

ALGUNAS ALGIAS LUMBARES Y ABDOMINALES DE INTERÉS QUIRÚRGICO (1)

por el doctor

L. BARRAQUER FERRÉ

Jefe del Servicio Neurológico del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo

No es mi objeto describir los más comunes y clásicos cuadros algícos de las citadas regiones, de todos bien conocidos, como gastralgias ulcerosas, apendicitis, cólicos hepáticos, nefríticos, etc. etc.

Es bajo el aspecto neurológico que he revisado la patología algíca que puede interesar por apartarse de los grandes cuadros clínicos citados en patología interna, y cuyo conocimiento es necesario al cirujano, unas veces por ser dolencia del campo quirúrgico y otras para diferenciarlas de las que lo son.

Trátase de las siguientes algias: 1.º de algias lumbares de patogenia vertebral; 2.º, algias viscerales tabéticas y 3.º, algias espasmódicas por disfunción neurológica.

Lumbago-lumbalgia-lumbartria. Desde antiguo conocemos por lumbago, el sufrimiento doloroso de la masa óseo-muscular lumbar.

La lumbalgia, cuando es de poca duración y sin consecuencias; y lumbartria, según SICARD, cuando es de mayor importancia.

Esta dolencia puede presentarse en forma aguda o en forma crónica; en la primera el dolor es espontáneo, gravitativo, compresivo, adicionado de punzada en la masa muscular. Los movimientos agravan mucho el dolor, de modo que el enfermo limita los movimientos hasta inmovilizarse con rigidez del tronco por defensa, por reflejo de inflamación y compresión nerviosa. La posición más estable es la inmovilización en decúbito dorsal. Los músculos lumbares aparecen duros y sensibles al tacto.

Poco a poco disminuye este cuadro, pero persistiendo siempre por largo tiempo el dolor a la presión de los agujeros de conjunción y sólo la quietud y el calor lo curan.

Forma crónica. Se caracteriza por la presencia del dolor y la rigidez del cuadro anterior desde mucho tiempo más o menos acentuado. Puede confundirse ra-

ramente con ciertas enfermedades del páncreas, aneurismas, tumores de la pelvis, etc. Son útiles para el diagnóstico la radiografía simple y el aceite yodado. Las investigaciones de laboratorio en el líquido céfalo-

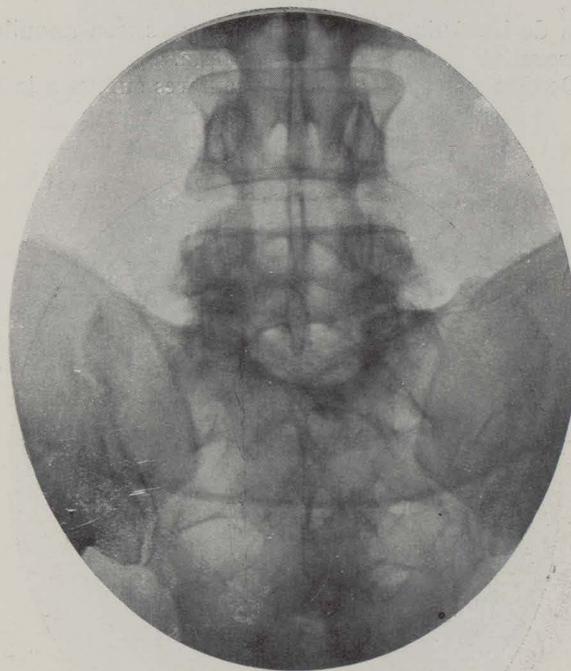


Fig. 1

Lumbalgia por inflamación compresiva, sacralización 5.ª lumbar.

raquídeo pueden algunas veces ayudarnos para la diferenciación de una simple lumbartria crónica reumática, con algias de compresión radicular por lesiones de desarrollo intravertebral, en las cuales la presencia de albuminorraquia y la disociación albúmino-citológica, nos ayudará a hacer el diagnóstico.

