

Hospital General Provincial Docente. "Capitán Roberto Rodríguez Fernández".
Morón

HIPNOANESTESIA EN CIRUGÍA OFTALMOLÓGICA

Dra. Juana María Maqueira Roque¹ y Dr. Aldo Sigler Villanueva²

RESUMEN: Se informa de un paciente de 51 años de edad, obeso e hipertenso, que sufrió traumatismo con un pedazo de hueso en su ojo derecho, presentando herida perforante córneoescleral, hernia de iris y catarata traumática parcial. En el momento del acto quirúrgico sufre grave complicación anestésica con paro respiratorio por la imposibilidad de realizar intubación endotraqueal al presentar un cuello extremadamente corto de tipo constitucional y además crisis hipertensiva. Recuperado el paciente y solo bajo los efectos de la sedación administrativa, se logra reponer el iris herniado y realizar la sutura. Posteriormente, al cabo de varios días de evolución, comienza a presentar aplanamiento de la cámara anterior, catarata intumesciente e hipertensión ocular. Se decidió el uso de la hipnoanestesia por el alto riesgo quirúrgico del paciente. Se realizó extracción extracapsular del cristalino, lavado con aspiración de restos capsulares y sutura sin accidentes transoperatorios. Mantuvo su presión arterial normal. No se utilizó ningún tipo de anestésico ni sedante. Al despertar del sueño hipnótico el paciente negó haber sentido dolor, refirió sentirse bien y con sensación de bienestar. El posoperatorio transcurrió sin dificultades. El alta se produjo a las 72 h. En la actualidad su presión intraocular y arterial se mantienen normales, se encuentra pendiente de láser de una tenue membrana pupilar ciclóica.

DeCS: CORNEA/lesiones; TRAUMATISMOS OCULARES/cirugía; EXTRACCION DE CATARATA/métodos; HIPNOSIS ANESTÉSICA; HIPNOSIS/historia; MEDICINA ALTERNATIVA; CIRUGIA PLÁSTICA.

La historia de la hipnosis se remonta a unos 4 000 años atrás; en Egipto como en las antiguas China, Grecia, África y otras civilizaciones lejanas, la hipnosis era tanto una experiencia religiosa como un medio terapéutico.¹

El médico alemán *Francisco Antonio Mesmer* introdujo la hipnosis en la comunidad médica en el siglo XVIII con el nombre de "mesmerismo", su teoría se basaba en un supuesto "fluido universal" que provocaba enfermedad cuando estaba fuera de

¹ Especialista de I Grado en Cirugía Plástica y Caumatología.

² Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Oftalmología. Profesor Asistente.

balance en el cuerpo humano. Una comisión científica de miembros de la Academia Francesa de Ciencias y de la Facultad de Medicina dirigidas por *Joseph de Guillotin* y *Benjamín Franklin* desestimó sus descubrimientos considerándolos falsos.¹⁻³

El doctor *James Braid* en la Inglaterra de 1841 agrupó bajo el término "hipnosis" el estado de sueño artificial que se obtiene por medio de la fijación de la mirada sobre una fuente brillante. Sus descubrimientos desplazaron la teoría del fluido magnético, al permitir desarrollar un método técnico y científico simple que facilitaba inducir la hipnosis y que era posible producir anestesia por medio de la sugestión hipnótica, logrando estados alterados de la conciencia.^{1,4}

Es conocido que durante el siglo XIX y principios del XX, *Charcot*, *Berheim*, *Coué*, *Freud* y *Pavlov* contribuyeron notablemente al desarrollo de la hipnosis.

A mitad del siglo XIX, un cirujano inglés, *James Esdaille* estacionado en la India, realizó gran cantidad de operaciones que incluyeron: amputaciones de brazos, exéresis de tumores, etc., usando como anestesia la hipnosis.^{1,3}

El descubrimiento del cloroformo, el cual lograba anestesiar con rapidez y seguridad, trajo como resultado que la hipnosis perdiera importancia en este campo.¹

A mediados de este siglo las Sociedades Médicas Americanas e Inglesas reconocieron su uso como tratamiento adjunto para el dolor y en 1955 la Asociación Médica Británica aprobó el uso de la hipnoterapia como un tratamiento válido. La Asociación Americana de Hipnosis Clínica se fundó en el mismo año con la incorporación de médicos, psicólogos y estomatólogos. En la actualidad más de 15 000 médicos combinan la hipnosis con los tratamientos tradicionales.³

El anestesiólogo norteamericano *Maurice Tinterow* ha empleado la hipnote-

rapia como tratamiento en varias afecciones y la ha usado en lugar de la anestesia en algunos tratamientos quirúrgicos como: histerectomías, hernias, cesáreas y en el tratamiento de quemaduras de 2do. y 3er. grados.³

