuchan exponiendo las diversas teorías y los resultados obtenidos por muchísimos autores con respecto a la intervención de que me ocupó. Voy a presentar mi estadística personal y aun cuando me desagrada citar nombres propios, como se trata de una comprobación, lo hago con el objeto de que cualquiera que me lea, pueda averiguar y verificar los resultados que sacaré de estas observaciones.

No presento casos operados de 1931 para acá, pues considero que se puede criticar el hecho de que no haya tiempo suficiente para conocer resultados definitivos. De algunos de mis enfermos no he tenido noticia en los últimos cuatro años. Pero el hecho de que muchos de ellos pertenezcan al Cuerpo de la Policía me permite, a mi vez, haberlos seguido constantemente, saber dónde se encuentran y cuál ha sido el resultado definitivo de sus intervenciones.

Una clasificación en las lesiones se hace indispensable, pues la simpatectomía periarterial no sirve para todos los casos, verdad tan grande como lo es el hecho de que en determinadas condiciones es una bella intervención, cuya iniciación será uno de los más grandes títulos del cirujano lionés que la ideó y la practicó por la primera vez.

#### *Ulceras varicosas.*

Anotaba el doctor Julio Aparicio en la sesión de la Academia a que vengo refiriéndome que en el Asilo de Sibaté la simpatec-

tomía dio resultados halagadores en un principio, pero que las úlceras volvieron a aparecer pocos meses después de operar. Lo mismo exactamente pasó con los primeros enfermos por mí tratados. Pero comprendiendo que la cicatrización de esas úlceras enormes no se llevaba a cabo completamente por la sola resección de la túnica adventicia de la arteria, a pesar de las reacciones muy favorables por todos constatadas, en estos casos practico hoy con resultados muy halagadores una triple intervención consistente en la resección (para las úlceras de la pierna), de la vena, del nervio safeno interno, una simpatectomía periarterial y la colocación de injertos de mo-epidé micos cuando la extensión de la úlcera es muy grande.

Los injertos prenden todos debido a la acción congestiva de la simpatectomía y el tiempo de reacción congestiva es suficiente para determinar una epidermización completa y duradera. Enormes úlceras como las de Cendales y Ruperto Niño han curado definitivamente. El primero trabaja en Ubaté en agricultura, desde 1927 sin que se haya reproducido una de las úlceras más grandes que haya yo visto; cuarenta y nueve injertos de Thiers se le pusieron y no se perdió ni uno solo. La úlcera de Niño era de todo el antebrazo y hoy trabaja en Bogotá, perfectamente bien; fue operado el 4 de julio de 1927.

Si únicamente fueran dentro de las catorce observaciones de úlceras varicosas que hemos operado, estos dos los únicos casos de curación, el éxito de la simpatectomía como intervención está hecho, pues una curación en casos tan rebeldes (uno de ellos, el de Cendales llevaba cuarenta años de sufrir y aplicar sin éxito toda clase de tratamientos) justifica que se intente la operación.

Para estos enfermos a quienes persigue una nube de moscas, malolientes, mi distinguido amigo el doctor Zuloaga aconseja la amputación como único tratamiento. Yo presento estos dos éxitos y pido que antes de mutilar se practique con fe la triple intervención que a mí me ha dado tan buen resultado.

#### *Úlceras no varicosas de la pierna.*

Hemos practicado la simpatectomía en diez y nueve casos de úlceras no varicosas de la pierna con un resultado verdaderamente perfecto. De nuestros enfermos quince eran agentes de policía y hemos podido seguirlos y sabemos dónde están y que se encuentran perfectamente curados.

El diagnóstico diferencial, fué de los caracteres anatómicos y objetivos, lo hemos hecho de úlcera simple, cuando la prueba de Tredelembourg para demostrar la insuficiencia venosa ha sido ne-

gativa. La reacción de Wassermann practicada sistemáticamente y la prueba de reposo hecha, de tal manera que no puede decirse que esas úlceras hubieran curado con reposo y con tópicos locales. La curación, y ésta sí es tan absoluta como puede ser la de cualquier absceso, se debe, a nuestro juicio, a que la reacción congestiva dura el tiempo suficiente para que se establezca una epidermización completa y definitiva.