De todas las causas que motivan las citadas lumbar-

(1) Lección dada el 6 de marzo en el Auditorium de la Escuela de Patología Quirúrgica del Prof. E. RIBAS RIBAS, en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.

trias, la más frecuente es el reumatismo vertebral crónico, cuyas lesiones articulares inflamatorias pueden llegar a la osificación de ligamentos y a la sacraliza-



Fig. 2
Lumbalgia por sacralización apófisis transversa izquierda de la 5.^a lumbar.

ción de las últimas vértebras lumbares, con anquilosis consecutiva y a veces sacro-coxalgia.

De otra parte, las masas musculares sufren a la lar-

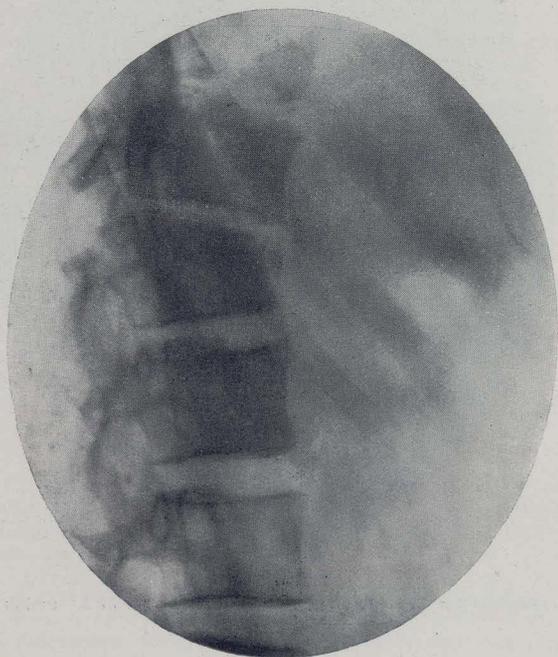


Fig. 3
Lumbalgia por lesión vertebral traumática.

ga lesiones de consideración con intervención de los nervios que las atraviesan. (Figuras 1 y 2.)

Hay otro grupo de lumbartrias cuya patogenia es

traumática. Las pequeñas parcelas óseas por fracturas vertebrales a menudo indagnosticadas cuya consolidación o no se efectúa o lo hace viciosamente, es causa de dolor permanente provocado por los movimientos. Siendo de conocer, que no sólo los traumatismos, sino los grandes esfuerzos musculares en posiciones tales de menor protección para determinada región de la vértebra, pueden determinar el arrancamiento parcial de alguna apófisis del cuerpo. Así se comprende que los nervios en su origen vertebral queden comprometidos por compresión y por inflamación (figuras 3, 4 y 5).

Algias meningo-radicales:

Los procesos espinales inflamatorios y degenerativos van ordinariamente acompañados de dolores meningo-radicales cuya protección llega, en ocasiones, a los

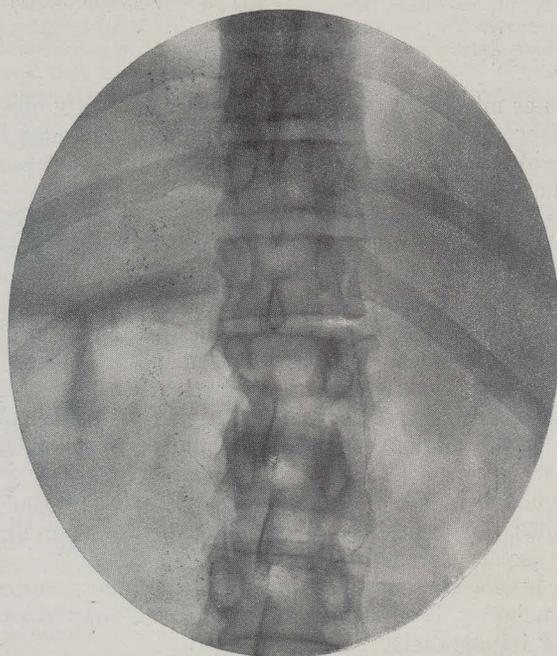


Fig. 4
Lumbalgia por lesión vertebral traumática.

miembros; en otros se limita al tronco, circundándole en forma de faja o cinturón álgico o parestésico y en otros limitándose a la región dorsal o lumbar.

