

Anestesia local y locorreional en la cirugía del periné

P. Niccolai, A. Pulcini, J.-P. Guérin, H. Clavé, M. Raucoules-Aimé

El periné es relativamente accesible con una aguja, así que en esta zona se pueden aplicar técnicas de anestesia local y locorreional con una buena relación beneficio-riesgo. Para que la administración de los anestésicos locales resulte segura, es absolutamente necesario tener conocimientos mínimos sobre sus efectos secundarios y tóxicos y actuar con gran rigor, ya se trate de técnicas de infiltración o de bloqueo troncular. Se recomienda el uso de agujas de bisel corto. Las dosis de los anestésicos locales se adaptarán al peso, evitando que se acumulen y se acerquen a las dosis tóxicas (reinyecciones o anestesia en varios puntos). El bloqueo pudendo consiste en bloquear el nervio a nivel de su salida del conducto de Alcock. Su eficacia se puede incrementar mediante infiltraciones más distales, sobre todo en proctología, en la histerectomía por vía vaginal y en el bloqueo peneano. Dos vías de acceso son posibles: la vía transvaginal y la vía transperineal. Para lograr la analgesia en la histerectomía por vía vaginal, se puede utilizar el bloqueo paracervical asociado a un bloqueo pudendo bilateral. El bloqueo periprostático, asociado a una anestesia uretral tópica, permite realizar intervenciones quirúrgicas simples por endoscopia, como, por ejemplo, una resección prostática de importancia moderada, resecciones endovesicales de tumores de vejiga, uretrotomías internas, implantación de una prótesis endoprostática, etc. Esta vía anterior retropúbica es una alternativa a las vías perineal, intrarrectal o intrauretral, que exponen a complicaciones sépticas. En proctología, y para intervenciones invasivas, se puede realizar una infiltración pudenda aislada, un bloqueo pudendo por neuroestimulación o una infiltración perineal profunda por infiltración en varios puntos.

© 2006 Elsevier SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Anestesia local; Periné; Bloqueo pudendo; Bloqueo paracervical; Bloqueo peneano; Bloqueo periprostático; Bloqueo perineal posterior

Plan

■ Introducción	1
■ Bases anatómicas	2
Inervación simpática	2
Parasimpático pélvico	3
■ Reglas para una buena práctica clínica	3
■ Características del dolor perineal	4
■ Técnicas	4
Bloqueo pudendo	4
Bloqueo paracervical	5
■ Indicaciones	6
En urología	6
En ginecología	8
En cirugía proctológica	8
■ Limitaciones y contraindicaciones de estas técnicas	9
■ Conclusión	9

■ Introducción

Como el periné es relativamente accesible a la aguja, es posible aplicar en esta zona técnicas de anestesia local y locorreional con una buena relación beneficio-riesgo. Antes, estas modalidades de anestesia eran utilizadas casi en exclusiva por los obstetras. Después de haber sido abandonadas por el desarrollo de la analgesia peridural obstétrica, dichas técnicas se están volviendo a aplicar en muchas otras especialidades, como la urología, la ginecología o la proctología. Aunque son simples, requieren unos conocimientos mínimos de anatomía. Para que resulte más sencillo, se hablará de «bloques», ya se trate de técnicas de infiltración puras o de bloques perinerviosos que requieren una neuroestimulación. En este artículo no se incluirán las anestésias locorreionales (ALR) medulares o perimedulares.

Bases anatómicas

El periné probablemente sea la zona del tronco que presenta más diferencias anatómicas según el sexo. Sin embargo, por lo que se refiere a la inervación, y a excepción de las ramas terminales, cuyo nombre varía según el órgano de destino, las distribuciones sensitivas y motoras son similares, y las técnicas utilizadas no precisan grandes variaciones (Fig. 1 a 4) [1-3].

Los puntos comunes son:

- la asociación de dos sistemas de inervación: inervación simpática por el plexo mesentérico inferior y parasimpática por los plexos lumbar y sacro;
- la existencia de la fosa isquiorrectal, que constituye un espacio de difusión propicio para la realización de técnicas de infiltración con anestésicos locales (AL).

Inervación simpática

El simpático procede del plexo mesentérico inferior, constituido por ramas del plexo intermesentérico y de ramas del plexo aórtico que se unen y forman los tres nervios espláncnicos pélvicos (dos laterales y uno medio). A nivel de L5, en la cara anterior del recto y por dentro de los agujeros sacros anteriores, se diferencian para formar el cordón plexiforme de Cruveilhier y el nervio hipogástrico de Latarjet.

El plexo hipogástrico está destinado a la vejiga, al recto y a los órganos genitales. Se presenta bajo la forma de una lámina neurovascular, en forma de cuadrilátero y multiperforada. Se encuentra dentro de la vaina hipogástrica, por debajo del peritoneo y por encima de la meseta pélvica, por dentro de los vasos del espacio pelvirrectal superior. Su posición varía: en el varón está por fuera del recto y de las vesículas seminales, y en la mujer por fuera de la parte posterior y superior de la vagina. A este nivel, el plexo hipogástrico recibe aferencias del plexo sacro (nervios erectores de Erckhardt), mientras que las ramas eferentes se van a distribuir por la vejiga y por los órganos genitales externos.

