

LA ANESTESIA LOCAL EN LAS ADENOMECTOMIAS Y EN LAS PROSTATECTOMIAS TOTALES POR CANCER

Por los Dres. LEONIDAS REBAUDI y A. SERGIO REBAUDI

Describimos aquí varios casos en los cuales se hizo necesario la operación antedicha con anestesia local. Seguimos con "relativa" justeza las enseñanzas del maestro de uno de nosotros, el Profesor Legueu.

Hace más de 10 años, un enfermo particular, a quien se había efectuado una talla vesical por un adenoma sangrante y en quien parecía arriesgado tanto por su edad como por sus condiciones generales la adenomectomía y en quien desgraciadamente no cedió la hemorragia, y nos vimos abocados a la necesidad de efectuar la ectomía del órgano sangrante. Se resolvió, entonces, llevarla a cabo con anestesia general. Durante la pre-anestesia la caída de la tensión arterial fué espectacular, tanto que hizo temer por la vida del paciente, se suspende la operación y se lo mantiene con transfusiones de un litro y medio diario de sangre, agregado de coagulantes y de tratamiento general y local.

El enfermo se mantiene y al segundo día se resuelve efectuar la operación con anestesia local. El acto quirúrgico fué absolutamente indoloro. El paciente toleró perfectamente la intervención de su adenoma, efectuada por la técnica de Fulerton-Freyer y curó, tanto que a los veinte días orinaba normalmente.

Ultimamente se han intervenido otros tres enfermos. Uno de ellos paciente de mi clientela particular. Se resuelve la operación con anestesia local, porque era un enfermo con marcada insuficiencia hepática, que había tenido un infarto del miocardio, habiendo quedado una ligera insuficiencia cardíaca, tenía a más una bronquitis crónica, con bronquiectasia, una marcadísima cifoescoliosis, debido a una parálisis infantil de su pierna izquierda, que había producido una desviación y deformación del hueso ilíaco y un desplazamiento de la vejiga.

La orina era hipodensa (1.010 de densidad) y a la pielografía por eliminación se comprueba la anulación funcional del riñón izquierdo.

Existía sólo un inconveniente para la anestesia local. Se trataba de un paciente sumamente nervioso e hiperexcitado.

Su estado de nerviosismo fué tratado psíquicamente, consiguiendo con ello la normalización del paciente quien aceptó de buen grado el tipo de anestesia elegido.

La operación con anestesia local resultó absolutamente indolora y el enfermo se recuperó rápidamente. El undécimo día orinaba normalmente. La intervención fué realizada a cielo abierto, con los aparatos y la técnica que usamos corrientemente.

Otro de los casos intervenidos fué un enfermo con cáncer de próstata. Se trataba de un cardíaco con hígado grande e insuficiente y con insuficiencia renal. Se efectúa la operación con anestesia local. A los doce días el enfermo había curado.

El último paciente intervenido es un diabético, insuficiente hepático, anémico, con evidente disminución funcional de riñón. El enfermo es un cardíaco actualmente compensado debido a su tratamiento.

Se efectúa la operación a cielo abierto, por la técnica habitual. El cuarto día orina normalmente y el quinto día se sacan los puntos de piel y es dado de alta.

Como se ve, son enfermos todos en mal estado general, todos con antecedentes cardíacos o con insuficiencia del órgano actualmente compensado, debido a su tratamiento, todos tienen insuficiencia hepática acusada, unos con riñón único insuficiente; todos ellos con mal estado pulmonar. Son éstos los casos que obligan al cirujano a buscar la anestesia más inocua.

Uno de los enfermos fué tratado psíquicamente por su nerviosismo y conseguimos realizar la operación sin inconveniente alguno. Todos ellos se han recuperado tempranamente.

La cantidad de anestesia usada no pasó nunca de 1,50 gr. de novocaína. No se usó nunca adrenalina.

Pasaremos por alto las características anatómicas que justifican la técnica empleada, la damos por todos conocida, ya que estamos en un ambiente de urólogos. Sólo nos referiremos a algunos detalles que diferencian la técnica aconsejada por nosotros a la de mi maestro el Prof. Legueu.

1er. Tiempo: Anestesia de la mucosa vesical.