Uno de sus casos lo fue una joven de 15 años de edad la cual requería de cirugía a corazón abierto, pero era alérgica a todos los anestésicos. Utilizó la hipnosis preoperatoriamente por un período de 8 semanas antes del acto quirúrgico. Fue hipnotizada antes de la operación, que se prolongó por 4 h, la cual fue un éxito y 30 años más tarde se mantenía en excelentes condiciones de salud.³

En la hipnosis hay que tener en cuenta las características individuales del paciente y la del investigador, ya que se desarrolla mediante la relación entre ambos. Hay muchas teorías que tratan de explicar sus mecanismos, pero se ha comprobado que la utilización de la sugestión verbal en estado de hipnosis radica principalmente en las excitaciones o las inhibiciones que se pueden establecer directamente sobre la corteza cerebral. Se han descrito múltiples aplicaciones en medicina interna, pediatría, dermatología, estomatología, obstetricia, ginecología, trastornos psicológicos e hipnopedía, además se plantea que en la próxima década el uso de la hipnosis como anestésico se verá incrementada.^{1,2,5}

En nuestro país conocemos que se han obtenido algunos logros con la hipnoanalgésia en estomatología, obstetricia, gastroenterología y otras especialidades.

En el nivel internacional, en el departamento de cirugía de la Universidad de Lieja en Bélgica, combinan de rutina la hipnosis con la anestesia local en los servicios de cirugía plástica y endocrina, como valiosa alternativa a las técnicas anestésicas tradicionales, dando como resultado una mejoría en la convalecencia, menos estadía, rá-

vida incorporación laboral así como beneficios psicológicos y fisiológicos para el paciente, resultados estos similares a los obtenidos por otros autores.⁶⁻¹⁰

En cirugía oftalmológica se informa de su realización combinada con anestesia retrobulbar y aquinesia. También se ha utilizado posterior a queratotomía radial. Se plantea que es una herramienta de utilidad en pacientes con alto riesgo quirúrgico y en bien definidas situaciones.¹¹⁻¹⁴

Por los importantes resultados obtenidos en la realización del proceder que describimos a continuación, es que decidimos su comunicación pormenorizada.

Presentación del caso

Se trata de un paciente de 51 años de edad, obeso e hipertenso, el cual en el mes de febrero de este año, sufre herida perforante córneo-escleral con hernia de iris, producto de traumatismo con un hueso en cuadrante supero-externo de su ojo derecho de aproximadamente 5 mm de longitud con bordes anfractuados y catarata traumática parcial. Se traslada de urgencia al salón de operaciones y previa asepsia-antisepsia de la zona quirúrgica, al inicio de los procedimientos anestésicos, sufre paro respiratorio por la imposibilidad de realizar intubación endotraqueal al presentar un cuello extremadamente corto de tipo constitucional, además de crisis hipertensiva. Una vez recuperado el paciente y solo bajo los efectos de la sedación administrada, logramos con gran dificultad reponer el iris herniado y suturar la herida perforante. En el posoperatorio se le administró el tratamiento habitual en este tipo de casos, evolucionando sin sepsis posquirúrgica.

Posteriormente, a la semana de su ingreso, comienza a presentar catarata intumescente con aplanamiento progresivo de

la cámara anterior e hipertensión ocular, para lo cual se le administró tratamiento con hipotensores oculares, todo lo cual nos obligaba a actuar rápidamente y hacía imprescindible una nueva cirugía, en esta ocasión la extracción del cristalino.

A pesar de haber sido administrado tratamiento para su hipertensión arterial, esta no se controlaba adecuadamente, lo que sumado al grave accidente anestésico sufrido con anterioridad aumentaba el riesgo quirúrgico en condiciones de anestesia general. Por otra parte valoramos el uso de anestesia retrobulbar y sus posibles repercusiones negativas en este caso. También tomamos en cuenta la acupuntura.

Nos decidimos por la utilización de la hipnoanestesia para lo cual se le realizó al paciente una sesión de psicorrelajación y 8 de hipnosis, con una frecuencia de 2 diarias, con 2 h de duración cada una, durante los 4 días previos al acto operatorio.

Se logró normalizar la presión arterial y se verificó con pruebas realizadas al respecto la hipnoanestesia superficial y profunda de la zona operatoria y áreas anexas, lo que confirmó que el paciente se encontraba en condiciones óptimas para ser intervenido quirúrgicamente.

Acto quirúrgico

Se llevó al salón de operaciones en estado de psicorrelajación, ya en el quirófano, se realizó la hipnosis, se indujo hipnoanestesia de la región quirúrgica y mediante sugerencias verbales se le ordenó equilibrar todas las funciones de órganos y sistemas, haciendo énfasis en el sistema cardiovascular, respiratorio e inmunológico. Una vez comprobada la anestesia hipnótica de su ojo derecho y áreas vecinas, se comenzó con los procedimientos habituales en este tipo de cirugía. Por vía escleral se realizó capsulotomía anterior,

extracción extracapsular del cristalino, irrigación y aspiración de restos capsulares, sutura a puntos sueltos (8-0) y reposición de cámara anterior con suero fisiológico. Se mantuvo normotenso durante todo el acto operatorio el cual transcurrió sin accidentes en los 35 min de su duración.

