

BLOQUEO PERIDURAL EN CIRUGIA PEDIATRICA

Dr. Juan Valera Zúñiga.

Piura

El objetivo de este estudio, es investigar clínicamente las posibilidades de aplicación del bloqueo peridural en niños en nuestro medio.

- a) En el pequeño paciente, seguridad física y psíquica, con satisfacción de condiciones anestesiológicas. Consideramos aquí: el estado de la función respiratoria, el estado de la función cardiovascular, el grado de analgesia obtenido y el tipo de intervención quirúrgica en que es factible su aplicación.
- b) Comodidad de labor para el Cirujano
- c) Adaptación del anestesiólogo a la técnica.

MATERIAL Y METODOS.—

La casuística comprende niños entre los cuatro meses y los doce años, haciendo un total de 70 casos, de los cuales en 25 se empleó la vía caudal y en 45 la vía lumbar.

Como agente anestésico se usó la Lidocaína ("Xilocaina") al 1 - 2 p. 100, con o sin Epinefrina al 1/160,000. La dosificación se realizó de acuerdo a la edad, peso, estatura, tipo de intervención y lugar de la punción.

El material empleado incluyó agujas Nº 22 a 18, de bisel corto y jeringas de 20, 10 y 5 cm³.

La posición para la punción: sentado, decúbito lateral y decúbito prono. Todos los 70 casos no fueron objeto de selección previa, pero sí de adecuada preparación. Tampoco se circunscribieron a un sólo tipo de operación.

La técnica seguida fué la siguiente:

Pre-Anestesia: Secobarbital y Atropina, solos o asociados, en dosis proporcionales a la edad, peso, talla y condiciones generales.

Hipnosis basal: Previa a la punción facilita esta enormemente. Se utilizó Metohexital sódico ("Brietal Sódico") por vía endovenosa o intramuscular. Otras ventajas que proporciona son: evitar las convulsiones y condicionar un sueño ligero. El niño permanece tranquilo durante todo el acto operatorio.

Bloqueo Epidural: si es por vía lumbar, una vez dormido el niño se practica un habón cutáneo en el lugar para la punción (generalmente L3 ó L4); se introduce la aguja lentamente, probando la resistencia del émbolo de una jeringa de 5 ml. a la columna aérea existente dentro de ella. Pasada la resistencia del ligamento amarillo, bruscamente cesa dicha resistencia y estamos en el espacio peridural. Esperamos unos minutos observando si sale sangre o líquido céfaloraquídeo y luego hacemos una inyección de prueba de 0.5 ml. del anestésico. Esperamos otro lapso similar y si no encontramos ninguna anormalidad, inyectamos la dosis total, cambiando la posición del bisel de la aguja.

En el bloqueo por vía caudal, se ha seguido la técnica clásica bien conocida.

Hemos observado que esta asociación Metohexital - Bloqueo Peridural en niños pequeños, permite el pasaje del sueño barbitúrico al sueño natural, una vez vencido el efecto de aquel. En esta forma, también se ha facilitado enormemente la labor del personal auxiliar del quirófano y de las salas.

A continuación se presenta un cuadro de las intervenciones en que se ha aplicado este método:

Operación	Nº casos
Apendicectomía	10
Herniorrafía inguinal	12
Herniorrafía umbilical	10

Heridas abdominales	5
Talla vesical	8
Vólvulo	6
Tumores abdominales	9
Resección intestinal	3
Operac. de miembros inf.	7
	<hr/>
TOTAL	70 casos

RESULTADOS.—

Se ha obtenido buena analgesia y relajación, acompañadas de hipnosis ligera y ausencia de accidentes.

Post-operatoriamente, la administración precoz de líquidos excluye los peligros de la deshidratación. Hay persistencia prolongada de la analgesia, lo cual limita el uso de antálgicos al máximo. No hemos registrado en esta serie, un solo caso íleo paralítico funcional.

Este bloqueo se puede utilizar y lo utilizamos con muchas ventajas, en niños debilitados en los que es imperativa la intervención quirúrgica. Procuramos eso sí, darles la máxima preparación en lo que se refiere a: corregir la deshidratación, los desequilibrios electrolíticos, la anemia y cualquier carencia - ácido Pantoténico o Nicotínico, Piridoxina, Cocarboxilasa, Vitamina C.

Al no utilizar los relajantes musculares de cualquier tipo, evitamos sus peligros potenciales en el niño.

Por último, podemos enviar un niño lúcido y tranquilo a recuperación.

