Anestesia local y locorregional en cirugía proctológica

P. Niccolai, M. Raucoules-Aimé

Las técnicas de anestesia local y locorregional se adaptan muy bien a la cirugía proctológica. La relación beneficio-riesgo es elevada y la satisfacción de los pacientes grande, pues posee una acción evidente sobre el dolor postoperatorio. La seguridad de la administración de los anestésicos locales (AL) pasa obligatoriamente por el conocimiento de sus efectos secundarios, sobre todo tóxicos, y por un gran rigor en su realización, tanto si se trata de técnicas de infiltración como si se emplean bloqueos tronculares. Se recomienda utilizar agujas de bisel corto. Las dosis de los AL deben adaptarse al peso del paciente, evitando las dosis acumulativas cercanas a las dosis tóxicas (reinyecciones o procedimientos anestésicos en varios sitios). La técnica del bloqueo pudendo se basa en el acceso al nervio a su salida del conducto de Alcock. Puede practicarse una infiltración pudenda aislada o un bloqueo pudendo por neuroestimulación. En el marco de una infiltración perineal profunda, su eficacia puede mejorarse haciendo varias infiltraciones, como en el bloqueo perineal posterior.

© 2006 *Elsevier SAS. Todos los derechos reservados.*

Palabras Clave: Anestesia local; Periné; Proctología; Bloqueo pudendo; Bloqueo perineal posterior

Plan

- **Introducción** 1
- **Bases anatómicas** 1
  - Inervación simpática 1
  - Parasimpático pélvico 2
- **Elección del anestésico local** 3
- **Reglas de buena práctica clínica** 3
- **Características del dolor perineal** 4
- **Técnicas** 4
  - Anestesia local 4
  - Anestesia locorregional 4
- **Límites y contraindicaciones de estas técnicas** 6
- **Posibles complicaciones** 6
- **Conclusión** 6

Introducción

La relativa sencillez del acceso del periné a la punción con agujas permite aplicar técnicas de anestesia local y locorregional de elevada relación beneficio-coste. Hasta hace poco tiempo, los únicos que utilizaban estas técnicas de anestesia eran casi de forma exclusiva los obstetras, pero la cirugía proctológica se presta de forma especial a su aplicación, pues tienen un interés especial en el tratamiento del dolor postoperatorio, siempre temido por los pacientes. Estos métodos, aunque sencillos, requieren sin embargo unos conocimientos anatómicos mínimos. Para mayor facilidad didáctica, se hablará de «bloqueos» cuando se trate de técnicas de infiltración pura o de bloqueos perinerviosos que necesitan neuroestimulación. Se excluyen, por tanto, las anestesias locorregionales (ALR) medulares o perimedulares.

Bases anatómicas

Es probable que el periné sea el lugar del organismo con mayores diferencias anatómicas relacionadas con el sexo. Sin embargo, en lo que se refiere a la inervación, y fuera de las ramas terminales cuya denominación depende del órgano al que vayan destinadas, las distribuciones sensitivas y motoras son similares y no exigen grandes variaciones en cuanto a las técnicas utilizadas (Fig. 1, 2, 3) [1-3].

Son aspectos comunes, por una parte:

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

Inervación simpática

El componente simpático procede del plexo mesentérico inferior, constituido por ramas de los plexos intermesentéricos y de las ramas procedentes del plexo

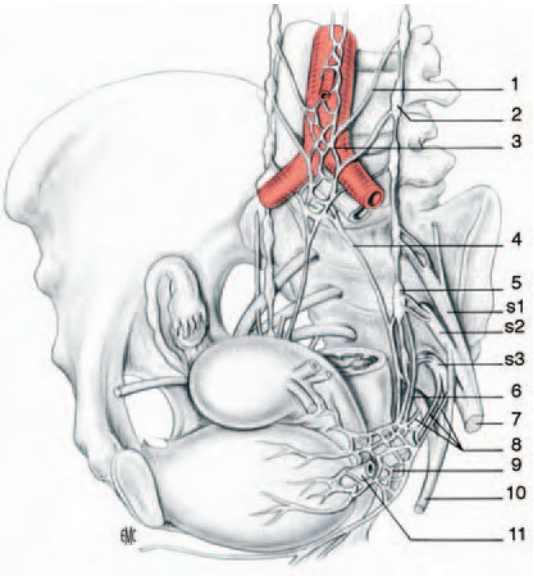

Figura 1. Anatomía general de la pelvis (según Kamina): 1. Nervio esplácnico lumbar; 2. ganglios simpáticos lumbares; 3. nervio presacro (plexo hipogástrico superior); 4. nervio simpático sacro; 5. ganglios simpáticos sacros; 6. nervios esplácnicos sacros; 7. nervio isquiático (ciático); 8. nervios erectores;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

