

LA ANESTESIA PERIDURAL EN CIRUGIA URINARIA

Por los Dres.

FRANCISCO E. GRIMALDI

Docente libre en Clínica Urológica

ROBERTO RUBI

Adscripto a la cátedra de Clínica Génito-urinaria

Consideramos de interés dar a conocer la experiencia adquirida en la práctica de la anestesia epidural en el Servicio del Dr. **Gilberto Elizalde**.

Nuestra estadística de 136 casos se refiere exclusivamente a enfermos que exigieron la internación en la Sala. En un número muy grande de pacientes en asistencia en el Consultorio Externo, el método ha sido empleado por distintos motivos: exploraciones vesicales, electrocoagulación de papilomas, meatotomías ureterales, litotricias por pequeños cálculos, etc. etc.

Todo ello permite sacar la conclusión general de que la anestesia epidural, practicada con su técnica precisa, es un método exento de todo peligro y de utilidad indiscutible en la práctica urológica.

Seguimos en un todo la técnica tan bien reglada por **Cathelin** "padre del método epidural (**Pauchet**)".

La solución empleada ha sido siempre la de novocaina al 1%, de la que se inyecta hasta 60 c. c. como dosis máxima, debiendo aguardarse para iniciar el acto quirúrgico, si se quiere una anestesia perfecta, de quince a veinte minutos.

El método ha sido utilizado en 136 enfermos internados. Corresponden a:

A). 109 hipertrofias de próstata operadas en dos tiempos con 9 muertes por:

1 neumonia

1 insuficiencia cardíaca

1 síncope (tardío) a los 19 días

6 uremias

lo que da una mortalidad de 8,2% en nada imputable al método.

Complementamos la anestesia epidural con una anestesia por infiltración de la pared abdominal.

B). 10 Tumores de vejiga

C). 5 Abscesos de próstata

D). 1 Absceso de la fosa isquio-rectal

E). 8 Litiasis vesical:

a) Litotricias

b) tallas en litiasis con vejiga intolerantes y muy sensibles.

F). 1 Papiloma vulvar

G). 2 Uretroplastias.

FRACASOS. — En cuatro enfermos tuvimos una falta completa de anestesia, que nos obligó a recurrir a la anestesia general etérea: 3 hipertrofias de próstata y 1 litotricia.

En algunos enfermos la anestesia no ha sido perfecta, a pesar de lo cual se terminó la intervención sin recurrir a otros métodos.

El fracaso del procedimiento epidural puede deberse a:

1º — Mala calidad de la sustancia anestésica empleada o a su tindalización defectuosa; uno de nuestros fracasos (hipertrofia de próstata) coincidió con la falla de todas las anestesis regionales que se efectuaron ese día.

2º — Error de técnica: inyección subcutánea del anestésico; inyección subperióstica; prerrectal a través del espacio intersacro-coxígeo o bien, si atraviesa el fondo de saco dural, inyección subaracnoidea. Consideramos que esta categoría de fracasos no se pueden atribuir al método: son errores de técnica.

En ciertas ocasiones esta anestesia es impracticable por:

a) osificación de la membrana obturatriz del hiato sacro-coxígeo,

b) anomalías óseas congénitas o adquiridas (tuberculosis, sífilis, etc.). Anomalías óseas de origen traumático,

c) lesiones cutáneas: tumor, espina bífida, escara cicatricial que dificulta la palpación de los puntos de reparo,

d) obesidad.

ACCIDENTES. — Se citan como accidentes posibles:

1º — Cefaleas

2º — Síncope, muy raro; más frecuentemente se observa taquicardia con hipotensión. Respecto a la hipotensión por anestesia epidural, **Bernardberg** ha demostrado que no es mayor que la provocada por el método de infiltración de **Reclus**.

3º — Escaras.

4º — Ruptura de la aguja (tenemos un caso en que se procedió a su extracción antes del acto operatorio).

5º — Muerte.

6º — Espasmos, contracturas tónicas y clónicas y aún crisis epiléptiformes (citaremos una observación del Consultorio Externo sin mayores consecuencias, durante la cual el enfermo conservó su pulso y tensión).

7º — Delirio (en la historia N° 1063, nos fué dado observar este curioso accidente acompañado de hiperacusia apenas iniciada la inyección, que no se continuó y obligó a suspender el acto operatorio. El estado de excitación decreció a los días siguientes hasta desaparecer, a pesar de lo cual el 2º tiempo se postergó durante 8 meses, practicando la prostatectomía con anestesia etérea. Hemos de hacer constar que el primer tiempo efectuado con anestesia por infiltración de novocaína (al 0, 50 %) fué bien tolerado.

Digamos que la cefalea, el síncope, la muerte, que algunos autores han observado a consecuencia de la anestesia epidural no lo hemos visto jamás. En confirmación de la inocuidad del método citaremos la estadística publicada por **Zweifel**, que recopiló 4.200 casos en Alemania con tres muertes sobrevenidas a los pocos segundos, siete minutos y diez minutos después de la inyección. Y de estos tres casos, en dos se hizo en realidad una inyección subaracnoidea pues la inyección del anestésico (0.80 etg. en un caso y 0.90 etg.

de novocaína en el otro) fué precedida de la salida de líquido céfalo-raquídeo por la aguja. Quedaría un solo caso imputable al método y todavía éste, según Cathelin, sería discutible (extrema gravedad del enfermo, e inyección de una dosis alta de novocaína (0.80 ctg.), precedida de la administración de varios hipnóticos.

La estadística de Cathelin no hace más que corroborar lo dicho, sobre 1.000 casos no observó ningún accidente.

CONCLUSIONES

1º — Anestesia sencilla, de técnica fácil.

2º — De inocuidad absoluta.

3º — Anestesia perfecta para las intervenciones del ano, periné, bolsas, pene, vejiga y fosa isquio-rectal.

4º — Constituye la anestesia ideal para la práctica de la prostatectomía a lo Freyer.

...

Discusión:

Monserrat J. L.

... Indudablemente existe un gran parentesco entre la anestesia epidural de Cathelin y la técnica que describimos en la comunicación anterior, por lo cual, por la mayor facilidad de ejecución en la epidural alta debe dársele a nuestro juicio preferencia. Y no sólo este detalle de técnica sino que, como es de todos conocido y el mismo autor nos lo relata, no siempre se obtiene una buena anestesia, en la zona a operar, y se hace indispensable, en los casos de prostatectomía, una anestesia de la pared, para efectuar la talla, y la extirpación de la próstata provoca dolores a veces.

Todos estos detalles son fácilmente explicables por cuanto todos sabemos que con la técnica de Cathelin sólo se anestesian los nervios sacros, y por lo tanto la anestesia de la región perineal, es más superficial y en forma de silla de montar, escapando de la acción anestésica los testículos, próstata, vejiga, etc., porque estos últimos tienen además centros lumbares, que, al no ser alcanzados por la solución anestésica, dan persistencia del dolor en las zonas a intervenir.

Por estas razones, al no lograr una anestesia completa, el método de la epidural baja debe, a nuestro juicio, substituirse por la epidural alta, que reúne todas sus ventajas, sin sus inconvenientes.