

Cirugía y Cirujanos

Volumen 71
Volume

Número 4
Number

Julio-Agosto 2003
July-August

Artículo:

Analgesia local en el aseo
postoperatorio de heridas infectadas de
cabeza y cuello

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Analgesia local en el aseo postoperatorio de heridas infectadas de cabeza y cuello

Acad. Dr. Alejandro Oviedo-Montes,* Dr. Juan Francisco Peña-García, ** Dr. Abdiel Antonio-Ocampo, ***
 Dr. Héctor Alejandro Velázquez-Chong, **** Dr. Juan Gabriel Jurado-Reyes, ****
 Dra. Martha E Ramírez-Martínez, **** Dr. Sergio Castro-Ibarra****

Resumen

Introducción: después de la desbridación de abscesos de la cabeza y el cuello, los pacientes requieren múltiples procedimientos de limpieza postquirúrgica, los cuales producen dolor moderado o severo, debido a que se realizan sin ninguna analgesia efectiva.

Las técnicas de sedación no pueden aplicarse en cada proceso de limpieza y aun la inyección de anestesia local dentro de los tejidos, está contraindicada.

Material y métodos: se presentan los resultados sobre control del dolor obtenido en 600 procedimientos de aseo, después de irrigar una solución anestésica sobre los tejidos de las heridas expuestas por la desbridación de abscesos de la cabeza y el cuello.

Resultados: todos los pacientes presentaban desbridaciones de abscesos de la cabeza y del cuello. Todos fueron irrigados con solución de lidocaína desde que se eliminaron los apóstitos y durante cada uno de los procesos de limpieza. Durante los cinco días de seguimiento, el primer y segundo días solamente 12.5% de los casos reportó dolor severo cuando se eliminaron los apóstitos, al tercer día solamente un paciente (2.5%) reportaba dolor severo al eliminar los apóstitos.

El primer día durante el procedimiento de aseo, 25% de los casos manifestó dolor severo y 25% dolor moderado; el segundo día 3.3% refirió dolor severo y 14.1% dolor moderado, al tercer día 0.8% reportó dolor severo y 6.6% dolor moderado; al cuarto día, ninguno dijo sufrir de dolor severo y solamente 12.5% tuvo dolor moderado; al quinto día, ninguno reportó dolor severo y solamente 0.8% presentó dolor moderado.

Discusión: los métodos de limpieza quirúrgica aplicados en heridas originadas en la desbridación de abscesos de cabeza y cuello producen dolor, que puede controlarse irrigando una so-

Summary

Introduction: After debridement of head and neck abscess, patients require multiple post-surgical cleansing procedures that produce mild or severe pain because are performed without any effective analgesia. Sedation techniques could not be applied at every cleansing process and even local anesthesia injected into the tissues during the procedure is contraindicated.

Material and methods: We present the results of pain control obtained in 600 cleansing procedures performed by irrigating an anesthetic solution over wound tissues exposed after surgical head and neck abscess debridement.

Results: All patients had previous surgical debridement of head and neck abscess. All were irrigated with lidocaine solution because dressings were eliminated during every cleansing process. During 5 days of follow-up, at the first and second day only 12.5% of cases reported severe pain when dressing materials were eliminated; at the third day, only one patient (2.5%) reported severe pain when dressings were eliminated. On the first day during surgical cleaning procedure, 25% of cases reported severe pain and 25%, moderate pain; on the second day, 3.3% reported severe pain and 14.1% reported moderate pain. On the third day, 0.8% reported severe pain and 6.6% reported moderate pain; while on the fourth day, no one reported severe pain and only 12.5% reported moderate pain. On the fifth day, no one reported severe pain and only 0.8% reported moderate pain.

Discussion: The surgical cleansing methods applied in wounds originated in head and neck abscess debridement produce pain that could be controlled by irrigating lidocaine solution immediately before and during the process of cleansing and is an alternative method because general anesthesia, profound sedation, and direct anesthetic injection are contraindicated. This technique was effective in a limited

* Médico adscrito del Servicio de Cirugía Maxilofacial. Hospital de Especialidades CMN SXXI IMSS.

** Jefe del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital de Especialidades CMN SXXI IMSS.

*** Coordinador de Epidemiología Clínica. Hospital de Especialidades CMN SXXI IMSS.

**** Médico adscrito del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello. Hospital de Especialidades CMN SXXI IMSS.

