

## ASOCIACION DEL SINDROME LUMBOCIATICO CON ANEURISMAS ABDOMINALES

GERHSANIK, R. O.<sup>1</sup>

**PALABRAS CLAVES:** Lumbociática - Aneurisma abdominal - Ecografía abdominal.

### Introducción

Dentro de los factores etiológicos relacionados con la lumbalgia y ciática la mención del componente vascular es un pequeño capítulo el final de la lista pero con tremendas consecuencias. Una formación aneurismática puede provocar un trastorno catastrófico si ubicada en la región abdominal puede jugar un rol importante y ser el origen de una hemorragia como coincidencia o consecuencia relacionadas con la cirugía lumbar.

Lumbago, claudicación o manifestaciones radiculares puede ser debidas a aneurismas abdominales como síntomas enmascarados. La cirugía selectiva reparadora de este proceso presenta un bajo riesgo de mortalidad (1%) cuando es no sangrante, mientras que es de un 50% en relación a la hemorragia dada las dificultades inherentes al tratamiento en agudo, a la localización y a veces a su gran dimensión.

La TC y el ultrasonido abdominal son los estudios complementarios últimos que tienen una predominante posición y quiero demostrar que debiera ser un *requisito prequirúrgico ineludible* en los pacientes que serán sometidos a la cirugía de estos procesos de ciática o lumbociática si están cerca o encima de los 50 años.

Nuestra inquietud en la revisión de la presente literatura tiene relación con un paciente (infortunado caso) el cual tenía una larga historia de clásica lumbociatalgia por más de 10 años seriamente agravada en el último año con evidentes signos neurológicos deficitarios y compromiso bilateral. El paciente fue intervenido en forma rutinaria aunque con la ayuda de lupas para magnificación de la visión. Al hallar un disco lateral completamente extruído entre L5 y S1 izquierdo este fue extirpado con foraminectomía bilateral y se exploraron las raíces seriamente comprimidas. No se realizaron curetajes o manipulaciones en los espacios intervertebrales y la intervención transcurrió con normalidad sin eventualidades dignas de mención y hacemos hincapié en que tampoco hubo hemorragia.

En los minutos siguientes de su despertar de la anestesia que fue precoz, el paciente presentó signos de shock hipovolémico compatible con el diagnóstico de hemorragia interna inmediatamente se procedió a efectuar una laparotomía exploradora que reveló una hemorragia por defecto arterial a 3 cm por encima de la bifurcación de la aorta, alejado del nivel operado. Los múltiples y fallidos intentos de corregir dicho defecto insumieron ocho horas de intervención y la utilización de 48 unidades de sangre. El paciente presentó un cuadro de coagulo-

<sup>1</sup> R.O.G. Neur. Surg. New Orleans, LA. 70118.

patía diseminada intravascular que agravó su estado, falleciendo al día siguiente.

El Dr. P. Kramer en su trabajo "Lumbalgia y dolor radicular secundario a aneurismas abdominales" analiza 268 aneurismas abdominales operados registrando 94 sangrantes (agudos y rotos) y 174 silenciosos. De todos los enfermos, el 80% presentaron dolor abdominal referido y 62% lumbalgias correspondientes a la serie de los que sangraron; mientras que el 32% tenía dolor abdominal y un 16% lumbalgia cuando no habían sangrado.

Un análisis adicional reveló que el 13% tenía lumbalgias como manifestación sintomática primaria y cerca del 50% de estos lumbalgia y dolor radicular referido, finalmente en 4% tenía únicamente lumbago y dolor radicular referido. El dolor referido correspondía al flanco, área inguinal y anterior de muslo y en mejor proporción la propagación al área testicular, cadera, o ambas caderas y nalga.

El Dr. Chapman y col. describieron tres casos del clásico síndrome ciático secundarios a aneurismas abdominales.

El Dr. Razzuk y col. dos casos en el que incluían signos de Lasegue positivo, atrofia del cuadriceps y pérdida sensorial.

Los Dres. B. Jaftfer (Broke Amry Med. Center) y N. Rich (Walter Reed Me. Center) relataron 73 casos de fístula arteriovenosa secundaria a cirugía discal, 72% de los casos a nivel L4-L5, 28% L5-S1.

