

Bloqueos intrarraquídeos para el tratamiento del dolor en el Cáncer Avanzado

*Dr. Rosendo López Macías,
Guadalajara, Jal. México.*

DEBE ser raro el médico que llevando varios años de ejercer la profesión, no haya tenido que enfrentarse al problema que significa un cáncer avanzado, ya sea en la clientela privada, en los enfermos de hospital, o aún en alguno de sus familiares; indudablemente el aspecto quizá más difícil de tratar, es el que se refiere al alivio del dolor en los períodos finales de cáncer; la compresión de filetes nerviosos causada por las masas tumorales o ulceración en áreas particularmente sensibles, son causa de sufrimiento intenso en estos enfermos.

Los intentos hechos para suprimir el dolor en forma más o menos radical, han sido numerosos; Dogliotti en 1931 recomendó el uso del alcohol inyectado en el espacio subaracnoideo, para destruir las raíces sensitivas; con este método se puede obtener alivio del dolor, pero su duración rara vez se prolonga más allá de un mes; además, teniendo el alcohol un peso específico menor que el líquido cefalorraquídeo, no siempre es fácil obtener el bloqueo del área que se desea.

Desde hace varios años se emplean las neurotomías, para dividir quirúrgicamente

las vías sensitivas correspondientes al área dolorosa, habiéndose logrado ya avances muy satisfactorios; desgraciadamente no todos los pacientes aceptan, o están en condiciones de tolerar una intervención de esta magnitud. Por eso creo que el uso del fenol y del nitrato de plata, siguiendo la *técnica de Maher*, constituye un verdadero progreso en la lucha contra el dolor en las neoplasias avanzadas.

Maher en 1955, ideó emplear el fenol por vía intrarraquídea. Después de experimentar distintos vehículos, escogió la glicerina. Ya Grenfield había demostrado poco antes, que las soluciones acuosas de fenol al 0.5% producían lesiones graves en la cola de caballo, con la sintomatología consiguiente.

Cuando se usa la glicerina como vehículo para el fenol la difusión de este último es lenta y gradual, y como su peso específico es mayor que el del líquido cefalorraquídeo, es posible por métodos posturales limitar su efecto a las raíces posteriores o sensitivas, respetando las motoras. La concentración óptima es de una parte de fenol por 20 de glicerina, o sea una solución al 5%. La dosis a inyectar varía desde 0.5 cc. hasta

Trabajo presentado en el X Congreso Mexicano de Anestesiología; Noviembre 1963; San Luis Potosí, S. L. P.

3.5 cc. en los bloqueos cervicales o dorsales altos. Cuando el fenol no logra producir una analgesia adecuada, puede repetirse el bloqueo unos días después, empleando fenol con glicerina en la proporción de 1 por 25 (4%) y añadiendo nitrato de plata a la dosis de mgs. 0.75. Con la combinación de ambas drogas, la proporción de éxitos es mayor. La duración de la analgesia llega hasta un año.

Maher ha empleado su procedimiento para producir analgesia a cualquier nivel dentro del canal raquídeo y últimamente ha usado soluciones acuosas de fenol para bloquear el trigémino con buenos resultados.

Hasta ahora mi experiencia se ha limitado a bloqueos por abajo de la 8a. vértebra dorsal, siendo en su mayoría pacientes con cáncer avanzado del cérvix, más dos enfermas con dolores por compresión radicular por angulación de la columna, sin proceso neoplásico, cuya edad y estado general, no hicieron aconsejable el empleo de métodos ortopédicos.

MATERIAL

Se pesan 0.25 gr. de fenol y se ponen dentro de un frasco estéril color ambar; colocándose inmediatamente el tapón de hule estéril. En otro frasco se vierten 5 c.c. de glicerina esterilizada y se cubre con su tapón de hule. Cuando ya se va a usar, se mezclan el fenol y la glicerina, se añaden 0.5 cc. de agua destilada estéril, se agita todo vigorosamente. La solución está lista para usarse y sirve para hacer varios bloqueos. Si se protege de la luz puede conservarse 3 semanas.

Cuando se quiere usar fenol y nitrato de plata, se preparan primero 5 cc. de glicerina fenicada al 4%, en la forma explicada antes. En otro frasco se colocan 2 mg. de nitrato de plata y 4 cc. de agua bidestilada estéril, agitándose hasta disolver; cuando se

va a usar, se toman 0.5 cc. de la solución de nitrato de plata y se mezcla con 4.5 cc. de glicerina fenicada al 4%. De esta mezcla se inyecta desde medio hasta dos centímetros cúbicos. En los bloqueos lumbares o dorsales bajos, basta generalmente con uno y medio centímetros cúbicos.

