

LA INFILTRACION DEL SINUS CAROTIDEO EN DOS
CASOS DE PERITONIS POR PERFORACION (*)

Dr. Anibal Sanjinés Bros

La infiltración del Sinus carotideo, como lo hacen Wilmoth, Leriche, Creyssel y otros, tiene múltiples aplicaciones. Una de ellas, se encuentra en casos como los que relataremos más adelante y como creemos que el resultado obtenido es interesante de conocer, lo traemos ante Vds., creyendo además que éstas son las primeras observaciones en nuestro medio.

Entendemos por sinus corotideo, no solamente el corpúsculo retrocarotideo, sino una amplia zona reflexógena que comprende toda la región de la bifurcación de la carótida primitiva, la dilatación de la carótida interna y el mencionado corpúsculo. Este sinus está unido por filetes nerviosos, al glosofaríngeo, al neumogástrico y al ganglio superior de la cadena simpática cervical. Para suprimir todos los reflejos partidos de dicha zona, es necesario que se infiltren todas estas ramas, como lo demuestran experiencias hechas, que no es el caso r latar.

No entraremos a enumerar las diversas teorías que explican el modo de actuar de dicha infiltración, pues nuestro único objeto es relatar los resultados obtenidos, haciendo abstracción de la fisiopatología del sinus.

Según los autores mencionados más arriba, las indicaciones de la infiltración del Sinus las tenemos en: a) el choc traumático; b) el choc operatorio; c) la profilaxis del choc operatorio; d) los colapsos, en particular el colapso terminal de las peritonitis difusas; e) las insuficiencias suprarrenales agudas, etc.

Técnica de la infiltración. — Se mantiene al enfermo acos-

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 28 de abril de 1948.

tado, con la cabeza en rectitud. Se toman dos reparos: uno, el borde superior del cartílago tiroideos que prolongamos hacia afuera hasta cruzar el segundo reparo que es el máximo latido de la carótida. En este punto o en el caso de no poder reconocer bien el latido carotideo, tomando como segundo reparo el borde anterior del esterno cleido mastoideo; es donde puncionamos los tegumentos, para hacer la infiltración. La aguja se introduce en dirección ánteroposterior buscando de colocar su punto en la cara interna de la carótida. Si se punciona un vaso, se cambia de posición la aguja, y se continúa sin inconvenientes. Se introduce unos cuatro centímetros, dependiendo la profundidad, de los sujetos tratados. Conviene infiltrar en una amplia zona, por las razones expuestas más arriba y mismo en profundidad podemos llegar a la apófisis transversa. Se infiltran lentamente, unos 30 ó 40 cc. de novocaína al 0,5 %. La infiltración debe ser hecha lentamente, pues si se lo hace con rapidez, se puede obtener hipotensión, es decir, resultado contrario al que buscamos. Esta hipotensión, sería debida a la irritación del sinus por la inyección hecha muy rápidamente.

La aguja debe moverse en varias direcciones para que la infiltración sea lo más amplia posible. Con frecuencia se observa la aparición de un síndrome de Claudio Bernard Horner, debido a la supresión anestésica de las conexiones del sinus con el ganglio superior del simpático o a la anestesia directa de la cadena simpática prevertebral.

Para reforzar la acción de esta infiltración, se puede hacer la anestesia bilateral, dejando transcurrir un plazo mayor de una hora, entre una y otra infiltración, pues han ocurrido casos desagradables cuando la infiltración bilateral fué simultánea.

Pasaremos a continuación a relatar los dos casos tratados por nosotros:

A. M., 50 años, urug., Avda. Italia 4586.

Enfermo dado de alta el 3 de abril de este año, en la sala 17 del H. Pasteur donde estuvo internado por una tifoidea. A los 6 días de abandonar el Servicio hace un cuadro perforativo e ingresa al hospital 18 horas después. Presenta un cuadro clínico y radiológico de peritonitis por perforación. Enfermo obnubilado, sudoroso, indiferente al medio que lo rodea. Presión arterial 9 de máxima y 6 de mínima; pulso de 150. Se le hace la anestesia del sinus con 40 c.c. de novocaína al 0.5 %, del

lado derecho. Inmediatamente Claudio Bernard Horner. A los cinco minutos de la infiltración: presión arterial 11.5 y 7, pulso de 128 y sobre todo lo que más llamó la atención fué el cambio psíquico del enfermo que pasa a interesarse vivamente por todo lo que pasa a su alrededor. Se le opera con anestesia local (Dr. Sanjinés); se le hace transfusión de sangre en el acto operatorio y el enfermo sale muy bien de la operación y luego continúa bien.

Segundo caso: Mariano Saraleguy, urug., 64 años. Ingresa al H. Maciel el 14 de abril con una peritonitis apendicular datando de 14 horas de evolución. Discreta obnubilación, piel húmeda, sudoroso, discreta cianosis periférica. Presión arterial de 10 y 9, pulso 150. Se le hace una pequeña transfusión de sangre, por no poder conseguir mayor cantidad, se le pone horno, etc.; a los 30 minutos, no se ha modificado en absoluto el cuadro general ni tensional del enfermo. Se hace infiltración del sinus con 40 c.c. de novocaína al 0.5 %, lado derecho. Se observa el Claudio Bernard Horner. La presión arterial que era de 10 y 9 sube inmediatamente a 11 y 10 y el pulso se mantiene en 150. A los 10 minutos de hecha la infiltración: presión 13.5 y 10 y pulso 130. El enfermo nota una gran mejoría subjetiva y la obnubilación discreta que tenía desaparece.

Luego es operado (Dr. Cendan) y sale bien de la mesa de operaciones.

Para terminar, queremos decir, que aún no hemos hecho una experiencia suficiente como para de ella obtener conclusiones definitivas sobre los resultados de este método, pero creemos que él es un recurso más a poner en práctica en casos similares a los tratados, ya que cuando el resultado obtenido es satisfactorio, el enfermo está en mejores condiciones de resistir terapéuticas ulteriores.