

Trabajos de la Clínica de Oto-rino-laringología del Hospital Militar de Barcelona

LA ANESTESIA LOCAL EN CIRUGÍA MASTOIDEA

por el doctor

JOSÉ DUERTO

Jefe de Servicio.

Es un hecho indudable y generalmente conocido y aceptado, que todos, absolutamente todos los anestésicos, cual más cual menos, lo mismo los narcóticos generales que los anestésicos locales, tienen una acción tóxica sobre el organismo; pero no es menos cierto que en aquéllos es extraordinariamente mayor que en éstos.

Basándose en ello, los cirujanos de todas las especialidades han huído todo lo posible desde que se creó la anestesia local por infiltración del empleo de la narcosis profunda en sus intervenciones quirúrgicas.

Pero es el caso que en la disciplina oto-rinolarinológica tiene acaso más, especialmente que en ninguna otra, por las circunstancias anatómicas de las regiones en que hay que operar, otras ventajas que se suman a la de menor toxicidad. Fundados en ellas, los especialistas de todo el mundo adoptaron pronto el método, y gracias a ellas, se generalizó tan rápidamente en Rino-laringología; no ocurriendo así en el campo de la Otología, donde su aceptación ha tropezado con mayores dificultades, sin que, a decir verdad, se nos alcancen los motivos por los cuales no se ha generalizado su uso en España, tanto más cuanto que, pese a sus numerosos y sistemáticos detractores, sólo beneficios y satisfacciones reporta su empleo.

Porque es el caso que, unas veces por incredulidad y resistencia por parte del enfermo que se resiste a admitirla, no comprendiendo que pueda ser indolora una operación que no le *priva del sentido*, otras (forzoso es decirlo), por desconocimiento por parte del médico de la inervación sensitiva de la región; ésta por el fracaso sufrido en una primera intentona, o aquélla por la oposición de un sólido prestigio científico, lo cierto es que, pese a sus extraordinarias ventajas sobre la narcosis profunda, son muchos los otólogos que en nuestra Patria, enemigos de la anestesia local en Cirugía Mastoidea, sin querer comprender que los hechos, mucho más elocuentes que los razonamientos teóricos y que las apasionadas simpatías e inclinaciones personales, acabarán por imponerse, y que la anestesia local, como decía ABOLKER, hace ya 16 años: «*A despecho de resistencias se impondrá, como se han impuesto la anti-sepsia y la asepsia; el porvenir le pertenece*»; proféticas palabras del eminente laringólogo francés que, va en los albores de su empleo, se dió cuenta de los obstáculos con que en Cirugía Mastoidea iba a tropezar la anestesia local, y se impondrá porque por

aventurada que parezca la afirmación, *salvo contadísimas excepciones, esta anestesia es siempre posible*; es más; no sólo se puede, sino que debe hacerse en todas las intervenciones quirúrgicas sobre mastoides: nosotros, desde que, junto al querido maestro, Dr. FUMAGALLO, la empezamos a usar en su Clínica del Hospital de Carabanchel, hemos intervenido unas veces operando y otras ayudando en más de 300 casos, sin un solo contratiempo que lamentar y con un solo fracaso debido, seguramente, a defectuosa preparación del producto, puesto que, empleando la misma solución y al mismo tiempo fracasaba un experto cirujano del mismo Hospital, y ante estos resultados no puede, pues, extrañar que nos declaremos entusiastas y fervorosos partidarios de este procedimiento de anestesia en Cirugía Mastoidea.

Tiene la anestesia general peligros derivados de su toxicidad que la contraindica especialmente en las albuminúricos y diabéticos, en las complicaciones pulmonares, hepáticas y renales, en los fatigados, anémicos y caquéticos, peligros, por demás, conocidos, y en cuyo estudio no nos hemos de detener, pues, aparte de no ser nuestro objeto, nos llevaría a una extensión que no corresponde a los límites de un artículo; pero no por eso hemos de silenciarlos, máxime si se tiene en cuenta que en la real y verdadera existencia de estos peligros se basa principalmente el empleo en Cirugía de la anestesia local.