Topografía causal.

Cuando la lesión radica al nivel del segundo y tercer segmentos dorsales acostumbra a haber dolor en el lado interno del brazo. En el cuarto segmento aparece *omalgia*. Luego hasta el sexto segmento, dolores musculares o síntomas de interés muscular. Del sexto al doavo segmentos, los síntomas son tóraco-abdominales, de los cuales hasta el décimo la inervación llega hasta el nivel del ombligo, y 11 y 12.^a dorsales y 1.^a lumbar algias abdomino-genitales. Es de gran interés conocer en casos de esas neuralgias tóraco-abdominales dependientes de lesión tumoral medular a qué nervio corresponde la zona cutánea en la que hay síntomas motores de sen-

sibilidad y reflejos, los cuales nos indicarán la altura en que se halla la lesión. Cuando la lesión es ósea con frecuencia es fácil a la exploración hallar el punto del nivel del daño, pero cuando es meníngea o medular,

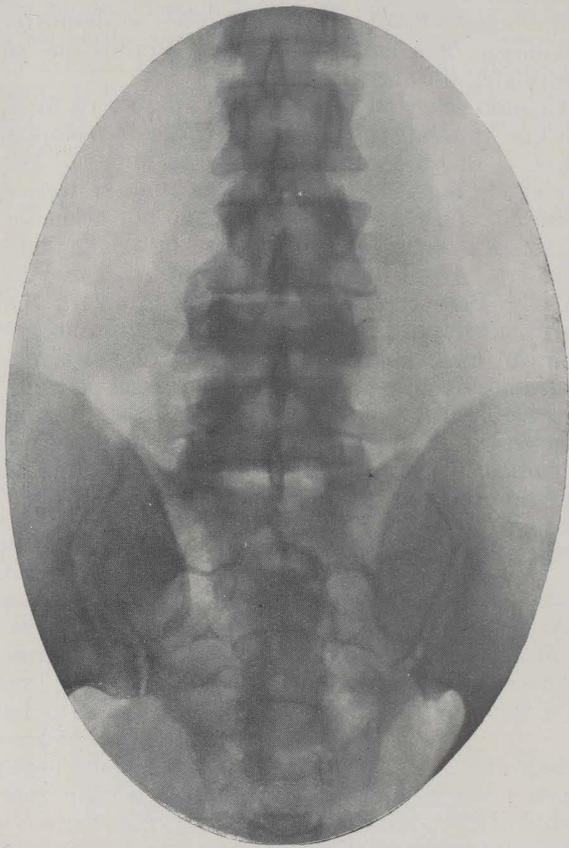


Fig. 5

Lumbalgia por aplastamiento de la 4.^a vértebra lumbar con un puente óseo que la une con la 5.^a

entonces hemos de recordar que el segmento medular y la altura vertebral no coinciden, pues el cono termina entre la 1.^a y 2.^a lumbares. Los 31 segmentos medulares están comprendidos en los 20 cuerpos vertebrales correspondientes. Por esto, entre la altura del segmento medular y la del cuerpo de la vértebra hay una diferencia tanto más considerable cuanto más inferior se halla la lesión. Así es, que si en la región cervical la diferencia es la de un cuerpo vertebral, en la dorsal inferior, es de tres o cuatro. No es lo mismo el origen medular de las raíces que su origen intervertebral que es paralelo a las vértebras. Es de advertir que los síntomas motores en los casos tóraco-abdominales se observan a poca diferencia de los demás casos de lesiones de nervios motores; pero en los de alteración de 6.^o, 7.^o, 8.^o y 9.^o hay interés del esplénico mayor y en el 10.^o, 11.^o y 12.^o del menor, por intermedio de los rami, presentándose síntomas viscerales.

Las vísceras sanas se dejan tocar, suturar y mover operando sin tracciones bruscas que interesen el peritoneo parietal; pero cuando están enfermas hay dolor espontáneo y provocado. Por esto LAIGNEL-LAVASTINE

dice que esta sensibilidad es del dominio patológico, LENNANDER, que es cerebro-espinal y TINEL y HOFFMANN que hay interés de ambos sistemas, simpático y cerebro-espinal.

