

# LAS VENTAJAS DE LA ANESTESIA LOCAL

por el

DR. A. DORRONSORO

*Director de la Clínica Quirúrgica de la Inmaculada Concepción*

El conocimiento de la anestesia local, como es sabido, data ya de cincuenta años, y fué preciso que Alexander Wood inventase primero la aguja hipodérmica, y que en 1860 Wohler obtuviese la cocaína de las hojas de la coca peruana, para que Reclus, en Francia, y Schleich, en Alemania, al principio del siglo XIX, iniciasen el empleo de la inyección de soluciones anestésicas, empleando la cocaína.

Sin embargo, no pudo alcanzar gran desarrollo su empleo, porque la cocaína en soluciones débiles no tiene apenas acción anestésica y en soluciones concentradas resultaban francamente tóxicas.

Los conocimientos químicos fueron los que hicieron progresar la anestesia local, al hacer posible la preparación sintética de sustitutivos de la cocaína, menos tóxicos que ella. Fruto de estos estudios fué llegar al conocimiento de la novocaína, preparada por Einhorn en 1905, la cual tiene la ventaja de ser diez veces menos tóxica que la cocaína, el ser fácilmente soluble en el agua, el poderse esterilizar y no irritar los tejidos.

Con la introducción de la suprarenina y de la novocaína quedó sentada la base químico-farmacéutica, sobre la que pudo seguir perfeccionándose la anestesia local. Graun fué el primero en publicar, en 1905, un libro sobre esta forma de anestesia.

Hoy día, como sabemos, ha adquirido un gran desarrollo la anestesia local, pudiendo suprimirse la sensibilidad de grandes territorios del cuerpo humano, y todo ello con no pocas ventajas sobre la anestesia general.

Localmente, la cocaína y sus sustitutivos: la novocaína, percaína, etc., producen una parálisis en todas las células con

que se ponen en contacto a una concentración suficiente. Los más sensibles a su acción local son los nervios, primero los simpáticos; luego, los sensitivos, y, en último lugar, los motores. Los efectos sobre el protoplasma son del todo transitorios, y no queda alteración alguna permanente.

Farmacológicamente no existe diferencia entre los anestésicos locales y los narcóticos, pues éstos, muy concentrados, poseen también propiedades anestésicas locales, y aquéllos también, a su debida concentración, desarrollan efectos sobre el sistema nervioso central.

Tiene una cierta importancia, para explicarnos la acción anestésica, los efectos de estas soluciones sobre los vasos, ya que unas, como las de novocaína y tropocaína, etc., determinan una vaso-constricción que dificulta su absorción y prolonga por lo mismo sus efectos locales, y otras, como las de estovaína, son vaso-dilatadores, lo que hace más fácil su absorción y menos duradera su acción local. Buscando efectos vaso-constrictores que prolongan la acción anestésica, se viene agregando con gran frecuencia adrenalina a las soluciones de novocaína.

La anestesia local requiere para su aplicación, como cualquier otro anestésico, que se precisen bien sus indicaciones, interviniendo en esto, de una parte, la solución anestésica a emplear, teniendo en cuenta que con mayores concentraciones aumenta la toxicidad, aunque se administre la misma cantidad global del producto, y, de otra, las características personales del enfermo, su poder de resistencia y muy especialmente su psiquismo.

En el pasado Congreso de Cirugía de Barcelona, en una de sus ponencias, se hacía una apología de la anestesia general empleada con aparatos como el de Oxford y el de Omo, que permiten la práctica de la anestesia con respiración ayudada o dirigida, empleando generalmente una mezcla de éter y oxígeno.

En la misma ponencia se relegaba a un término muy secundario a la anestesia local, afirmando los ponentes en una de sus conclusiones que esta anestesia, la local, únicamente la creían indicada en pequeñas intervenciones, y en esto radica precisamente nuestra total discrepancia, puesto que nosotros sustentamos la creencia que mantiene Friedrich de Viena en

sus escritos, el cual dice "que la anestesia local debiera emplearse tanto más cuanto de mayor importancia sean las operaciones y de más duración".

