

Diez Años de Experiencia con Bloqueos Terapéuticos en el Departamento de Anestesia del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.*

Dr. Roberto J. Lucca E.
Director del Departamento

En esta comunicación se analizan los resultados obtenidos en diez (10) años de experiencia con los bloqueos terapéuticos por dolores rebeldes de causas diversas. Se han escogido los últimos diez años debido a que estimamos que, a partir de marzo de 1956 es que estamos realizando bloqueos terapéuticos con un criterio bien definido. Además, los resultados en el tratamiento por bloqueos de este tipo tiene particular importancia en su proyección en el tiempo y, son los beneficios a largo plazo los que interesan. Nuestro estudio comienza con el primer ganglio de Gasser bloqueado con una técnica correcta, o sea con control radiológico. Se trataba de un cáncer recidivante en la cara después de una operación de Comando.

Lo antes dicho no supone que con anterioridad no practicásemos bloqueos de carácter "mayor", sólo que orientábamos nuestros bloqueos hacia un concepto anestésico en general.

Tampoco están considerados todos nuestros bloqueos practicados desde entonces; son muchos más, sólo que hemos querido seleccionar aquellos bien historiadados, cuya evolución completa se conoce y que pueden considerarse como bloqueos "mayores", o sea todos los que han sido efectuados en Quirófano y, o con el paciente hospitalizado.

A lo largo de la exposición se consideran los siguientes tipos de bloqueos:

* Trabajo leído ante el VIII Congreso Latinoamericano de Anestesiología y II Congreso Venezolano de Anestesiología, Caracas 10 al 15 de Octubre 1966.

a) Bloqueos del ganglio de Gasser	60 casos
b) Bloqueos a nivel del ganglio Esfenopalatino	5 "
c) Bloqueos del nervio Glossofaríngeo	6 "
d) Alcoholización subdural en dolores intratables del cáncer	6 "
e) Bloqueos por distintos tipos de neuralgia intercostal	12 "
f) Anestesia epidural continua por diversas causas pero, sin incluir el dolor post-quirúrgico	17 "
g) Bloqueos del nervio Obturador	3 "
h) Bloqueo de la Cadena Simpática a distintos niveles	12 "
i) Casos varios de interés y, misceláneos	9 "
Total	130 casos

Todos los comentarios y opiniones de la experiencia personal sobre estos 130 casos, haciendo la advertencia de que muchos de estos pacientes tienen ya varios años en tratamiento y, si los computásemos como caso nuevo por cada reingreso, el total se cuadruplicaría.

a) **Bloqueos del Ganglio de Gasser por algún tipo de neuralgia del Trigémino**

En esta serie han sido tratados 60 enfermos, siguiendo la vía Hartell y la técnica preconizada por Bonica (1) según lo comunicamos en publicación más completa hace año y medio (2).

De entonces acá, la única variante de importancia en el procedimiento a seguir lo ha sido el empleo de la Jalea de Lidocaína como agente anestésico de fondo en vez de la solución al 2% que usábamos como rutina hasta mayo de 1966. Hemos empleado la Jalea en siete (7) casos en los últimos 5 meses, completando 16 infiltraciones. Además, la experiencia de Lyonnet & Silva (3) nos hacen hoy en día buscar la punción de la dura en vez de evitarla, cuando usamos la solución de Lidocaína al 2% o, el Alcohol.

Las opiniones y criterios emitidos en nuestra anterior comunicación ya citada (2) siguen siendo válidas y, a los interesados en este tipo específico de bloqueo le sugerimos su lectura.

