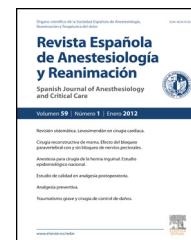




Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



FORMACIÓN CONTINUADA

Bloqueos guiados por ultrasonidos para cirugía mamaria

P. Diéguez^{a,*}, P. Casas^a, S. López^a y M. Fajardo^b

^a Servicio de Anestesiología, Hospital Abente y Lago, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

^b Servicio de Anestesiología, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, España

Recibido el 26 de julio de 2015; aceptado el 9 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Mastectomía;
Ultrasonografía;
Dolor postoperatorio;
Bloqueo nervioso

Resumen La cirugía mamaria ha experimentado cambios en los últimos años motivando nuevas iniciativas para el manejo anestésico de estos pacientes, en aras de lograr la mayor calidad y una rápida recuperación. La herramienta fundamental que ha permitido una mejora significativa en los avances de la anestesia regional para enfermedad mamaria ha sido la ultrasonografía, impulsando la descripción e incorporación a la práctica clínica de los bloqueos interfasciales de la pared torácica, pese a que todavía el *gold standard* siga considerándose el bloqueo paravertebral. Es muy probable que estos bloqueos produzcan cambios en los protocolos de actuación en los próximos años. Se realiza una revisión de la anatomía de la región mamaria, descripción de los bloqueos y técnicas de realización, así como sus indicaciones, todo ello según los artículos disponibles y la opinión de los autores en función de su experiencia.

© 2015 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Mastectomy;
Ultrasound;
Postoperative pain;
Nerve block

Ultrasound guided nerve block for breast surgery

Abstract The breast surgery has undergone changes in recent years, encouraging new initiatives for the anaesthetic management of these patients in order to achieve maximum quality and rapid recovery. The fundamental tool that has allowed a significant improvement in the progress of regional anaesthesia for breast disease has been ultrasound, boosting the description and introduction into clinical practice of interfascial chest wall blocks, although the reference standard is still the paravertebral block. It is very likely that these blocks will change the protocols in the coming years. A review is presented of the anatomy of the breast region, description of nerve blocks and techniques, as well as their indications, all according to published articles and the opinion of the authors based on their experience.

© 2015 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pauladieguez@yahoo.com (P. Diéguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2015.11.003>

0034-9356/© 2015 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

Los avances en cirugía de mama en los últimos años tienen como objetivo conservar la mama sin generar deformaciones; para ello se ha generalizado el empleo de técnicas como la oncoplastia o mastectomía con reconstrucción posterior. El manejo anestésico de estos procedimientos quirúrgicos actuales menos invasivos se ha orientado hacia unos objetivos muy concretos con respecto al paciente: analgesia óptima, rehabilitación precoz, satisfacción global pre, intra y postoperatoria, mínimas complicaciones postoperatorias y alta precoz. La anestesia regional, por lo tanto, desempeña un papel fundamental para la obtención de los citados objetivos, puesto que proporciona una alta calidad analgésica, facilita la rehabilitación precoz de los pacientes y disminuye las complicaciones postoperatorias, como las cardiovasculares y pulmonares, entre otras, todo ello proporcionando la posibilidad de acortar la estancia y mejorando la satisfacción de los pacientes con respecto a su procedimiento.

En el momento actual la técnica regional de referencia en la región torácica sigue siendo la analgesia paravertebral torácica^{1,2}. Sin embargo, desde el año 2011, con los trabajos publicados por Blanco et al.³⁻⁶, han surgido numerosos bloqueos guiados por ultrasonidos para describir un abordaje periférico que sustituya al bloqueo de referencia y que aporte la misma eficacia con menor incidencia de complicaciones.

El objetivo de estos nuevos abordajes es poder bloquear mediante la administración de anestésico local (AL), en un espacio entre 2 fascias, toda la inervación de la mama. Para ello, en un inicio, la atención se centró en conseguirlo a través del bloqueo de los nervios pectorales y, posteriormente, de los nervios intercostales. Fajardo et al.⁷ publicaron el bloqueo de manera aislada de las ramas cutáneas laterales (BRCL) y de las ramas cutáneas anteriores (BRCA) de los nervios intercostales.

