

# NUEVA PERSPECTIVA EN LA CIRUGIA AMBULATORIA DE MANO. TECNICA WALANT

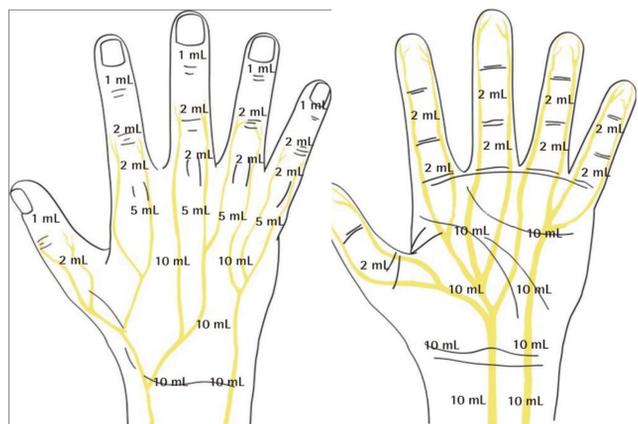
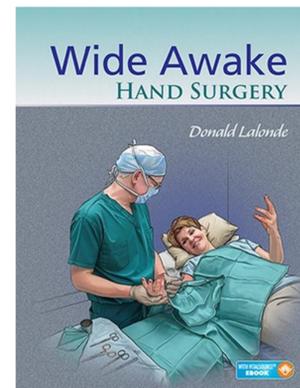
Teresa del Olmo Hernández, Cristina García-Polín López, Carmen García Rodríguez, Oscar Jacobo Edo, Claudina Morgades Prat.

Hospital MAZ Zaragoza

## INTRODUCCION

La técnica anestésica local denominada WALANT (wide awake local anesthesia no tourniquet) popularizada por Donald Lalonde<sup>1</sup> en los últimos años consiste en la inyección subcutánea de lidocaína y adrenalina al 1:100000 en el área a intervenir. Las ventajas de esta técnica son evitar el uso del torniquete, evitar la necesidad de sedación intraoperatoria, permite la movilidad activa intraoperatoria del área intervenida, tiene una mayor duración de efecto anestésico con un mayor confort del paciente<sup>2</sup>.

La complicación específica asociada al uso de adrenalina es la posibilidad de desarrollar una isquemia/necrosis digital por vasoconstricción periférica en los dedos. Para ello existe un antídoto efectivo para revertir los efectos adversos de la adrenalina que es la fentolamina<sup>3</sup>.



Volúmenes de anestésico recomendados por Lalonde<sup>2</sup>.

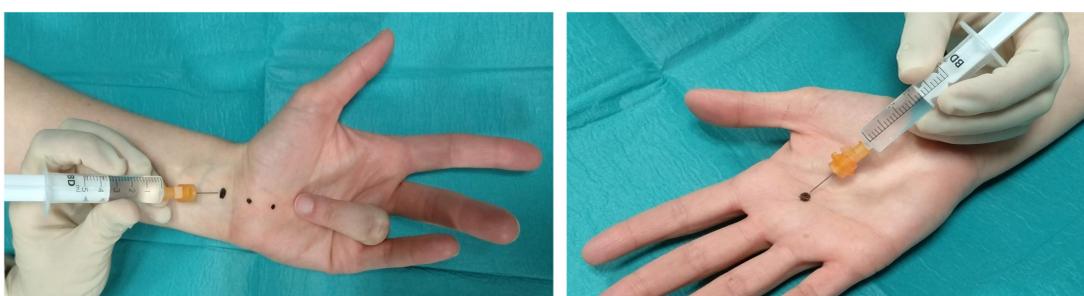
## MATERIAL Y METODOS

Se realiza un análisis retrospectivo de los procedimientos locales realizados con la técnica anestésica tipo WALANT en nuestro centro desde el 1 de enero de 2018 hasta 30 de marzo 2019.

### CONTRAINDICACIONES DE LA TECNICA

- Antecedentes isquémicos
- Grandes fumadores
- Síndrome de Buerger
- Vasculopatías periféricas (Raynaud, isquemia en MMII...)

