

Por el Doctor

TOMAS SCHIAPPAPIETRA

LA TÉCNICA DE DOGLIOTTI COMO TRATAMIENTO DE LAS ALGIAS DE LAS NEOPLASIAS DEL APARATO GÉNITO-URINARIO, A LOCALIZACIO- NES PELVICO-PERINEALES

CON la técnica de Dogliotti se obtiene la hipoanestesia y hasta la analgesia de las regiones interesadas, con la sección no cruenta de determinadas raíces posteriores, por medio de la inyección de alcohol absoluto en el espacio subaracnoideo.

Ella está basada en las conclusiones a que llega Lugaro en su trabajo titulado "sobre la fisiología del dolor". En la 6ª conclusión, dice: "para suprimir quirúrgicamente una neuralgia no es necesario bloquear o destruir las neuronas sensitivas interesadas; es suficiente una destrucción parcial, más o menos grande, según la intensidad de la neuralgia. Con su técnica, Dogliotti se propuso disminuir el número de fibras sensitivas periféricas, mediante la reducción de las fibras de las raíces posteriores, alcanzando dichas fibras en el punto más proximal abordable; tal es, en el espacio subaracnoideo.

El alcohol, de menor peso específico, pasará a ocupar la parte superior del segmento subaracnoideo elegido, sin mezclarse casi al líquido céfalorraquídeo, durante un tiempo suficiente.

Posición. — He preferido la posición de elección, previa a la punción. En el tipo de algias a que me refiero se debe actuar sobre ambos lados asincrónicamente con varios días de intervalo. En decúbito lateral izquierdo para actuar sobre las raíces del lado derecho y viceversa.

Con ángulo de incidencia en relación a la horizontal, elevando la pelvis para actuar sobre las raíces de los plexos lumbo-sacro. Esta posición debe ser completada con la flexión forzada a que obliga la punción raquídea. En los enfermos internados he aprovechado las ventajas de las camas quebradizas, con el fin de impedir que el extremo caudal del espacio subaracnóideo quedase en la posi-

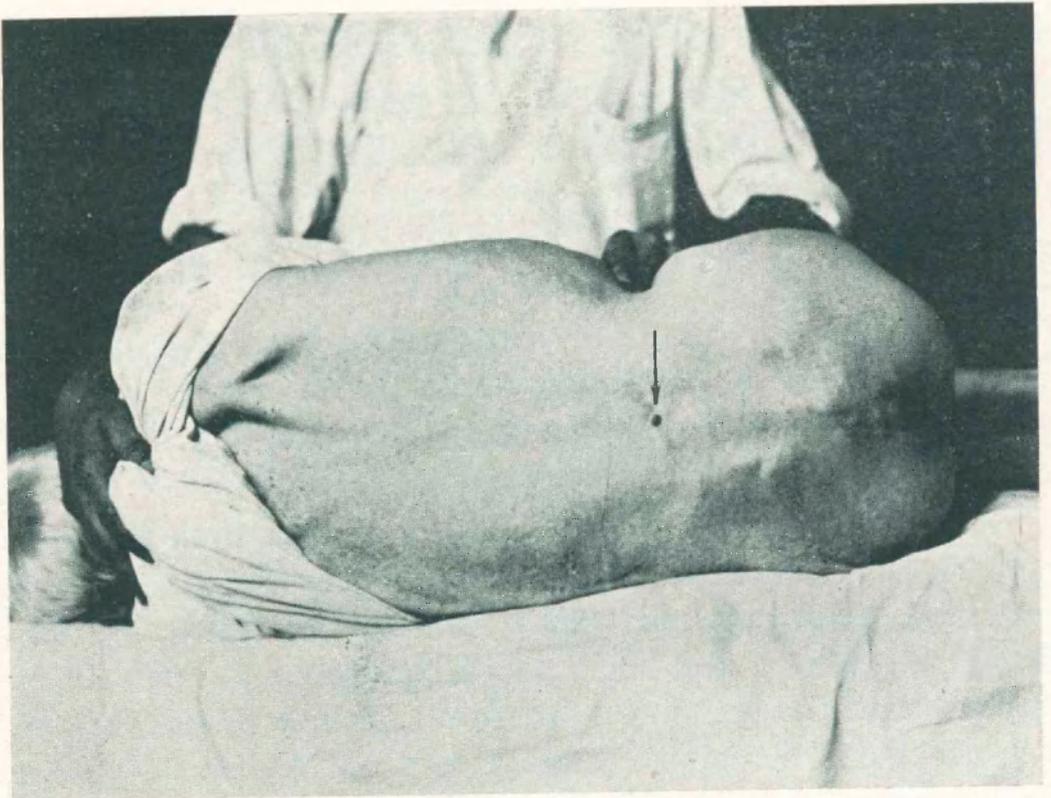


Figura 1

ción de mayor altura. Este detalle lo he puesto en práctica respondiendo a preocupaciones posteriores del mismo Dogliotti y otros autores, con el fin de evitar la parálisis de los esfínteres. Para la mayoría de nuestros urogenitales, esta complicación no merece considerarse en calidad de contraindicación al método; pero conviene ponerse a salvo de objeciones factibles de preveer, para el caso de otras localizaciones.

