

## ACCIDENTE POR RAQUIANESTESIA

*Fernando ETCHEGORRY*

Los accidentes meníngeos de la raquianestesia son bien conocidos; innumerables trabajos se han sucedido desde hace años, sin que hasta el presente su patogenia haya sido bien dilucidada. El acuerdo vendrá, quizás, cuando los hechos se desglosen y se analicen separadamente, sin pre-concepto, pues no sería nada difícil que cada una de las teorías en juego que pretenden explicarlos, encerrara su parte de verdad.

No tengo la pretensión de abordar este estudio de conjunto; mi objeto es simplemente presentar un caso de meningitis post-raquianestésica, que me ha sugerido algunas reflexiones que someto a la consideración de Vds.

He aquí los hechos.

Luis Del., 27 años, agricultor, proc. de Tapia (Depto. de Canelones), ingresa a la Sala 21 del H. Pasteur, con fistulas perianales, consecutivas a otros tantos abscesos, tan frecuentes en nuestros hombres de campo que usan el pasto para su higiene después de las defecaciones. (En este caso encontré envuelta en una ganga de una pajita en uno de los trayectos tejido escleroso). Todos los trayectos son extra-esfinterianos y poco profundos.

Se trata de un hombre fuerte, bien constituido, que no presenta antecedentes patológicos importantes. Orinas normales; Wass., Kahn, Müller, negativas. Urea 0,50 ‰. Presión arterial, 14/9.

Se interviene el 20 de octubre. Raquianestesia: 0,08 centgrs. de novocaina sin "barbotage", entre 3ª y 4ª lumbares, con todas las precauciones corrientes, quizás exageradas por haber estudiantes que deseaban conocer la técnica de la raquí. El anestésico fué el suministrado corrientemente por la farmacia del H. Pasteur.

Anestesia perfecta. Colocado el enfermo en posición de la talia, se extirpan los trayectos fistulosos y el tejido escleroso que los rodea, de-

jando la herida ampliamente abierta. Curación plana. Ningún accidente ni anestésico ni operatorio. El enfermo se declara encantado por no haber sentido absolutamente nada. (Insisto en estos detalles, pues tienen su importancia).

Todo el día 20 el enfermo pasa bien, sin temperatura, con pulso normal.

El 21 de mañana, al verlo nuevamente, me extraña la actitud que presenta: está rígido. Tiene  $2/5$  de temperatura, pulso normal; interrogado contesta bien, no le duele nada, y solo le molesta el no poder mover la cabeza. Sospecho una de esas meningitis asépticas post-raquianestésicas, que si bien no había tenido ocasión de observar nunca, las conocía por intermedio de las descripciones de que habían sido objeto. Como los síntomas no son alarmantes, no hago ninguna medicación. El 22 por la mañana el cuadro permanece estable, ningún nuevo síntoma; pero en la tarde, durante la contravisita que efectúa el Dr. Piñeyría, la meningitis está instalada con su síndrome completo: cefalalgia intensa, rigidez, Koernig, vómitos, etc. Temp.  $38^{\circ} 3/5$ .

Se practica una punción lumbar que da salida a líquido purulento bajo tensión; se inyectan 20 c.c. de suero antimeningocócico por vía raquídea, 20 c.c. de antistreptocócico por vía intramuscular y 20 c.c. de suero clorurado hipertónico intravenoso.

La presencia fortuita de un laboratorista (Astiazarán) permite hacer de inmediato un examen directo del líquido extraído, con el siguiente resultado: 4.800 elementos por  $\text{mm}^3$ ; 100/100 de polinucleares; 3 grs. de albúmina. Se observa además un diplococo con la morfología del pneumococo, sin que se pueda afirmar sea el mismo. Se hace cultivos del líquido céfalo-raquídeo y también de algunos frascos de novocaína de la misma partida del que se utilizó para la anestesia raquídea.

El día 23 nueva punción lumbar: no se observa microbios al examen directo: 2,200 elementos por  $\text{mm}^3$ ; 5 grs. de albúmina; nuevo cultivo. Se insiste en la misma terapéutica.

La temperatura y la gravedad del enfermo aumentan diariamente, llegando ambas al máximun el día 27, es decir 7 días después de la operación y 5 de la iniciación franca de la enfermedad. Durante todo este tiempo se ha practicado la misma terapéutica, sin tener ninguna base para cambiarla, *ya que los últimos, tanto de líquido céfalo-raquídeo como de los frascos de anestésico permanecieron estériles.*

Cuando se empezaba a desesperar y se vislumbraba ya un desenlace fatal, el 28 por la mañana encuentro al enfermo sin temperatura, con relativo buen estado general, pidiendo de comer y con un nuevo signo: *un herpes labial intenso*, que es lo único que lo molesta en el momento. La meningitis había evolucionado como si fuera una pneumonia clásica, aunque en menor número de días, como puede comprobarse también por la curva térmica que es más explícita que todas las descripciones.

Se suspende las punciones lumbares, y todo marcha normalmente hasta la completa curación.