El simpático lumbar que termina a nivel de la 5.^a lumbar, contribuye al origen del plexo lumbar aórtico que es combinación del solar y termina en el plexo hipogástrico, distribuyéndose por la mesentérica inferior. Su patología acarrea algias viscerales alcanzando hasta las vesicales, penianas y rectales.

Los ganglios semilunares, plexo solar con aorta, tronco celiaco, mesentérica superior y cara posterior de la cavidad peritoneal, forman la región celiaca.

Ciáticas radiculares.

Conviene conocer bien que además de las ciáticas tronculares, verdaderas neuritis del nervio ciático, existen un crecido número de algias del miembro inferior que no son otra cosa que la revelación dolorosa de le-

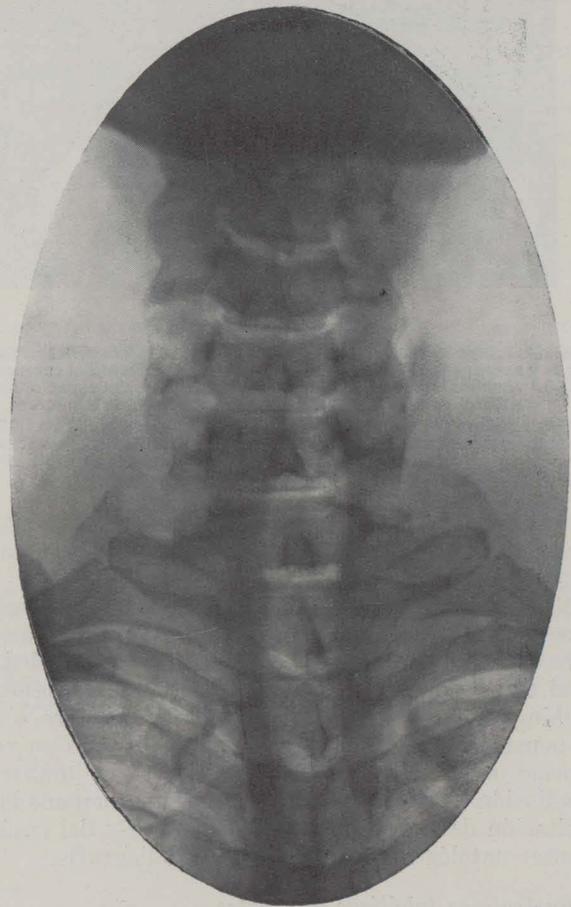


Fig. 6

Radiografía negativa de lesión vertebral y cuyo enfermo pudo diagnosticarse una algia radicular por la presencia de signos reflejos neurológicos positivos y confirmada ulteriormente.

siones articulares vertebrales. Desconfiar siempre de ciáticas que no tienen los puntos de Walleix dolorosos, que van acompañadas de lumbago, o lo ha habido antes y que tienen una distribución no neurítica, sino radieu-

lar o mejor funicular. No dejaremos de explorar en todos los casos el reflejo aquileo. La radiografía debe ser bien hecha e interpretada por habituados a ello. Con frecuencia una sola radiografía será insuficiente, pues