METODO

Es muy ventajoso, a mi juicio, llevar a cabo el bloqueo en la sala de operaciones. Ahí se encuentra a la mano todo lo que el anestesiólogo puede necesitar en caso de emergencia: oxígeno, aparato de anestesia, equipo de intubación endotraqueal, aparato de succión, etc. Aún cuando no he tenido necesidad de usarlo, me he sentido más tranquilo teniendo todo el equipo listo para ser usado en caso necesario.

Generalmente he escogido las horas de la tarde, porque en nuestro medio hay menos trabajo en los quirófanos y el bloqueo puede efectuarse con más tranquilidad.

La enferma, (todos mis casos han sido del sexo femenino) se coloca en decúbito lateral, con el lado enfermo descansando sobre la mesa. Se prepara el campo en la forma acostumbrada para la anestesia raquídea. Se hace la punción en el espacio interespinal escogido, empleando una aguja calibre 18 ó 19. Es indispensable que la penetración al espacio subaracnoideo se haga precisamente a través de la línea media; se retira el mandril para comprobar que el líquido cefalorraquídeo sale libremente, volviendo luego a colocarlo en su sitio; en seguida los ayudantes proceden a voltear suavemente a la enferma, hasta que queda casi en decúbito dorsal, manteniéndola con las piernas flexionadas. El anestesiólogo debe explicar desde antes a la enferma, que no tema caer, ya que los ayudantes la sostendrán. Una vez en la posición indicada, se procede a inyectar la solución de fenol. Ma-

her recomienda aplicar dosis de 0.5 cc. cada vez, manteniendo mientras la aguja en posición y esperar hasta una hora para saber si la cantidad inyectada fue suficiente para producir analgesia adecuada. A mí me pareció difícil mantener tranquilas a las enfermas, teniendo la aguja en la espalda, y preferí aplicar hasta uno y medio centímetros cúbicos de una vez.

Terminada la inyección, se retira la aguja y se mantiene a la enferma en decúbito dorsal, con las piernas extendidas. Pasando un minuto, se comienza a probar la sensibilidad, pinchando suavemente con una aguja; si la anestesia obtenida cubre la zona en que había dolor, ya no es necesario hacer movimientos. Si la analgesia se extiende en dirección caudal, dejando arriba una porción en que subsiste el dolor, se le da a la mesa una ligera inclinación de Trendelenburg; si al contrario, tiene tendencia a ir en dirección cefálica, se inclina la mesa en sentido contrario.

Lo más conveniente es que la analgesia obtenida, desborde uno o dos segmentos la zona dolorosa. Una vez logrado esto, se deja a la enferma 20 minutos más en la mesa de operaciones. Después de ese tiempo, puede enviársele a su cama.

Casi siempre se presenta cefálea y algunas veces vómitos. Para combatir esos tras-

tornos, se prescribe aspirina y sedantes ligeros.

Hasta la fecha, he tratado 26 enfermas; en 16 he obtenido buenos resultados, logrando analgesia bastante aceptable; en 9 sólo hubo disminución del dolor. Un segundo bloqueo mejoró a tres enfermas más; en el resto fue necesario seguir aplicando analgésicos.

Una de las enfermas murió a las 36 horas de aplicado el bloqueo, con un cuadro que se inició con agitación y terminó en colapso, sin que se pudiera aclarar la causa del fallecimiento.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El bloqueo raquídeo con fenol y glicerina, según la técnica de Maher, puede ser de utilidad para suprimir el dolor en los cánceres avanzados. No siempre se logran resultados perfectos, pero creo que es un procedimiento que vale la pena ensayar en algunos casos.

SUMMARY

The spinal block with phenol and glycerine, according to Maher's technique, can be of use in eliminating pain in the advanced cases of cancer. Perfect results are not allays obtained, but I believe it is worth trying in some cases.

REFERENCIAS

- R. M. MAHER.—*The Lancet*.—Enero 1-1955.
 R. M. MAHER.—*The Lancet*.—Enero 5-1957.
 P. W. NATHAN Y T. G. SCOTT.—*The Lancet*.—
 Enero 11-1958.
 R. M. MAHER.—*The Lancet*.—Abril 23-1960.