

NUEVA TÉCNICA PARA LA ANESTESIA LOCAL DEL PENE

por el doctor

A. PUIGVERT GORRO

de Barcelona

Los perfeccionamientos que a cada momento se observan en las técnicas complementarias de los trabajos de la gran cirugía, contrastan generalmente con el descuido que contemplamos en los que se refieren a las pequeñas intervenciones, unas y otras fruto de la práctica personal, y sin embargo,

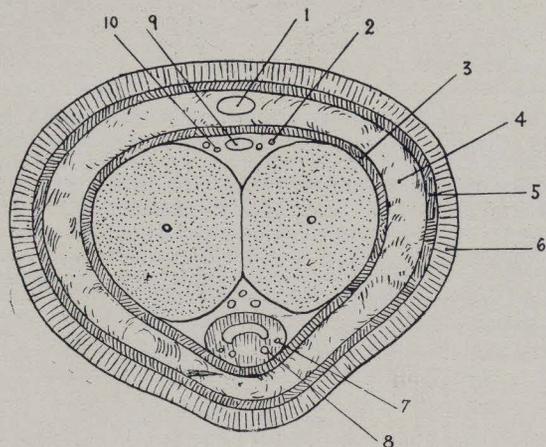


Fig. 1

injustamente postergadas o no descritas, como si no tuvieran en la práctica cotidiana una parecida importancia. Subsanan una de estas pequeñas lagunas es lo que nos proponemos alcanzar con la publicación de este pequeño trabajo sobre la anestesia local del pene, sin pretender sea superior en resultado a las demás técnicas empleadas hasta ahora, más que en la simplicidad de su aplicación y en disminución de las molestias que proporciona al operado.

Facilitará la comprensión de los principios en que se funda, una sucinta idea previa de la anatomía de la región, idea que al propio tiempo podrá servirnos para aquilatar la utilidad que tienen para la práctica profesional esos conocimientos de anatomía regional tan necesarios como indispensables en las pequeñas como en las grandes técnicas.

Consideran la mayoría de los autores envuelto el pene por cuatro cubiertas:

La 1.^a (Fig. 1-6) es la piel, que en esta región es fina, más pigmentada que la del resto del cuerpo, con escasos elementos pilosos y glándulas sebáceas, y anatómicamente constituida por tejido adiposo en su parte más profunda.

La 2.^a, muscular, (Fig. 1-5) denominada también dartos peneal o músculo peri-peneal de Sappey, está formada únicamente de fibras musculares lisas y dispuestas su mayor parte en sentido longitudinal y el resto en dirección oblicua y transversal.

La 3.^a cubierta (Fig. 1-4) conocida con el nombre de celulosa, está constituida por una capa de tejido celular laxo, con gran cantidad de fibras elásticas y escaso tejido adiposo, gracias a lo cual las dos primeras cubiertas gozan de gran movilidad en todos sentidos alrededor del pene y contiene en su espesor los filetes nerviosos superficiales del nervio dorsal del pene.

4.^a cubierta y última (Fig. 1-3) considerada por algunos autores como elemento anatómico aparte, es la que envuelve directamente los órganos de la erección y la uretra, surcando por debajo de ella y entre los dos cuerpos cavernosos, la vena dorsal profunda (Fig. 1-9) las dos arterias dorsales (Fig. 1-2) y nervio (Fig. 1-10) de este nombre, hasta continuar por su base y formar por arriba el ligamento suspensorio del pene y por abajo se continua con la aponeurosis perineal media, hecho por el cual CHARPY la denominó «Fascia penis».



Fig. 2

De estas cuatro cubiertas, la que tiene más interés para la anestesia local del pene, es la celulosa, como vamos a ver ahora al estudiar la inervación de la región peneana. Los nervios del pene son dos: uno el nervio dorsal que corre por debajo de la fascia penis por la parte interna de la arteria dorsal;

durante su trayecto da dos clases de filetes sensitivos superficiales, unos que atravesando las trabéculas de tejido laxo de la celulosa llegan a la piel, y otros que pasan a inervar los cuerpos cavernosos; además el nervio dorsal da un filete profundo que va al glande y allí se anastomosa con el otro nervio peneano, que es el filete uretral que proviene del nervio perineal profundo o bulbo uretral (rama del pudendo interno); este filete uretral corre por el cuerpo esponjoso de la uretra hasta el glande.

La interrupción sensitiva es, pues, en la cubierta celulosa relativamente fácil, región que por su especial estructura permite una infiltración rápida de sus mallas y exenta además de los peligros que otras técnicas tienen que subsanar al dirigir la anestesia a los troncos nerviosos de la región, excepcionalmente alcanzada en su totalidad, o al menos, de efectos menos duraderos que la lograda por el procedimiento que dentro poco describiremos.

