

NUESTRAS PRIMERAS AMIGDALECTOMIAS CON SCANDICAIN*

Dr. J. ROCA RIBAS

DESDE su descubrimiento por HOLLER, en 1884, hasta nuestros días, la anestesia local, mejor dicho, los anestésicos que tienen esta acción, sufren una evolución constante en busca de un fármaco que reúna las condiciones de perfección que señala VELÁZQUEZ: pequeña toxicidad con suficiente prolongación de su acción local, que acertadamente GARCÍA VALDECASAS marca en una duración comprendida entre media y una hora, completa falta de acción irritante local y de los tejidos y sin alteraciones generales en el organismo si se absorbe, ser vasoconstrictor local o, sino, que permita una franca asociación a cuerpos de estas propiedades. En torno a estas normas, se varía la arquitectura del primer núcleo anestésico, identificado en la cocaína, introduciendo distintas cadenas o grupos para aminorar la toxicidad, a la par que aumentar el poder anestésico. Se suceden nuevos cuerpos químicos, hasta llegar al descubrimiento de la novocaína por EINHORN en el año 1905; al conseguirse con esta menor to-

xicidad, las indicaciones de la procaína aumentan, administrándose en todas las edades de la vida, desde la infancia, asociada a los antibióticos para prolongar su acción, hasta la vejez con las nuevas aportaciones hechas a la geriatría por ASLAND, sin olvidar las innumerables anestias quirúrgicas y odontológicas; esta profusión en su empleo nos permite afirmar que es uno de los medicamentos más empleados, siendo raro el individuo al cual no se le haya administrado por una causa u otra.

Esta gran cantidad de química introducida en el cuerpo humano en frase acertada de FARRERONS Co, es lógico que sensibilice al organismo; concretándonos a la procaína, que se hidroliza con facilidad, al no eliminarse totalmente, libera cuerpos sensibilizantes para nuevas aplicaciones, no tan solo de procaína, sino de otros cuerpos (medicamentos, alimentos, tinturas, etc.), cuyo común denominador es el grupo PARA, nuevo concepto en la alergia química; a esta intoxicación que podríamos deno-

* Agradecemos a Industrial Ibérica Químico Farmacéutica, S. A., concesionaria de *Ab Bofors, Nobelkrut* (Suecia), por habernos dado toda clase de facilidades para poder realizar el presente trabajo.

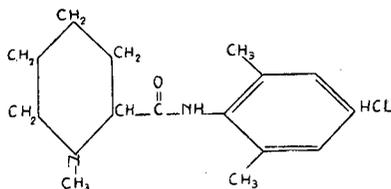
minar alérgica de la procaína, cabe añadir otras: la de la procaína *per se*, y la de otras sustancias a la cual se asocia, tales como los vasoconstrictores para potenciar su acción o para isquemiar la zona a operar, de ahí la complejidad etiológica de los síndromes tóxicos de la procaína.

Nuestra especialidad tiene algo de peculiar en cuanto a la anestesia local se refiere; raro es el otorrinolaringólogo que no ha vivido una anestesia tumultuosa con un cuadro de intoxicación procaínica más o menos grave. Las muertes no son citadas en su mayoría, dice CANUYT; confirman este aserto M. PORTMAN, entre los extranjeros, y BERINI GIMÉNEZ, entre nosotros, en sincera comunicación valorando la frecuencia, cada día mayor, de estos accidentes, que dejan una huella sombría de temor y exaltan la prudencia en su empleo; paradójicamente a esta cautela, los cirujanos citan como rareza estos accidentes a pesar de inyectar grandes cantidades de anestésico. Este hecho clínico diferencial entre cirujanos y otorrinolaringólogos, que nosotros ponemos de manifiesto, HARNISCH lo había observado al estudiar la farmacodinamia de los anestésicos, anunciando que la toxicidad de estos aumentaba cuando se inyectaban en la cabeza y el cuello de los animales de experimentación, de ahí su prueba

experimental que él denomina *dosis de efecto*; esto nos explicaría el por qué los cirujanos citan menos accidentes anestésicos, por intervenir corrientemente en zonas que no son la cabeza ni el cuello.

Estas razones nos han inducido a emplear este nuevo anestésico*, aureolado de una nula toxicidad con verdadero interés, pero sin dejarnos influenciar de antemano y más bien con un franco recelo para poderlo juzgar con la máxima ecuanimidad.

El Scandicain es el clorhidrato de la 2,6-dimetilanilida del ácido N metil hexahidro-picolínico, cuya fórmula estructural es



Las características químicas son las siguientes:

Peso molecular 285,5.

Punto de fusión 261° C.

Resistencia a la hidrólisis, tanto ácida como alcalina.

Las soluciones tienen un pH 6,9.

Polvo cristalino de color blanco.

Inodoro, de sabor amargo y salado.

De estas cualidades químicas, algunas se traducen en ventajas farmacológicas como la estabilidad

* Scandicain en España, Carbocain en otros países, lanzado por la firma comercial sueca Ab Bofors Nobelkrut.

de las soluciones, resistiendo varias veces la ebullición.