C a s u í s t i c a

Número total de casos	60
Número total de infiltraciones	279
Promedio de bloqueos por enfermo	4.66
Mayor número de infiltraciones en un solo enfermo	24
Resultados satisfactorios (socialmente curados)	50
Abandonaron el tratamiento	7
Fracaso total del tratamiento	3
Mortalidad, o morbilidad	0
Secuelas de importancia	0

Tenemos la impresión de que casi todos los casos catalogados como fracaso se han debido a que para la fecha en que sucedieron, pudimos haber confundido una neuralgia de Sluder (ganglio Esfenopalatino) con la del Trigémino.

b) **Bloqueo a nivel del ganglio Esfenopalatino en la fosa pterigomaxilar, por neuralgia del tipo Sluder**

Esta neuralgia comenzó a ser tratada por nosotros hace relativamente poco tiempo, diciembre de 1965 y, creemos que entre los fracasos en los bloqueos de ganglio de Gasser por neuralgia supuesta del Trigémino deben encontrarse una mayoría catalogable en esta otra categoría.

Al comienzo usamos la vía lateral y anterolateral, percutánea y extraoral para introducir la aguja pero, los controles radiológicos nos demostraron cierta irregularidad en la posición de la punta de la aguja frente al agujero redondo mayor. Por ello, en las últimas infiltraciones hemos recurrido a la vía oral y a través del agujero palatino posterior. Esta vía no permite error en la colocación de la aguja.

C a s u í s t i c a

Casos tratados por neuralgia tipo Sluder	5
Casos puros	1
Casos impuros (mixtos)	4
Número total de infiltraciones	9
Resultado excelente	1
Resultados buenos	1
Resultados regulares, mediocres	3
Fracaso total	0
Secuelas	1
(paresia del recto externo del ojo izquierdo, pasajera y que desapareció totalmente en un mes).	
Mortalidad y Morbilidad	0

Este tipo de neuralgia, aparentemente de menor categoría que la del Trigémino, nos ha resultado mucho más difícil de dominar. Creemos que esto se debe a dos factores: 1º al rico entrecruzamiento de fibras sensitivas con otros territorios, tales como el nervio vidiano, el petroso superficial mayor y el profundo, el ganglio geniculado a nivel del facial, el nervio maxilar superior e inclusive, se discute una posible conexión con el glossofaríngeo; 2º a la relación directa que tiene este síndrome doloroso con la patología ventilatoria e infecciosa, del antro maxilar. Conocemos de dos casos muy rebeldes consecutivos a una antromía maxilar en blanco y con curetaje de mucosa sana.

A todos nuestros casos de neuralgia del tipo Sluder le hemos inyectado alcohol "in situ".

c) **Bloqueos del nervio Glosso-faríngeo**

C a s u í s t i c a

Total de bloqueos	6 casos
Total de infiltraciones	12 "
Casos puros	5 "
Casos impuros (mixtos)	1 caso
Bloqueo para establecer un diagnóstico	2 "
Bloqueo por dolor del cáncer	2 "
Bloqueo por neuralgia de etiología desconocida	2 "

Resultados en general buenos	6 casos
Fracasos	0
Accidentes o incidentes de importancia	0
Mortalidad	0

En todos los casos usamos la vía lateral del cuello y, tanto a nivel del agujero rasgado posterior como a nivel de la porción media de la apófisis estiloides. Esto según las técnicas descritas por Bonica (1). En algunos hicimos control radiológico, pero no en todos. El beneficio aparece después de varios bloqueos y transcurridos 7 días, o más.

d) **Alcoholización subdural**

C a s u í s t i c a

Total de casos bloqueados (puros)	6 casos
Total de infiltraciones efectuadas	14 "
Tratados por dolor del cáncer	5 "
Tratado por destrucción osteoartrítica de D ₁₂ y D ₁₁ más, fractura del cuello femoral y de la diáfisis, mal consolidada	1 caso
Resultado excelente	3 casos
Resultado bueno	2 "
Resultado mediocre	1 caso
Mortalidad, morbilidad o, secuelas	0

En esta serie obtuvimos resultados muy halagüeños ya que la situación más que lamentable en la que se encontraban los pacientes fue mejorada, a veces en forma teatral y, aun en el caso catalogado como mediocre los resultados específicamente buscados fueron buenos pero, la patología tan extensa que presentaba el paciente impedía obtener mejores resultados. Todos estos casos fueron tratados en quirófano, bajo anestesia; 1º subdural y de prueba con Pantocaina hipobara al 1/1.500 y luego, 2º alcohol subdural bajo anestesia general. Algunos de ellos fueron controlados por curiosidad científica con rayos X.