Esto ocurre a los que aconsejan practicar la infiltración anésteica en la raíz del pene y cuerpos cavernosos, para lo cual introducen la aguja en los puntos de cruzamiento de la rama horizontal del pubis con el cordón espermático hasta llegar a la raíz de los cuerpos cavernosos; y a pesar de inyectar dosis máximas de líquido anésteico (20 cc.) con el objeto de infiltrar esta zona y englobar los nervios pudendo interno, dorsal del pene y bulbo uretral, la anestesia, generalmente, no es lo completa que correspondería obtener con la cantidad de anestesia empleada, hecho que lo atestigua el dolor que sienten los operados al practicar los últimos puntos de sutura de la piel con la mucosa del prepucio.

La técnica empleada aun aconsejada por otros, que consiste en inyectar la solución anésteica den-

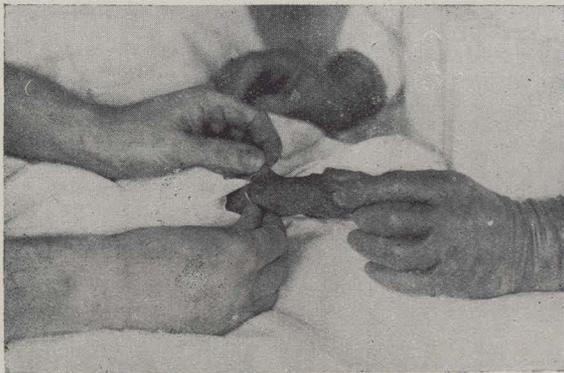


Fig. 3

tro de los cuerpos cavernosos, no tiene justificación anatómica después del estudio de la inervación peneana, quedando sólo para anunciar antes de describir, la nuestra, la adoptada por la generalidad de urólogos y cirujanos, quienes practican, 1.º una serie de 6 a 8 inyecciones formando una corona subcutánea en la parte media del pene, completándola

unos con 2 o 3 inyecciones más para infiltrar la región del frenillo, y otros con una nueva corona de inyecciones en el prepucio y glande, procedimiento que es el que hemos pretendido simplificar y cuya descripción iniciamos en el párrafo inmediato.

Técnica personal. — Instrumental. Una jeringa ordinaria provista de una aguja larga, recta, con la

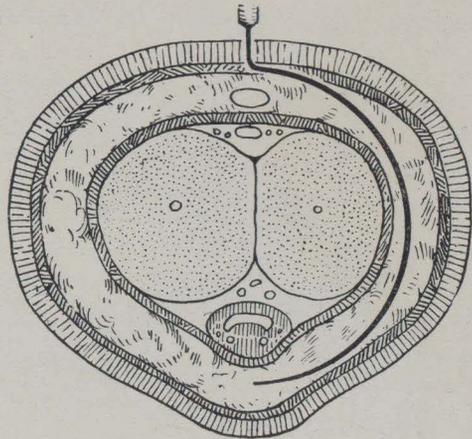


Fig. 4

cual llenamos la jeringa de la solución anésteica, y 3 agujas curvas especiales; éstas las obtiene el operador incurvando una aguja de níquel de 6 centímetros de largo por 5 o 6 milímetros de diámetro hasta procurar en ella una semicircunferencia de un diámetro aproximadamente de 3 centímetros.

El operador se coloca a la derecha del enfermo, éste situado en posición horizontal y en frente del ayudante, que con los dedos pulgar e índice de su mano izquierda (Fig. núm. 2) coge el pene por encima del surco balano-prepucial hasta ponerlo tirante y horizontal para presentar y así mejor fijar la región operatoria al cirujano; pellizca entonces éste con dos dedos de la mano izquierda la piel del dorso hasta ponerla tirante, (Fig 3) posición necesaria para poder clavar la aguja sin dolor en la piel hasta la cubierta celulosa, como si fuera la hoz de un segador; una vez seguro de encontrarse en ella, se desliza por el pene en sentido circular como si quisiera enrollarse en él, hasta que el cirujano nota que la punta de la aguja llega a la parte inferior, es decir que alcanza toda la semicircunferencia peneana (Fig. 4); para la anestesia de esta parte sólo le resta enchufar la jeringa con la solución anésteica e ir retirando la aguja apretando el émbolo hasta llegar al punto de entrada cutáneo; el anillo anésteico (Fig 5) se completa con solo llevar la aguja al punto de entrada, y sin retirarla se introduce en dirección opuesta (Fig 6) siguiendo la misma técnica descrita en el párrafo anterior. Una vez el anillo anésteico completo es obtenido, se coge el miembro envuelto en una compresa, y entre las palmas de las dos manos se practica un ligero masaje durante 2 a 4 minutos, tiempo suficiente para que pueda el cirujano empezar el acto opera-