Visto el enfermo hace tres meses, estaba en perfecto estado, sin ninguna secuela de su infección.

Hasta aquí los hechos; ahora las reflexiones que me han sugerido.

---

Felizmente para los partidarios de la raquianestesia, los hechos del género del que me ocupa son escasos, pero no tan raros como lo hace suponer la poca importancia que se les ha dado. Disimulados en el conjunto de estadísticas elevadas, escondidos entre las demás complicaciones meníngeas, salvo excepciones no han sido objeto de dedicación especial. Por otra parte, las historias clínicas que pudieran servir de base a un estudio de conjunto, son bastante incompletas, quizás por las mismas razones apuntadas.

Sin embargo, desde la iniciación de la raquianestesia, clínicos y experimentadores trataron de investigar el comportamiento de las meninges frente a los anestésicos inyectados. Guinard, Ravaut, Aubourg, quizás los primeros, Widal, Sicard y sus discípulos más tarde, comprobaban la existencia de una irritación meníngea aséptica, según ellos, caracterizada por el aumento de los elementos del líquido céfalo - raquídeo, alteraciones químicas del mismo, en ausencia de todo microorganismo.

Los hechos clínicos parecen confirmar la hipótesis. Pautrier y Clement Simon presentan en 1907 a la Sociedad Médica de los Hospitales de París un caso que, por la similitud que tiene con el mío, lo voy a transcribir.

24 horas después de una raquiestovainización, practicada con 7 ctgrs. de una solución al décimo, un hombre adulto es atacado por síntomas meníngeos netos: contracturas, signo de Kernig, cefalea, raquialgia violenta, vómitos, incontinencia de los esfínteres, ascensión rápida de la temperatura a 39°. La punción lumbar da salida a un líquido turbio encerrando polinucleares intactos bien coloreados y ningún microbio. La meningitis evoluciona simplemente y rápidamente en tres días, la curación espontánea fué *seguida de la aparición de un zona labial izquierdo y malar derecho*. Me pregunto, ¿sería realmente zona lo que le apareció al enfermo?

Pero, a pesar de todos los hechos a favor de la meningitis aséptica por simple irritación causada por el líquido anestésico,

existían otros que no cabían dentro de aquella interpretación. Las experiencias de Lewis H. Veed, de Baltimore, parecen querer arrojar nuevas luces. Este autor probó que era posible provocar una meningitis séptica en mayor o menor grado por la *simple punción lumbar*, en animales cuyo torrente circulatorio estuviera infectado, repitiendo así para las meninges la clásica experiencia de Rodet para los osteomielitis. La teoría puramente irritativa sufría un rudo ataque.

Recogiendo estos elementos dispersos, Santy y Langeron en 1921, publican una clasificación de estos estados, que creo sea la primera, seguida de una interpretación patogénica. Dividen las meningitis post-raquianestésicas en cuatro grupos: reacciones meníngeas, meningitis hemorrágicas, meningitis puriformes asépticas y meningitis sobreagudas sépticas. Como se ve, estos autores dan cabida en su clasificación a las meningitis irritativas.

Nuevos hechos se producen; sin embargo la atención de los autores no se despierta mayormente, absorbidos, sobrē todo, por el estudio de las secuelas nerviosas, más importantes, al parecer. La teoría tóxica recibe nuevos aportes. Lopicque y Legendre, Marinesco, Spillmeyer, Stephanovich, demuestran la existencia de lesiones de destrucción medular, cromolisis, desintegraciones de los nervios, probanteš de la toxicidad del anestésico. Se espera de los perfeccionamientos químicos el producto ideal no irritante ni para la médula ni para sus envolturas.

Pero, dicho producto no aparece; cerca de nuestros días, Davis, Haven, Givens y Emmet repiten las experiencias anteriores con los anestésicos más en boga y llegan a la conclusión de que todos son hemolíticos y mielolíticos, dando reacción inflamatoria aséptica de la aracnoide con infiltración de leucocitos, etcétera. (Journal of the Amer. Ass., 12 dic. 1931, pág. 1781-1785).

Y sin embargo, a pesar de la constancia de la irritación, los accidentes meníngeos post-raquianestésicos como el que me ocupa siguen siendo felizmente raros, a punto tal que Forgue y Basset, en su magistral informe del año 1928 les dedican apenas una página y que Luquet, en el artículo del Journal M. Français del año 1931, ni los cita.

Es que como dice el propio Forgue "es necesario reconocer que persisten en esta fisiología de la antestesia lumbo-raquídea,

incógnitas, puntos a precisar y mismo ciertos hechos desconcertantes”.

---

Volvamos a nuestro caso. Eliminada la causa exógena de esta meningitis por las razones expresadas en la historia clínica y aceptado por lo tanto su origen endógeno, ¿cómo debemos catalogarla? ¿Cómo una meningitis puriforme aséptica o incluirla dentro de las sépticas agudas? La respuesta será dada según el criterio con que se juzguen los hechos.

