

Bloqueo caudal para cirugía anorrectal

Caudal block for anorectal surgery

Dr. Salvador Medina González,

Dr. Manuel Coutiño Chavarría,

Dr. Salvador Vargas Cruz,

Dr. Homero Luna Díaz

Resumen

Objetivo: Analizar la experiencia de los autores con el empleo del bloqueo caudal en cirugía anorrectal.

Diseño: Estudio longitudinal, descriptivo y observacional.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Método: Se estudiaron pacientes que iban a ser operados de cirugía anorrectal, consecutivos. Se empleó la técnica de bloqueo caudal. Se analizan las siguientes variables: Sexo, número de casos por año, nivel de analgesia obtenido: excelente, fallida e incompleta, morbilidad.

Resultados: Durante el lapso de tiempo comprendido entre enero de 1991 y diciembre de 1998, se estudiaron 362 pacientes que fueron operados de cirugía anorrectal, de ellos 208 correspondieron al sexo masculino y 154 al femenino. En el 93.1% de los pacientes (337) la analgesia obtenida con el bloqueo fue excelente, en el 4.9% (18 pacientes) fue fallida y en el 2% (siete pacientes) fue incompleta. La morbilidad fue del 1.3% (cinco pacientes) y consistió en episodio de retención urinaria. No hubo mortalidad.

Conclusión: La técnica del bloqueo caudal como procedimiento anestésico para la cirugía anorrectal es eficaz y segura.

Abstract

Objective: To analyze the experience of the authors in the use of caudal anesthesia for anorectal surgery.

Design: Longitudinal, descriptive and observational study.

Setting: Third level health care hospital.

Method: We studied consecutive patients programmed for anorectal surgery. Caudal anesthesia was used. The following variables were analyzed: Gender, number of cases per year, analgesic level obtained: excellent, incomplete, failure; morbidity.

Results: Between January 1991 and December 1998, we studied 362 patients subjected to anorectal surgery; 208 were men and 154 were women. In 337 patients (93.1%) the analgesic effect was excellent, in 18 patients (4.9%) it failed, and in 7 patients (2%) it was incomplete. Morbidity was of 1.3% (5 patients), consisting of urinary retention episodes. No deaths occurred.

Conclusion: Caudal block as anesthetic procedure for anorectal surgery is efficient and safe.

Palabras clave: Cirugía de colon y recto (Especialidad), anestesia y analgesia, bloqueo caudal.
Cir Gen 2000;22:112-114

Key words: Anesthesia, caudal anesthesia, colon and rectal surgery (Specialty).
Cir Gen 2000;22:112-114

Departamento de Cirugía y Anestesiología del Hospital Ángeles del Pedregal. México, D.F.

Recibido para publicación: 23 de agosto de 1999

Aceptado para publicación: 3 de diciembre de 1999

Correspondencia: Dr. Salvador Medina González, Hospital Ángeles del Pedregal. Departamento de Cirugía. Camino a Sta. Teresa No. 1055-503, México D.F. C.P. 10700

Tels: 55-68-50-83 y 56-52-75-87, Fax: 56-52-19-06

Introducción

Los problemas anorrectales que requieren de tratamiento quirúrgico son cada día más frecuentes. Para lograr una buena exposición de la patología durante la intervención se requiere de una anestesia adecuada; para ello se ha empleado el bloqueo lumbar, la anestesia general, la anestesia local y el bloqueo caudal.¹⁻⁵ Este último tiene la ventaja de ser más selectivo, con mayor calidad de analgesia y ser de mayor duración; por estas consideraciones es el procedimiento anestésico que realizamos de primera intención en todos nuestros pacientes.

El propósito de este trabajo es mostrar nuestra experiencia con el bloqueo caudal en cirugía anorrectal.

Pacientes y métodos

El presente estudio es de tipo longitudinal, prospectivo, descriptivo y observacional.

Se incluyeron 362 pacientes que fueron sometidos a cirugía anorrectal con bloqueo caudal de enero de 1991 a diciembre de 1998, 208 hombres y 154 mujeres. La técnica para el bloqueo caudal la realizamos con el paciente en posición de decúbito ventral, con la mesa de operaciones flexionada en 30°, colocando una almohadilla entre la pelvis del paciente y la mesa, con el objeto de levantar la cadera del paciente. Se identifica por palpación la prominencia sacra y el hiato sacro; se infiltra un poco de anestesia local lo suficiente como para no perder la referencia anatómica, se inserta una aguja calibre 20 x 44 mm en ángulo de 45° hasta penetrar el ligamento sacrococcígeo y llegar al canal sacro (**Figura 1**). Una vez dentro de éste se modifica el ángulo de la aguja de manera que quede casi paralelo a la piel, 5°, y se introduce aproximadamente 2 cm. En todos nuestros pacientes se empleó una solución con xilocaína al 2% con epinefrina más marcaína al 0.75 % y 50 mg de fentanil para un volumen total de 10 a 15 ml, quedando una concentración final de xilocaína de 1% y de marcaína de 0.3%.