Sin que se alteren sus cualidades anestésicas, por su pH las soluciones son menos dolorosas, disminuyendo la sensación de distensión; su resistencia a la hidrólisis eliminándose totalmente, decrecen las sensibilizaciones alérgicas.

Hemos practicado 100 amigdalectomías con Scandicain, en titulaciones al 1 y 2 % sin adición de vasoconstrictores, para no enmascarar los resultados, en enfermos comprendidos entre los 3 y 58 años, indistintamente hombres y mujeres, a los cuales se les tomaba el pulso y la tensión arterial antes y después de la intervención. Durante el tiempo que mediaba entre el final de la inyección anestésica y el comienzo del acto quirúrgico, les preguntábamos a intervalos si acusaban molestias subjetivas (mareos, taquicardia, dolor de cabeza, temblor etc.); con estos datos agrupamos los enfermos en tres lotes:

A. Compuesto por 25 enfermos cuya edad oscilaba entre 18 y 35 años, anestesiados con Scandicain.

B. Compuesto por 25 enfermos cuya edad oscilaba entre 18 y 40 años, anestesiados con Scandicain y Novocaína. Este grupo lo subdividimos en dos, a fin de poder comparar los efectos de ambos anestésicos y solventar la duda de si la amígdala derecha es más sensible que la izquierda:

a) Iniciamos la anestesia inyectando Novocaína en la amígdala izquierda y luego Scandicain en la derecha.

b) Inyectamos primero la izquierda con Scandicain, y a continuación la derecha con Novocaína.

C. a) 6 enfermos mayores de 50 años.

b) 38 niños cuya edad oscilaba entre 3 y 10 años.

c) 7 enfermos reoperados, con un intervalo de tiempo comprendido entre tres meses y dos años de la primera intervención a la reoperación.

Obtenemos un 80 % de anestias perfectas; las imperfecciones las justificamos por tres razones: Insuficiente cantidad de anestésico, acción quirúrgica demasiado inmediata a la anestesia y por ser el individuo refractario.

En los enfermos mayores de 50 años no observamos ninguna variación sensible del pulso, ni de la tensión. En los niños constatamos la inocuidad de la droga en comparación con la novocaína, que veníamos empleando hace tiempo; menos dolor al inyectar; la hemorragia, que podríamos llamar normal de la intervención, fué mucho menor.

Los enfermos reoperados, cuyas manifestaciones ponderamos en grado sumo, por ser enfermos, que aceptaban la segunda operación con recelo, todos con unanimidad

espontánea elogiaron la anestesia, que ellos calificaron de indolora, sin tener antecedentes de la anestesia que se empleaba; a esta prueba que podríamos llamar psicológica, le damos un gran valor experimental, quizás el más favorable al Scandicain.

En general comprobamos que la anestesia fué completa antes de los 5 minutos, tiempo comprendido entre el final de la misma y el comienzo de la intervención, característica más marcada en los niños. El dolor producido por la distensión del líquido inyectado y el de la inyección profunda es más atenuado. La hemorragia mucho menor por su propia acción vasoconstrictora. En un enfermo anotamos una hipersalivación que nos dificultó la sutura y el tensar los nudos de la misma, lo que solventamos inyectando atropina. Ponemos en evidencia este síntoma por si pudiera tener concordancia con el síntoma farmacodinámico descrito por HENN, estudiando las dosis sub-

letales de Scandicain en los animales de experimentación.

RESUMEN

1.º En las primeras 100 amigdalectomías en que hemos empleado el Scandicain, la anestesia ha sido perfecta en un 80 %, sin ningún accidente.

2.º No se observaron variaciones sensibles de pulso y tensión.

3.º La anestesia es más inmediata, más profunda y más duradera.

4.º La hemorragia es mucho menor, no precisando vasoconstrictores, evitando así las molestias propias de estos (palpitaciones, temblor, dolor de cabeza y vasodilatación secundaria).

5.º Por su pH, produce menos dolor al inyectar.

6.º Disminución de las reacciones alérgicas, al eliminarse totalmente.

BIBLIOGRAFIA

BERINI GIMÉNEZ: Acta O.R.L. Iber.-Amer., IX, n.º 3.
 DHUNER, OLJELUND y AAGESEN: Acta Quirúrgica Escandinava, vol. 112, 1956.
 EKENSTAM, EGNER, ULFENDAHL, DHUNER, OLJELUND: Brits. Journal of Anaesthesia, 11, XI, 1956.
 FARRERONS CO, MATAS PONS, ROGER BARRI: Suplemento 9-X-1958.
 GARCÍA VALDECASAS: Farmacología Experimental y Terapéutica General,

GRIESSER: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Stugart, 6-XII-57.
 HARNISCH: Deutsche Zahn Mund und Kieferheilkunde Band, 19, 1953.
 HENN: Estudio comparativo entre la Xilocaina y la Carbocaina.
 PORTMAN, M.: Anestesia en O.R.L., 1957.
 REYMOND: Med. et Hig., 353, 69, 1957.
 VELÁZQUEZ: Terapéutica con sus fundamentos de Farmacología Experimental, 1958.