Los niveles alcoholizados fueron: L₃ a S₁ -- D₁₀ a D₁₂ -- D₁₀ a S₁ -- D₃ -- D₄ a D₅ -- L₄ a S₂ -- C₇ a D₁ -- D₁ a D₃ -- L₃ a L₅ -- De los cáncer tratados, tres fueron del tipo "Pancoast" (vértice del pulmón) y, dos de pelvis (vejiga y recto).

e) **Bloqueos por distintos tipos de neuralgia intercostal**

C a s u í s t i c a

Total de casos tratados	12 casos
Por neuritis post-herpética	5 "
Post-trauma de costilla, o cirugía	4 "
Post infarto pulmonar	1 "
Por algún tipo de cáncer	2 "
Incidente, accidente o mortalidad	0 "

Comentarios: en la neuralgia, o neuritis (?) post-herpética los resultados pueden catalogarse como mediocres y esto se debe a que fisio-

patológicamente hablando, lo correcto sería el infiltrar al ganglio de la raíz posterior (ganglio espinal) y no al nervio en algún punto de su trayecto extra-raquídeo. Esto debido a que la patología nerviosa en el caso de Herpes Zoster reside a nivel del ganglio.

En los casos de trauma, y dolor post-trauma los resultados son muy buenos. Vale la pena comentar el efecto teatral obtenido en una señora que presentó un cuadro de colapso grave y dolor muy intenso debido a embolia pulmonar post-parto y a quien por dos días consecutivos se le bloqueó con Jalea de Lidocaína los intercostales 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 del lado derecho.

Habitualmente usamos alcohol cuando se trata de tres o cuatro nervios por bloquear y, jalea de Lidocaína cuando son mayor número. Hoy en día no usamos la solución de Lidocaína.

Practicamos de rutina una placa de tórax al siguiente día buscando un posible pneumotórax, no habiendo esto sucedido hasta ahora.

f) **Anestesia epidural del tipo continuo por diversas causas pero, sin incluir el dolor post-quirúrgico.**

C a s u í s t i c a

Total de casos	17 casos
Cervical	2 "
Dorsales	6 "
Lumbares	9 "
Por trastornos vasculares	3 "
Por Insuficiencia Renal Aguda	3 "
Por Pancreatitis Aguda	2 "
Por Hepatitis de 8 meses de duración	1 caso
Por hernia discal o, espondilolitosis	4 casos
Por osteoartritis de columna	2 "
Por dolores de origen canceroso	2 "
Mortalidad o, morbilidad	0 "

Comentarios: En esta serie hay algunos casos excelentes que constituyeron verdadera sorpresa, inclusive para nosotros. Por ejemplo: médico de 68 años con marcada espondilolitosis, aparte de gran patología asociada de columna cervical, a nivel de C₄ y C₅; con arterioesclerosis cerebral compatible con un intelecto bueno sólo en presencia de absoluta normalidad tensional y en ausencia total de drogas analgésicas. Los dolores tremendos que padece el enfermo obligan a hospitalizarle para posible cirugía pero, debido a las muy malas condiciones del paciente por deterioro iatrogénico (analgésicos), todos los Traumatólogos y Neurocirujanos llamados en consulta rechazaron el caso y lo consideraron como perdido a muy corto plazo. Fue traído y consultado un eminente especialista extranjero quien opinó en igual forma. Le practicamos entonces una epidural con Jalea de Lidocaína cubriendo a C₅-C₆-C₇ y, el resultado fue teatral. Desde marzo de 1966, hasta el momento actual ha vuelto a sus actividades regulares sin ningún síntoma de dolor. Otro caso: persona de

70 años hospitalizada para ser intervenida por hernia discal a nivel de L₄ a S₁, y que a última hora resuelve no operarse pero, los lamentos de la enferma son tan alarmantes e incómodos para los otros pacientes, que se resuelve practicarle una doble epidural (L₂-L₃ y L₅-S₁). Se mantuvo la analgesia por espacio de cuatro (4) días. Esto fue el 3 de junio de 1965 y, hasta el momento actual el dolor no ha reaparecido.

