

## LA ANESTESIA DE SURRACO EN LA CIRUGIA ESCROTAL

Por el Dr. ALFREDO A. GRIMALDI

Uhlenhuth y colaboradores en 1949 y antes Surraco y Lockhart, revisaron el concepto clásico sobre la constitución anatómica de la compleja región peno-escroto-perineal, y es precisamente Surraco quien crea, basado en su actualizada concepción anátomo-clínica, una técnica de anestesia para las intervenciones del escroto y su contenido.

El maestro uruguayo logra la anestesia de los nervios sensitivos motores del sistema cutáneo escrotal, del sistema intermedio de envoltura de los órganos nobles y del sistema propiamente dicho, funículo-testículo-epididimario, con una sola inyección aplicada en la zona del ligamento escrotal.

Considera Surraco que los dos territorios nerviosos a delimitar, el de las envolturas parietales y viscerales de los órganos nobles, y el de los órganos nobles mismos, se ponen en contacto en una zona de convergencia común que es el *ligamento escrotal*, merced a la fascia visceral de Scarpa, dependencia del ligamento suspensor. De esta manera se constituye en la zona del ligamento escrotal un importante meso viscerofascial porta vasos y porta restos embrionarios que relaciona el tabique a la formación funículo testicular.

"Se encuentra por lo tanto, por un lado, todos los planos del sistema parietovisceral de la bolsa y se unirán a ellos la inervación correspondiente raquídea y autónoma, lo que hará del sector del ligamento escrotal la zona de convergencia y unión de toda la inervación regional.

Se comprenderá, entonces, que la infiltración anestésica del ligamento escrotal ascenderá progresivamente siguiendo los planos internos y externos testículo funiculares para anestesiarlos a la vez".

Insiste Surraco en que el problema consta de 3 determinantes:

- 1º) Saber reconocer claramente el ligamento escrotal.
- 2º) Emplear anestésico suficiente para que pueda seguir los planos y espacios.
- 3º) Saber esperar un tiempo suficiente para que se extienda la infiltración.

## TECNICA DE LA ANESTESIA

- 1º) Mientras el ayudante mantiene tensa la zona del tabique se levantará el testículo tratando de separarlo de aquél, lo que producirá el estiramiento del ligamento escrotal.
- 2º) En esta zona del ligamento escrotal así estirado se introducirá la aguja de inyección de 6 a 8 cms., inyectando en forma de abanico, primero transversalmente y luego hacia arriba y hacia abajo en dirección al tabique escrotal y al tabique perineal. Finalmente se completará la infiltración dirigiendo la aguja hacia la inserción testicular.
- 3º) Deben inyectarse por lo menos 20 cc. de novocaína al 2 %.
- 4º) Se esperará un tiempo no menor de 20 minutos para iniciar la intervención, sirviendo de guía a este efecto el comprobar que la zona de anestesia cutánea se ha extendido a la cara antero-externa de la bolsa, que además es completa sobre toda la zona del tabique y que la misma presión testicular no es dolorosa.

En el Servicio de Urología, Sala 6, del Policlínico Fernández, aplicamos esta técnica anestésica en varias intervenciones de la región escrotal y su contenido.

Consta nuestra experiencia de los casos siguientes:

- Nº 1. — L. M., 67 años, arg., casado. C. 17. H. C. 8390. Carcinoma de próstata. *Orquidectomía subcapsular bilateral*. 4-II-53. 30 cc de novocaína al 2%. Anestesia suficiente. Evolución post-operatoria normal.
- Nº 2. — J. B. T., 71 años, arg., casado. C. 1. H. C. 8462. Carcinoma prostático. *Orquidectomía subcapsular y vasectomía bilateral*. 2-III-53. 40 cc de novocaína al 2%. Anestesia suficiente y completa. Evolución post-operatoria: edema escrotal.
- Nº 3. — J. H., 70 años, esp., viudo. C. II. H. C. 8511. Hidrocele izquierdo. *Vaginalectomía*. 15-IV-53. 40 cc de novocaína al 2%. Anestesia perfecta. Evolución: Edema escrotal.
- Nº 4. — J. M., 64 años, esp., casado. C. 17. H. C. 8598. Paquivaginitis izquierda. quiste epididimario derecho. *Vaginalectomía izquierda y epididimectomía derecha*. 26-VI-53. 50 cc de novocaína al 2%. Anestesia suficiente y completa. Evolución post-operatoria: supuración lado derecho.
- Nº 5. — A. D. P., 43 años, arg., casado. C. 28. H. C. 8609. Hidrocele izquierdo. *Vaginalectomía*. 12-VII-53. 50 cc. novocaína al 2%. Anestesia perfecta. Post-operatorio normal.
- Nº 6. — J. E. N., 74 años, arg., soltero. C. 17. H. C. 8611. Cistitis incrustada e hidrocele derecho. *Vaginalectomía*. 24-VVII-54. 40 cc de novocaína al 2%. Anestesia suficiente y completa. Evolución post-operatoria sin inconvenientes.
- Nº 7. — M. S., 43 años, sirio, casado. C. E. Azoospermia. *Biopsia del testículo*. 19-VIII-53. Novocaína al 2%. Anestesia perfecta. Evolución post-operatoria sin incidentes.
- Nº 8. — A. A., 16 años, arg., soltero. C. E. Hidrocele derecho. *Vaginalectomía*. 21-VIII-53. 50 cc novocaína 2%. Anestesia incompleta. Se completa sin inconvenientes.
- Nº 9. — A. B., 40 años, esp., casado. C. 12. H. C. 8642. Paquivaginitis derecha. *Vaginalectomía*. 3-VIII-53. 30 cc novocaína 2%. Anestesia suficiente y completa. Evolución con 10 cc en cordón. Evolución sin incidentes.