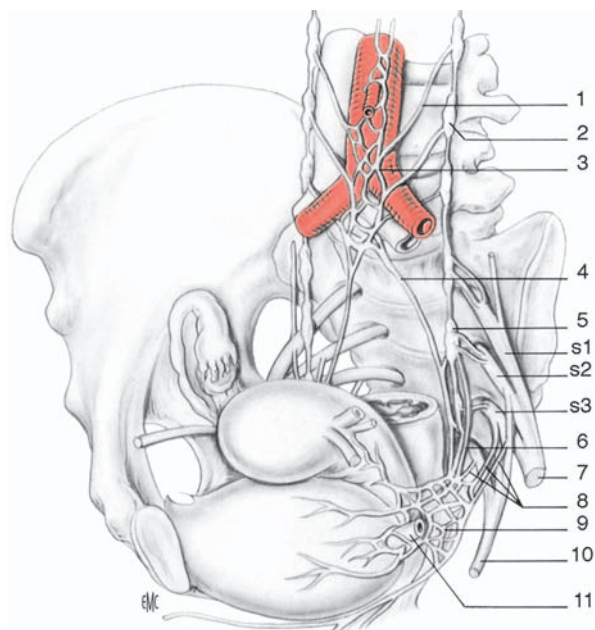


Figura 1. Anatomía general de la pelvis (según Kamina). 1. Nervio espláncnico lumbar; 2. ganglios simpáticos lumbar; 3. nervio presacro (plexo hipogástrico superior); 4. nervio hipogástrico; 5. ganglios simpáticos sacros; 6. nervios espláncnicos sacros; 7. nervio isquiático (ciático); 8. nervios erectores; 9. plexo hipogástrico inferior; 10. nervio pudendo; 11. uréter.

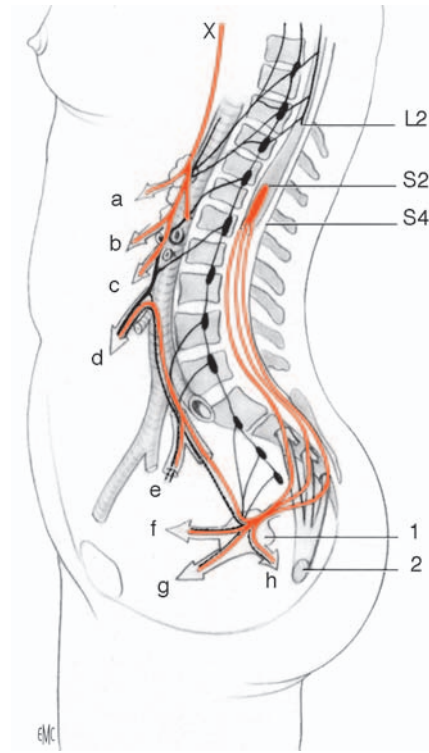


Figura 2. Sistematización del simpático pélvico (según Kamina). En rojo: parasimpático; en negro: simpático. a: plexo celíaco; b: plexo mesentérico superior; c: plexo ovárico; d: plexo mesentérico inferior; e: plexo hipogástrico superior y nervios hipogástricos; f: hacia el aparato genital; g: hacia la vejiga y la uretra; h: hacia el recto; 1. plexo hipogástrico inferior; 2. nervio pudendo.

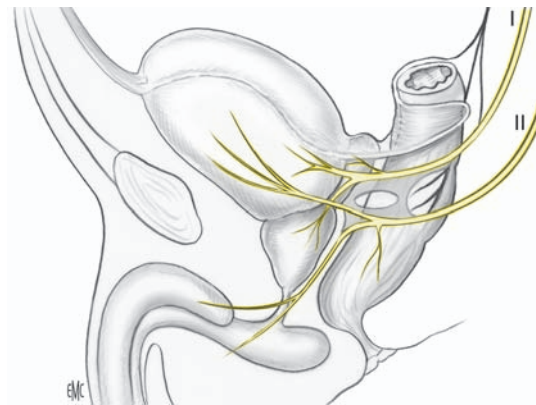


Figura 3. Plexo hipogástrico y las dos corrientes nerviosas de la pelvis, según Delmas y Jayle. I: espláncnico pélvico, porción espláncnica del ganglio hipogástrico y sus ramas principales; por delante del tronco espláncnico, el nervio hemorroidal inferior le envía una raíz; II: nervio erector, porción perineal del ganglio hipogástrico y sus ramas principales (nervios hemorroidal inferior, vesical, bulbar y cavernoso).

La distribución por la pelvis superior e inferior se realiza en forma de plexos secundarios propios de cada órgano, que reciben el nombre de la zona que inervan: hemorroidal medio (o rectal), destinado al esfínter interno, ureteral, vesical, vesiculodeferencial y prostático o uterino, en la mujer, y cavernoso.

Los nervios de la vagina se anastomosan con los plexos vesical y rectal. Estas zonas de plexos forman regiones fácilmente accesibles para bloquear los impulsos neurovegetativos pélvicos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2756820>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2756820>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)