Es un hecho cierto que durante nuestra estancia en la ciudad condal vimos operar a diversos cirujanos y todos ellos emplearon anestesia general etérea, con aparato de Osmo y aplicación simultánea de Euvare, presenciando unas magníficas anestésias, unidas a una relajación muscular absoluta, que facilitaban grandemente el trabajo al cirujano. Bajo este punto de vista de la comodidad en sus manipulaciones para el cirujano, no existe duda alguna de lo beneficioso de este proceder anestésico; ahora bien, bajo el punto de vista de la inocuidad para el enfermo, ya no compartimos el mismo criterio y en modo alguno comparamos la anestesia local con la novocaína, tal como nosotros la realizamos, con ninguna anestesia general, aun cuando ésta sea administrada por manos expertas con aparatos de la perfección de los Oxford y Omo.

Hace ocho o diez años venimos operando de esta manera, casi sistemática, todos nuestros casos con anestesia local con novocaína, y con esta anestesia hemos realizado cientos de intervenciones, bien de estómago (perforaciones, gastros y gastrectomías), un gran número de colecistectomías y, por supuesto, todos los casos que hemos tenido de hernias y apendicectomías, cualquiera que fuese la edad del paciente y el momento de la intervención; asimismo, con anestesia local exclusiva hemos operado tumores cerebrales y no pocos casos de mal de Pott, a los que siempre hicimos doble injerto tibial de Henle; con esta misma anestesia hemos realizado toracoplastias y toracotomías, en un cierto número de casos de quistes hidatídicos pulmonares, como asimismo una emocionante operación por herida de ventrículo derecho con sutura de corazón; igualmente hemos operado bocios y operaciones sobre esófago para extracción de cuerpos extraños y otro gran número de operaciones.

La sustancia por nosotros empleada ha sido siempre la novocaína, que si bien tiene un poder anestésico 25 veces menor que la percaína, es 50 veces menos tóxica, y mucho menos aun

si se emplea en soluciones poco concentradas, cual nosotros hacemos.

La acción anestésica la reforzamos agregando a su solución una de sulfato potásico al 0,4 por 100. Nunca empleamos soluciones con adrenalina, para evitar las reacciones secundarias (cefaleas, palpitaciones, etc.).

No creemos exista duda de ninguna clase de que la anestesia local es la menos peligrosa y tóxica de todas las anestésias hoy en día conocidas. Esta escasísima toxicidad se comprueba tanto por el magnífico estado general post-operatorio de los enfermos, que no puede compararse con el estado de los que han pasado por otras anestésias, como también se ha podido atestiguar esta menor toxicidad en las investigaciones de laboratorio, tanto en lo concniente a trastornos neuro-vegetativos como humorales y hemo-leucocitarios.

La anestesia local tiene, entre otras, las siguientes no pequeñas ventajas:

Primera. El que la anestesia queda limitada a un territorio anatómico fijado por nosotros, sin perturbar para nada las funciones cardio-vasculares, pulmonares o hepático-renales; las cuales al quedar fuera de la zona anestésica continúan desempeñando sus funciones fisiológicas con entera normalidad.

Segunda. La presión arterial, empleando soluciones sin adrenalina, permanece inalterable durante toda la operación, aun cuando ésta dure varias horas.

Tercera. El estado general del enfermo no se modifica, aun cuando éste sea deficitario o esté afectado por alguna insuficiencia orgánica, cardíaca, hepato-renal o pulmonar. Nosotros hemos operado no pocos casos de enfermos con cardiopatías graves, a los que era ineludible someterles a una intervención (hernias estranguladas, perforaciones, etc.) y gracias a esta anestesia se ha podido llevar a cabo la intervención, sin que su cardiopatía o afección pulmonar se afectase lo más mínimo por el acto operatorio.

Cuarta. No es tampoco de escasa importancia el poder emplear esta anestesia sin gran limitación de alimentos pre y post-operatorios, pudiendo suprimir en gran parte el tan perjudicial ayuno, que tanto predispone a la acidosis pos-operatoria,

-Quinta. El shock operatorio disminuye grandemente, por la sencilla razón de que la anestesia local exige, para ser perfecta, una técnica operatoria delicada; exenta de manipulaciones bruscas con los tejidos y vísceras, a los cuales en ningún momento se les puede ni se les debe someter a tracciones violentas, que serían dolorosas a pesar de la anestesia, y, por tanto, esta suavidad operatoria redundaría en beneficio del operado y evita los fenómenos del shock.

