www.medigraphic.org.mx

Rev. Mex. Anest.
Vol. 20 (4), 1971

Bloqueo subdural con alcohol absoluto en pacientes con cáncer

Dr. Fidel Juárez Hernández *
Dr. Rodolfo Vega Ramos *

UNO de los grandes problemas con el que se ha enfrentado el hombre desde el comienzo de su existencia, es controlar o mitigar el dolor; desde los tiempos más remotos su mayor preocupación ha sido buscar de una y mil maneras alejar este fantasma que pesa sobre la humanidad.

En épocas antiguas incluso se invocaba a los dioses en busca de alivio, de ahí que Hipócrates plasmara en una frase célebre este pensamiento: *Controlar el dolor es obra divina.*

Los siglos han pasado y en la actualidad a pesar de contar con avances maravillosos en el terreno de la medicina, aún nos seguimos enfrentando al mismo problema, que es aliviar el dolor. Esta situación se agrava cuando se trata de pacientes con cáncer incurable, los cuales dentro de la evolución del padecimiento presentan dolor intenso de difícil control; que nos obliga a poner en juego un sinnúmero de recursos tratando de solucionar el problema que se nos presenta.

Los recursos terapéuticos generalmente usados son: radioterapia, quimioterapia, lobotomía frontal, cordotomías, rizotomías, analgésicos, narcóticos y bloqueos terapéuticos. [2,7]

La finalidad del presente trabajo va orientada a mantener constante el espíritu de investigación, para lograr vencer en un día no muy lejano a nuestro acérrimo enemigo: El dolor.

Se analiza a continuación la experiencia obtenida en 17 casos de dolor refractario por cáncer avanzado [8], tratados con alcohol absoluto intratecal: estudiados del 26 de agosto de 1965 al 1o. de agosto de 1969, en el Hospital T-1 No. 1 del IMSS en Chihuahua, Chih.

Casuística

1.—Se estudiaron 17 casos de pates con dolor refractario por cáncer en período avanzado.

* Anestesiólogos de base en la Clínica Hospital T-1 No. 1, Unidad Morelos IMSS, Chihuahua, Chih.
Trabajo presentado en el XIV Congreso Nacional de Anestesiología. Chihuahua, Chih.

TABLA I

Localización	No. de Casos	Porcentaje
Cervicouterino	12	70
Rectosigmoides	1	6
Anorectal	1	6
Prostático	1	6
Vesical	1	6
Mamario	1	6
2.—Metástasis más frecuentes:		
Rectosigmoides	6	36
Parametrios	6	36
Vejiga	4	24
Columna	2	12
Vulva	1	6
Pulmón	1	6
Epiplón, intestino y peritoneo	1	6
3.—Clasificación según la escala de Broders.		
Grado III	4	24
Grado IV	13	76
4.—Incidencia en relación al sexo.		
Masculino	2	12
Femenino	15	88
5.—Frecuencia por décadas de la vida;		
Edad:		
20 a 30	1	6
30 a 40	4	23.5
40 a 50	3	17.5
50 a 60	3	17.5
70 a 80	1	6
80 a 90	2	12

VALORACION CLINICA

Se basó en el estado físico de los pacientes que se catalogaron según la clasificación de la A.A.A. [5]

TABLA II

GRADO	No. de Casos	Porcentaje
III	13	76
IV	4	24

TABLA III

SINTOMAS

Síntoma	No. de Casos	Porcentaje
Dolor [6]		
Tipo:		
Terebrante	10	58
Punzante	4	24
Cólico	2	12
Sensación de quemadura	1	6

La localización más frecuente fue a vientre bajo, con irradiación a región sacrocoxígea, vagina, recto y miembros inferiores.

Anemia:		
Gramos de Hb.		
7 a 8	1	6
8 a 9	2	12
9 a 10	1	6
10 a 11	8	46
11 a 12	5	30
Anorexia	16	94
Astenia	14	82
Flujo vaginal fétido	11	66
Adinamia	11	66
Sangrado Uterino	10	60
Vómito	10	60
Pujo y tenesmo rectal	8	38
Disuria	7	42
Polaquiuria	6	36
Sangrado rectal	3	18
Deshidratación	3	18
Gasstroenteritis	2	12
Pelvis congelada	1	6
Los antecedentes de tratamiento previo fueron:		
Radioterapia	10	60
Ligadura de Hipogástricas	6	36
Quimioterapia	1	6

TABLA IV

TECNICA EMPLEADA

Sedación con Meperidina	No. de Casos	Porcentaje
Endovenosa	5	17
Intramuscular	24	82.5

Decúbito prono con flexión de cadera de 130 grados. Cuando fue necesario lateralizar el bloqueo, la posición varió en 15 grados al lado contrario de las raíces por bloquear.

Técnica empleada (1-2-3-10).

Previa asepsia de la región lumbosacra, se colocan campos estériles limitando el sitio por bloquear, se infiltra el espacio lumbar elegido con lidocaída al 1% puncionando con aguja de raquia No. 22 localizando canal raquídeo, inyectando el alcohol absoluto por medio de una jeringa de insulina. Volumen empleado, velocidad de inyección y número de bloqueos (2-3-4-8-9-10).

1.—se usó el alcohol absoluto en todos los casos variando la cantidad por dosis de:

Mínimo	0.5 ml.
Máximo	1.5 ml.
Promedio	1.2 ml.

2.—Se inyectó a una velocidad media de un décimo de mililitro por minuto.