Solicitud de sobretiros:

Acad. Dr. Alejandro Oviedo Montes. Hospital de Especialidades CMN SXXI IMSS. Av. Cuauhtémoc 330. Col. Doctores. Deleg. Cuauhtémoc, 06725. México D.F. Teléfono: 5627 69 00 extensión 1430.

Recibido para publicación: 16-06-2003.

Aceptado para publicación: 22-08-2003.

lución de lidocaína inmediatamente antes y durante el proceso de limpieza; es un método alternativo porque la anestesia general, la sedación profunda y la inyección anestésica directa están contraindicadas. Esta técnica fue efectiva en forma limitada debido a múltiples factores que modifican la analgesia local. Esta técnica debe ser usada en la descontaminación desde que se eliminan los apósisos y antes de que el proceso de aseo se inicie.

Palabras clave: infección, dolor, absceso, desbridación, lidocaína.

fashion because multiples factors modified local analgesia. This technique should be used in decontamination because dressing materials are eliminated and before wound cleansing action begins.

Key words: Infection, Pain, Abscess, Debridement, Lidocaine.

Introducción

Los abscesos de la cabeza y del cuello presentan un riesgo importante, por lo cual deben tratarse agresivamente procurando evacuar todas las secreciones purulentas del organismo antes de que éstas lesionen estructuras anatómicas vitales o se diseminen comprometiendo la vida del paciente⁽¹⁻⁹⁾.

Después de efectuar la desbridación de un absceso bajo anestesia general, sedación o bloqueo, los aseos quirúrgicos subsecuentes se deben realizar con la mayor frecuencia posible, con el fin de controlar eficientemente la infección, descomprimir los tejidos, eliminar los remanentes de la sepsis local, restos necróticos, etc.

Generalmente estas curaciones se realizan en la cama o en un sillón operatorio, por lo menos tres veces al día y en condiciones menos favorables que cuando se realizó la desbridación inicial, debiendo efectuar los aseos sin la posibilidad de mantener al enfermo en un estado continuo de analgesia profunda. En estas condiciones, no es posible inyectar un anestésico durante cada curación, pues la infiltración constante de la solución analgésica dañaría los tejidos y las punciones requeridas producirían más dolor que el provocado por la misma curación, además de que serían un riesgo importante de diseminación séptica; tampoco se puede sedar al enfermo continuamente durante cada aseo quirúrgico pues es indispensable conservar los reflejos naturales que protegerán la vía aérea⁽¹⁰⁻¹²⁾.

Por todo esto, es práctica común que las curaciones se realicen con gentileza asumiendo que la molestia provocada es bien tolerada por la mayoría de los enfermos, que es de corta duración y que al no haber otra alternativa, el paciente debe soportarla por su propio beneficio, de manera muy similar a épocas donde no existía la anestesia.

Este estudio pretende demostrar el valor de la analgesia tópica durante el aseo de las áreas cruentas desbridadas.

Métodos

Participaron en este estudio prospectivo 40 pacientes hospitalizados (25 hombres y 15 mujeres) con una edad media

de 45 años (margen 24 a 70 años) que presentaban focos sépticos bucales o faringoamigdalinos, los cuales habían originado diversos abscesos cervicofaciales que requirieron desbridación quirúrgica. Se excluyeron los pacientes con antecedentes alérgicos a cualquier analgésico local, con trastornos de conciencia, bajo el efecto de sedantes o hipnóticos, así como pacientes internados en la terapia intensiva, así como aquellos que requirieron ser reintervenidos por persistencia o diseminación del proceso infeccioso.

El estudio se inició con la primera curación realizada en la cama de cada enfermo o en el sillón de curaciones dentro de las primeras 12 horas del postoperatorio inmediato y continuó durante los cinco días subsecuentes, realizándose tres curaciones diarias en cada paciente.

Todas las heridas se protegieron con apósisos de gasa estéril y vendaje sin aplicar ningún analgésico tópico.

Inmediatamente antes de retirar los vendajes, se interrogó a los pacientes si presentaban dolor espontáneo en los sitios intervenidos, enseguida se irrigaron gentilmente de 5 hasta 20 ml de solución de clorhidrato de lidocaína al 2% en la interfase donde el tejido desbridado se adhería al apósiso hasta lograr su separación. En todo momento el operador sostuvo el apósiso evitando que éste traccionara al tejido durante su retiro.