Si este decúbito dificultase la punción no hay inconveniente en practicarla con enfermo sentado, para colocarlo de inmediato en

la posición decúbito lateral descripta, antes de procederse a la inyección de alcohol. Inyección lenta, terminada la cual se mantiene la posición del enfermo por espacio de una hora y durante esa día con indicación de guardar cama sin almohada.

El espacio interespinoso a elegir estará de acuerdo a la localización de la lesión dolorosa y, por lo tanto, a las raíces del plexo correspondiente.

Para provocar la analgesia en las recidivas por cáncer del pene, de próstata, etc., vale decir, sobre las raíces del plexosacro, he pun-

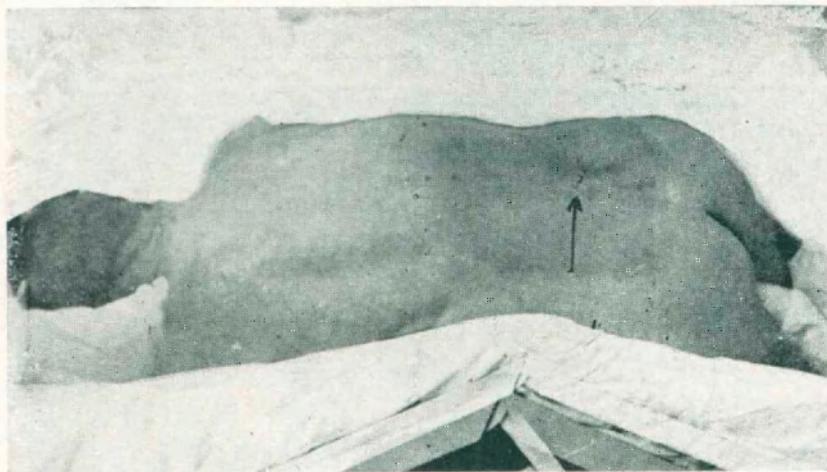


Figura 2

zando entre 5ª L y 1ª S. Para las recidivas o formas inoperables de tumores de vejiga, he elegido un espacio lumbar a mayor altura, teniendo la incurvación lateral que debe imprimirse a la columna.

En nuestra práctica, el mayor número de estos enfermos eran ya cistostomizados y con disfunciones de los esfínteres por lesión de orden local, razón por la cual hemos preferido actuar sobre las raíces a la altura más baja posible, a los fines de la hipoestesia visceral. El esquema de Head modificado por Foerster resulta una guía muy útil y sencilla para elegir la altura de la escoliosis y de la punción; pero insisto en que he preferido esta técnica para las localizaciones pélvico-perineales.

Por excepción la he usado para más altas localizaciones (1).

Detalles de la técnica. — Debe usarse una jeringa graduada al 1/10 (a nuestro alcance tenemos siempre jeringas para pruebas de colorimetría, de eliminación renal etc.). Como en toda anestesia subaracnóidea el sitio preciso del extremo de la aguja es de importancia capital.

¿Cantidad a inyectar. — Inicié las primeras inyecciones de acuerdo a las indicaciones de Dogliotti: 0,2 a 0,5 c.c. dosis que me obligaba a repetir la inyección no sólo del lado opuesto, sino también del mismo lado y a mayor cantidad. Con el criterio de que trataba recívidas y cánceres inoperables, algunos de ellos sometidos ya a los estupefacientes, elevé la dosis de primera intención a 0,8, 1 c.c. hasta 1,3 y excepcionalmente 1,5 c.c. Concomitante e inmediatamente a la inyección suelen acusar sensaciones de calor, ardor parestesias en la zona radicular correspondiente y en alguna ocasión hasta una exacerbación muy transitoria del dolor.

Resultado. — La analgesia del periné es de observación inmediata, aún para las pequeñas dosis, en la 1^a posición. La modificación del dolor requiere el acierto de la dosis necesaria y en esos tanteos se puede llegar a los inconvenientes de las dosis excesivas. Es preferible resolverla con la repetición de dosis aproximadas (0,8, 1, 1,2 c.c.).

Duración. — Por lo general en relación a la cantidad inyectada, 1 semana a 2 meses, pero adquirida su práctica, hemos documentados resultados suficientemente duraderos y con el recurso de la repetición de inyecciones. Téngase presente que la hemos aplicado en estados terminales o muy avanzados.

Permítaseme un somero examen de la importancia de las complicaciones que pueden haber aportado a algunos de estos pacientes las dosis más elevadas: Las parestesias inmediatas y aún las que siguen, irradiándose a las zonas de las raíces afectadas, las he observado muy transitorias y sin llegar a presentar la importancia de serios inconvenientes.

La incontinencia de materias fecales, fué un inconveniente muy relativo para las condiciones y clase de vida a que estaban abocados estos pobres enfermos. Las alteraciones motrices de los miembros inferiores fueron tan sólo parestesias, imitando monoplejías, del lado opuesto al decúbito con sensación de debilidad y excepcional-

mente alcanzando a los dos miembros y siempre bajo forma transitoria.

