

Analgesia Hemiperidural en Cirugía

Comunicación Preliminar

Dr. Manuel Yáñez Perichard

DEBE ser preocupación del médico en general y del anestesiólogo en particular, buscar siempre la dosis mínima, útil, en la administración de fármacos. Tomando esta premisa en cuenta, pensamos que las dosis de anestésico que se emplean habitualmente para bloqueo peridural, son demasiado elevadas y cercanas a la dosis tóxica, por lo cual estamos obligados a buscar la forma de disminuirlas.

Esto tiene mayor importancia aún, en el bloqueo peridural cervico-braqui-torácico para cirugía (1), ya que la paresia bilateral de los músculos intercostales, podría eventualmente llevar al paciente a un estado más o menos grave de hipoventilación, con el consiguiente riesgo de hipoxia.

Por otro lado, mientras menor sea el bloqueo del sistema adrenérgico, menor será la posibilidad de hipotensión, sobre todo en pacientes lábiles o en malas condiciones generales.

Con todo esto en mente, iniciamos el intento de conseguir la realización de un bloqueo selectivo, similar al hemiespinal subaracnoideo. Nuestros primeros intentos fueron en el sentido de utilizar sustancias de alto peso molecular: glucosa hipertónica, polivinilpirrolidona, sangre, etc., sin conseguir

ningún resultado. La razón lógica de este fracaso se debió a que siendo el espacio peridural, normalmente virtual, la distribución de cualquier solución puesta en él, se verificará por capilaridad, así sea aquella de muy alto peso molecular, ya que es repartida por fuerzas similares en todas direcciones.

Se nos hizo pues evidente, que para conseguir un bloqueo selectivo unilateral, el primer paso sería modificar dicha distribución, convirtiendo el espacio peridural en real, lo que se intentó mediante la inyección de aire, en cantidades suficientes para distenderlo (100 a 150 cc.), utilizando una llave de tres vías, previa a la aplicación del agente anestésico, siempre con el paciente en decúbito lateral, sobre el lado por intervenir y dejándolo en esa posición entre 10 a 15 minutos, con objeto de dar tiempo a la fijación del anestésico.

Debemos tomar precauciones para evitar el riesgo de inyección inadvertida de aire al interior de un vaso, dada la posibilidad de embolia gaseosa.

Siguiendo esta técnica, se obtuvieron las siguientes radiografías:

En la primera se observa que el espacio peridural de CI a TIII se ha llenado de

Trabajo presentado en la Sesión Ordinaria de la Sociedad Mexicana de Anestesiología, A. C., del día 2 de junio de 1969.

aire, por lo tanto está distendido, esto es, ahora sí contamos con un espacio real y cualquier solución colocada ahí), seguirá las leyes de la gravedad. En efecto, como se observa en la siguiente radiografía, esto se comprobó al inyectar 15 ml. de solución anestésica con 5 ml. de medio de contraste (Hypaque) vemos que se deposita en la región declive, obteniendo así bloqueo selectivo.

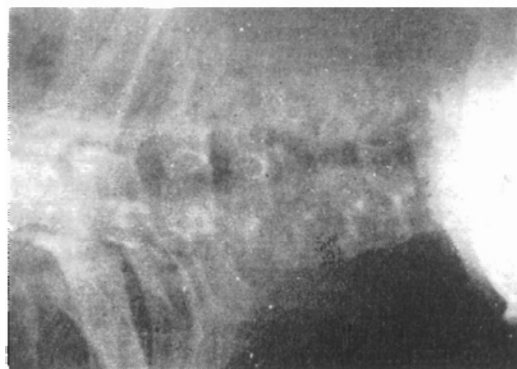


FIGURA 1.



FIGURA 2.

Hemos de hacer notar sin embargo, que en ningún caso fue 100% unilateral, situación debida creemos, al hecho de que como diversos autores han comprobado (2), la distribución de cualquier solución colocada en el espacio epidural, se realiza en parte directamente a través de la duramadre, impregnando en esta forma, por su dilución en

el líquido cefalorraquídeo, las raíces nerviosas y aún la médula misma.

CASUÍSTICA

Número de casos	22	100%
Sexo.—Masculino	18	82%
Femenino	4	18%

Edad por décadas

0 a 10 años	0	0%
11 a 20 "	3	13%
21 a 30 "	8	36%
31 a 40 "	5	22%
41 a 50 "	2	9%
51 en adelante	4	18%

Estado Físico

I	6	27%
II	9	40%
III	5	22%
IV	2	9%
V	0	0%

Tipo de Cirugía

Para miembro torácico	6	27%
Para miembro pélvico	16	73%

Duración del bloqueo

Mínimo	1 h. 35 m.
Máximo	2 h. 10 m.
Promedio	1 h. 45 m.

Dosis

Se redujo de un 25 a un 50% de la dosis habitual recomendada, tomando en consideración la edad, el peso y el tipo de cirugía.

Complicaciones

Cefalea	4	18%
---------------	---	-----

RESULTADOS

I.—Menor volumen de agente anestésico y por lo tanto, menores dosis (entre el 25 y el 50%) para un mismo tipo de cirugía.

II.—Menor baja tensional (0 a 10% de la inicial) lo que nos habla de mínimo bloqueo simpático.

III.—Menores manifestaciones de toxicidad atribuibles al agente anestésico: somnolencia, excitación, bradicardia, etc.

IV.—En los casos de bloqueo cérvico-braquio-torácico, ausencia de paresia intercostal contralateral y por lo tanto, menor trastorno en la ventilación.

V.—Mayor control y comodidad del pa-

ciente, al no perder en forma bilateral, la sensibilidad propioceptiva.

RESUMEN

Creemos que la inyección previa de aire al espacio peridural, en cantidades de 100 a 150 cc. para distenderlo y así poder llevar a cabo un bloqueo selectivo, unilateral, es de gran utilidad; sobre todo en casos de alto riesgo y muy particularmente, en los bloqueos cérvico-braquio-torácicos para cirugía.

REFERENCIAS

- 1.—YÁÑEZ PERICHARD MANUEL.—*Bloqueo peridural alto para cirugía.*—Revista Mexicana de Anestesiología. México, D. F. Federación de Sociedades de Anestesiología de la República Mexicana, A. C. Mayo-Junio, 1966.
- 2.—P. C. LUND.—*Peridural Anesthesia.*—International Anesthesiology Clinics. Boston, Little, Brown and co., 1964, pp. 543, 559.
- 3.—J. TURNER.—*Anestesia peridural al alcance del cirujano.*—Buenos Aires, Argentina. Edit. Martínez de Murguía, p. 157.