Al terminar este procedimiento se determinó, de acuerdo a un formato de recolección de información, el grado de dolor provocado por el desprendimiento del apósiso utilizando una escala analógica donde el cero (0) representaba ningún dolor y el diez (10) dolor severo.

Las heridas así expuestas se irrigaron profusamente cada una con 5 hasta 20 ml de solución de clorhidrato de lidocaína al 2% por medio de una jeringa y un catéter delgado, cuidando no impactar bruscamente los tejidos cruentos con la solución. Cada operador estimó arbitrariamente el área de tejido expuesto por irrigar, administrando aproximadamente entre 5 ml para las heridas más pequeñas hasta 20 ml en las más grandes a razón de 1 ml de solución anestésica por cada 1 cm de tejido cruento. Cuando existían canalizaciones, la irrigación se hacía inyectando gentilmente la solución analgésica a los lados y dentro del tubo de canalización.

Después de cinco minutos de aplicado el analgésico, se instruyó al paciente en comunicar de inmediato si experimentaba dolor durante el procedimiento. Se inició el aseo efectuando lavados copiosos con solución salina sobre los tejidos cruentos tallándolos con gasas impregnadas en solución salina y/o clindamicina y expulsando manualmente los remanentes de la infección junto con las soluciones del aseo quirúrgico. El tejido necrótico y esfacelado que se desprendió durante el lavado se retiró en su totalidad. Si el paciente reportaba dolor en algún sitio específico, se procedía a irrigar 5 hasta 20 ml de soluciones adicionales de clorhidrato de lidocaína al 2%. En ningún caso se utilizó algún sistema de succión mecánico para extraer la solución de lidocaína, ni para eliminar las soluciones de irrigación utilizadas durante el aseo quirúrgico y sólo se utilizaron gasas estériles y presión manual para desalojar los remanentes de la curación. Al terminar ésta, se cubrieron todas las heridas con gasas estériles soportadas por vendas.

Inmediatamente se determinó, de acuerdo a un formato de recolección de información, el grado de dolor provocado utilizando una escala analógica donde el cero (0) representaba ningún dolor y diez (10) dolor severo.

Resultados

Durante cinco días en que permanecieron hospitalizados los 40 pacientes, se les realizó un total de 600 curaciones, diariamente se practicaron 120 curaciones, a razón de 3 curaciones cada 8 horas.

Ningún paciente refirió dolor antes de desprender el vendaje.

Después de irrigar la lidocaína el primer y segundo día sólo cinco pacientes (12.5%) refirieron dolor severo al desprendimiento del apósito. Durante el tercer día solamente un paciente (2.5%) reportaba dolor severo provocado por esta maniobra y a partir de entonces ningún paciente refirió dolor severo al desprendimiento del apósito. Desde el segundo día, la mitad de los enfermos (50%) reportaron dolor leve y cuatro pacientes (10%) no presentaron ningún dolor al desprendimiento del apósito (Cuadro I).

El primer día del postoperatorio inmediato, durante el aseo quirúrgico, todos los pacientes experimentaron dolor; sin embargo, en 60 curaciones (50%) se reportó dolor leve, en 30 dolor moderado (25%) y en 30 dolor severo (25%).

En el segundo día 43 curaciones (35.8%) fueron asintomáticas, en 56 (46.6%) se reportó dolor leve, 17 (14.1%) reportaron dolor moderado, mientras sólo en 4 (3.3%) se refirió dolor severo.

En el tercer día, 75 curaciones (62.5%) fueron asintomáticas, 36 (30%) se refirieron con dolor leve, 8 (6.6%) con dolor moderado y uno (0.8%) con dolor severo.

Al cuarto día, 80 curaciones (66.6%) fueron asintomáticas, 25 (20.8%) reportaron dolor leve, 15 (12.5%) dolor moderado y en ningún aseo se reportó dolor severo.

En el quinto día, 109 curaciones (90.8%) se practicaron sin ningún dolor, 10 (8.3%) provocaron dolor leve, uno (0.8%) reportaron dolor moderado y en ningún caso se refirió dolor severo (Cuadro II).

Cuadro I. Dolor generado durante el desprendimiento de los apósisos.

