

RAQUIANALGESIA INTRADURAL CON SOLUCION HIPOVARICA DE NUPERCAINA

Por el Dr. TOMAS SCHIAPPAPIETRA

En líneas generales he seguido las modificaciones del Prof. Rodolfo E. Pasmán a la técnica de Sebrechts, de la cual es su entusiasta difusor.

No es mi propósito presentar esta técnica versus cualquiera otra modalidad raquianalgésica, ni tampoco a la anestesia general; simplemente me referiré a la disciplina que me propuse adoptar en aquellas operaciones que, ya por su topografía o por la posición del paciente en vías a facilitar las maniobras quirúrgicas, me resultaban electivas para la aplicación de esta técnica de analgesia intradural con solución hipovárica a gran dilución y en dosis fraccionada.

Con criterio general para las raquianalgésias, por igual en la intra como en la peridural el ideal teórico sería:

- a) Limitación topográfica de la anestesia, tratando de impedir su difusión por todos los medios a nuestro alcance. Vale decir, reducir la acción analgésica a las metámeras de la región quirúrgica correspondiente, evitando el bloqueo excesivo de ramas simpático comunicantes y la consiguiente brusca caída de la presión arterial.
- b) Analgesia suficiente en profundidad y duración.
- c) Profilaxis de complicaciones y secuelas.

Interpreto que las condiciones enumeradas están previstas dentro de una buena chance de probabilidades, observando estrictamente las disciplinas que pasaré a describir, algunas de las cuales coinciden con modalidades seguidas habitualmente por nosotros en una larga práctica adquirida bajo la directiva del Dr. Luis E. Pagliere.

Me detendré con detalle en aquellos tópicos donde considero que, condicionado a la característica hipovárica de la solución analgésica y a los cambios de posición por incurvación imprimida al raquis, he especulado en mérito a la localización específica del bloqueo de raíces correspondientes de la zona quirúrgica requerida.

Repetiré lo indispensable y en orden cronológico sobre la disciplina seguida, haciendo presente que, son detalles inherentes a toda raquianalgésia; el examen de la columna y la radiografía antero-posterior de la misma si el caso lo requiere. Prevenir la posible dificultad de la punción por deformaciones o borramientos de los puntos de reparo; dificultades factibles de salvar

con ayuda de la anestesia local y de un asistente que colabore decididamente en la correcta posición del paciente.

Cuando el paciente no se ha interesado por su anestesia, nosotros no se la referimos. Conocemos múltiples factores del ambiente que pueden indisponer o predisponer a la elección anestésica por parte del paciente o de sus familiares y en su mayoría sin fundamento alguno.

Medicación preanestésica: Con respecto a este tópico, desde nuestra iniciación hemos adquirido el hábito de prescindir de los estupefacientes y sedantes llamados de base, excepcionalmente nos apartamos de esta disciplina y en casos justificados.

"El enfermo sin anestesia de base se mantiene bien conciente, por lo tanto la aparición de somnolencia y sopor traduce un estado de anoxia cerebral por defecto de oxigenación, debido a deficiencia respiratoria" (1). Sería, pues, una llamada de alarma.

Lo dicho, no excluye el uso de la morfina una vez estabilizada la anestesia; también cuando ya adelantada la operación se denuncia la fatiga del enfermo.

Posición del enfermo: Dice la técnica referida: "Decúbito lateral con elevación de diez grados del dorso del enfermo sobre el plano horizontal y se espera la respuesta investigando la sensibilidad dolorosa, mientras se controla la presión arterial. A los pocos minutos se reinyecta la segunda dosis, hasta obtener buena anestesia con altura suficiente, logrado lo cual se pasa al paciente en ligero Trendelenburg" (1).

Siempre hemos tenido muy presente si la solución a inyectar es hipervárica, isovárica o hipovárica, en el caso de la técnica a que hacemos referencia. Para ordenar sobre qué lado se hará el decúbito lateral.

El uso de la solución hipovárica me indujo a adoptar algunas variantes de incidencia con respecto al plano horizontal del decúbito lateral que me han resultado ventajosos para obtener la fijación del anestésico inyectado en el espacio sub-dural, en las raíces correspondientes a la topografía quirúrgica requerida.