Hubo hemorragia a través del espacio intervertebral en el 30%, hipotensión severa en el 10, problemas cardiorespiratorios en 50, debió efectuarse la reoperación en el mismo nivel en un 9% y se halló alteración de los pulsos distales en el 3% de los casos.

Con relación a la localización del daño debemos manifestar que el 89% se efectuaron la arteria y vena común ilíaca derecha, 72 arteria ilíaca común derecha, 70 vena ilíaca común derecha, 30% vena cava inferior, 7 aorta y la mortalidad general fue de un 8%.

El Dr. Brewster y col. (Harvard Medical School) informaron sobre seis casos en seis años de cinco pacientes operados del cuarto disco y uno en el lumbosacro. La reoperación en el mismo nivel se efectuó en tres pacientes, hubo un shock hipovolémico en uno e hipotensión marcada en tres. La localización del daño correspondió a la arteria común ilíaca derecha y vena

cava inferior en tres pacientes, arteria y vena común ilíaca derecha en uno, vena cava inferior uno, arteria y vena común ilíaca izquierda uno. Todos los pacientes sobrevivieron.

Las variables manifestaciones de injuria abdominal relacionadas con la cirugía lumbar han sido descritas por diversos autores ya sea en el orden vascular, intestinal o ureteral, etc. en orden de frecuencia. Las vasculares han sido de la arteria ilíaca común derecha, vena ilíaca común derecha, vena cava inferior, arteria y vena común ilíaca izquierda y aorta. Por falta de comunicación no ha sido debidamente establecido el porcentual, pero sin duda es mucho mayor del que presumimos aun en manos muy experimentadas con técnicas muy delicadas y minuciosas.

El principal factor incidente en la mortalidad ha sido el diagnóstico tardío y el instrumento ofensivo más común la pinza de hipófisis. Esta puede penetrar más allá del espacio discal facilitado este avance algunas veces por el proceso degenerativo que incluye el ligamento anular y el vertebral común anterior.

En la mayoría de los casos la lesión no fue advertida ni sospechada por el cirujano porque tampoco se acompañaron de cambios dinámicos importantes en el paciente.

Recalco que son factores contribuyentes a esta complicación a la reintervención en el mismo nivel (especialmente entre L4 y L5) posición inadecuada, hipo, etc. Otras razones que pueden ocurrir son la profusa hemorragia a través del espacio discal, shock hipovolémico, pérdida del pulso distal, masas abdominales, hemorragias abundantes por coagulopatías que pueden estar presentes.

El shock hipovolémico suele ponerse de manifiesto al colocar el paciente en decúbito dorsal porque se libera el efecto de taponamiento existente durante el decúbito ventral.

Los problemas anestésicos, shock cardiogénico, infarto miocárdico, embolismo pulmonar deben ser descartados en pocos minutos.

La mortalidad puede decrecer cuando se hace un diagnóstico precoz, tratamiento agresivo y equipo vascular debidamente entrenado.

Durante la autopsia no se pudo constatar ninguna evidencia de sangre en el espacio intervertebral del disco extirpado, constatándose que este estaba muy alejado del nivel del defecto arterial, muy por encima de L4-L5, como asi-

mismo no se pudo constatar la existencia de una complicación del acto quirúrgico que justificara el cuadro.

Normalmente en nuestra rutina quirúrgica no realizamos el curetaje intervertebral, limitándonos a trabajar con microlaminectomía para respetar la integridad de las estructuras, con preservación del tejido adiposo y una cuidadosa hemostasia. La esencia de la intervención consiste en liberar completamente las raíces nerviosas con la extirpación del disco o su porción extruída o la que se halle libre. Creemos que no realizar el curetaje a veces innecesario ayuda a mantener mayor estabilidad, previene el colapso adicional del espacio y la consecuente mayor

compresión radicular al disminuir el tamaño de los agujeros de conjugación además se evita la posible complicación infecciosa, el daño vascular o abdominal.

Ante la posibilidad de prevenir eventos como el presente la TC vertebral y el ecograma abdominal deben ser obligatorios como ya expresamos para los pacientes de 50 o más años que se someten a cirugía vertebral.

El paciente y familia deben estar prevenidos de los eventos y posibilidades de complicaciones.

Si el caso relacionado fue coincidencia o complicación del acto quirúrgico por cuántos contribuimos a dicho evento el diagnóstico sigue oscuro para mí.