Dolor	Desprendimientos 1er día		Desprendimientos 2o día		Desprendimientos 3er día		Desprendimientos 4o día		Desprendimientos 5o día	
Asintomático	0	0.0%	12	10%	24	20%	69	57.5%	98	81.6%
Leve	45	37.5%	60	50%	81	67.5%	47	39.1%	20	16.6%
Moderado	60	50%	33	27.5%	12	10%	4	3.3%	2	1.6%
Severo	15	12.5%	15	12.5%	3	2.5%	0	0.0%	0	0.0%
Total	120	100%	120	100%	120	100%	120	100%	120	100%

Cuadro II. Dolor generado durante el aseo de las heridas.

Dolor	Aseos 1er día		Aseos 2o día		Aseos 3er día		Aseos 4o día		Aseos 5o día	
Asintomático	0	0.0%	43	35.8%	75	62.5%	80	66.6%	109	90.3%
Leve	60	50%	56	46.6%	36	30.0%	25	20.8%	10	8.3%
Moderado	30	25%	17	14.1%	8	6.6%	15	12.5%	1	0.8%
Severo	30	25%	4	3.3%	1	0.8%	0	0.0%	0	0.0%
Total	120	100%	120	100%	120	100%	120	100%	120	100%

Ningún paciente presentó evidencia de intoxicación al anestésico.

Todos los pacientes se dieron de alta en buenas condiciones generales y con una evolución cicatrizal adecuada continuando su control en la consulta externa.

Discusión

En los pacientes que han sufrido desbridación de abscesos de la cabeza y del cuello, es indispensable descontaminar los tejidos a través de lavados e irrigaciones exhaustivas que desalojen todas las bacterias y el material extraño, de esta manera el organismo puede defenderse con mayor eficacia de la infección⁽¹³⁻¹⁷⁾.

Durante la desbridación quirúrgica inicial, el paciente se encuentra bajo el efecto de la anestesia general, el bloqueo analgésico profundo o la sedación, lo que permite manipular los tejidos sin ninguna molestia para el enfermo; sin embargo, es una práctica común realizar los aseos subsecuentes de las heridas sin ninguna protección analgésica lo que provoca dolor de diversa intensidad⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

El presente trabajo demostró que la irrigación de lidocaína simple previa al desprendimiento de los apóstitos y al lavado quirúrgico, es un método aceptable para controlar el dolor en los pacientes que han sufrido desbridación de abscesos de la cabeza y del cuello y que requieren múltiples aseos descontaminantes, pues la analgesia tópica por su fácil aplicación, se ha utilizado frecuentemente para controlar el dolor provocado por distintas lesiones en áreas profusamente inervadas, como en el caso de úlceras, quemaduras, abrasiones, etc. De esta misma forma se consideró usarla previamente a la manipulación de los tejidos cruentos durante los aseos quirúrgicos, considerando siempre que en sitios donde existe inflamación aguda el efecto de los anestésicos locales es muy irregular⁽²¹⁻²³⁾.

No se evaluó el grado de analgesia postoperatoria que ocurrió durante las 8 horas subsecuentes entre cada aseo quirúrgico ni la relación entre las dimensiones de la herida y la profundidad de la analgesia.

Se asume que las fallas de la analgesia local que ocurrieron durante el estudio pudieron resultar de un volumen insuficiente de solución anestésica o por una manipulación brusca, por que las curaciones fueron realizadas por múltiples operadores. Tampoco se evaluó la relación entre pacientes tratados por infección en espacios aponeuróticos profundos y la intensidad de dolor provocado durante cada curación.

Aunque se consideró reconocer las áreas impregnadas incorporando un colorante a la solución analgésica, esto se descartó pues podría haber interferido con la cicatrización y no ofrecería ninguna ventaja cuando la solución se irrigara dentro de cavidades ocultas a la vista del operador.

En este reporte, la irrigación de clorhidrato de lidocaína al 2% sobre los tejidos cruentos remanentes a desbridar

dación de abscesos no interfirió aparentemente con la evolución cicatrizal de las heridas hasta el momento del alta hospitalaria.

La posibilidad de intoxicación es un riesgo importante a considerar cuando se irrigan soluciones anestésicas sobre tejidos cruentos e inflamados, particularmente en cavidades remanentes a la desbridación quirúrgica donde es posible que la solución anestésica se deposite constituyendo una fuente de sobredosis, más aun cuando los volúmenes de solución anestésica requeridos no pueden estandarizarse con facilidad y deben irrigarse copiosamente en forma tunelizada en espacios aponeuróticos profundos de cara y cuello⁽²²⁻²⁴⁾, pero dado el beneficio de ésta técnica y al no existir hasta el momento un recurso más eficiente para controlar el dolor, puede considerarse como un método bien tolerado por los pacientes, cuando en 600 aseos quirúrgicos no se presentó ninguna intoxicación, tal vez debido a que en corto tiempo se diluye el volumen de la solución anestésica con las soluciones de irrigación, las cuales se aplican abundantemente lo que permite evacuar parte de la anestesia de las heridas.

