

## ANESTESIA RETROPROSTATICO-VESICAL SU VISUALIZACION RADIOGRAFICA

Por los Dres. R. BERNARDI y JUAN C. CHIOZZI

La supresión del dolor durante los exámenes endoscópicos, tenesmos vesicales o pequeñas operaciones de la próstata y la vejiga, en la práctica diaria, constituye un verdadero problema de difícil solución en muchas ocasiones.

Pensamos en un agente anestésico y especialmente una *vía de fácil abordaje*, que nos permitiera la *deambulacion inmediata de los enfermos*, asistidos en el consultorio externo o en el consultorio privado, sin fenómenos tóxicos, privación de sus sentidos, ni paraplejía.

Fué por ello que excluimos la anestesia general (éter, cloroformo, ciclopropano, protóxido de nitrógeno, etc., etc.); sea por inyección (evipan, pentetba!); por vía rectal (avertina); raquídea; peridural o epidural; para-sacra o transacra, etc; estas últimas de difícil técnica y resultados irregulares.

Consideramos al igual que otros autores, que el espacio recto-próstato-vesical serviría para la inyección de novocaína, con el propósito de suprimir el dolor, producido por el tenesmo de los cistostomizados, por distintas causas, en la exploración endoscópica dolorosa, o pequeñas intervenciones endovesicales (electrocoagulación de papilomas cervicales o yuxtacervicales, resección del cuello, etc., etc.).

Una corta práctica en el cadáver y luego en los enfermos nos demostró la *fácil accesibilidad* del espacio, habiéndose referido ya brevemente uno de nosotros (Bernardi), a esta técnica en trabajos anteriores.

La infiltración masiva del espacio recto-vésico-prostático con novocaína al 0.50 % (80 a 120 c.c.) que empleamos desde 1945, a la que agregamos en los últimos tiempos la *anestesia intracavernosa* y la del *esfínter estriado*, nos ha permitido obtener *resultados satisfactorios* en muchos exámenes o procesos

dolorosos próstato-vesicales como se verá en el cuadro adjunto. Debemos recordar que algunos resultados insuficientes o malos se debieron a defectos de técnica, afecciones malignas o a una idiosincracia muy personal a la anestesia local, que tanta importancia tiene en la valoración de su eficiencia.

El factor personal juega en este tipo de anestesia un papel capital: la anestesia local falla sistemáticamente en los pusilánimes, histéricos o miedosos. Entendemos que en estos casos una ligera preparación previa con barbitúricos podrá obtener éxito.

A raíz de los trabajos de Magid y Culp sobre anestesia cavernosa y de la comunicación de Mathis a la Sociedad de Urología, la adoptamos en nuestros operados y la incluimos como *etapa inicial de la técnica que proponemos*.

Igual que sus autores obtuvimos la *visualización radiográfica* de la *anestesia intracavernosa*, inyectando en nuestro caso 10 c.c. de Nitason + 10 c.c. de novocaína al 1 % en suero fisiológico; vale decir, 20 c.c. de solución en ambos cuerpos cavernosos.

Como la introducción del cistoscopio resultaba dolorosa a nivel de la uretra membranosa, a pesar de la anestesia intracavernosa, la que según sus autores alcanzaban hasta el diafragma urogenital, decidimos *completar la técnica con la anestesia del esfínter estriado*.

De tal manera que el procedimiento que proponemos quedó definitivamente integrado por 3 anestésias regionales:

1<sup>º</sup>) *Anestesia intracavernosa*.

2<sup>º</sup>) *Anestesia esfinteriana* (esfínter estriado de la uretra).

3<sup>º</sup>) *Anestesia retro-próstato-vesical*.

Con esta técnica de *triple anestesia*, obtenemos en la mayoría de los casos la abolición del dolor en las exploraciones e intervenciones endoscópicas de la uretra anterior posterior, próstata y vecindades del cuello vesical, al actuar sobre las ramas del pudendo interno y del plexo hipogástrico.

#### TÉCNICA.

Enfermo en posición de la talla perineal.

1<sup>º</sup>) *Anestesia intracavernosa*, con la técnica conocida, inyectando 20 c.c. de novocaína al 1 % diluida en suero fisiológico.

2<sup>º</sup>) *Anestesia esfinteriana*. Previo habón anestésico se punza el rafe perineal con una aguja intramuscular fina, al través de dedo por delante del ano, en el que se introdujo previamente el índice izquierdo con el propósito de conducirla. En las vecindades del esfínter estriado (borde inferior del pubis) se inyectan 20 c.c. de novocaína al 1 %.

3<sup>º</sup>) *Anestesia retropróstato-vesical*. Se reemplaza la anterior por una aguja de punción raquídea (100 x 10) y con el índice izquierdo introducido

en el recto se guía fácilmente por ese espacio, facilitada la movilización por la separación de los planos realizada por la solución anestésica (*novocaína* 0,50 por ciento en suero fisiológico).