Sin embargo, existe un peligro, sobre el que merece la pena que nos detengamos algo más, por la importancia particular que le prestan las diversas teorías que pretenden explicar su presencia y que, a nuestro juicio, como expusimos en anterior trabajo (1), las causas del considerable número de niños trepanados que sucumben a la operación no hay que buscarlas ni en la hemorragia (exigua por otra parte) ni en la virulencia del microorganismo productor de la infección, ni en el estado timolinfático, ni en ninguna de las muchas causas que para explicar este elevado porcentaje de mortalidad se han invocado. La causa, en opinión nuestra, está únicamente en la anestesia general, la que si frecuentemente da lugar a accidentes mortales, determinando un choque por la anulación o al menos por la disminución de las fuerzas defensivas del organismo en enfermos renales, hepáticos, cardíacos, o en los simplemente

(1) DUERTO. La Anestesia Local en Cirugía Mastoidea Infantil.—*Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. 14 de julio de 1928. Madrid.

debilitados o en los ancianos; en el niño lactante, en el que sus defensas naturales son ya de suyo exiguas y débiles, el narcótico está favorecido en su nefasta acción produciendo el choque con estado toxi-infeccioso hipertérmico que caracteriza la muerte de los niños operados, el que, acaso, pueda también obrar provocando esa impregnación de los centros nerviosos cardíacos de que habla PALTAUF; de todos modos, para nosotros, el único responsable es el anestésico general, y así creemos haberlo probado en el mencionado trabajo.

Pero con ser mucho, no es todo la existencia de estos peligros de la anestesia general; tiene, además, inconvenientes que, evidentes en Cirugía general, son más ostensibles en Cirugía Mastoidea por las especiales circunstancias que concurren en las intervenciones sobre esta región del organismo. Tales son las dificultades que suponen para la buena marcha de la operación, la inundación constante del campo operatorio por la sangre que afluye sin cesar de los pequeños vasos seccionados, hemorragia capilar que, debida a la congestión cefálica que acompaña a la narcosis profunda, obliga a estar secando constantemente para facilitar la visión del exiguo campo operatorio con el consiguiente estorbo, pérdida de tiempo y consecutivo aumento de riesgo, tanto por un accidente anestésico, cuanto por una complicación por la posible herida de uno cualquiera de los peligrosos vecinos que rodean a la cavidad de trepanación; tales son también las que representan aquellas que el anestesista opone con sus maniobras para el manejo de la mascarilla al libre desenvolvimiento de las del operador, constituyendo, además, de un estorbo constante, un posible peligro de contaminación séptica de la herida operatoria dada la proximidad de esto a las manos del anestesista, quien ha de ejecutar su cometido bajo los paños que limitan el campo operatorio y muy próximo a él; por otra parte, la anestesia general es siempre, y más en ciertos casos, por los peligros que ofrece, causa de preocupación para el operador el que por mucha serenidad y dominio de sí mismo que tenga, así como por grande que sea la confianza que le merezca el ayudante que administra el narcótico; no puede sustraerse por entero a la idea de un contratiempo, con detrimento de la atención que debe estar única y exclusivamente fija en la técnica operatoria.

Por si esto fuese poco, recuérdese las molestias que acompañan al despertar de toda narcosis profunda (vómitos cefaleas, etc.), y la posibilidad de que durante el sueño anestésico aparezcan náuseas y vómitos con sus súbitos y repentinos movimientos de cabeza que pueden dar lugar en un momento dado a la herida de un órgano vecino (nervio facial, conducto semicircular, etc.), con el filo cortante de la gubia o con la cucharilla misma al efectuar el raspado de caja y aditus.

De los mencionados peligros e inconvenientes de la anestesia general, se deducen las ventajas que sobre ella tiene la anestesia local y que podemos resumir en las siguientes:

1.º Menor toxicidad de los anestésicos locales que

permiten, con el minimum de riesgo, la intervención operatoria en los viejos cardíacos, renales, hepáticos, primera infancia, debilitados, etc.

2.º Ausencia de movimientos involuntarios por náuseas, vómitos, etc., que favorecen la posible herida de un órgano vecino importante (nervio facial, conducto semicircular, seno lateral).