Evidentemente hay en este caso una aparente contradicción entre los resultados del primer examen bacteriológico directo con los subsiguientes y los diversos cultivos. Mientras que en aquél se observaron diplococos con una morfología parecida a la del pneumococo, los segundos, hechos con un fin confirmatorio, permanecieron mudos o estériles, persistiendo la duda inicial. En realidad, de no haberse realizado la primera investigación, nuestra historia en nada se diferenciaría de la ya citada de Pautrier y Clement Simon que está catalogada como una meningitis puriforme aséptica, por Santy y Langeron. Pero, para mí, esa duda no existe y el primer examen directo conserva todo su valor. Un hecho clínico, al que doy gran importancia, confirmaría esta manera de ver: me refiero a la aparición del herpes peribucal coincidiendo con la desfervescencia de la enfermedad, imprimiendo, por decirlo así, la marca de fábrica a la infección.

¿Qué los tubos sembrados no desarrollaron colonias? ¿Qué los otros exámenes directos fueron negativos? Es exacto, y son argumentos cuya fuerza estoy lejos de desconocer; pero no son irrefutables y han sido contestados por quienes tienen gran experiencia del asunto. Angelesco y su asistente Tzovaru, ocupándose sobre todo de las parálisis post-raquianestésicas, estudian detenidamente la cuestión. Imposible citar todos los argumentos de los autores rumanos, pues para eso sería necesario copiar la totalidad del artículo; pero séame permitido transcribir dos párrafos que sintetizan la idea eje, que hago mía:

“No se trata, bien entendido, de una meningitis séptica exógena, que felizmente es muy rara, sino de *accidentes meníngeos*, siempre de naturaleza infecciosa según nosotros, de gravedad creciente, aunque generalmente atenuados y escapando entera-

” mente a la influencia del factor tóxico o irritativo. Se ha de-  
 ” signado estos accidentes, muy impropriamente, bajo las denomi-  
 ” naciones de meningitis aséptica, de lepto-meningitis conges-  
 ” tiva, de meningitis por irritación, a causa solamente de la ausen-  
 ” cia de gérmenes infecciosos en el líquido cefalo-raquídeo. Pero  
 ” si esta ausencia de microbios, o mejor, *esta imposibilidad momen-*  
 ” *tánea de ponerlos en evidencia*, podría justificar la negación de  
 ” su naturaleza infecciosa, aunque todos los otros signos fueran  
 ” característicos de la infección, entonces sería necesario rechazar  
 ” como tales los diferentes estados inflamatorios y mismo las  
 ” raras heridas supuradas donde la infección es incontestable,  
 ” pero en las cuales no se puede, sin embargo, siempre demos-  
 ” trar la presencia de microbios.

“Se conoce por otra parte las dificultades, por no decir la  
 ” imposibilidad, que se encuentra para poner en evidencia micro-  
 ” bios, aún en la sangre, de los sujetos engripados o en los pro-  
 ” cesos infecciosos latentes o enfriados del organismo; y son jus-  
 ” tamente estos estados que constituyen la fuente principal de  
 ” la invasión microbiana hacia el neuroeje y que es en general  
 ” muy poco agresiva”.

Ese es el caso de esta historia clínica. Pasados los accidentes  
 y forzado a hacer memoria, el enfermo recordó que 8 días antes  
 de ingresar al Hospital había tenido un fuerte resfrío; sin duda  
 alguna, a pesar de la desaparición de los signos clínicos, existía  
 un microbismo latente, que como en las experiencias de Veed, se  
 puso de manifiesto en ocasión de la raquianestesia.

Pero aún la inexistencia de antecedentes patológicos, mismo  
 benignos, permite eliminar el factor infeccioso en la génesis de  
 estos accidentes. Existen los portadores de microbios en plena  
 salud: ellos también pueden hacer una localización meníngea en  
 circunstancias análogas. El hecho siguiente lo demuestra. Perrin  
 y otros presentan, en la Sociedad de Medicina de Nancy, la his-  
 toria de un soldado a quien se le hace bajo raquianestesia una  
 cura radical de hernia, seguida al cuarto día de una septicemia  
 por meningococo y una meningitis cerebro-espinal producida por  
 el mismo microbio. ¡Y es de pensar que tratándose de un sol-  
 dado que está bajo múltiples contralores no presentara antes de  
 la operación signos de la infección que lo mantuvo en cama du-  
 rante nueve meses!

En síntesis y para terminar. Sin dejar de reconocer los efectos irritativos que produce el anestésico que se pone en contacto con las meninges, y que bien puede ser causa predisponente, creo que en el caso de este enfermo, se trata de una meningitis séptica muy probablemente por pneumococo, a pesar de que los datos del laboratorio no lo comprueban francamente.

---

¿Se puede sacar alguna enseñanza de todo lo expuesto? Teóricamente, quizás varias; prácticamente, con toda probabilidad una sola: que la raquianestesia, excelente método para la cirugía sub - diafragmática, no pone al abrigo de complicaciones molestas, muchas veces graves; y que el hecho de que el enfermo *no duerma*, no nos exime de adoptar toda la serie de precauciones con que se precede una anestesia general.

---