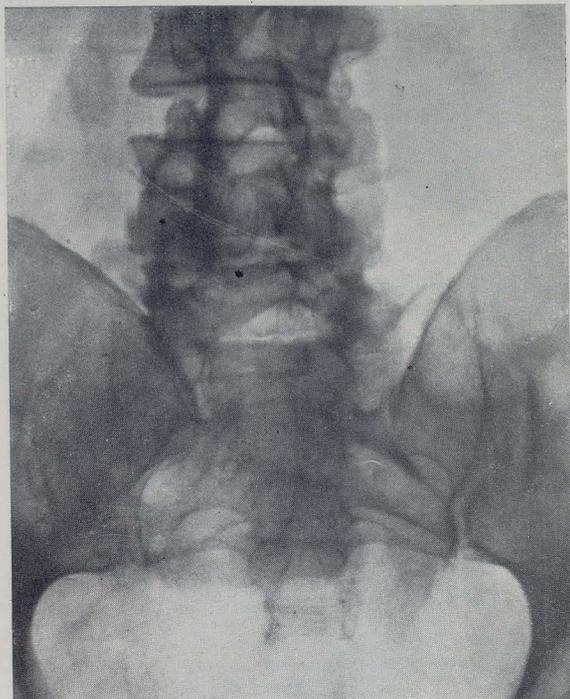


Fig. 7

Algias lumbo-sacras y abdominales por osteo-artritis vertebral lumbar y sacra; con deformación y lesiones destructivas del cuerpo de la 5.ª vértebra lumbar. Reducción e irregularidad del espacio intervertebral correspondientes a la 4.ª y 5.ª vértebras lumbares.

Este enfermo 14 meses antes de tener radiografías positivas sufría algias que por su localización y por el estado de los reflejos acusaban patología vertebral incipiente.

las pequeñas modificaciones articulares o yuxta-articulares, así como de los agujeros de conjunción pasan a menudo inadvertidas.

No es ocasión de hacer un estudio de las posibles algias por mal de POTT; sólo añadiré a los síntomas clásicos tan bien conocidos por el cirujano, como el dolor local exagerado a la presión, la jibosidad, el signo del chalán y el signo de LANNELONGUE, añadiré, digo, el signo neurológico algunas veces muy precoz y de un valor enorme, eso es, la presencia de una algia lumbar de irradiación ciática al miembro inferior acompañada de exaltación de reflejos tendinosos y a veces del cutáneo plantar patológico. (Figuras 6 y 7. Radiografía.)

Gastralgias tabéticas viscerales.

Estas algias son dolores del tipo fulgurante en forma a menudo de constricción y arranque en el epigastrio, que obligan al enfermo a encogerse fuertemente, con vómitos copiosos, separadas estas crisis regularmente por períodos de completa tregua, función digestiva normal. Hay que desconfiar en estos enfermos de la referencia de los puntos dolorosos, pues corrientemente no hay dolor a la presión.

Con referencia a la semiología del dolor epigástrico, GALLART ha hecho un cuadro sinóptico de mucho interés práctico.

Estos enfermos en cuanto pasan una temporada de crisis frecuentes con vómitos muy abundantes, vómitos que se caracterizan por ser dolorosos, se desnutren rápidamente. Son enfermos siempre adultos que sufren gastralgias sin dispepsia.

Cuando este tipo de gastralgia aparece en un enfermo que presenta un síndrome clásico y completo de tabes, el diagnóstico de la algia se impone. Así fué, por ej., la enferma presentada en nuestra lección del curso del año pasado del organizado por el doctor GALLART. Enfermos que presentan la tríada tabética, Romberg, Argill-Robertson y Westphal, con ataxia o sin ella. Pero el más interesante síndrome a conocer seguramente para todos es el tipo de enfermo gastrálgico con escasez sintomática espinal. Por ej., nos encontramos delante de un enfermo que nos consulta por su gastralgia de periodicidad caprichosa, sin ninguna relación con la función digestiva, sin dolor a la presión ni palpación, sin hiperelohidria que no calma con la ingestión de alimentos ni de alcalinos y que tiene treguas completamente absolutas.

Si exploramos bien este enfermo, bajo el aspecto neu-



Fig. 8

Atropatía tabética en un enfermo que se diagnosticó con mucha anterioridad de su enfermedad espinal por su primera y una sintomatología álgica gástrica.

rológico, aunque no encontremos el síndrome completo descrito, seguramente sorprenderemos o bien desigualdad pupilar o bien asimetría refleja tendinosa. (Figura 8.)

Crisis algicas intestinales espasmódicas.