## SINTESIS DE LOS CASOS OPERADOS

Biopsia de testículo .....	1 caso
Vaginalectomía .....	5 casos
Vaginalectomía y epididimectomía simultánea .....	1 caso
Orquidectomía subcapsular bilateral .....	1 ..
Orquidectomía subcapsular y vasectomía bilaterales .....	1 ..

Total: 9 casos

Operaciones unilaterales .....	5 casos
Operaciones bilaterales .....	4 ..
Anestesia suficiente y completa .....	8 ..
Anestesia insuficiente, complementada con infiltración del cordón ..	1 ..

## COMENTARIOS

Utilizamos sistemáticamente novocaína al 2 % sin adrenalina.

La cantidad inyectada varió de 20 a 50 cc. con un término medio de 40 cc. que fué perfectamente tolerada y suficiente en forma casi absoluta.

Entre los cinco y quince minutos de aplicada la anestesia, iniciamos la operación, sirviéndonos de guía el progreso de la zona anestésica hacia la cara externa del escroto.

La anestesia así obtenida, con una sola punción para infiltrar la zona del ligamento escrotal, ha abarcado ambos compartimientos y su duración ha sido suficiente como para permitir la práctica no sólo de intervenciones unilaterales (5 casos) sino también bilaterales (4 casos).

En el post-operatorio se observó escaso edema de las bolsas en dos oportunidades, sin ulterioridades.

Sobre 9 casos operados la anestesia fué satisfactoria en 8, mientras que en 1 fracasó parcialmente.

## CONCLUSIONES

La anestesia de Surraco para las intervenciones de la región escrotal, constituye por su simplicidad y eficacia un procedimiento que reemplaza con ventajas a las clásicas técnicas que hemos utilizado hasta el presente.

Su técnica es de fácil realización: una sola inyección en el tabique y ligamento escrotal en abanico transversal y sagital, asegura la anestesia de toda la región de las bolsas y su contenido, incluido el funículo. Su duración es suficiente para las intervenciones comunes uni o bilaterales.

No negamos, por supuesto, las bondades de la anestesia funicular combinada a la escrotal, que nos ha permitido la realización sin inconvenientes de las operaciones de esta región; pero Surraco obtiene con una concepción simplista resultados análogos, que nos hacen considerar a esta técnica anestésica como ideal.

Los nueve casos que sirven de base a esta comunicación, a pesar de su exigüidad, compendian todas las intervenciones de rutina en esta región. En todas ellas, con una excepción, se obtuvo completa y duradera anestesia y sólo frena nuestro entusiasmo para ampliar nuestros conceptos, volvemos a repetirlo, la reducida casuística.

#### RESUMEN

La técnica de Surraco, consistente en una sola infiltración anestésica en la zona del ligamento escrotal ha sido empleada por los autores en 9 casos de afecciones quirúrgicas comunes del escroto y su contenido, uni y bilaterales.

La sencillez del procedimiento y su eficacia, son apreciadas en una serie de casos, lo que decide a los autores a declararse partidarios del mismo.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Surraco L. A. y Lockhart J. — Procesos del ligamento suspensor. Montevideo, 1946.
2. Uhlenhuth E. y colaboradores. — Reinvestigación de las fascias de Colles y Buck en el hombre. *The J. of Urol.* 62-1949, p. 542.
3. Surraco L. A. — La anestesia de la bolsa escrotal. *La Prensa Médica Argentina*. XXXIX. I, p. 13. enero 1952.

#### DISCUSIÓN

*Dr. Armando Trabucco.* — Quiero preguntarle al Dr. Grimaldi si se había hecho alguna anestesia de base anteriormente.

*Dr. Alfredo A. Grimaldi.* — En todos los enfermos la hicimos sistemáticamente, menos en la biopsia del testículo.

*Dr. Tomás Schiappapietra.* — Nosotros, en la anestesia local, hacemos previamente la anestesia de base. Desde que oímos al doctor Surraco hablar de la anestesia escrotal, la utilizamos con muy buen resultado.

El inconveniente radica en el tiempo que debe esperarse para que dé resultado, pero se abrevia con la anestesia de base. Desde que he leído un artículo en "La Semana Médica" preconizando el uso de la hialasa en la anestesia local, también la empleo. Esa sustancia acelera la infiltración obteniéndose una anestesia más rápida.

*Dr. Juan Itazu.* — He usado la anestesia del Dr. Surraco en dos o tres oportunidades y he tenido buenos resultados. Por ello, entiendo que la misma debe ser tenida en cuenta y lo felicito al Dr. Grimaldi porque ha colaborado en su difusión, ya que el Dr. Surraco, con la minuciosidad con que sabe hacerlo ha estudiado los planos anatómicos de la región y ha encontrado la conjunción nerviosa del ligamento escrotal.

*Dr. Alfredo A. Grimaldi.* — Me satisface que haya coincidencia en la bondad de la anestesia y agradezco al Dr. Schiappapietra su aporte sobre la abreviación del tiempo de espera, mediante el agregado de la hialasa.