Referencias

1. Zangenbruner DJ, Dajani S. Pharingomaxillary space abscess with carotid artery erosion. *Arch Otolaryngol* 1971;94:447.
2. Johnson JT. Abscesses and deep neck infections in the head and neck. *Infect Dis Clin North Am* 1992;6:705-717.
3. Zide MF, Limchayseng LRG. Complications of head and neck infections. *Oral Maxillofac Clin North Am* 1991;3: 355.
4. Marciani RD. Clinical considerations in head and neck infections. In: Peterson LJ, Indresano AT, Marciani RD, Roser SM, editors: *Principles of oral and maxillofacial surgery*. Philadelphia PA, USA: JB Lippincott; 1992. pp.163-200.
5. Goldberg MH, Topazian RG. Odontogenic infections and deep fascial space infections of dental origin. In: Topazian RG, Goldberg MH (editors): *Oral and maxillofacial infections*. 4th. Ed. Philadelphia PA, USA: WB Saunders; 2002. pp.158-187.
6. Chow AW. Life-threatening infections of the head and neck. *Clin Infect Dis* 1992;14:991-1002.
7. Tom MB, Rice DH. Presentation and management of neck abscesses: a retrospective analysis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988;113:661.
8. Blancharter RH Jr. Identification, management, and prevention of infections after head and neck surgery. In: Topazian RG, Goldberg MH (eds): *Oral and maxillofacial infections*. 4th Philadelphia PA, USA: WB Saunders; 2002. pp.399-409.
9. Horswell BB. Infections. In: Kwon PH, Laskin DM, editors. *Clinician's manual of oral and maxillofacial surgery*. 3rd. Ed. Chicago IL, USA: Quintessence Publishing Co.; 1997. pp.307-309.
10. Mallampati SR, Gott SP, Gugino LD, et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: a prospective study. *Can Anaesth Soc J* 1985;32:429-434.
11. American Heart Association: *Textbook of advanced cardiac life support*, Dallas, TX, USA: American Heart Association; 1987.
12. Bennet JD, Flynn TR. Anesthetic considerations. *Orofacial infections*. In: Topazian RG, Goldberg MH editors: *Oral and maxillofacial infections* 4th. Ed. Philadelphia PA, USA: WB Saunders; 2002. pp.439-455.

13. Dzyak WR, Zide MF. Diagnosis and treatment of lateral pharyngeal space infections. *J Oral Maxillofac Surg* 1984;42:243-249.
14. Barrat GE, Koopman CF, Coulthard L. Retropharyngeal abscess: a ten-year experience. *Laryngoscope* 1984;94:455-463.
15. Henry CH, Hughes CV, Larned DC. Odontogenic infection of the orbit. *J Oral Maxillofac Surg* 1992;50:172.
16. Zimmerman RA, Bilaniuk LT. Orbital infection and its cerebral complications. *Am J Roentgenol* 1980;31:134-145.
17. Jackson BS, Sproat JE. Necrotizing fascitis of the head and neck with intrathoracic extension. *J Otolaryngol* 1995;24:60.
18. Benumof JL. Management of the difficult airway. *Anesthesiology* 1991;75:1087.
19. Arne J, Desoins P, Fuciardi J, et al. Preoperative assessment for difficult intubation in general and ENT surgery: predictive value of a clinical multivariate risk index. *Br J Anaesth* 1998;80:140.
20. Brown RD. The failure of local anaesthesia in acute inflammation: some recent concepts. *Br Dent J* 1981;151:47-51.
21. Yagiela JA. Local anesthetics. In: Dionne RA, Phero JC, editors. *Management of pain and anxiety in dental practice*. New York: Elsevier; 1991. pp. 109-134.
22. Brown AC, Sataloff RT. Special anesthetic techniques in head and neck surgery. *Otolaryngol Clin North Am* 1981;14: 587.
23. Oviedo MA, Ramblas AP, Saucedo NE, Sánchez DJ. Desbridación de abscesos submandibulares bajo bloqueo locoregional. *Gac Med Mex* 1992;128:3,275-278.