

ANESTESIA O ANALGESIA EN EL ICTERICO

Por diferentes motivos clínicos, diagnósticos o terapéuticos puede ser necesario atenuar o suprimir el dolor en un paciente con ictericia.

Excepcionalmente en una ictericia el hígado no participa en la disfunción.

Generalmente cualquiera que sea la causa de la ictericia el hígado está involucrado en su función y en consecuencia su parénquima no responde normalmente y hay una acción recíproca funcional o tóxica entre el agente o la técnica para suprimir el dolor y el hígado, y del mismo hígado sobre el agente o función. Por ejemplo, considerando la circulación hepática media que es de 1,5 l/min, durante la anestesia se reduce a 880 ml/min, disminuyendo aún más al profundizarla y al estar bajo la patología de un icterico puede ser de por sí mucho menor y en consecuencia es evidente la acción recíproca deletérea.

Los relatores de este trabajo han detallado minuciosamente la biopatología del paciente icterico y este aporte contribuye a que el anestesiólogo ubique la relación que se establece en cada caso y su acción como encargado de la supresión del dolor y la reanimación.

Como acción funcional, Price y col. demuestran que la circulación hepática con el ciclopropano está reducida por la vasoconstricción esplácnica, modificándose este estado con pequeñas dosis endovenosas (10 a 12 mg) de hexametonio.

Wylie y Churchill Davidson aseguran que "la mayoría de los agentes anestésicos pueden clasificarse como venenos protoplasmáticos de mayor o menor potencia"; además reconocen que "las reservas del hígado son tan grandes que, salvo que el paciente se esté acercando rápidamente a la insuficiencia hepática, son pocos los fármacos que no pueden usarse a dosis pequeñas".

El ciclopropano y el protóxido de azoe ejercen efecto insignificante tóxico sobre la función hepática.

Las anestésicas combinadas como la asociación de los barbitúricos con la novocaína, en nuestro país, han dado experiencia desde hace varios años, ya que comenzada en el año 1949 (Aranés y Bluske Castellanos) fue tema del Cuarto Congreso Argentino de Anestesiología en 1953 (Aranés y Stilman Salgado) han servido para demostrar la poca toxicidad de la técnica empleada.

Como relajante muscular es aconsejable la gallamina.

Todos los autores coinciden en que durante la analgesia o anestesia hay que evitar la hipoxia, la hipercarbia, la hipotensión arterial sistémica, la hipovolemia, los agentes pasibles de hepatotoxicidad y la vasoconstricción esplácnica.

En relación a la hepatotoxicidad, los autores Scurr y Feldman afirman: "Antes de aceptar que un agente anestésico sea responsable de un efecto hepatotóxico, es necesario excluir otros factores contribuyentes, que incluyen: 1) una enfermedad crónica latente, tal como la cirrosis, que se ha hecho clínicamente evidente por los cambios hemodinámicos hepáticos inespecíficos de la anestesia; 2) una lesión coincidente producida por otras drogas, tales como la tetraciclina, las fenotiazinas y los inhibidores de la monoaminooxidasa; 3) efectos de un grave shock con hipotensión durante la anestesia; 4) hemólisis debida a la transfusión de sangre incompatible, y 5) la posibilidad de que el paciente estuviera albergando un virus de una hepatitis infecciosa o sérica.

Hay tendencia, especialmente en los ictericos, a evitar el uso de halogenados y entre ellos el flutano.

También refiriéndose a la hepatotoxicidad, los autores Gray y Nunn afirman: "La hepatotoxicidad de los hidrocarburos halogenados es un hecho bien conocido, y cierto grupo de agentes anestésicos pertenecen a este grupo de compuestos. El trabajo experimental in vitro e in vivo ha revelado el metabolismo del cloroformo, tricloretileno, metoxifluorano, halotano y otros compuestos similares, y se ha descubierto en el hígado la enzima deshalogenante apropiada". Gray y Nunn al considerar el sistema simpático en su acción sobre el riego sanguíneo y función del hígado aseguran: "Se ha comprobado que los agentes bloqueantes de la actividad adrenérgica, la adrenalectomía y la anestesia espinal ejercen un efecto protector entre la lesión hepática y la acumulación de grasa debido al tetracloruro de carbono, alcohol, el frío o la morfina".

ELECCION DE LA ANESTESIA O ANALGESIA

Ejemplo: para una colecistectomía en un paciente icterico se pueden seguir estos esquemas:

Anestesia:

A) Inducción con cantidades pequeñas de barbitúricos, tiopentona (pentotal sódico), methexitona (brietal sódico) y un relajante muscular de preferencia tetraioduro de Gallamina, con intubación endotraqueal inmediata.

Mantenimiento con novocaína y si es necesario pequeñas dosis de relajantes y barbitúricos.

Recuperación: observación, atendiendo especialmente la vía de aire y la hemodinámica.

B) Inducción con ciclopropano y relajante con intubación endotraqueal inmediata.

Mantenimiento: continuar con el ciclopropano y relajante muscular.

Recuperación: observación, atendiendo especialmente la vía de aire y la hemodinámica.

Analgesia:

A) Peridural o subaracnoidea siempre que las condiciones hemodinámicas del paciente sean satisfactorias.

Mantener con sumo cuidado la ventilación correcta y corregir la hipotensión arterial.

Si el anestesiólogo, durante la intervención, cree que no es posible realizar la ectomía, debe pedir al cirujano el drenaje de la vesícula para su posterior tratamiento en mejores condiciones.

Para mejor abordaje de la vesícula suele levantarse el dorso del paciente con un rodillo y esto puede ser causa de una hipotensión arterial sistémica.

La tracción de la arteria hepática reduce el riego del hígado.

La elección del método para suprimir el dolor respecto a la edad, morbilidad y riesgo, ya lo he señalado en Christmann y col. y están en conocimiento del anestesiólogo.

La premedicación debe ser disminuida de acuerdo con el grado de compromiso hepático y tiempo de duración.

Las dosis en el mantenimiento deben ser menores a lo que se acostumbra suministrar en un paciente sin lesión hepática.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ARANES, G. M.; BLUSKE CASTELLANOS, I.: Asociación Argentina de Anestesiología. II Congreso Argentino y I Latinoamericano de Anestesiología, 1949, Buenos Aires.
- 2 CHRISTMANN, F. E., y col. (ARANES, G. M.): Elección del Anestésico, 39:47, 1968, El Ateneo, Buenos Aires.
- 3 GRAY, C. T., y NUNM, J. F.: Anestesia General T. I., 1974, Salvat Editores, Barcelona.
- 4 PRICE, H. L.; DENTSCH, S.; COOPERMAN, L. H.; CLEMENT, H. J., y EPSTEIN, R. M.: Splanchnic circulation during cyclopropane anesthesia in norman man. *Anesthesiology*, vol. 26, Nº 3, 312-319. Mayo-junio 1965.
- 5 SCURR, C., y FELDMAN, S.: Fundamentos científicos de la Anestesia. Editorial Científico Médica, España, 1972.
- 6 WYLIE, W. D.; CHURCHILL-DAVIDSON: Anestesiología, 1969. Salvat Editores, Barcelona.
- 7 ARANES, G. M.: Farmacología de la novocina. Congreso Argentino de Anestesiología, 25 al 31 de octubre de 1953. Buenos Aires.
- 8 STILMAN SALGADO, A.: Clorhidrato de procaína endovenosa, Anestesia y Terapéutica. 4º Congreso Argentino de Anestesia, 25 al 31 de octubre de 1953, Buenos Aires.