Sexta. Al no dar lugar a vómitos, no hay que temer tampoco una deshidratación; por este motivo son insignificantes la hiperuremia y la hipocloruremia; asimismo el descenso de la reserva alcalina y, por ende, la presencia de acidosis.

Creemos, por tanto, al igual que el doctor Friedrich, que la anestesia local debiera emplearse tanto más cuanto de mayor importancia sean las intervenciones y de mayor duración sean éstas, exigiendo únicamente su aplicación un conocimiento perfecto de la anatomía de la región que se desea anestesiar y cierta habilidad y paciencia por parte del cirujano, para que en ningún momento el enfermo sienta el más mínimo dolor, pues esto le desmoralizaría, colocándolo en una situación de inquietud que nos impediría una correcta intervención.

Son muchos los autores que recomiendan el empleo de anestésicos básicos (Escofedal, Penumbrol, etc.). Nosotros, en general, hemos desistido de su empleo desde hace tiempo, pues creemos preferible que el operado esté totalmente despierto, y que en todo momento controle sus actos y colabore con nosotros, indicándonos dónde realmente siente dolor y tenga la confianza absoluta, viendo que al sentirse lo más mínimo aplazamos la intervención hasta lograr una perfecta anestesia.

Con el empleo de esta anestesia hemos visto de forma palpable mejorar francamente el curso pos-operatorio de nuestros operados, e igualmente podemos afirmar que las complicaciones pos-operatorias, tanto de orden circulatorio (flebitis, tromboflebitis, etc.) como las pulmonares y parésicas intestinales y vesicales, han desaparecido casi en absoluto.

¿A qué podemos atribuir tan beneficiosos resultados? El empleo de la anestesia local permite la movilización activa de los operados, que estimula la circulación periférica, puesto que

las contracciones musculares al actuar sobre las venas, capilares y vasos linfáticos activan la circulación, favoreciendo el trabajo del corazón, suprimiendo el éxtasis sanguíneo en el territorio hepático, lo que favorece su función antitóxica y de eliminación y transformación de polipéptidos.

Durante las operaciones practicadas con anestesia general existe una evidente vaso-dilatación, seguida de vaso-constricción periférica e hipertemia al restablecerse la sensibilidad en los tejidos traumatizados en la intervención; pues bien, estos trastornos vasculares no existen empleando la anestesia local, la cual, unida a la movilización precoz de los operados, mantiene inalterable el tono vascular.

Leriche, entre otros, ha levantado su voz en defensa de la anestesia local y de la movilización precoz de los cuerpos, afirmando que una serie de hechos permiten hacer creer que esta movilización estimula la circulación y la normal nutrición de los tejidos.

En toda operación se ha podido comprobar una elevación de la azotemia y polipeptidemia, habiéndose igualmente comprobado que este aumento es casi nulo, y muy especialmente la polipeptidemia, con el empleo de la anestesia local.

Creemos, pues, que la anestesia local tiene un valor incomparable con otras anestесias, por ser ella mucho menos tóxica y su empleo exento de los peligros que aquéllas tienen, siendo las únicas dificultades que podemos encontrar en su aplicación de orden técnico, que pueden vencerse con un perfecto conocimiento de la anatomía de la región operatoria y cierta habilidad, y no pequeña paciencia por parte del cirujano.

Como comprobación de todo lo antes dicho, me voy a permitir exponer ligeramente unos casos entresacados entre los múltiples por nosotros operados con anestesia local y en los cuales puede apreciarse, sin duda alguna, la importancia decisiva que tuvo la anestesia en el éxito operatorio de los mismos.

En uno de ellos, el caso de doña M. Cansino, de sesenta y dos años, de Castilleja de la Cuesta, es una enferma diabética con acetona, que sufría intensos dolores en ambas regiones lumbares irradiados a las piernas, los cuales, en un principio, se había atribuído a su grave diabetes. Practicada que la fué

una radiografía de columna vertebral, se le aprecia un aplastamiento de la segunda y tercera vértebra lumbar. Previo tratamiento intensivo de su diabetes es operada, practicándole un doble injerto tibial que abarca de primera a cuarta lumbar, y tanto la extracción del injerto como su colocación en canales vertebrales, se realiza con anestesia local, sin que se altere para nada su estado general ni se agrave su diabetes sin complicación alguna. Durante toda la operación la anestesia fué perfecta, no causándole a la enferma dolor ni molestia de ninguna clase.