Los casos de Insuficiencia Renal Aguda fueron los tres muy graves y en anuria total (ninguna eliminación de orina); el primero, por glomerulonefritis aguda en paciente hipertenso y con un solo riñón ya que el otro le había sido extirpado con anterioridad, se mantuvo la epidural por 36 horas (a nivel de D₁₂), mejoró y curó del episodio agudo. Murió meses después de su hipertensión arterial. El segundo, anuria total por 60 horas de posible origen tóxico, epidural a nivel de D₁₂ por 24 horas, curó. El tercer caso, anuria total después de la cuarta inyección de Fuadina^(r) (Antimonio-pirocatequinadisulfonato sódico) y de 36 horas de duración, epidural a nivel de D₁₂ por 24 horas la primera vez y, 12 horas la segunda; además se usó Procaína intravenosa a dosis subconvulsivante. A los 11 días está bien y, a los 19 días es dado de alta. Queremos hacer marcado hincapié en que todas las epidurales para bloqueo terapéutico efectuadas en nuestro Departamento de Anestesia llevan control radiográfico ya que consideramos que es muy fácil que la sondita se salga del canal raquídeo por uno de los agujeros de conjugación, con los siguientes inconvenientes: a) fracaso del procedimiento y posible pérdida de un paciente; b) descrédito del método ya que suponiendo que todo está bien hecho, el resultado no se deja ver.

En los casos de pancreatitis los resultados fueron también muy buenos así como también en el de la hepatitis, caso seguido en su totalidad por gastroenterólogo competente. Conviene recordar aquí que desde el año de 1951 usamos la caudal continua para controlar el dolor postquirúrgico (4) y por 48 horas o más, en la hemorroidectomía. Con tal procedimiento hemos obtenido muy buenos resultados en más de 300 casos.

g) Bloqueo del nervio Obturador

C a s u í s t i c a

Total de casos	3
Total de infiltraciones	16
Por artritis/osis de cadera	2 casos
Por dolor post-prótesis de Thompson	1 caso
Resultado excelente	1 caso
Resultados buenos	2 casos
Accidente, incidente, o mortalidad	0

A pesar de que bloqueo del nervio Obturador es de técnica relativamente imprecisa, creemos que los resultados en general buenos que obtuvimos en estos tres casos se deben a la perseverancia y fe de los pacientes bajo tratamiento ya que, como se verá, recibieron 5-6-5 infiltraciones c/u y respectivamente. Hubo control radiográfico en todos. Debemos advertir que en el último caso tratado también se usó Cortisona intracapsular.

n) Bloqueo de la cadena simpática a distintos niveles

C a s u í s t i c a

Total de casos	12
Bloqueo a nivel cervical	7 casos
Bloqueo a nivel del Ganglio Estrellado	4 "
Bloqueo a nivel del simpático lumbar	1 caso

Accidentes, incidentes (un pneumotórax después de infiltración del ganglio Estrellado por trastornos vasomotores post-trauma de mano y antebrazo). Curó.