Se procede infiltrando en "abanico" el espacio de la siguiente manera:

a) Infiltración de la *línea media*, próstato-vesical, con 20 a 40 c.c. de la solución.

Resulta interesante comprobar con qué facilidad se produce el edema anestésico, así como es posible sentir el frío de la solución a través de la delgada pared rectal.

b) Infiltración del *lado izquierdo* (20 c.c.).

c) Infiltración del *lado derecho, vesico-rectal* (20 c.c.) en las zonas de distribución del plexo hipogástrico.

Después de terminadas estas 3 anestésias es conveniente esperar 10' a 15' para obtener una buena difusión de la sustancia empleada.

Cabe destacar que en total *no se alcanza al gramo de novocaína*, considerando que para las anestésias intracavernosas y esfinterianas se emplearon 40 c.c. de novocaína al 1 % (0,40 grs.) y para la retropróstato-vesical, 80 c.c. al 0,50 % (0,40 grs.); vale decir, 0,80 *de novocaína*.

En algunas ocasiones los enfermos acusaron una ligera intolerancia a la droga, caracterizada por palidez, taquicardia e hipotensión que atribuimos a su mayor absorción través de la inyección intracavernosa.

Debemos aclarar que solamente empleamos las 3 anestésias en las pequeñas intervenciones endoscópicas o en los exámenes por cistitis dolorosas, porque de lo contrario en los tenesmos por taponamiento, sonda hipogástrica, cistitis incrustada, etc., hacemos exclusivamente anestesia retro-próstato-vesical.

Esta anestesia obra de 2 maneras: a) aboliendo la sensibilidad del plexo hipogástrico y b) produciendo reacciones neurovasculares duraderas que justifican su empleo tiempo después de haberse absorbido la solución anestésica.

Después de estudiar las experiencias de Vischnievsky sobre la anestesia local por el método de la infiltración gradual nos suscribimos decididamente a su opinión cuando dice: "el infiltrado prerrectal o periprostático a través del perineo, en calidad de infiltrado inferior para anestesiar la vejiga, ha de encontrar un amplio campo de aplicación no solamente en cirugía urológica mayor sino también en la menor (espasmos tenaces del esfínter de la vejiga, cistoscopia dolorosa, incontinencia, etc., etc.). Ello ha de ser tenido en cuenta con tanta más razón cuanto que la anestesia tradicional trivial de la parte inferior de las vías urinarias que se realizó por la analgesia directa, mediante soluciones concentradas en la mucosa de la uretra y de la misma vejiga no resulta eficaz siendo en ocasiones de imposible realización y muchas veces inclusive "peligrosa".

## CASUÍSTICA

|    |       |  |                                   |  |
|----|-------|--|-----------------------------------|--|
| 1  | S. D. | Cistitis incrustada. Micción cada hora, muy dolorosa.              | A. R. V. novoc. 1 %<br>80 cc.     | Muy bueno. Se distiende 200 cc. sin dolor. |
| 2  | S. M. | Cistitis tuberculosa. Gran tenesmo. Cistoscopia directa imposible. | A. R. V. novoc. 1 %<br>100 cc.    | Buena distensión 150 cc.                   |
| 3  | N. P. | Cistitis incrustada post-adenomectomía. Electrocoagulación.        | A. R. V. novoc. 1 %               | Muy bueno D 20'.                           |
| 4  | L. R. | Divertículo vesical.   | A. R. V. 80 cc. 1 %               | Muy bueno Cap. 800 cc.                     |
| 5  | M. J. | Neo de vejiga. Micción e/15'.                                      | A. R. V. 90 cc. 1 %               | Sin result. debido al neo (dolor intenso). |
| 6  | L. M. | Cistitis incrustada.   | A. R. V. 80 cc. 1 %               | Bueno.                                     |
| 7  | J. O. | Cistitis crónica.  | A. R. V. 80 cc. 1 %               | Bueno.                                     |
| 8  | J. M. | Cistitis incrustada.   | A. R. V. 60 cc. 1 %               | Bueno.                                     |
| 9  | L. O. | Neo de vejiga.   | A. R. V. 80 cc. 1 %               | Bueno.                                     |
| 10 | N. L. | Cistitis. Litiasis renal. Hematuria.                               | A. R. V. y E. 80 cc.              | Excelente.                                 |
| 11 | F. G. | Cistitis. Hematuria.   | A. R. V. y E. 120 cc.<br>0,50 1/2 | Bueno.                                     |
| 12 | L. O. | Cistitis incrustada.   | A. R. V. y E. 120 cc.<br>0,50 1/2 | Bueno.                                     |
| 13 | B. G. | Cistitis incrustada.   | A. R. V. y E. 130 cc.<br>0,50 %   | Bueno.                                     |
| 14 | S. A. | Cistitis incrustada.   | A. R. V. y E. 80 cc.<br>1 %       | Regular. Discreto dolor.                   |
| 15 | L. C. | Adenoma. Estrechez filiforme de uretra. Talla y uretrotomía.       | A. R. V. y E. 70 cc.<br>1 %       | Bueno.                                     |
| 16 | D. C. | Neo de próstata. Tenesmo intenso.                                  | A. R. V. y E. 70 cc.              | Bueno.                                     |
| 17 | I. P. | Talla por adenoma (tenesmo intenso).                               | A. R. V. y E. 100 cc.             | Bueno.                                     |
| 18 | J. A. | Cistitis discreta por neo (operado).                               | A. R. V. y E. 80 cc.              | Bueno.                                     |
| 19 | J. M. | Neo de vejiga. Cistitis intensa.                                   | A. R. V. y E. 100 cc.<br>1 %      | Bueno.                                     |