En la patología digestiva de exteriorización algica, hay una enfermedad cuya descripción pasa inadvertida en la literatura médica. Trátase de las crisis algicas intestinales espasmódicas. Estos enfermos sufren por manera súbita un dolor fuerte, de ordinario en la fosa ilíaca izquierda, tan fuerte, que yo he visto casos de resistir a todas las terapias locales y medicamentosas; solamente el opio puede acallarlas. El enfermo siente un dolor al nivel del ángulo izquierdo del colon o en la S sigmoidea. Puede este dolor más tarde extenderse a todo el abdomen, pero siempre el punto más doloroso es en la fosa ilíaca izquierda. La palpación resulta imposible; sólo después de poner al enfermo en reposo absoluto, calor local y una inyección de morfina, el enfermo se calma. Otras veces, si el ataque no es tratado prontamente, acaba por poner al enfermo lívido y en el curso de una deposición dolorosa o sin ella cae sincopeado.

El diagnóstico puede ser difícil de momento para el clínico que ve por vez primera este cuadro, máxime si desconoce antecedentes patológicos del enfermo.

De ordinario, el curso ulterior de este ataque va seguido de un período de días o semanas. Yo las he visto durante meses, continuando las molestias dolorosas intestinales de tipo espasmódico.

Aunque después aparezcan complicaciones fermentativas del contenido intestinal, las más de las veces de putrefacción de albuminoideos, *la enfermedad es siempre primitivamente neurósica*. Es decir, es enfermedad primitiva del continente neuro-intestinal y no del contenido digestivo.

Después de este brote súbito, aparece todo un síndrome muy propio. El enfermo se pone por más o menos días concentrado, frío de extremidades, bradicárdico, con el vientre contracturado por defensa y muy doloroso a la más suave palpación. El simple traqueteo del andar le es imposible o muy doloroso. Entonces desmejora rápidamente, se desnubre y aparece de aspecto evidentemente anémico.

Además del dolor del abdomen el enfermo se siente dolorido de todo el cuerpo, sobre todo del cinturón pélvico, región lumbar y muslos, con verdaderas mialgias. Siempre el cuadro algico abdominal y después de generalizado va acompañado de depresión y psicastenia.

Esta enfermedad es propia de neuróticos y aparece

en brotes como el descrito, ocasionados muchas veces por fatiga intelectual, física, choques morales, etc., etc. Otras veces la crisis aparece sin motivo ocasional aparente, de la misma manera como aparece un ataque epiléptico.

Trátase de una verdadera ataxia simpática cerebro-espinal. Se ha incriminado un hipertiroidismo patogénico de estas algias espasmódicas; y yo mismo, inducido por ciertos autores, he hecho un estudio sistemático del metabolismo basal de estos enfermos, habiendo encontrado contrariamente una cifra subnormal; y es que la causa radica primordialmente en el sistema nervioso de modo autónomo sin que haga falta la influencia modificadora endocrina.

La anatomía patológica de esta neuropatía consiste en contracciones tónicas espasmódicas intensísimas que modifican la circulación y la secreción intestinal.

GALLART ha visto una laparotomía en un enfermo de éstos, en el cual encontraron un colon enormemente edematoso con pericolicitis secundaria.

Estas mismas crisis algicas las he visto, aunque menos veces, en el cardias y en el píloro.

Todavía existe otro tipo de algias abdominales y lumbares del dominio neuropático y que a menudo son har-to difícil diagnosticar, si no es con repetido examen del enfermo y cuyo diagnóstico, como me propongo ahora demostrar objetivamente, es de gran importancia pronóstica.

RÉSUMÉ

L'auteur passe en revue dans ce travail qui s'adresse d'une manière spéciale aux chirurgiens, toute la pathologie algique qui par le fait qu'elle s'éloigne des grands tableaux cliniques cités en pathologie interne peut les intéresser qu'il s'agisse de maladies d'ordre chirurgical ou de tout autre ordre mais dont le diagnostic différentiel se rend nécessaire dans de multiples occasions.

SUMMARY

The author examines in this paper, which is especially meant for the surgeons, all the algic pathology which, being apart from the great clinical pictures cited in internal pathology, may interest them whether it is a question of surgical complaints or of another order but whose differential diagnosis becomes necessary on multiple occasions.