3.—El número de bloqueos fue 29:

Tipos	Nº de Casos	Porcentaje
a).—Bilaterales	26	89.5
b).—Unilaterales	3	10.5

Se aplicó por paciente:

Mínimo	1 Bloqueo
Máximo	4 Bloqueos

Después de terminada la inyección, se deja al paciente por 30 minutos más en la posición inicial. Posteriormente se coloca en decúbito dorsal, prescribiendo reposo absoluto por un mínimo de 4 horas, después movilidad a discreción [2]

RESULTADOS

El control se llevó a cabo en su estancia hospitalaria y posteriormente en la Consulta Externa.

Dolor.

Se suprimió en 14 casos en la primera semana postbloqueo, de los tres restantes 2 no se consideraron satisfactorios por haber fallecido a las 78 y 84 horas; en el tercero fue necesario aplicar 4 bloqueos consecutivos con un intervalo de 10 días, obteniendo control parcial del dolor.

Vómito.

Se suprimió a la par que el dolor.

Hemorragia uterina.

Se suprimió en 7 casos notablemente en 2 y continuó igual en uno.

Astenia, adinamia y anorexia.

Mejoraron en la mayoría de los pacientes.

Flujo vaginal fétido.

Disminuyó en la mayoría de los casos.

Hemorragia rectal.

Se suprimió en dos, persistiendo en uno.

Anemia.

Mejoró notablemente al ingerir con más regularidad sus alimentos los pacientes.

Pelvis congelada.

Este caso mejoró a los tres meses.

Complicaciones

1. *Paresia vesical.*

   Dos casos, uno recuperó el control a los 5 días y el otro a los 15.

2. *Incontinencia de esfínter vesical.*

   Un caso que persistió por 3 meses, en

que logró el control parcial de la micción.

3. *Paresia rectal.*

Tres casos que cedieron entre los 5 y 15 días.

4. *Problemas motores en miembros inferiores.*

Un caso con disminución del tono muscular dificultando la deambulación, con recuperación a los 15 días.

3. *Bloqueo del lado contrario al afectado.*

Un caso debido a que no fue posible controlar al paciente en la posición adecuada por el tiempo necesario.

6. *Cefalea.*

Un caso que cedió al tercer día. Tiempo efectivo de bloqueo y sobrevida. El tiempo mínimo de control de dolor post bloqueo fue de 5 días y el máximo de 9 meses 10 días. Sobrevida post bloqueo. Mínimo: 78 horas. Máximo: 2 años 5 meses, paciente que aún vive.

CONCLUSIONES

1o.—El procedimiento es útil en pacientes con cáncer avanzado.

2o.—En caso de no controlarse el dolor con el primer bloqueo, se puede repetir el procedimiento con un intervalo de 10 días, cuantas veces sea necesario.

3o.—Se puede llevar a cabo en pacientes en malas condiciones orgánicas,

4o.—Es preferible bloquear nuevamente, que aplicar una dosis inicial mayor que origine complicaciones graves.

5o.—Permite al paciente llevar una vida con menos restricciones.

6o.—No es costoso y compensa al requerir menos tiempo de hospitalización y el mínimo de medicamentos.

7o.—Las complicaciones que se presentan son mínimas en relación con los beneficios que se obtienen.

RESUMEN

Se llevó a cabo la revisión de 17 casos de dolor refractario por cáncer; cervico-uterino, vesical, anorectal, prostático, mamario y de rectosigmoides; que fueron tratados a base de bloqueo subaracnoideo con alcohol absoluto en dosis que variaron de 0.5 a 1.5 ml por bloqueo, aplicado en decúbito prono con flexión de cadera de un ángulo de 130 grados. El número de dosis requerida por paciente para controlar el dolor, varió de 1 a 4. Se logró obtener resultado satisfactorio en 14 casos y en aquellos que no fue efectivo el procedimiento disminuyó notablemente el requerimiento de analgésicos. Una de las principales ventajas de esta técnica, es que nos permite el control de los pacientes por medio de la consulta externa.

SUMMARY

Seventeen cases of intractable pain due to cancer (cervicouterine, vesical, rectal, prostatic, breast and rectosimoid, are presented. All the patients received sub-arach-

noidal blocking with absolute alcohol, 0.5 to 1.5 ml per block. Blocking was carried out in ventral decubitus with flexion of the hip at 130°. The doses needed to control pain was from 1 to 4. Good results were obtained in 14 cases, and in other cases the block lowered the need for analgesics. The patients can be treated on outpatients basis.

REFERENCIAS

1. Collins, V. J.: Principles and practice of Anesthesiology. Ed: 65, 1963.
2. Drrick, W. S.: Intrathecal alcohol in-management of pain. International Anesthesiology Clinics. Vol. No. 3, 889, May. 1963.
3. Wyllie, W. D. y Churchill Davidson, H. C.: A practice of anesthesio 1a. Ed: 754, 1961.
4. Tarrow, A. B.: Basic Sciences in Anesthesiology. Sixth Ed: 72, 75, 1966.
5. Dripss Eckenhoff, Vandam: Introduction to Anesthesia. Second Edition, 7. 1961.
6. Rebolledo, L. M.: Gastroenterología. 1a. Ed. 120, 1958.
7. Mateos, G. H., Guzmán, W. H., Angulo, R. P., Olive, I., Lombardo, L.: Dolor, Discusión coorcoordinada. 7a. Revista Mexicana de Anestesiología, No. 93, tomo 16: 369, Nov.-Dic. 1967.
8. Sánchez, R., Rocha, F. y Acuña, L.: Tratamiento del dolor refractario a la terapia medicamentosa, uso de los bloqueos nerviosos. *Rev. Mex. Anest. 13:* 376, Sept.-Oct. 1964.
9. Goodman y Gilman: *Bases farmacológicas de la Terapéutica.* Segunda Ed: 111, 123, 1957.
10. Ptkin, G. P.: *Anestesia conductiva.* 1a. edición española: 919, 1950.

Templo de Sto. Domingo.
Oaxaca, Oax.