De 1995 a 1998 se manejaron 69 pacientes con infusor continuo, bomba, para el postoperatorio, 40

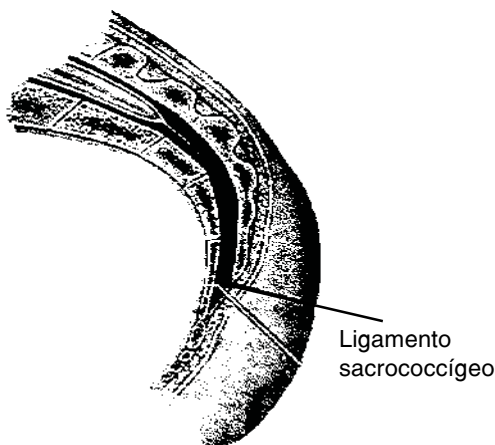


Fig. 1.

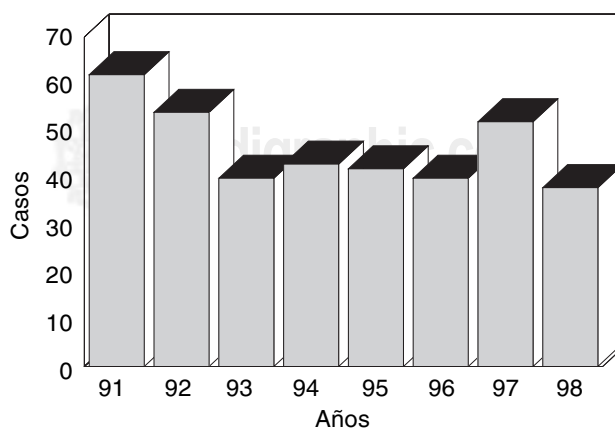


Fig. 2. Número de casos por año.

hombres y 29 mujeres; empleándose los mismos medicamentos pero a menor concentración y retirando el infusor caudal 24 horas después de la cirugía.

Resultados

Los resultados se presentan de manera gráfica en las **figuras 2 a 7**. En 93.1% de los casos la analgesia obtenida con el bloqueo caudal fue excelente. En 18 casos (4.9 %) fue fallida y en 7 (2%) fue incompleta o insuficiente.

El 1.3% de los pacientes presentaron retención urinaria (5 casos), todos del sexo masculino. No hubo accidentes o complicaciones.

En los 69 pacientes manejados con infusor para el post-operatorio el control del dolor fue excelente y sin presentarse complicaciones.

Discusión

Las técnicas anestésicas para la cirugía anorrectal van desde la anestesia local hasta la anestesia general pasando por la anestesia regional epidural ya sea lumbar o caudal. Cada una con ventajas y desventajas so-

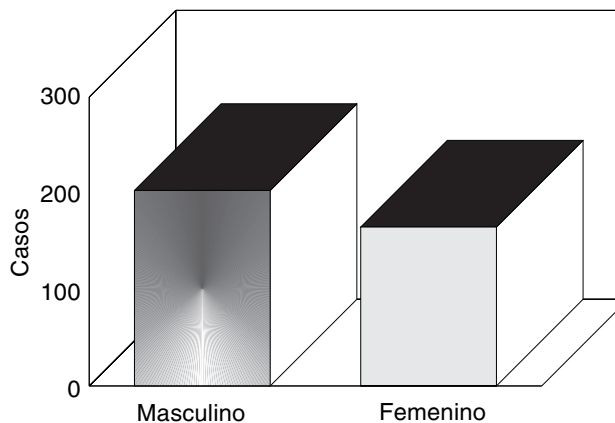


Fig. 3. Número de casos por sexo.

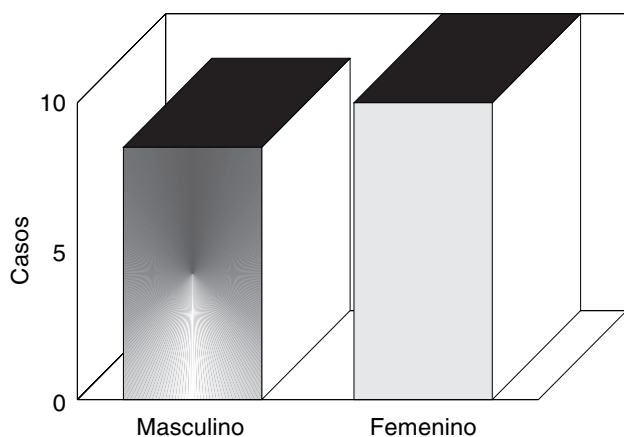


Fig. 4. Casos fallidos por sexo.