De esta serie, que como se verá casi toda cubre al simpático cervical, merecen comentario los siguientes casos: a) vértigo de Menière después de haber sufrido múltiples intervenciones sobre columna cervical; hay mejoría importante después de seis (6) bloqueos del simpático cervical siguiendo la técnica de Moore (5) y, vuelve a conducir automóvil, cosa que le era imposible anteriormente. b) en los accidentes cerebro-vasculares por trombosis o espasmo, creemos haber obtenido resultados catalogables como buenos. c) en los trastornos vasomotores post-trauma a nivel de la mano también hubo buen resultado. Tuvimos también un caso curioso que curó y, se trataba de una señora que presentaba un síndrome inverso al de Claude Bernard-Horner, o sea; exoftalmos y midriasis unilateral y, no se pudo encontrar causa alguna. Pero, para la enferma era muy antiestético la alteración de la fisonomía y aceptó que se le practicasen cinco bloqueos del simpático cervical del lado afecto, aunque se desconocía la etiología. El resultado inmediato fue nulo pero, semanas después comenzó a ceder el trastorno y actualmente está normal. Este resultado relativamente tardío en los bloqueos es frecuente en todos los terrenos y, por ello no debe considerarse el caso como un fracaso si no hay mejoría inmediata; en nuestra experiencia la estabilización de la mejoría comienza a los 10 días de finalizada la terapia por bloqueos.

i) Casos varios y misceláneos

C a s u í s t i c a

Total de casos	9
Paravertebral cervical	1
Bloqueo del nervio frénico por hipo rebelde	4 plus
Bloqueos seriados por lumbago rebelde	3 plus
Bloqueo seriado por tortícolis	1 plus
Accidente, incidente, o mortalidad	0

En esta serie contemplamos sólo tres casos de infiltración del frénico porque los consideramos como "mayores" debido a la gravedad de los enfermos y a la importancia del hipo (uno de los pacientes murió en anuria pero sin hipo, fue un caso terminal por cáncer). La verdad es que la cantidad de frénicos infiltrados es grande pero, consideramos a este tipo de bloqueo tan simple que sólo figura en la historia general del paciente; no le llenamos historia de anestesia; además, los bloqueos son practicados en el cuarto del paciente, lo que le quita categoría de "mayor" según nuestra manera de ver. En los lumbagos intensos y de carácter

rebelde hacemos infiltración de las masas musculares a cuatro niveles e inyectamos Lidocaína a dosis subconvulsivante. Es necesario repetir el procedimiento unas cinco veces y advirtiéndole al paciente que se sentirá bien después del último bloqueo o sea, al finalizar los traumatismos de las agujas. Hay que hacer notar que la inyección intramuscular de una dosis tan alta de la droga es casi como si se la usase por vía intravenosa y, estos enfermos salen del quirófano para Recuperación bajo anestesia general por la Lidocaína. Es un tipo de bloqueo que necesita ser hospitalizado siempre.

Hay también un caso de "status asmático" grave en el que, además de la anestesia profunda con éter, también se le hizo infiltración del ganglio estrellado del lado izquierdo. No sabemos en cuanto contribuyó esto a terminar con el "status asmático".

COMENTARIOS FINALES

Como podrá verse, en esta serie de 130 pacientes tratados con alguna forma de bloqueo terapéutico no tenemos que lamentar ninguna muerte, tampoco ninguna complicación o secuela de importancia, ni reclamo de parte de algún enfermo.

Para obtener éxito en el tratamiento por bloqueo terapéutico del tipo "mayor" creemos que debe tenerse en cuenta los siguientes aspectos.

- 1º Todo bloqueo mayor debe practicarse en quirófano, bajo correcta sedación y de preferencia con el paciente hospitalizado.
- 2º Siempre que se pueda es conveniente practicar los bloqueos bajo analgesia general. No conviene transformar la sala de bloqueos en una sala de torturas.
- 3º Siempre que sea posible; diría en la casi totalidad de los casos, el control radiológico es imperativo y, aún haciéndolo así uno se lleva a veces sorpresas inesperadas.
- 4º Tanto el anesthesiólogo que practica los bloqueos como el paciente bajo el tratamiento necesitan de gran perseverancia, fe y disciplina, ya que es muy raro el dolor del tipo rebelde que desaparece con sólo uno o dos bloqueos. Muy rara vez practicamos una serie menor de cinco.
- 5º El dolor puede persistir aún terminada la serie completa de bloqueos y antes de considerar al tratamiento como fallido es conveniente esperar unos diez días.
- 6º Se debe explicar muy claramente el pro y el contra del tratamiento por bloqueos y sobre todo del riesgo inherente en cada caso específico de modo que el enfermo esté dispuesto a tolerar determinadas sensaciones, parestesias, o posibles secuelas, etc. Es la única forma de evitar una reclamación.
- 7º Todo bloqueo terapéutico puede suponer una emergencia de reanimación cardio-respiratoria.