3.º Permite prescindir del ayudante anestesista con lo que el operador tiene mayor amplitud de movimientos, al propio tiempo que se elimina totalmente al peligro de contaminación séptica.

4.º Despreocupación del cirujano por la posibilidad de accidentes anestésicos, que por otra parte obligan a veces a suspender la operación para atender al estado general, con la pérdida de tiempo y aumento de riesgo consiguientes.

5.º Ausencia de hemorragia capilar que da lugar a un campo operatorio exangüe que, al poder prescindir de un constante secado, permite acelerar el ritmo operatorio, al par que facilita la visión del campo, y

6.º El facial es más fácilmente vigilado, pudiendo avisar el propio enfermo al cirujano cuando experimenta contracciones al actuar sobre el maxilo.

Claro es que para lograr estos resultados es preciso que la anestesia sea perfecta, lo que no consigue fácilmente: lo mismo que para obtener una buena anestesia general se necesita una práctica constante y cierto aprendizaje, asimismo para conseguir un total dominio de la anestesia local es necesario haberlo visto practicar y haberlo puesto en práctica bastantes veces; no se adquiere a la primera vez un dominio absoluto de la técnica; ello descontado, ya un perfecto conocimiento de la anatomía nerviosa, que ya es de suponer en todo aquel que intenta infiltrar una región anatómica.

Ahora bien; así como no hay nada nuevo, tampoco hay nada perfecto totalmente en el mundo: frente al lado favorable de las cosas, está su parte adversa, y si así ocurre en todas las manifestaciones de la vida, no puede menos de ocurrir lo mismo en la Anestesia local, la cual tiene también sus inconvenientes que sería necio negar. Pero si es innegable que los tiene, son al lado de sus ventajas tan poco dignos de consideración que, salvo ocasiones, son prácticamente despreciables, a pesar del esfuerzo que los irreconciliables adversarios de la anestesia local hacen por exagerarlos, pretendiendo con ello justificar su enemiga y su inaplicación del método, y buenas pruebas de ello son como lo demuestran los casos que más adelante describimos la preferencia de ciertos enfermos (que han sido operados una vez bajo anestesia general y otra con anestesia local), por este último procedimiento anestésico.

Uno de ellos, desde luego el que más amedrenta al enfermo y que le impele a rehusar la operación, sino es bajo narcosis profunda, es la molesta y desagradable sensación de golpeteo sobre el cráneo producida por el martillo; aunque indolora en absoluto, es evidente la existencia de esta penosa sensación, al punto de que para evitarla existen cirujanos que practican la operación con la fresa; pero, a decir verdad, no son tan intolerables los *martillazos* como

despectivamente los denominaba en cierta ocasión un distinguido compañero que, invitado a presenciar una mastoidectomía con anestesia local, sonreía irónicamente incrédulo antes de empezar la operación, pero al terminarla y ver que en todo su curso no había exhalado el enfermo la más mínima queja, confesó su error noblemente, rindiéndose a la evidencia y trocando sus anteriores palabras despectivas por otras de admiración, alabanza y convencimiento.

Pero más elocuentes que nuestras palabras son los siguientes casos:

Uno, es el del soldado G. M., operado de vaciamiento petro - mastoideo, el 21 de febrero de 1927 (martes de Carnaval), a presencia del querido amigo, el culto especialista de Madrid, Dr. José M.^a BARAJAS, cuyo enfermo, una vez terminada la operación practicada bajo anestesia local, se sentó en la mesa de operaciones para que la Hermana de la Caridad le pusiese el vendaje, durante cuya colocación bromaba con los presentes y pedía permiso al doctor FUMAGALLO para asistir aquella tarde al desfile de las máscaras.