La primera observación data a pocos días de haber leído la publicación de Dogliotti en la Presse Medical, 1931, 38, 67, 1249.

Se trataba de un adenocarcinoma con metastasis en cuerpos cavernosos, cuyo diagnóstico habíamos confirmado dos años antes, a poco de iniciada la metástasis (recuerdo su comunicación a esta Sociedad). Ambas lesiones fueron de evolución extraordinariamente lenta, llegando a adquirir un desarrollo local evidente-

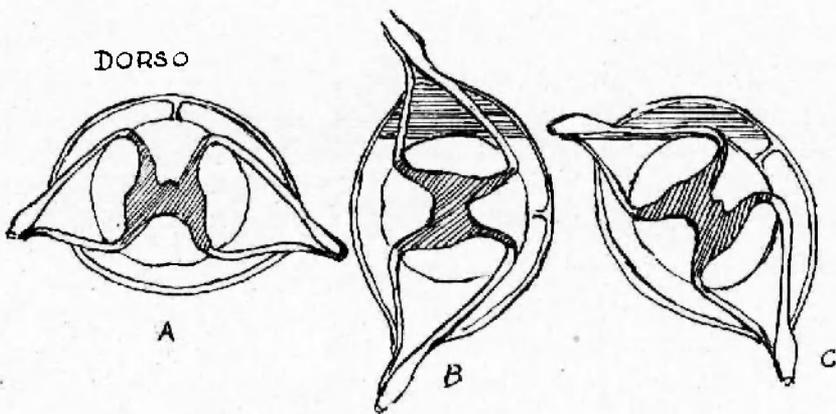


Figura 3

(c) Posición mejor, con la columna ligeramente rotada hacia adelante, mostrando la capa flotante de alcohol que afecta las raíces posteriores y los ganglios dorsales (Stern E. L.; Am. J. Surg. (1934), 25, 217).

mente monstruoso. Había agotado la dosis de alcaloides y estupefacientes y hasta la tentativa de suicidio. Con la 3ª inyección subdural mitigó gran parte de sus penurias haciéndole más soportable los últimos días de su vida.

Después de esta primera observación y teniendo presente un grave cuadro de alienación tóxica por alcaloides que hube de asistir, me decidí por tan fácil técnica, para los demás casos de mi práctica incluíbles dentro de las condiciones del título de esta comunicación.

Bloqueo a las primeras raíces lumbares. — 1º En un enfermo con recidiva de epiteloma vegetante de vejiga, que fué tratado con resección y radiunterapia transvesical, nos obligó a repetir las inyecciones en posición de escoliosis lumbar superior y elevando la altura de la punción al primer espacio lumbar, para obtener nuestro cometido.

2° En una metástasis en la columna con localización en 2° lumbar por carcinoma de próstata, con dolores locales y radiculares del lado derecho obligó también a efectuarla en el primer espacio lumbar; bien valió haberle provocado la disminución de la fuerza muscular de ese miembro inferior a cambio de la disminución de los dolores.

Enfermos tratados:

- 1 Carcinoma de la próstata con metástasis en cuerpos cavernosos — estado avanzado.
- 2 Carcinoma de la próstata con metástasis en columna.
- 2 Carcinomas de la próstata, — estado avanzado.
- 1 Secuela dolorosa de radiumterapia por carcinoma de la próstata.
- 2 Recidivas de epitelomas de la vejiga.
- 3 Carcinoma de recto, — estado final.
- 1 Carcinoma de ansa signóidea con invasión de la vejiga, — estado final.
- 1 Recidiva de cáncer del pene con adenopatías inguinales ulcerados, — estado final.

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

5. *Lugaro*. — "Fisiopatología del dolor". Revista de Patología nervosa e mentale. Julio de 1930.
2. *Dogliotti, A. M.* — Traitement des syndromes douloureux de la périphérie par l'alcoholization sub-arachnoidienne des racines posterieurs a leur emergence de la moelle epiniere. Presse Medicale, 1931, 38, 67, 1249.
3. *Stern, E. L.* — Relief of intractable pain by the intraspinal subarachneid injection of alcohol. Am. J. Surg., 1934, 25, 217.
4. *Dogliotti, A. M.* — Antalgic therapeutic methode accesible to anesthetists. Current Researches of Anest. and. Analg., 1935, 14, 150.
5. *Abbott, W. D.* — Intraspinal injection of absolute alcohol for intractable pain. Am. Jour. Sur., 1936, 31, 351.
6. *Tureen, L. and Gitt, J. J.* — Cauda equina syndrome following the intraspinal injection for the relief from intractable pain. Am. Med. Ass., 1936, 106, 1535.
7. *Spangerberg, J., Munist, L. y Guagnini, F.* — Alcoholoterapia intrarraquídea. La Prensa Argentina, 1937, 24, 1298.
8. *Zimman, L. y Zimman, S.* — Medicina Práctica.
9. *Diez, J.* — Cordotomía ántero-lateral, 1936.
10. *Pitts, W. and Browder, J.* — Spinal subarachnoid injection of absolute alcohol for the relief of intractable pain. Ann. of. Surg.; 1939, 109, 33.