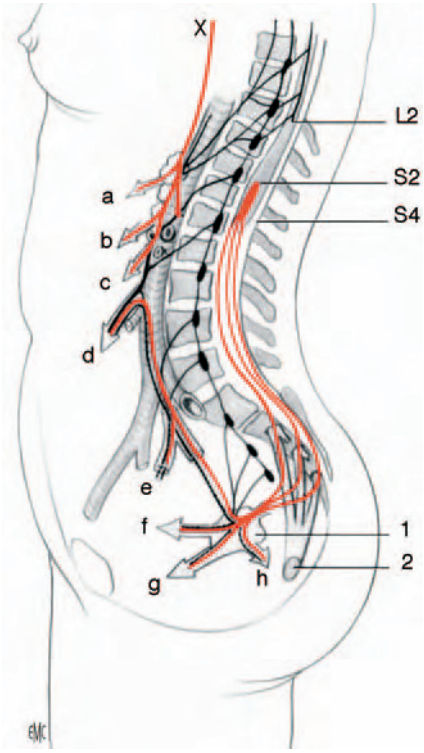

Figura 2. Sistematización del simpático pélvico (según Kamina). En rojo, parasimpático; en negro, simpático. a. Plexo cardíaco; b. plexo mesentérico; c. plexo ovárico; d. plexo mesentérico inferior; e. plexo hipogástrico superior y nervio hipogástrico; f. hacia el aparato genital; g. hacia la vejiga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

aórtico, que se unen para dar lugar a los tres nervios esplácnicos pélvicos (2 laterales y uno medio). A la altura de L5, en la cara anterior del recto y dentro de los agujeros sacros anteriores, se diferencian para formar el cordón plexiforme de Cruveilhier y el nervio hipogástrico de Latarjet.

El plexo hipogástrico inerva la vejiga, el recto y los órganos genitales. Adopta la forma de una lámina neurovascular cuadrada y multiperforada. Se encuentra

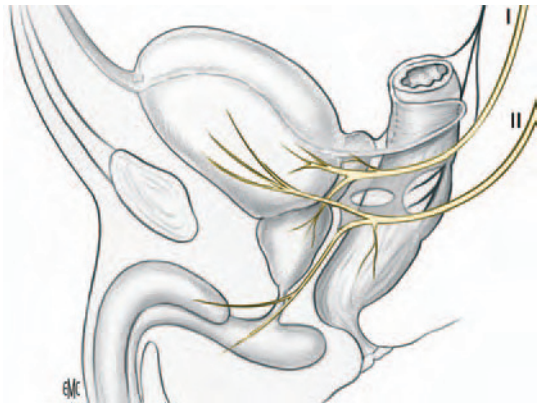

Figura 3. Simpático pélvico según Delmas y Jayle (en el Tratado de Anatomía de Rouvière). I: Esplácnico pélvico, porción esplácnica del ganglio hipogástrico y de los ramos principales, por delante del tronco esplácnico, el nervio hemorroidal inferior le envía una raíz; II: nervio erector, porción perineal del ganglio hipogástrico y sus ramos principales (nervio hemorroidal inferior, vesical, bulbar y cavernoso).

en la vaina hipogástrica, por fuera del peritoneo y por debajo de la meseta pélvica, dentro de los vasos del espacio pelvirrectal superior. Se diferencia por su posición fuera del recto y de las vesículas seminales en el varón y de las partes posterior y superior de la vagina en la mujer. A esa altura, el plexo hipogástrico recibe los nervios aferentes del plexo sacro (nervios erectores de Erkardt), mientras que las ramas eferentes se distribuyen por la vejiga y por los genitales externos.

La distribución en la pelvis superior e inferior se hace en forma de plexos secundarios propios de cada víscera, que se denominan según el órgano que inerven, es decir, hemorroidal medio (o rectal) el destinado al esfínter interno, ureteral, vesical, vesicodeferencial y prostático o uterino en la mujer, y cavernoso.

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

Parasimpático pélvico

La inervación parasimpática del periné está formada por tres plexos: sacro, pudendo y sacrococcígeo.

Plexo sacro

Está compuesto por el tronco lumbosacro, la rama anterior de la raíz L5 y presenta anastomosis con la raíz L4. El tronco lumbosacro a su vez está formado por las ramas anteriores de las tres primeras raíces sacras. Desciende por delante del ala del sacro y establece anastomosis con la primera raíz sacra por delante del borde superior de la escotadura ciática. La reunión de estos nervios forma un triángulo cuya base corresponde a los agujeros anteriores del sacro, con su vértice en el borde inferior de la escotadura ciática mayor. El plexo sacro descansa sobre la cara anterior del músculo piramidal, donde está cubierto por una vaina aponeurótica fibrosa dependiente de la aponeurosis pélvica que lo separa de los vasos hipogástricos. Conviene insistir en la existencia de numerosas anastomosis con el plexo lumbar pudendo y el simpático pélvico. A excepción del nervio obturador interno, todas estas ramas van destinadas al miembro inferior a través del nervio ciático mayor. Sale de la cavidad pélvica por la parte inferior de la escotadura ciática mayor, por fuera del pedículo pudendo interno.

Plexo pudendo

El plexo pudendo (antes llamado pudendo interno) se compone de las ramas anteriores de S2, S3 y, sobre todo,

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/3287261

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/3287261

Daneshyari.com