Contamos en éstas al sargento Munévar, operado el 28 de octubre de 1924 (la primera operación de este género que se practicaba entre nosotros) observación que, mi lamentado discípulo doctor Alberto Gutiérrez V. cataloga en su tesis como úlcera fagedénica de las tierras calientes. Fue ocasionada esta úlcera por la mordedura de una serpiente venenosa y cuatro años se pasaron sin que el enfermo encontrara mejoría. La simpatectomía en él dio un admirable resultado y hoy Munévar se encuentra absolutamente curado, es agente de policía y presta su servicio sin inconveniente.

Heraclio Cogollos, operado el 28 de noviembre de 1924 para una úlcera de la cara externa, tercio inferior de la pierna derecha, cumplió su tiempo de servicio en la policía, hoy está pensionado, sufre de una insuficiencia cardíaca pero su úlcera curó definitivamente a pesar de haber estado en Barrancabermeja los últimos años de su vida de policía. Me haría muy largo si analizara observación por observación y solamente he querido demorarme un poco en estos dos primeros casos por haber sido las primeras intervenciones practicadas entre nosotros.

#### *Mal perforante plantar.*

Pedro N. Rocha, agente de policía, fue operado el 28 de febrero de 1925, para un mal perforante de origen indeterminado en la cara plantar del pie derecho, debajo de la interlínea metatarso-falangiana del segundo dedo. Las biopsias no dieron resultado. Dolores nocturnos intensísimos. Resultado: curación definitiva. Continúa prestando sus servicios.

Nicolás Pereira Márquez.—Maquinista. Formación en la planta del pie de un callo epitelial supremamente doloroso, infartos ganglionares, biopsia de uno de estos ganglios practicada por el doctor Sanmartín, mostró células anormales, posiblemente de origen maligno. Tratamiento por el Radium, que destruyó completamente la formación, dejando una úlcera supremamente dolorosa y con todas las características de un mal perforante. Operado el 6 de mayo de 1926, ayudado por el señor doctor José M. Montoya, se obtuvo la curación completa. Pereira trabaja hoy en el Ferrocarril de Girardot.

*Úlceras medicamentosas y traumáticas.*

Clodomiro Niño, agente de policía, operado el 14 de julio de 1925; simpatectomía peri-humeral para una úlcera del pliegue del codo producida por una inyección de 914 infiltrada. Curación.

Roberto Alvarado, operado el 5 de julio de 1926; simpatectomía peri-humeral para una elefantiasis del antebrazo, con úlcera traumática, sobrevenida después de que el miembro había sido traumatizado por un trapiche. Curación.

En este capítulo puedo colocar la observación de Luis Vargas P., agente de Policía, operado por el doctor Alberto Gutiérrez V., para un bubón tropical, el 5 de enero de 1925. En el mes de octubre siguiente, comenzó a notar que la pierna izquierda empezaba a edematizarse, sin dolor ni enrojecimiento (éste había sido el lado operado). Así continuó prestando servicio hasta que el edema de la pierna, localizado desde el tobillo hasta la rodilla, se hizo enorme. Durante tres meses el edema permaneció estacionario. A fines de diciembre comenzaron a presentarse flictenas y algunos días después pápulas y ampollas seguidas de costras en diferentes lugares de la pierna. Durante un mes fue tratado médicamente en el Hospital de la Policía por reposo absoluto, inyecciones, etc., sin que el edema sufriera la menor modificación. El 28 de mayo practicamos la simpatectomía perifemoral, y tres días después la circunferencia de la pierna había disminuído en 10 centímetros. El 22 de junio, el enfermo salía curado. Esta observación la he tomado de la tesis de Gutiérrez, en donde, como dije al principio, se encuentran las observaciones hasta mediados de 1926.

*Enfermedad de Raynaud.*

Un caso de simpatectomía, peri-humeral doble, en Gustavo Alvarado, agente de policía, operado el 18 de julio de 1926. Hoy continúa prestando sus servicios con menos inconvenientes que antes de la operación, pero de un año a esta parte han vuelto a presentarse las sensaciones subjetivas de asfixia.