Otro de los casos es el de don J. M., de Valverde del Camino, de unos sesenta años de edad, que ha sido objeto de una agresión con unas tijeras, que le ha ocasionado varias heridas inciso-punzantes en cara anterior de tórax, algunas de ellas, al parecer, penetrantes. Presenta una intensísima disnea con facies cianótica y pulso apenas perceptible.

En estas precarias condiciones, y ante la agravación de su estado, se hace precisa una urgente intervención, la cual llevamos a cabo con anestesia local. Se incinde el quinto espacio intercostal, dilatando la herida que tenía a este nivel, la incisión se prolonga en gancho para arriba, siguiendo el borde izquierdo del esternón: se seccionan quinto y sexto cartílago costal y se pone al descubierto la cara anterior del pericardio, que se nos presenta de color azulada negruzca, con un pequeño orificio inferior por donde asoma un coágulo, se dilata este orificio, dando salida súbitamente a un gran coágulo que ocupaba toda su cavidad comprimiendo el corazón, el cual, al sentirse libre, empieza a latir, lanzando un chorro de sangre en cada sístole por una pequeña incisión que se aprecia en su borde derecho y que debe penetrar en ventrículo del mismo lado. Rápidamente sujetamos con la mano izquierda el corazón por su base, para con la derecha intentar dar un punto de sutura, cosa que logramos después de algunos emocionantes incidentes. Contenida totalmente la hemorragia por dos puntos que abarcan todo el espesor de la pared ventricular, cerramos pericardio dejando un pequeño drenaje para evitar compresiones si se produce algún derrame.

Vamos a citar otro caso, en el que gracias a la anestesia local pudo llevarse a feliz término una intervención que era, por otra parte, inaplazable. Se trata de la enferma de Huelva, doña C. M., la cual padeciendo una grave lesión cardíaca que sentía cuando trataba de acostarse, inesperadamente por un golpe de tos se le estrangula una hernia umbilical que tenía desde hacía años y en estas graves condiciones, sin poderse mover, pues esto agudizaba su disnea, previa consulta con el cardiólogo que la trataba, se determina llevar a cabo la intervención necesaria. Con anestesia local, y sin moverla para nada del sillón donde se encuentra, se desbrida su anillo herniario, reduciendo las asas estranguladas y logrando no se altere lo más mínimo su ya gravísimo estado cardíaco, teniendo un curso pos-operatorio totalmente normal.

Como estos tres casos podríamos citar otros muchos por nosotros operados, en los cuales, sin duda alguna, la intervención pudo llevarse a feliz término gracias a la aplicación de la anestesia local. (*per Hspl. Méd.*, 79, 1950.)

---

HARROW: *Era men razonado del tratamiento de la infección de Vincent.* ("Vincent's infection: a rationale of treatment.") "Dental Items of Interest", vol. 71, pág. 260, marzo 1949.

El autor, después de describir el estado actual de las relaciones entre el bacilo fusiforme y el "Borrelia vincenti" y la infección de Vincent, estudia los distintos estadios de la infección (agudo, subagudo y crónico), aconsejando el siguiente método de tratamiento:

En casos de infección aguda, pastillas de penicilina durante uno o dos días, no efectuándose la trepanación ni otros trabajos y no permitiendo que el paciente se cepille los dientes. Al día siguiente o al otro la enfermedad habrá alcanzado el estado subagudo, cuyo tratamiento es el mismo que damos a continuación para la infección crónica: tres enjuagues diarios con peróxido de oxígeno durante una semana e ingestión de 100 mg. diarios de niacinamida durante un mes. Tratamiento de las encías con una solución de cristal de violeta cada tres días hasta la total desaparición de los síntomas, verificando al mismo tiempo la trepanación, intervenciones operatorias, etc.

De la semana a los diez días suelen remitir los síntomas, debiéndose entonces explicar al paciente una técnica de cepillado adecuada y el uso de una pasta dentífrica que contenga clorofila.

Pueden presentarse ligeras recaídas, que se vencen fácilmente con los lavados de peróxido e ingestión de niacinamida.—J. FONT.