Otro caso es el de una señora, esposa de un oficial del ejército, que también fué operada de radical. Esta señora, extraordinariamente impresionable y nerviosa, no consintió en ser intervenida con anestesia local (y ello, tras muchos razonamientos para convencerla), más que a condición de ser anestesiada totalmente tan pronto como ella lo solicitase al sentir el menor dolor o molestia, cosa que, a decir verdad, esperábamos de un momento a otro dado el temperamento de la enferma; calcúlese nuestra sorpresa y satisfacción al ver que no sólo no la demandó sino que durante la operación estuvo conversando con la Hermana de la Caridad, contenta y extrañada de *no sentir* (palabras textuales suyas) ni la molestia de los golpes del martillo. Terminada la operación y ya en su habitación, acostada, renegaba de sus infundados temores, elogiando y prometiendo que si necesitaba alguna vez ser operada, no permitiría otra clase de anestesia.

Muchos más casos podríamos citar, como p. ej., el de un muchacho, J. R., marinero, al que hubo, con intervalo de pocos días, que trepanar sus dos mastoides y que él mismo pidió en la segunda intervención la anestesia local.

El de J. G., soldado del regimiento de Vad-Ras, intervenido tres veces bajo anestesia local, con gran complacencia por su parte.

Y, por último, el del niño F. N., de 17 meses de edad, operado de mastoiditis el 9 de julio de 1928, que a mitad de la operación se *quedó completamente dormido*, como si el golpecito del martillo hubiese sido un arrullo como los cantos maternos...

Muchos más casos, decimos, podríamos exponer, pero los citados son suficientes para demostrar de un

modo categórico y terminante que este pretendido inconveniente no lo es; y que las molestias que el constante golpear del martillo sobre la gubia que rompe el hueso produce, son perfectamente tolerables y, desde luego, infinitamente menores que las que aquejan al operado al despertar de la anestesia general.

Más importante es el que representa practicar esta anestesia en determinadas edades; existe una, la comprendida entre los 7 u 8 y los 15 años de la vida, en la que, salvo excepciones, es prácticamente imposible. Ciertamente que hay niños dóciles, a los que con halagos o amenazas, se les reduce fácilmente y se prestan a ser operados manteniendo la quietud precisa; pero esto no es lo corriente ni mucho menos, sino que lo frecuente es que el muchacho, poseído de insuperable terror, se rebele, lllore y agite sin cesar, sin que valgan razonamientos, súplicas, halagos ni mandatos para que guarde reposo, siendo la sujeción difícilísima y constituyendo más bien un estorbo.

Si nos dejásemos llevar de un apasionamiento derivado de algún resultado favorable obtenido, podríamos negar este inconveniente, pero nuestra sinceridad nos obliga a confesar la verdad, cual es, que en la inmensa mayoría de las veces la anestesia local es impracticable en esta edad.

También la existencia de trayectos fistulosos con aberturas de la piel y mortificación de las partes blandas, constituyen una dificultad para la buena anestesia local, por la imposibilidad de practicar la infiltración debido al escape del líquido anestésico por los orificios de los trayectos fistulosos; sin embargo, con paciencia y gastando bastante cantidad de líquido, pueden obtenerse anestésias que si no alcanzan ciertamente la perfección, son lo suficiente para poder efectuar la intervención operatoria con molestias tolerables; no obstante, en algún caso (recientemente nos ha ocurrido uno en este hospital) nos ha sido forzoso apelar a la anestesia general, por no conseguir infiltrar en partes profundas una sola gota de anestésico.

Y vamos ahora con los tan cacareados accidentes de la anestesia local, fantasma temido (o aparentado temer) por sus detractores. Si este trabajo ha de responder fielmente a nuestra experiencia y no a la literatura, abundante por cierto en el extranjero sobre la materia, tenemos que confesar, no que son raros, como dice KLOTZ en su reciente tesis (1), sino que son nulos. Nosotros, como hemos dicho, hemos intervenido en más de 300 anestésias locales en operaciones sobre mastoides (antrotomías, mastoidectomías, radicales, trombectomías, trepanaciones de laberinto y fosa craneal, etc.), *sin el más mínimo accidente que lamentar, ni siquiera un ligero síncope*, y véase que no es una estadística basada en exiguo número de casos, que podría hacer pensar en la casualidad.