torio: La cantidad de solución inyectada no es superior nunca a 8 cc. y la solución por nosotros empleada es la novocaina al 1-2 % con adrenalina ya preparada exprofeso, o a falta de ella recorro a la anestidermina, que responde a la misma fórmula y es una de las mejores preparaciones entre las nacionales.

Las ventajas que se obtienen con esta nueva téc-

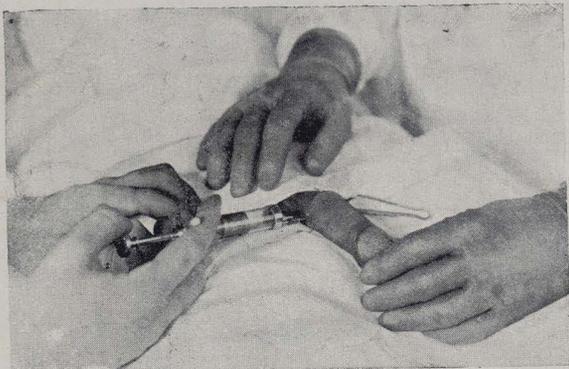


Fig. 5

nica son: 1.^a, duración de la anestesia mínima de una hora, 2.^a, no traumatizar la piel del enfermo más que en un solo punto, 3.^a, reducción de la cantidad de solución empleada y 4.^a, evitar al enfermo las molestias consecutivas a la desaparición del efecto anestésico especialmente cuando éste se inyecta en pleno campo operatorio, y más aún, como en el caso que nos ocupa, si es en el prepucio y glande.

Los resultados obtenidos comparados entre este procedimiento de anestesia local con una sola inyección, y los demás descritos, pueden muy bien resumirse en que el enfermo obtiene con ella un resultado máximo con un traumatismo mínimo, y el cirujano una máxima anestesia con una cantidad de anestésico mínima.

BIBLIOGRAFIA

- L. TESTUT: *Anatomia humana*.
 A. CHARPY: *Organes genito-urinaires*. Toulouse 1890.
 M. SERÉS: *Operatoria urológica*. 1925.
 G. MARION: *Technique chirurgicale*. 5.^a 1921.
 V. PAUCHET: *L'anesthésie régionale*. 1927.
 R. DE BUTLER D'ORMANT: *L'anesthésie régionale en chirurgie urinaire*.
 J. PICATOSTE: *La anestesia local en cirugía urinaria*.
 H. BRAUN: *Lokalanästhesie*. 1913.

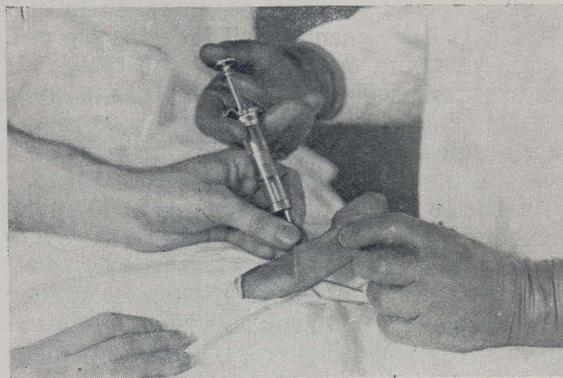


Fig. 6

RESUMÉ

Ce travail est la description d'une technique personnelle d'anesthésie locale du pénis, la quelle comparée aux procédés ordinairement employés, possède les avantages suivants: 1.^o durée minima de l'anesthésie une heure, 2.^o elle ne traumatise pas la peau du pénis qu'en un seul point, 3.^o diminue notablement la quantité de l'anesthésiant employé, et 4.^o évite au malade les malaises consécutives à la disparition de l'effet de l'anesthésiant, surtout ceux qui sont dus à l'injection en plein champ opératoire.

SUMMARY

This work is the description of a personal technic of local anaesthesia of the penis, which presents upon the ordinary used methods the following advantages: 1st. the minima duration of the anaesthesia is one hour 2nd it does traumatize the peni's skin only in a single point, 3rd reduces considerably the quantity of anaesthetic employed, and 4th avoid to the patient the uneasinesses consecutive to the disappearance of the anaesthetic, specially those due to the injection in full operatory field.