## DESCRIPCION TECNICA ANESTESICA



IF lidocaína + adrenalina al 1:100.000 en STC

IF lidocaína + adrenalina al 1:100.000 en 3º dedo en resorte

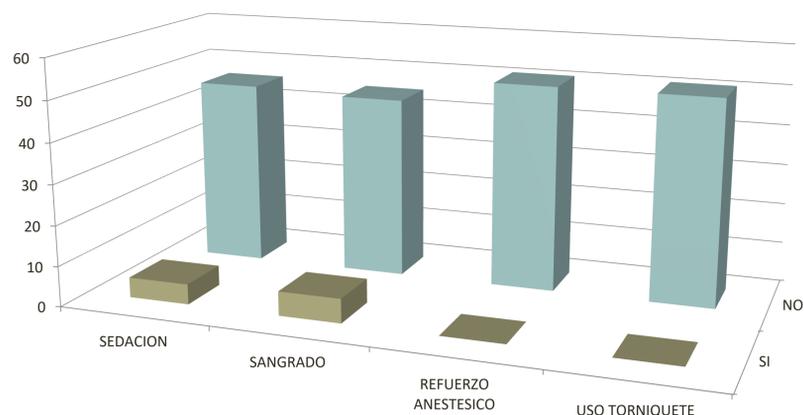


Fig.2. registro de resultados intraoperatorios del uso de la tecnica WALANT.

## RESULTADOS

Se han intervenido un total de 50 pacientes con lidocaína y adrenalina al 1:100000, en uno de ellos se realizaron dos procedimientos, todos ellos procedimientos de cirugía de la mano. (Fig.1)

Se ha usado sedación en 5 pacientes, el índice de sangrado intraoperatorio fue leve en el 91,2% de los casos, y moderado en el 9,8%. Ningún paciente ha precisado refuerzo anestésico ni uso de torniquete. (Fig.2.)

No se ha registrado ninguna complicación isquémica en nuestra serie, un paciente presentó un cuadro vasovagal tras la inyección del anestésico.

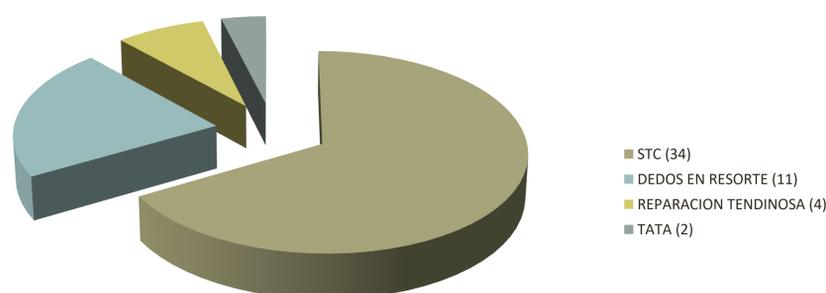


Fig.1. Distribucion por patologia.

## DISCUSION

En nuestro medio, se ha podido desarrollar la técnica anestésica tipo WALANT sin registrar ninguna complicación isquémica grave. En la literatura se han publicado solo 4 casos de complicaciones isquémicas con este tipo de técnica después de 1957 (año en el que se comercializó la fentolamina). Todos los casos ocurrieron en procedimientos de partes blandas distales y tenosinovitis estenosante y fueron asociados a una mala técnica anestésica<sup>4</sup>.

## CONCLUSIONES

La técnica anestésica tipo WALANT es una técnica válida para el desarrollo de procedimientos locales de cirugía de la mano con un bajo número de complicaciones anestésicas. Su uso se está extendiendo a múltiples procedimientos como trasferencias tendinosas, artrosis TMC o fracturas de radio distal<sup>5</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

1. Lalonde D. Minimally invasive anesthesia in wide awake hand surgery. Hand Clin. 2014 Feb;30(1):1-6.
2. Lalonde D, Martin A. Tumescence local anesthesia for hand surgery: improved results, cost effectiveness, and wide-awake patient satisfaction. Arch Plast Surg. 2014 Jul;41(4):312-6.
3. Zhang JX, Gray J, Lalonde DH, Carr N. Digital Necrosis After Lidocaine and Epinephrine Injection in the Flexor Tendon Sheath Without Phentolamine Rescue. J Hand Surg Am. 2017 Feb;42(2):e119-e123
4. Zhang JX1, Gray J2, Lalonde DH3, Carr N. Digital Necrosis After Lidocaine and Epinephrine Injection in the Flexor Tendon Sheath Without Phentolamine Rescue. J Hand Surg Am. 2017 Feb;42(2):e119-e123.
5. Huang YC, Hsu CJ, Renn JH, Lin KC, Yang SW, Tarng YW, Chang WN, Chen CY. WALANT for distal radius fracture: open reduction with plating fixation via wide-awake local anesthesia with no tourniquet. J Orthop Surg Res. 2018 Aug 6;13(1):195.