Como lo hace Legueu, lavamos la uretra y luego la vejiga a fondo con una solución antiséptica. Se inyecta en la vejiga 150 cm³ de una solución de Pantocaína (una parte de Pantocaína al 2 % y 3 de Suero Fisiológico estéril). Se saca la sonda. Se inyecta por vía intramuscular una ampolla de Demerol, como anestésico de fondo. La operación se realiza una hora y media después, de manera que durante todo este tiempo la solución anestésica de vejiga, actúa sobre la mucosa.

2º Tiempo: Anestesia de la pared abdominal.

a) La anestesia de la piel se la comienza a dos traveses de dedo por debajo del reborde superior del pubis, en la línea media y se la continúa en línea recta hasta uno o dos traveses de dedo por debajo del ombligo. Esta anestesia se hace por inyección, sobre todo intradérmica. Se emplea solución de Novocaína al $\frac{1}{2}$ por ciento.

b) La anestesia de las "loges" de los rectos, se la practica con la misma aguja, inyectando dentro de su vaina la solución en sus comienzos a un través de dedo por encima del borde superior del pubis, primero a derecha, luego a izquierda; introduciendo la aguja e inyectando al mismo tiempo. Se vuelve a hacer una misma inyección a cuatro traveses de dedo por encima de la primera a derecha e izquierda. Con esto queda terminada la anestesia de la pared en su parte superficial, se clava luego la aguja siempre en la línea media y se va inyectando sucesivamente, primero el espacio supra-púbico, luego el retro-púbico, se inclina luego la aguja a derecha e izquierda en un ángulo de 30° y se inyectan 10 cc. en cada parte.

La aguja empleada, lo mismo que en el tiempo anterior, es de 1 mm. y 13 $\frac{1}{2}$ cms. de longitud.

La anestesia es en esta parte perfecta.

c) Anestesia de pared anterior de vejiga.

En estas condiciones es ya posible incindir la piel, el tejido celular, la aponeurosis de los rectos, separar éstos, desgarrar la aponeurosis posterior y llegar al espacio pre-vesical. Se disecciona el fondo de saco peritoneal hacia arriba, maniobra que resulta también indolora.

Con aguja de 8 décimas de milímetro y 11 $\frac{1}{2}$ cm. de longitud se inyecta a derecha e izquierda de la vejiga, 10 c.c. de la solución anestésica al $\frac{1}{2}$ ‰ y 5 c.c. en la línea media por debajo de la aponeurosis, en el lugar donde se ven por transparencia los vasos.

Se pinza la vejiga y se la incinde transversalmente en una longitud de 2 cm. Se introducen dos separadores y por divulsión se agranda la herida en una longitud de 5 cm. de tal manera que pueda pasar mi separador para adenomectomía de próstata. Se introduce el separador antedicho.

3er. Tiempo: Anestesia de la Próstata.

Será necesario recordar que la glándula está colocada en una "loge" y separada de ésta por tejido laxo, donde corren los vasos y nervios, que los vasos de mayor volumen están colocados en la parte alta y especialmente en el ángulo véscico-prostático.

Debido a lo que antecede, yo punzo la próstata en dos puntos, uno de cada lado, con una aguja con mandril de bisel corto de 1 mm. y 6 décimas y 13 $\frac{1}{2}$ cms. de longitud.

La sensación que tiene el cirujano es de una gran dureza al atravesar la cápsula y que una vez esto conseguido, se siente como si se hubiese caído en el vacío. La dirección que lleva la aguja es de arriba hacia abajo y de dentro a afuera, en un ángulo de 15° con respecto a la uretra y todo esto por delante del lóbulo medio. La inyección es allí de 10 c.c. de la solución de Novocaína al 1 ‰. Esta inyección se hará en forma lenta y la aguja será introducida con su mandril.

La anestesia estará de esta manera completada y la operación podrá iniciarse inmediatamente, tal cual lo aconseja Legueu.

Los enfermos toleran muy bien la intervención y pueden ingerir agua y alimentos líquidos pocas horas después de ser operados.

En realidad, examinando los hechos, este tiempo operatorio se diferencia del aconsejado por Legueu, en que la inyección que nosotros aconsejamos, cae en el espacio peri-prostático y en cambio Legueu aconseja hacerla entre el lóbulo superior adenomatoso y la cápsula prostática. Así al menos, lo dice en su texto y se lo interpreta en los dibujos.

