

Plano erector spinae (ESP)-Block *en fracturas costales múltiples*

A.M. GÓMEZ LEÓN, S. BOADA PIE, J. RECASENS URBEZ, R. PERIÑÁN BLANCO Y L. MARTÍNEZ ALMIRANTE

RESUMEN

Presentamos el caso de un varón de 56 años ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos tras sufrir un traumatismo torácico por un accidente de tráfico. Presenta múltiples fracturas costales izquierdas T4 a T8 anteriores y T3 a T6 posteriores. La TC descarta otras lesiones. EPOC grave con CPAP nocturna. No alergias. No IQ previas. Sin otros antecedentes de interés.

Palabras clave: *ESP-Block. Fracturas costales. Ultrasonido.*

ABSTRACT

We present the case of a 56 year old man, admitted to the Intensive Care Unit after suffering a thoracic trauma in a traffic accident. He shows multiple left costal fractures in anterior T4 to T8, and posterior T3 to T6. The CT ruled out other injuries. Severe COPD with nocturnal CPAP. No allergies. No previous IQ. No other background of interest. (DOLOR. 2018;33:55-6)

Key words: *ESP-Block. Costal fractures. Ultrasound.*

Corresponding author: Alberto M. Gómez León, albertogomezleon@gmail.com

CASO CLÍNICO

En la exploración el paciente muestra una taquipnea superficial con dolor a la inspiración, taquicardia (130 lpm), SatO_2 del 95%, sudoración, acidosis respiratoria y una marcada hipotensión. La EVA es de 10/10, pese al tratamiento con analgesia convencional (AINE + tramadol).

No tolera la sedestación ni la pronación. Se desestima el uso de mórnicos por el alto riesgo de depresión respiratoria.

Para mejorar la insuficiencia ventilatoria provocada por el dolor costal, decidimos realizar un bloqueo ecoguiado ESP. El objetivo es la difusión del AL por el plano erector *spinae* (ESP), localizado entre la superficie anterior del erector y la superficie posterior de la columna vertebral. Se consigue, por propagación interfascial, la anestesia de los ramos dorsales mientras se atraviesa este plano, proporcionando anestesia a la pared torácica posterior¹.

Se consigue también la difusión anterior bloqueando la rama ventral y los nervios intercostales, proporcionando anestesia a las costillas fracturadas y el peristio, pero también a una gran parte de la pared torácica lateral y anterior a través de las ramas laterales y de los nervios intercostales². Los métodos fueron los siguientes:

- Explicación de la técnica y confirmación del consentimiento informado.
- Monitorización del paciente y posición semilateral.
- Localización a nivel torácico de T6.
- Ecografía con sonda lineal en posición transversal a apófisis transversa T6 izquierda.

Una vez localizada la apófisis transversa e identificadas las estructuras sonoanatómicas, introducimos una aguja de 50 mm (en dirección craneocaudal en plano con la sonda), atravesamos los planos piel,

subcutáneo, trapecio, romboides y erector espinal hasta contactar con la apófisis transversa de T6. Se administraron 40 ml de levobupivacaína al 0.5%.

Mediante control dinámico ecográfico se confirma la dilatación de la fascia del erector espinal ante la inyección del anestésico local subfascial, y se descarta la inyección intramuscular.

Los resultados fueron los siguientes:

- Tras 20 minutos de realizar el bloqueo ESP, el paciente refirió una mejoría: disminuyó a un EVA 6/10 y se objetivó una mejora en la mecánica ventilatoria.
- Pasada 1 hora, el paciente refiere EVA 2/10, y se normalizan la frecuencia respiratoria y cardíaca, así como los valores gasométricos.
- Dermatomas analgesiados T3 a T9 a las 5 horas. No se comunicó ninguna complicación.

DISCUSIÓN

Este sistema requiere una fácil identificación de puntos de referencia con ultrasonido, es muy seguro, sin estructuras neurovasculares, y evita las complicaciones de otras técnicas regionales como la hipotensión, la diseminación (epidural), la punción vascular (bloqueo paravertebral) y el neumotórax (bloqueo del nervio intercostal y bloqueo interpleural)³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luftig J, Mantuani D, Herring AA, Dixon B, Clattenburg E, Nagdev A. Successful emergency pain control for posterior rib fractures with ultrasound-guided erector spinae plane block. *Am J Emerg Med*. 2017. [Epub ahead of print].
2. Nandhakumar A, Nair A, Bharath VK, Kalingarayar S, Ramaswamy BP, Dhatchinamoorthi D. Erector spinae plane block may aid weaning from mechanical ventilation in patients with multiple rib fractures: Case report of two cases. *Indian J Anaesth*. 2018;62(2):139-41.
3. Ho AM, Karmakar MK, Critchley LA. Acute pain management of patients with multiple fractured ribs: a focus on regional techniques. *Curr Opin Crit Care*. 2011;17(4):323-7.