## CASUÍSTICA (continuación)

|    |       |  |                                  |  |
|----|-------|--|----------------------------------|--|
| 20 | J. N. | Adenomectomía. Gran tenesmo.                                 | A.R.V. y E. 50 cc.<br>1 ‰        | Muy bueno, cede tenesmo completamente. |
| 21 | O. M. | Electrocoagulación uretra posterior.                         | A.R.E.C. 100 cc.                 | Bueno.                                 |
| 22 | S. O. | Cistitis aguda por pielonefritis bilateral. Micción cada 5'. | A.R.V. 80 cc. 1 ‰                | Bueno.                                 |
| 23 | M. F. | Neo de vejiga.   | A.R.V. 80 cc. 1 ‰                | Bueno.                                 |
| 24 | A. Q. | Talla hipogástrica. Tenesmo.                                 | A.R.V. 80 cc. 1 ‰                | Bueno.                                 |
| 25 | E. R. | Electro-coag. Cálculo intraparietal meato uret. izq.         | A.R.V. 90 cc. 0,50 ‰             | Muy buena.                             |
| 26 | A. G. | Cistitis incrustada.   | A.R.V. 80 cc. 0,50 ‰             | Muy buena.                             |
| 27 | D. T. | Neo de vejiga.   | A.R.V. y C. 120 cc.<br>0,50 ‰    | Bueno. Cistoscop.                      |
| 28 | L. G. | Neo de vejiga.   | A.R.V. y C. 120 cc.<br>0,50 ‰    | Bueno Cistoscop.                       |
| 29 | C. L. | Neo de vejiga.   | A.R.V. y C. 120 cc.<br>0,50 ‰    | Regular.                               |
| 30 | J. C. | Cistitis incrustada. Electrocoagulación.                     | A.R.V. y C. E.<br>70 cc. 1 ‰     | Regular.                               |
| 31 | J. R. | Litotricia.  | A.R.V.C.E. 120 cc.<br>1 y 0,50 ‰ | Muy bueno.                             |
| 32 | B. N. | Papiloma suprameático. Electrocoagulación.                   | A.R.V.C.E. 100 cc.<br>1 y 0,50 ‰ | Muy bueno.                             |
| 33 | M. B. | Papiloma vesical. Electrocoagulación.                        | A.R.V.C.E. 100 cc.<br>1 y 0,50 ‰ | Muy bueno. Cistose.                    |
| 34 | S. D. | Cistitis difusa con edema.                                   | A.R.V.C.E. 100 cc.               | Muy bueno. Cistose.                    |
| 35 | R. P. | Cistitis incrustada.   | A.R.V.C.E. 120 cc.<br>0,50 ‰     | Electrocoag. Bueno.                    |
| 36 | S. A. | Cistitis incrustada.   | A.R.V.C.E. 120 cc.<br>0,50 ‰     | Electrocoag. Bueno.                    |
| 37 | C. A. | Cistitis incrustada.   | A.R.V.C.E. 120 cc.<br>0,50 ‰     | Electrocoag. Bueno.                    |

Deseamos hacer notar que en todos estos casos la cistoscopia directa resultaba completamente imposible.

Con el propósito de documentar radiográficamente la técnica que proponemos, mostraremos sin reparo alguno con un propósito exclusivamente científico, a la vez que bien objetivo e interesante, una serie de radiografías que jalonan nuestros pasos en la *visualización radiográfica* de la anestesia *intracavernosa*, ya ejecutada por Hagid y Culp, y de las esfinterianas y retro-próstato-vesical, que como la del esplácnico fuimos de los primeros en realizar.

Debemos destacar que contrariamente a lo que se supone la anestesia retro-vesical no aparece adosada al órgano por la interposición del plano vesicular en primer lugar y por una incompleta distensión vesical. De todas maneras proporciona una idea del espacio decolable.

Esta es pues la intención de nuestro modesto trabajo a estas jornadas y sin propósito de originalidad, decidimos mostrar nuestra contribución a la anestesia en urología y a la visualización radiográfica de la misma, como hicimos para el esplácnico.