No se usó ningún agente anestésico o sedante.

Durante el estado de hipnosis se le indujo sueños de visitas a lugares conocidos y agradables para el paciente. Al despertar del sueño hipnótico negó haber sentido dolor, refirió sentirse bien y con sensación de bienestar.

El posoperatorio transcurrió sin complicaciones, no fue necesario el uso de analgésicos, se le administró la medicación oftalmológica habitual para estos casos y el alta se produjo a las 72 h con reconsultas periódicas programadas.

En la actualidad tiene una agudeza visual de cuenta dedos a 50 cm con una membrana ciclítica que permite ver algunos detalles del fondo. Está pendiente de ultrasonido ocular y posible láser en dicha membrana, la presión intraocular está dentro de límites normales y se mantiene controlado de su hipertensión arterial.

SUMMARY: The case of a 51-year-old obese and hypertensive man, who suffered a trauma with a piece of bone in his right eye that produced a corneoscleral stab wound, hernia of the iris and traumatic partial cataract was reported. During the operation he had a severe anesthetic complication with respiratory arrest due to the impossibility of performing endotracheal intubation, since the patient had an extremely short neck of constitutional type and a hypertensive crisis, too. Once the patient recovered and only under the effects of sedation, it was possible to replace the herniated iris and to suture. After some days of evolution, he began to present flattening of the anterior chamber, intumescent cataract and ocular hypertension. It was decided to use hypnoanesthesia because of the high surgical risk of the patient. Extracapsular extraction of the crystalline lens, lavage with aspiration of capsular remains and suture were made with no transoperative accidents. The patient maintained a normal arterial pressure. No anesthetics or sedatives were used. On waking up from the hypnotic sleep the patient denied having had any pain. He also said that he felt fine and that he had a sensation of well-being. No difficulties were observed during the postoperative period. He was discharged at 72 hours. At present, his intraocular and arterial pressures are normal and he is in the process of being treated with laser due to a thin pupillary cyclitic membrane.

Subject headings:CORNEA/injuries; EYE INJURIES/surgery; CATARACT EXTRACTION/methods; HYPNOSIS, ANESTHETIC; ALTERNATIVE MEDICINE; SURGERY, PLASTIC.

Referencias Bibliográficas

1. Martínez PG, Asís M. Hipnosis. La Habana. Editorial Científico-Técnica, 1995.
2. García BD. Enseñanza de la hipnosis. Curso teórico-práctico. Holguín: Ediciones Holguín, 1995.
3. The Burton Goldberg Group. Alternative medicine. Washington, DC: Future Medicine Publishing, 1993.
4. Tinterow MM. Satanic agency and mesmerism reviewed-James Braid. Am J Clin Hypn 1993;36(1):3-6.

5. Levitan AA. Hypnosis in the 1990s-and beyond. *Am J Clin Hypn* 1991;33(3):141-9.
6. Defechereux T, Meurisse M, Hamoir E, Gollogly L, Joris J, Faymonville ME. Hypnoanesthesia for endocrine cervical surgery: a statement of practice. *J Altern Complement Med* 1999;5(6):509-20.
7. Defechereux T, Faymonville ME, Joris J, Hamoir E, Moscato A, Meurisse M. Surgery under hypnosedation. A new therapeutic approach to hyperparathyroidism. *Ann Chir* 1998;52(5):439-43.
8. Faymonville ME, Meurisse M, Fissette J. Hypnosedation: a valuable alternative to traditional anaesthetic. *Acta Chir Belg* 1999;99(4):141-6.
9. Meurisse M. Thyroid and parathyroid surgery under hypnosis: from fiction to clinical application. *Bull Mem Acad R Med Belg* 1999;154(2):142-50.
10. Blankfield RP. Suggestion, relaxation, and hypnosis as adjuncts in the care of surgery patients: a review of the literature. *Am J Clin Hypn* 1991;33(3):172-86.
11. Bucalossi A. Hypnosis in ophthalmology. *Minerva Med* 1975;66(74):3898-901.
12. John ME, Parrino JP. Practical hypnotic suggestion in ophthalmology surgery. *Am J Ophthalmol* 1983;96(4):540-2.
13. Lewenstein LN, Iwamoto K, Schwartz H. Hypnosis in high risk ophthalmic surgery. *Ophthalmic Surg* 1981;12(1):39-41.
14. Zaffiri O. Hypnosis in anesthesia. *Minerva Med* 1975;66(74):3894-7.

Recibido: 13 de julio del 2000. Aprobado: 16 de diciembre del 2000.

Dra. Juana María Maqueira Roque. Hospital General Provincial Docente "Capitán Roberto Rodríguez Fernández". Morón, Ciego de Ávila.