RESUMEN

En esta comunicación se analizan los resultados obtenidos en diez años de experiencia con los Bloqueos Terapéuticos por dolor rebelde, a causas diversas. Se han escogido los últimos diez años debido a que estimamos que, a partir de esa fecha estamos realizando los Bloqueos Terapéuticos con un criterio bien definido. Nuestro estudio comienza con el primer ganglio de Gasser bloqueado con una técnica que consideramos correcta, o sea bajo estricto control radiográfico. Esto no supone que con anterioridad no practicásemos bloqueos de carácter mayor, sólo que los orientábamos en un concepto anestésico general. Tampoco están expuestos todos nuestros bloqueos practicados desde entonces; son muchos más, sólo que hemos querido seleccionar aquellos bien historiadados, cuya evolución completa se conoce y pueden considerarse como bloqueos "mayores", o sea todos los que han sido efectuados en quirófano, o con el paciente hospitalizado.

A lo largo de la exposición se consideran los siguientes tipos de Bloqueos Terapéuticos.

- a) Bloqueo del Ganglio de Gasser por algún tipo de neuralgia del Trigémino en 60 pacientes y, con un total de 279 infiltraciones.
- b) Bloqueos a nivel del Ganglio Esfenopalatino, por algún tipo de neuralgia de Sluder. Cinco (5) casos tratados.
- c) Bloqueo del Nervio Glossofaríngeo. Seis (6) casos.
- d) Alcoholización subdural. Seis (6) casos tratados.
- e) Neuralgia Intercostal. Doce (12) casos tratados.
- f) Epidural tipo continuo por diversas causas, sin incluir el dolor postquirúrgico. Diecisiete (17) casos.
- g) Bloqueos del Nervio Obturador. Son tres (3) casos.
- h) Bloqueo de la cadena simpática. Son doce (12) casos.
- i) Casos varios y misceláneas. Nueve (9) casos.

Son 130 casos de Bloqueos Terapéuticos del tipo "mayor" por algún dolor de importancia y en casos de trascendencia. Se estudia en cada grupo los resultados obtenidos, complicaciones, etc.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—BONICA, John J.— "The Management of Pain". Lea & Febiger —Philadelphia— 1953.
- 2.—LUCCA ESCOBAR, Roberto J. "Bloqueo del Ganglio de Gasser en las Neuralgias del V par". Nueve años de experiencia. Leído ante las Jornadas Intercapitulares (Capítulo del Centro) de la Sociedad Venezolana de Anestesiología. Maracay, junio de 1965.
- 3.—LYONNET, Julio H. & SILVA, Fernando. "Neuralgia del Trigémino". Su tratamiento por neurolisis percutánea transoval del plexo triangular retrogassereano. 1963. Editorial Baraga S.R.L. Pedernera 3253. Buenos Aires.
- 4.—LUCCA ESCOBAR, R.J., "Anestesia Caudal tipo continuo para Hemorroidectomía con prolongación de la Anestesia en el Post-operatorio inmediato".— III Congreso Latinoamericano de Anestesiología, Bogotá, octubre de 1956. Publicado en revista del Hospital de San Juan de Dios. Volumen IV - N° 18, - Bogotá - Colombia.
- 5.—MOORE, Daniel C., "Stellate Ganglion Block".— Charles C. Thomas - Springfield - Illinois-U.S.A., 1954.