CONCLUSIONES.—

Solamente basadas en esta corta casuística y susceptibles de un estudio posterior mas amplio, podemos puntualizar la siguientes:

- 1.—Es un método excelente en anestesia pediátrica.

BIBLIOGRAFIA.—

- 1.—D.C. Moore.

“Anestesia Regional”.

Edit. Bibliográfica Arg. Buenos Aires 1957.

- 2.—D.C. Moore.

“Complicaciones de la anestesia regional”.

Edit. Universitaria Argentina Buenos Aires 1961.

- 2.—Sus mejores indicaciones son las operaciones de abdomen inferior, así como las urogenitales y las de miembros inferiores.

- 3.—Nos parece indispensable su asociación con Metohexital, para asegurar una adecuada hipnosis.

- 4.—Es ideal en los lugares que no cuentan con facilidades para la anestesia y en las emergencias.

RESUMEN.—

Se presentan 70 casos en los que se empleó la técnica del bloqueo peridural en niños de 4 a 12 años, de los cuales en 25 se utilizó la vía caudal y en los 45 restantes, la vía lumbar.

Como pre-anestesia se administró Atropina y Secobarbital.

Se logró la hipnosis basal previa con pequeñas dosis de Metohexital sódico I. V. ó dosis única intramuscular.

Como anestésico se usó la Lidocaína (Xilocaína) al 1 - 2 p. 100, con o sin Epinefrina al 1/160,000. La dosificación fué de acuerdo a la edad, peso, talla, condiciones generales, tipo de intervención y lugar de la punción.

Los resultados obtenidos fueron muy buenos sobre todo en operaciones de hemiabdomen inferior, intervenciones urogenitales y de miembros inferiores.

En el post-operatorio se constató prolongada analgesia. No se han observado casos de íleo paralítico atribuibles al método.

Es una técnica anestésica excelente, siempre que se selecciones al paciente y el caso clínico. Soluciona problemas de anestesia pediátrica de emergencia.

- 3.—Digby Leigh y Belton.
"Anesthetics Technics: Epidural anesthesia".
Pediatric Anesthesiology, Chapter 13: 139, 1963.
- 4.—Smith.
"Anesthesia for infants and children".
Pediatric Anesthesiology, Chapter 12: 189, 1963.
- 5.—Rodríguez I.
"Conducta anestésica no paciente pediátrico cirúrgico de Grave Risco".
III Cong. Mundial Anest. Tomo II: 170, 1964.
- 6.—Ciocatto y Moricca.
"Studies on the effects of local anesthetics on peripheral nerve and its metabolism".
IIICong. Mundial Anest. Tomo I: 241, 1964.
- 7.—Spiegel.
"Caudal anesthesia in pediatric surgery".
Anesth. and Analg. 41: 218 - 221, 1962.
- 8.—Lund and Cwik.
"Propitocaine (Citanest) and methemoglobinemia".
"Anesthesiology 26: 569, Jul-Aug. 1965.
- 9.—Scott.
"Plasma levels of local analgesics in man following epidural block".
III Cong. Mundial Anest. Tomo I: 273, 1964.
- 10.—Lomfstrom y Albért.
"Study of the effect of Epinephrine in solutions of local anesthetics agents (Lidocaine, etc.)".
III Cong. Mundial Anest. Tomo I. 1964.
- 11.—Dhunér.
"Reabsorptions of local anesthetics and vasoconstrictors in regional anesthesia".
III Cong. Mundial Anest. Tomo I: 313, 1964.
- 12.—Goldman.
"Advances in local analgesia".
III Cong. Mundial Anest. Tomo I: 320, 1964.
- 13.—Shoemaker.
"Recientes contribuciones al conocimiento y tratamiento de las causas de shock".
Clin. Quirurg. de N. A. 1962.
- 14.—Dawson and Lynn.
"El enfermo pediátrico en la Sala de Operaciones".
Clin. Quirurg. de N. A. 1965.
- 15.—Mc Donald.
"Infant Physiology and anesthesia".
Br. J. Anaesthesia 32: 22-28, Jan. 1960.
- 16.—Rees.
"Pediatric anaesthesia".
Br. J. Anaesthesia 32: 132-140, March. 1960.
- 17.—Salazar Larrain A.
"La anestesia con Metohexital sódico".
Rev. Per. de Anestesiología I: 17, 1963.
- 18.—Barmaimón E.
"La Angiotensina (Hipertensina Ciba), nuevo vasopresor".
Rev. Per. de Anestesiología 2-3: 6, 1964.