Sin embargo, en nuestra práctica clínica diaria permanecen dudas y surgen nuevas inquietudes. Después de un análisis exhaustivo de la literatura científica, la revisión de las técnicas anestésicas empleadas para la cirugía de mama, un profundo estudio anatómico de la región anterior del tórax (incluyendo la disección en cadáveres y estudios de imagen con resonancia magnética y con contraste radiológico) y el empleo avanzado de la ecografía, se llegó a la conclusión de que era posible proceder a la analgesia a nivel periférico bloqueando las ramas cutáneas del 2.º al 6.º nervio intercostal como alternativa a los bloqueos del neuroeje. Así se describió el bloqueo de las ramas cutáneas de los nervios intercostales en la línea medio-axilar (BRILMA)^{8,9}, que consiste en la administración de AL entre el músculo serrato anterior y los músculos intercostales externos, a nivel de la línea medio-axilar. Casi al mismo tiempo, se describió el bloqueo del plano del serrato¹⁰, en 4 voluntarios sanos, que determina la administración de AL entre el músculo serrato anterior y el músculo dorsal ancho.

En este momento, los esfuerzos se centran en el desarrollo de ensayos clínicos que avalen la eficacia y seguridad de estos nuevos bloqueos versus bloqueo paravertebral, puesto que la literatura científica existente en la actualidad refleja la experiencia clínica y pequeñas series de pacientes con óptimos resultados⁹⁻¹².

Estos nuevos bloqueos no solo han sido empleados en cirugía de mama, sino que se han realizado en pacientes con traumatismos torácicos en cuidados intensivos¹³⁻¹⁵. Además se ha descrito la colocación mediante catéteres para analgesia continua⁶. En el presente los nuevos bloqueos interfasciales están en fase de expansión, y debido a sus recientes descripciones la nomenclatura de los diferentes bloqueos puede generar confusión. Uno de los objetivos de este artículo es despejar dudas, definiendo claramente el plano donde se deposita el AL y las indicaciones de las diferentes técnicas. Los estudios publicados presentan importantes limitaciones metodológicas, y el bloqueo seleccionado en ocasiones en algunos de estos trabajos no parece ser el más adecuado al tipo de procedimiento.

Sin duda, numerosas respuestas se obtendrán de los resultados de los ensayos clínicos que comparen los nuevos bloqueos interfasciales de la pared torácica con el bloqueo paravertebral. Los nuevos bloqueos interfasciales poseen ventajas con respecto a los bloqueos neuroaxiales, como son la ausencia de bloqueo simpático, lo que disminuye la incidencia de hipotensión arterial asociada a la técnica, que alcanza de un 4% a un 21% en algunas series^{16,17}, así como la alta frecuencia de migración de catéteres a nivel paravertebral causando fallo de la técnica analgésica que alcanza hasta un 24%^{18,19}. En cirugía reconstructiva de la región torácica mediante colgajos, como el músculo dorsal ancho, debe tenerse en cuenta la importancia del bloqueo simpático, puesto que optimiza la perfusión de este en el postoperatorio mediante la vasodilatación.

Recuerdo anatómico

Las glándulas mamarias situadas en la pared anterior del tórax se delimitan por estructuras claves para un adecuado abordaje anestésico-analgésico. Se extienden verticalmente desde la segunda a la sexta costilla, y horizontalmente desde el esternón (paraesternal) a la línea axilar media. La mama descansa sobre el músculo pectoral mayor, la porción más lateral se relaciona con el músculo serrato anterior y la porción más caudal de la mama con la porción superior del músculo oblicuo externo del abdomen. El tejido glandular posee una mayor concentración en el cuadrante súpero-externo de la mama, presentando una prolongación axilar (cola de Spence).

La axila es un compartimento en forma de pirámide cuadrangular situada entre el brazo y la pared torácica. Su base está formada por la piel de la axila y la porción más caudal por la fascia o aponeurosis clavicopectoral llamada ligamento suspensorio de la axila o de Gerdy. La base de la axila está invadida por el nervio intercostobraquial, que se anastomosa con el nervio cutáneo braquial medial, para inervar la piel de la axila y la cara superior interna del brazo, y se pueden lesionar en la disección quirúrgica de la axila. La axila se delimita en su cara anterior por la clavícula, la escápula por su cara posterior y medialmente por la primera costilla, generando el canal cervicoaxilar. La pared anterior está compuesta por 3 músculos: subclavio, pectoral mayor y pectoral menor, dispuestos en 2 planos, superficial y profundo. El plano superficial, formado por el pectoral mayor, se encuentra cubierto por la fascia

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2768312>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2768312>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)