Con algunos ejemplos aclararemos lo dicho. Inyectando en ligero Trendelenburg la dosis exploradora, la fijación preferente corresponderá a la cola de caballo y raíces del cono terminal; proyectando una preferente analgesia para la talla perineal, la dilatación anal, el drenaje de un flemón o absceso perineal, etc.; desde el momento que la proyección analgésica corresponde a la zona topográfica de silla de montar.

Incorporando el dorso de 7 a 10 grados sobre la horizontal previa inyección de las dosis subsiguientes hasta proyectar la analgesia a 10 ó 15 centímetros por arriba del púbis o hasta la línea umbilical, obtenido lo cual se cambiará al decúbito horizontal con ligero Trendelenburg. Resulta esto la posición de elección quirúrgica con tranquilidad anestésica, induciendo la mejor fijación de anestésico en solución hipovárica, en la metámera correspondiente a la inervación quirúrgica para el abordaje y enucleación en la próstata.

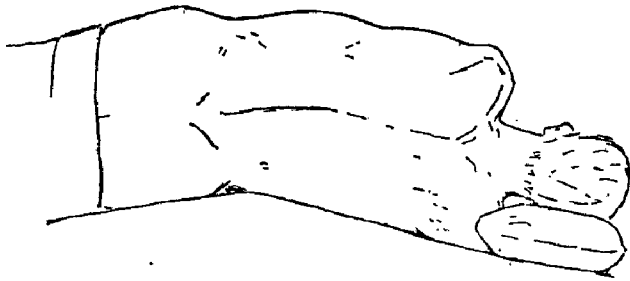
Sitio de la punción: El espacio lumbo-sacro corresponde al punto de elección para este bloqueo bajo.

Si se requiere localizar la solución anestésica hipovárica en la metámera correspondiente a la topografía quirúrgica del riñón; se tratará de evitar su difusión hacia la porción terminal del espacio sub-dural. En este caso reali-

zamos la punción en el primer espacio lumbar. De inmediato procedemos a descender ligeramente la pelvis del paciente junto con la segunda porción de la mesa quirúrgica, de manera que el dorso del paciente ocuparía ahora una posición ligeramente elevada con relación a la pelvis. Controlada que la extremidad distal de la aguja se halla mantenido invariablemente dentro del espacio sub-dural, se procederá a inyectar la dosis exploradora observando tiempo y altura en que se inicia la analgesia, continuamos con dosis complementaria e incorporamos progresivamente el dorso bajo control y espera prudencial hasta llegar a 8 ó de 10 grados sobre el plano horizontal. Conseguida la altura analgésica requerida, recién entonces procedemos a quebrar la mesa actuando sobre el Trendelenburg en forma de obtener la disposición quebrada de la mesa; en dicha posición completamos la anestesia si fuera necesario.

La solución hipovárica actúa con mayor fijación en la porción sub-dural de las raíces en la jiba escoliótica de la posición para el abordaje del riñón.

La aguja permanecerá en el sitio de la punción, ello se consigue con o sin



ESQUEMA Nº 1. — Incurvación de la columna en el decúbito lateral para favorecer la fijación del anestésico a la altura de las raíces para la anestesia de la fosa lumbar.

fijador. Prescindo de la dosis adicional a que hace referencia el Profesor Pasman; en cambio ella puede efectuarse en el momento oportuno durante la operación, pues la aguja permanece incluida dentro del campo quirúrgico protegida por las compresas de campo. En esta forma se puede reinyectar las dosis indispensables y suficientes, sin cambiar el tipo de solución anestésica.

En todas aquellas operaciones donde la posición del enfermo permanece en decúbito lateral. Por ejemplo: sobre el ureter superior, pared y fosa lumbar, abordaje del riñón y localizaciones para renales, etc. Esta modalidad nos facilitan y contribuyen a que, esta anestesia sub-dural, factible de ser localizable, a dosis fraccionada, por consiguiente sin los peligros de dosis exagerada y suficientemente prolongada; impide en todo momento el bloqueo excesivo de ramas simpático-comunicantes.