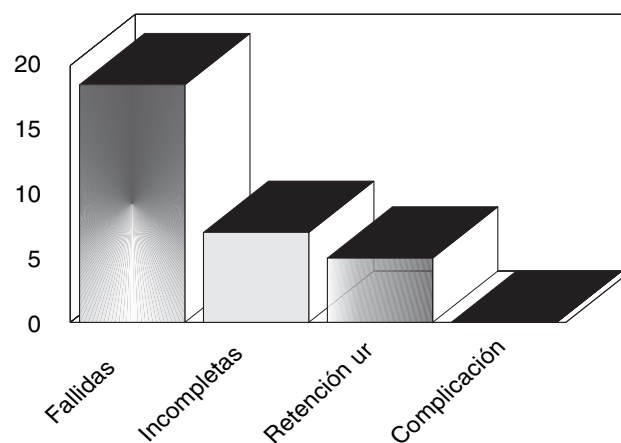


Fig. 6. Causas de bloqueo no exitoso y/o complicaciones.

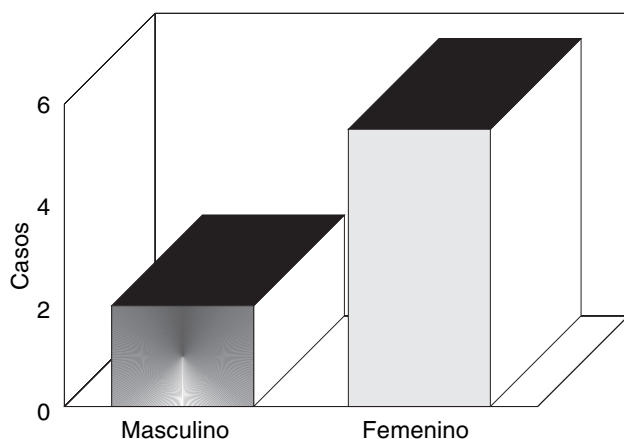


Fig. 5. Casos incompletos o insuficientes.

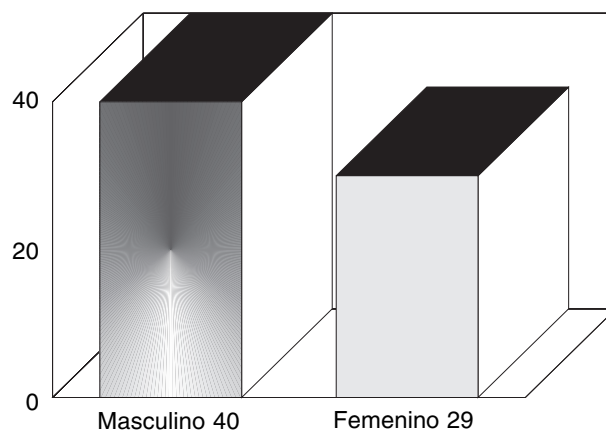


Fig. 7. Casos con infusor por sexo.

bre las otras. El bloqueo caudal, descrito originalmente por Cathelin en 1901, tuvo gran aceptación en la década de los años 40 para las mujeres en trabajo de parto. Después dejó de emplearse debido a los informes de efectos no deseados de los anestésicos locales sobre el producto, por lo que se optó por el bloqueo lumbar.

Actualmente continúa usándose en cirugía pediátrica y en cirugía general para procedimientos quirúrgicos en la región perineal. Algunos autores informan que el bloqueo caudal tiene una efectividad del 80 % por lo que emplean otro tipo de anestesia.

Nosotros preferimos al bloqueo caudal ya que es más selectivo, con mejor calidad de analgesia y de mayor duración, además de que ahora es posible dejar un catéter caudal con infusor continuo que permite una excelente analgesia en el postoperatorio, retirándose a las 24 horas.

El estudio tiene las limitaciones de no comparar resultados con otros métodos de anestesia y no incluir una valoración objetiva de la analgesia post-operatoria, como una escala análoga visual. Sin embargo, hace evidente lo adecuado de los resultados obtenidos.

Conclusión

Los autores recomiendan al bloqueo caudal con infusor continuo para el post-operatorio en todos los casos de cirugía anorrectal. Con esta técnica la analgesia obtenida es excelente, al igual que la relajación del área perineal, lo que permite una adecuada exploración del campo quirúrgico indispensable para la cirugía. Futuros estudios controlados, preferentemente de manera aleatoria, permitirán demostrar si las ventajas de esta técnica deban situarla indiscutiblemente como la de primera opción para este tipo de operaciones.

Referencias

- 1 Rawal, N. Postoperative pain management in day surgery. *Anaesthesia* 1998;53 (Suppl 2): 50-2.
- 2 Chan MT, Lam KK. Randomized comparison of agents for caudal anaesthesia in anal surgery. *Br J Surg* 1996; 83: 1300.
- 3 Goldberg SM, Gordon PH, Nivatvongs S. *Essentials of anorectal surgery*. 10th ed. J. B. Lippincott Co; Philadelphia: 1980: 1,389.
- 4 Kratzer GL, Demarest RJ. *Office management of colon and rectal disease*. 11th ed. W.B. Saunders Co.; Philadelphia: 1985: 1,239
- 5 Collins VJ. *Principles of anesthesiology*. 2nd ed. Lea and Febiger; Philadelphia 1976:1,670.