Así, pues, aunque no negamos la posibilidad de estos accidentes, no tenemos experiencia para afir-

(1) KLOTZ. Los accidentes mortales de la Anestesia Local. (Estrasburgo, 1929).

mar su existencia y mucho menos para describir sus formas clínicas que no hemos visto jamás, siendo posible que esta afortunada estadística sea hija de la rigurosa y prudente técnica empleada, y en la que no nos detenemos por el momento en exponer, toda vez que ha de ser objeto de ulterior trabajo.

En ella se fundan precisamente sus éxitos y la ausencia de accidentes, pero para dominarla es preciso mucha paciencia, meticulosidad en la preparación, conocimiento de la inervación sensitiva de la región y, sobre todo, mucha práctica; sin estas condiciones se está expuesto a fracasar, arrastrando en el fracaso a un método que todo su desprestigio lo debe a haber sido empleado algunas veces por personal inexperto.

En un reciente trabajo (1) dimos a la publicidad (creemos que primero que nadie en España) un accidente que realmente no tiene gran trascendencia, pero sí suma importancia, puesto que puede inducir a error al operador novel en el uso de este procedimiento de anestesia, y mucho más porque son indicadoras de la vulnerabilidad del nervio facial; nos referimos a las parálisis faciales que nosotros llamamos *anestésicas*.

En dicho trabajo resumíamos los 30 casos hasta entonces por nosotros observados, número que ha aumentado posteriormente y cuyo objeto ha de ser motivo de que volvamos a ocuparnos de él próximamente, modificando en parte nuestras conclusiones y opinión en dicho artículo establecidas; en él decíamos: «Son, pues, precisas tres circunstancias para que la parálisis se presente: 1.^a Una disposición anatómica de las paredes del canal de FALOPPIO, debida bien a la normal existencia de canales que le comuniquen con la superficie del hueso (en el interior de la caja, naturalmente), bien, y esto lo reputamos, más probable a que esta comunicación sea de orden patológico y consecuencia de una osteítis de las pa-

redes de la caja. 2.^a El traumatismo producido por el golpeo con el martillo que, empujando (valga la palabra) al anestésico hacia el interior del acueducto, al par que por su acción sobre el nervio aumentando su receptividad, y 3.^a El anestésico (líquido de BONAIN o novocaína) que, al impregnar el nervio produzca la parálisis»; es decir, que, a nuestro entender, la impregnación tiene lugar en el interior del acueducto de Falopio y no a la salida del agujero estilo-mastoideo como cree MILLET (2).

Como hemos dicho, estas parálisis no dejan la menor huella, puesto que desaparecen completamente tras un lapso de tiempo variable, pero que nunca excede de 24 horas.

Se ve, por lo expuesto, que los inconvenientes no son suficientemente importantes para justificar la inaceptación de tan excelente método de anestesia, sobre todo si se comparan con las indiscutibles ventajas que sobre la narcosis profunda tiene su empleo. Tan evidentes y palpables que hacen de la anestesia local el método de elección en la Cirugía de la Mastoidea; pero no debe olvidarse que su empleo requiere suma prudencia y, sobre todo, una escrupulosa, concienzuda y perfecta técnica, ajustándose a la cual se evitaban muchos sinsabores, reportando, en cambio, al cirujano, satisfacciones enormes.

RESUME

L'anesthésie locale en chirurgie mastoïdienne, excepte dans peu de cas, est toujours possible. Dans ces conditions l'Auteur a opéré plus de 300 cas sans avoir eu à regretter aucun accident et il attribue à l'anesthésie générale (intoxication, shock) le pourcentage élevé de mortalité des interventions mastoïdiennes réalisées avec l'anesthésie générale.

SUMMARY

Local anesthesia in mastoid surgery is, saving a few exceptions, always possible. The author has operated under these conditions upon more than 300 cases without a single accident. He attributes the high mortality rate in mastoid operations to the general anesthesia (intoxication, shock).

(1) DURTO. La parálisis facial transitoria en la Cirugía Mastoidea, bajo Anestesia Local. *Los Progresos de la Clínica*, n.º 205.

(2) MILLET. *Annales des Maladies de l'Oreille*, etc., número 11. Diciembre de 1927.