

Bloqueo ecoguiado de los erectores espinales: a propósito de un caso

E. VIDAL AGUSTÍ Y F. DUCA REZZULINI

RESUMEN

Controlar el dolor torácico a menudo requiere el uso de altas dosis de fármacos analgésicos con una respuesta muchas veces limitada e insatisfactoria. Publicaciones recientes^{1,2} sobre la efectividad de un nuevo bloqueo del plano de los erectores espinales (ESP) para el control del dolor torácico, tanto crónico como postoperatorio, nos han animado a probar la técnica que se basa en la administración de anestésico local en el ESP a nivel de la quinta vértebra torácica bloqueando así la rama torácica y ventral de las ramas dorsales. Describiremos a continuación un caso de bloqueo ESP. Se realizó previamente a la cirugía evidenciándose un bloqueo sensitivo extenso, que abarcaba múltiples dermatomas, durante un promedio de 10 h. Aunque la falta de casos descritos mantiene esta técnica a la espera de nuevos resultados y aplicaciones, según nuestra experiencia, el bloqueo ESP es una técnica segura y de fácil aprendizaje, con un futuro prometedor para la analgesia torácica en sus múltiples etiologías.

Palabras clave: ESP-Block. Técnica analgésica. Dolor torácico.

ABSTRACT

Managing thoracic pain often requires the use of high doses of analgesic drugs with a response that is often limited and unsatisfactory. Recent publications on the effectiveness of a new blockade of the spinal erector plane (ESP) for controlling thoracic pain, both chronic and postoperative, have encouraged us to test the technique based on administering local anaesthetic in ESP levelling the fifth thoracic vertebra, thus blocking the thoracic and ventral branch of the dorsal branches. We will describe an ESP blocking case below. It was performed before surgery, evidencing an extensive sensory block, which included multiple dermatomes, for an average of 10 hrs. Although the lack of case reports keeps this technique awaiting new results and applications, according to our experience, ESP blockade is a safe and easy to learn technique, with a promising future for thoracic analgesia in its multiple aetiologies. (DOLOR. 2018;33:71-2)

Key words: ESP-Block. Analgesic technique. Thoracic pain.

Corresponding author: Eleuteri Vidal Agustí, evidal@mutuaterrassa.cat

CASO CLÍNICO

El bloqueo ESP fue descrito en 2016 por Forero, et al.; basado en la administración de anestésico local en el ESP aproximadamente al nivel de la quinta vértebra torácica, es capaz de bloquear las ramas dorsales y ventrales de los nervios espinales torácicos.

Para las punciones realizadas de forma ecoguiada se utilizaron agujas para punción espinal de punta de tipo Quincke Point de 0,9 × 90 mm (Fig. 1). En todos los casos descritos el bloqueo se asoció a una perfusión continua (PC) de analgesia endovenosa durante 24 h compuesta por fármacos del segundo escalón de analgesia según la OMS con 200 mg de tramadol + 100 mg de dexketoprofeno+ 2,5 mg de haloperidol en 500 ml de suero fisiológico, con un ritmo de infusión de 22 ml/h, siguiendo el protocolo del servicio.

Paciente mujer de 62 años, 70 kg de peso, 154 cm de altura, con un IMC de 29,5, sin antecedentes médicos de interés y con diagnóstico de neoplasia de la mama derecha descubierta durante un control ginecológico anual. Fue programada para una mastectomía radical modificada más un vaciamiento ganglionar. Previamente a la inducción se realizó el bloqueo ESP derecho ecoguiado. Se administraron 3 ml de AL subcutáneos y posteriormente 30 ml de una solución compuesta por 15 ml de mepivacaína al 2% y 15 ml de levobupivacaína al 0,5% en el ESP a nivel de T5. Posteriormente se interviene bajo AG balanceada, realizando la inducción con 150 mcg de fentanilo y 160 mg de propofol, manteniendo la analgesia intraoperatoria con una PC de remifentanilo a 0,02 mcg/kg/min, sin más necesidades analgésicas y manteniéndose hemodinámicamente durante toda la cirugía, con un tiempo quirúrgico aproximado de 2,5 h. Previamente a la educación se administran 50 mg de dexketoprofeno y 4 mg de ondansetrón. Se realiza la educación sin incidencias. Una vez en la sala de recuperación, la paciente refiere una EVA de 1 y a las 2 h, una EVA de 2; por protocolo, se inicia una PC 1 logrando una EVA de 1 a las 3 h del fin de la cirugía. La paciente no requirió rescates extra durante el ingreso, y pasó a medicación por vía oral al alta a las 48 h con una EVA de 0.

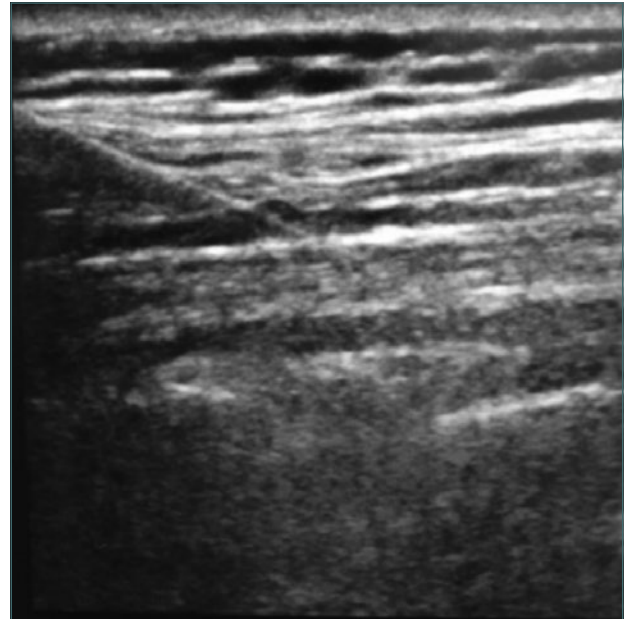


Figura 1. Ecografía del momento de la inserción de la aguja a la altura de T5.

DISCUSIÓN

Nuestra experiencia con el ESP se basa en cuatro casos de pacientes en los cuales se utilizó el ESP previamente a la intervención quirúrgica como alternativa a la técnica analgésica tradicional. En el último caso se eligió el ESP como técnica analgésica de elección. En nuestra opinión, la principal ventaja del ESP es que aporta muy buena analgesia, duradera a numerosas metámeras con un bloqueo único, incluso llegando a la pared anterior del tórax.

La importancia de la difusión cefalocaudal del AL en el plano de los erectores le confiere a este bloqueo múltiples utilidades; aunque aún faltan estudios que completen sus limitaciones, nos parece de inmensa utilidad en la analgesia de la pared costal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Forero M, Adhikary SD, Lopez H, Tsui C, Chin KJ. The erector spinae plane block: a novel analgesic technique in thoracic neuropathic pain. *Reg Anesth Pain Med.* 2016;41(5):621-7.
2. Kehlet H, Holte K. Effect of postoperative analgesia on surgical outcome. *Br J Anaesth.* 2001;87(1):67-72.