Voluntariamente he dejado de últimos los casos de endarteritis obliterante y de obliteraciones arteriales que he querido corregir por la simpatectomía. He de decir con toda franqueza que sólomente el agente Juan Rodríguez Peña, presentado a la última sesión de la Academia Nacional de Medicina, y operado en agosto del año pasado para una arteriectomía derecha, ha sobrevivido al desastre y conserva sus miembros. Actualmente, en mi Servicio de Ragonesi, tengo un enfermo arteriectomizado el 21 de los corrientes, pero el estado de la pierna no me satisface plenamente. Es cierto que des-

graciadamente me sucedió uno de los accidentes más graves, como fue la ruptura de la vena poplítea, a la cual tuve que hacerle una sutura lateral que necesariamente disminuye y dificulta la circulación de vuelta.

En los siete casos de obstrucción arterial que he tenido ocasión de tratar, solamente en dos enfermos creo haber podido establecer el diagnóstico de endarteritis obliterante: El policia arriba mencionado y el que actualmente se encuentra hospitalizado. Ambos son relativamente jóvenes. El origen infeccioso de esta enfermedad, no he podido verlo claro en ninguno de mis dos enfermos. Ellos acusan siempre, como primeras manifestaciones, dolores que cambian de uno a otro dedo del pie, pero en todo caso la hipótesis del doctor Zuloaga debe estudiarse y es muy digna de tenerse en cuenta. La última pieza anatómo-patológica que obtuve antes de ayer, la envié al doctor Juan Pablo Llinás, nuestro hábil anatomopatologista, para que él la estudie; pueda ser que obtenga algún resultado.

Rusia que, como se sabe, es el país en donde más lesiones de esta naturaleza se presentan y cosa rara que anotan los autores de hoy, ha aumentado enormemente después de la implantación del actual régimen. Atribuyen esta enfermedad a un exceso de secreción de las glándulas supra-renales y alguno de ellos ha presentado casos operados de extirpación de la glándula supra-renal izquierda con resultados favorables. Estos datos los he encontrado en las discusiones de la Sociedad de Cirugía de Lyon en los últimos años.

Mis otros cinco enfermos no han obtenido absolutamente, con excepción de un alivio del dolor, ningún resultado con la simpatectomía periarterial. Es bien entendido que por tratarse de personas connotadas de nuestra sociedad, la operación se ha practicado tardíamente y en todos los enfermos la arteria femoral, en la base del triángulo de Scarpa, se ha encontrado ya totalmente obstruída.

Si la ramisectomía le ha dado al doctor Zuloaga resultados en casos semejantes, es una operación admirable que merece practicarse y que justificaría por sí sola el estudio del simpático, descuidado cuando nosotros frecuentábamos los viejos anfiteatros de anatomía, porque entonces no se conocían muchas de las funciones que hoy se le atribuyen y cada día se descubren nuevas, pues estamos en la época de una exaltación que nada de raro tiene sea exagerada, de las funciones del nervio órgano-vegetativo; pero nuestro inolvidable y nunca bien lamentado maestro, el Profesor Luis María Rivas Merizalde, no descuidó ese estudio y he tenido ocasión de ver su bellísima conferencia sobre el nervio simpático, en

la cual desentraña los orígenes medulares desde sus células unipolares de los inflamamientos medulares hasta sus terminaciones periféricas. Hoy el estudio y la disección del simpático es obligatoria para nuestros jóvenes estudiantes y yo les aconsejo que la practiquen mucho por la enorme enseñanza que de su conocimiento resulta.

En un cuadro separado encontrarán los nombres, las profesiones, etc., de los casos que han motivado este modesto trabajo. Son mis deseos que sirvan como base de discusión de las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> La simpatectomía periarterial bien practicada es la operación indicada en la cura de las úlceras tropicales, los males perforantes, las elefantiasis traumáticas y la enfermedad de Raynaud.

2.<sup>a</sup> En las úlceras varicosas es indispensable por cuanto los injertos cutáneos prenden bajo su influjo y producen una epidemización definitiva.

3.<sup>a</sup> No sé qué participación pueda tener la sefenectomía nervio-venosa en estas úlceras, pero en todos los casos de éxito la he practicado.

4.<sup>a</sup> En las obliteraciones arteriales avanzadas no he tenido absolutamente resultado ninguno; en las precoces he practicado la arteriectomía por considerar esta operación más racional por cuanto a los beneficios que pueda traer la simpatectomía, se agrega el muy importante, teóricamente, de detener la propagación del mal hacia arriba.

---