Estos pequeños trucos de los cuales obtengo útiles ventajas para la más específica localización anestésica, he adquirido practicando años atrás las inyecciones de alcohol absoluto en el espacio sub-dural, como tratamiento de las algias en las neoplasias del aparato génito urinario (3).

Hecha la advertencia de que, el párrafo anterior obligó a anticipar detalles alterando el orden cronológico del tema, volveré sobre la punción.

Anestesia local en el sitio de la punción: Prefiero la aguja de Gutiérrez que permite controlar la punción con el signo de su autor. Cuando no dispongo de aguja apropiada me valgo del signo del mandril líquido; conviniendo que una mano experimentada y paciente toma perfectamente sensación de la penetración en el espacio sub-dural. *Solución anestésica:* He usado como única preparación la que se encuentra en el comercio bajo el nombre de solución hipovárica de Nupercaína 1/1500 de W. Howone Jones, en ampollas de 20 c.c.

Cantidad de anestésico a inyectar. Repetí palabras del Profesor R. E. Pasman (2). "Ya lo dijo sentenciosamente Sebrechts en el Congreso de Cirugía de París en el año 1928. Existen sujetos sensibles y sujetos resistentes a los anestésicos, no sólo a la anestesia raquídea, y otros anestésicos sino también a los barbitúricos y a los sedantes, la dosis del medicamento no puede ni debe estar supeditada al peso del enfermo, lo que es un grave error, ni tampoco al volumen del canal raquídeo, lo que es más lógico, sino a la manera de reaccionar del sujeto, frente a los distintos tóxicos, según se trate en líneas generales de un vagotonismo o de un simpátotonismo.

La existencia de sujetos sensibles o peligrosos para el empleo de la dosis habitual es un hecho de observación diaria, etc."

En la práctica con los urinarios podría enumerarse un buen porcentaje de enfermos lábiles por su estado tóxico latente unos y manifiesto otros, con alteraciones funcionales múltiples, y estados cardioarteriales factibles a descompensarse en la menor injuria quirúrgica.

Con respecto a la dosis habitual, diré que, ella es función de la altura de la metámera que se requiera anestesiar, a la posibilidad de localizar la fijación del anestésico, sin dejar de tener presente el factor individual. La primer dosis o de exploración de 2,5 a mlgrs., equivale aproximadamente de 4 a 8 cm³ de la solución de nupercaína 1:1500.

Observada la tolerancia y respuesta analgésica, se repite igual o menor dosis hasta obtener una buena anestesia con altura suficiente. Si el paciente corresponde a los estados deficientes anteriormente enumerados se explora con 1,5 a 3 mlgrs. y se continúa con dosis proporcionales según tolerancia y respuesta analgésica.

He practicado adenomectomías en pacientes con serios trastornos de conducción expuestos a la fibrilación, con 3 mlgrs. de nupercaína en solución hipobárica, fijada muy baja, evita las alteraciones circulatorias factibles de ser registradas en el electrocardiógrafo, en el momento de la enucleación digitodigital del adenoma. En nuestras observaciones, controladas por el electrocardiograma, resulta ser este uno de los momentos más álgidos de la operación en las anestias incompletas.

Cuando se preve una larga intervención correspondiendo al enfermo el decúbito dorsal, en casos excepcionales he usado también la dosis adicional suplementaria con 5 mlgrs. de la solución de Quarella 1:200. Inmediatamente después se retira la aguja y se procede al cambio en decúbitodorsal manteniéndolo horizontal hasta que consideremos fijado este último anestésico.

B I B L I O G R A F I A

- (1) Raquianestesia. Técnica de Pasman (modificando la de Sebrechts). Dr. Raúl Jorge Noguera. Boletines y trabajos de la Sociedad Argentina de Cirujanos. Año XIV, Nº 19.
 - (2) Fracaso de la anestesia raquídea. Doctor Rodolfo E. Pasman. disertación en la Sociedad Argentina de Cirujanos. Sesión del 6 de septiembre de 1945.
 - (3) La técnica d Dogliotti como tratamiento en las algias de las neoplasias del aparato génito-urinario. Dr. T. Schiappapietra. Rev. de la Soc. Arg. de Urología. Sesión del 16 de diciembre de 1939, realizada en Mar del Plata.
-