Por otra parte Legueu hace numerosas punciones y también algunas inyecciones sub-mucosas. Posee varias agujas de diferentes formas, anguladas unas y curvas otras, que hacen pensar que realmente es ésta su intención.

Algunas veces he hecho una inyección de 2 ó 3 c.c. por detrás del lóbulo medio.

Las agujas usadas por nosotros son las comunes rectas y cuando han debido llegar a la profundidad, se las ha usado gruesas y de bisel corto y con mandril.

Los resultados han sido excelentes.

DISCUSION

Dr. Sandro. — Si mal no recuerdo, en el año 1949 también hicimos una adenomectomía con anestesia local y si bien empleamos la misma técnica, fué con una particularidad. Con esta anestesia, antes de comenzar a incindir la piel, tenemos anestesia suficiente para hacer la adenomectomía, y aunque creemos muy interesante la opinión del doctor Rebaudi, nosotros aconseja-

ríamos también que probase en no hacer la anestesia directamente en la parte vecina a la prostática, porque no hace falta. Con anestesia de novocaína, que se adapta perfectamente —la instilación es suficiente— hemos comprobado en numerosos casos que no produce dolor.

Desde luego, que en esto hay que distinguir a los enfermos que van al acto quirúrgico con entereza de aquellos que no son así; la ventaja de esta anestesia local es la de que el médico manda inmediatamente al enfermo a hidratarse, y no necesita tener cierto régimen alimenticio de líquidos. Por otra parte, si el enfermo recibe anestesia de otra índole, sabe que está abocado al problema de la excitación o de contracciones cuando despierta de la anestesia. En los casos a que nos referimos sabemos que este problema no existe, desde el momento que la anestesia local no provoca ningún trastorno. Vale decir, entonces, que esta es otra de las ventajas que podemos obtener con la anestesia de novocaína.

De ahí que yo sugiera al doctor Rebaudi el ensayo de este procedimiento, ya que si bien reconozco su técnica que tan claramente nos ha explicado, estimo que los datos que hemos aportado podrán ser de interés también en la aplicación a sus enfermos. Como lo sabemos muy experto y mucho más que nosotros en estas cuestiones, supongo que ha de tomarlas en cuenta.

Dr. T. Schiappapietra. — Me adhiero, como caso de excepción, a la anestesia local, para la adenomectomía; pero al hablar de anestesia local puramente debe tenerse en cuenta qué tipo de anestesia de base se emplea. Y digo así, porque entiendo que la anestesia de base acompaña mucho a la local.

En un momento, en que tuvimos varios enfermos cardíacos, delicados, y algunos fibrilados, o con antecedentes de tales, decidimos hacerles la intervención con anestesia local, y usáramos un mínimo de petidina. La anestesia del esfínter anal, en la que se hace el mínimo de traumatismo, cuando se quiere hacer maniobra combinada, es de una importancia extraordinaria, pero se pudo notar que en aquellos casos en que no se usaba anestesia de base, la local fué perfecta hasta llegar a la dilatación anal, pese a que se había hecho una inyección local, y la observación electrocardiográfica denunció las alteraciones del ritmo en momentos en que se hacía la maniobra combinada. Quiere decir, entonces, que también tiene su valor la anestesia de base mucho más para el caso de un fibrilado, en que la dilatación anal es una cosa muy seria.

Dr. L. Rebaudi. — Debo agradecer al doctor Sandro su contribución, lo mismo que al doctor Schiappapietra.

Al doctor Sandro le diré, con respecto a la inyección lateral de vejiga, que no la he hecho por temor a lastimar los vasos. No conozco la numerosa bibliografía y casuística de los doctores Figueroa Alcorta y Sandro, de manera que voy a ver si puedo hacer alguna cosa.

En cuanto al doctor Schiappapietra le quiero señalar que, indiscutiblemente, la anestesia base es anestesia; pero hay que tener en cuenta el tipo de enfermo, porque hay enfermos —y lo aclaro en el trabajo leído —que hay que intervenir desde el punto de vista psíquico, lo cual también a veces es de suma importancia.