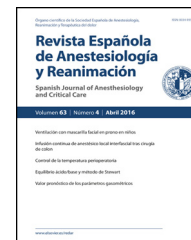




Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



CASO CLÍNICO

Bloqueo continuo en el plano del músculo erector del espinal para analgesia en cirugía torácica pediátrica: informe de un caso

C. Gaio-Lima^{a,*}, C.C. Costa^b, J.B. Moreira^c, T.S. Lemos^c y H.L. Trindade^d

^a Servicio de Anestesiología, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE, São Miguel, Portugal

^b Servicio de Anestesiología, Centro Hospitalar São João, EPE, Porto, Portugal

^c Servicio de Anestesiología, Critical Care & Emergency Medicine, Centro Hospitalar do Porto, EPE, Porto, Portugal

^d Servicio de Anestesiología, Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Dona Estefânia, Lisboa, Portugal

Recibido el 20 de septiembre de 2017; aceptado el 23 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Bloqueo continuo en el plano del músculo erector del espinal;
Anestesia regional;
Anestesia pediátrica

KEYWORDS

Continuous erector spinae plane block;
Regional anesthesia;
Pediatric anesthesia

Resumen El bloqueo en el plano del músculo erector del espinal ha sido recientemente descrito, y parece ser una técnica de analgesia regional muy prometedora. Reportamos el primer bloqueo continuo en el plano del músculo erector del espinal realizado en un paciente pediátrico sometido a cirugía torácica.

Se trata de un niño de 15 meses con un teratoma paracardiaco programado para resección tumoral por toracotomía. Después de la inducción de anestesia general se practicó un bloqueo continuo en el plano del músculo erector del espinal a nivel de T5 con ropivacaína 0,2%. Tras la cirugía se inició una perfusión torácica interfascia de ropivacaína 0,1% y analgesia multimodal.

El paciente toleró bien el procedimiento sin complicaciones. Parece que esta es una buena alternativa a la epidural torácica y el bloqueo paravertebral, dada la simple reproducibilidad y la mayor seguridad potencial de esta técnica.

© 2017 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Continuous erector spinae plane block for analgesia in pediatric thoracic surgery: A case report

Abstract Erector spinae plane block has been recently described and it appears as a very promising regional analgesia technique. We report the first continuous erector spinae plane block performed in a pediatric patient for thoracic surgery.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: claratgl@gmail.com (C. Gaio-Lima).

<https://doi.org/10.1016/j.redar.2017.11.010>

0034-9356/© 2017 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Gaio-Lima C, et al. Bloqueo continuo en el plano del músculo erector del espinal para analgesia en cirugía torácica pediátrica: informe de un caso. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2017.11.010>

A 15-month-old boy, diagnosed with a paracardiac teratoma was scheduled for a tumor resection with a thoracotomy approach. After general anesthesia induction, a continuous erector spinae plane block at T5 level was performed with ropivacaine 0.2%. After surgery, a continuous thoracic interfascial infusion of ropivacaine 0.1% along with multimodal rescue analgesia was initiated.

The patient tolerated the procedure well with no complications. It appears that this is a good alternative to thoracic epidural and paravertebral block, given the simple reproducibility and potential greater safety of this technique.

© 2017 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El bloqueo en el plano del músculo erector del espinal (ESP) consiste en una técnica nueva de bloqueo del plano interfascia profundo guiado por ecografía que ha sido descrito para aportar analgesia torácica y abdominal^{1,2}. Al inyectarse al nivel del proceso transverso de T5, la anestesia local se difunde a través de la fascia toracolumbar y se extiende a las ramas ventral y dorsal de los nervios espinales, y posteriormente a los comunicantes gris y blanco de la cadena simpática, aportando un bloqueo de la sensibilidad de C7 a T8¹. Aun cuando fue primeramente descrito como bloqueo del dolor crónico, se incrementan los informes acerca de su uso para el dolor agudo postoperatorio¹⁻⁵.

La analgesia regional de primer nivel para los procedimientos de toracotomía incluye los bloqueos epidural torácico o paravertebral⁶. El bloqueo en el plano del músculo erector del espinal, de reciente aparición, constituye una alternativa válida.

Reportamos la primera descripción de un bloqueo continuo en el plano del músculo erector del espinal realizado para cirugía torácica pediátrica.

Caso

Un niño de 15 meses de edad, peso de 11 kg y estado físico III según la *American Society of Anesthesiologists*, con teratoma trigeminal paracardíaco (55 × 44 × 44 mm) fue programado para resección tumoral mediante toracotomía. Las pruebas de laboratorio fueron normales y no existía compromiso respiratorio en aquel momento. Se realizó RM que reveló una formación ovalada con tejido adiposo y blando, y componentes quísticos en el hemitórax derecho, de 55 × 44 × 44 mm, globalmente bien circunscritos, en contacto estrecho con la pleura mediastínica. Se explicaron los procedimientos anestésicos, y se obtuvo consentimiento parental informado para los mismos con anterioridad a la cirugía. Posteriormente obtuvimos el consentimiento para el informe del caso durante el periodo postoperatorio.

Al llegar al quirófano se indujo anestesia general con propofol (3 mg/kg), fentanilo (4,5 ug/kg) y cisatracurio (0,2 mg/kg), colocándose un tubo orotraqueal mediante laringoscopia directa, y confirmandose la ventilación



Figura 1 Paciente en decúbito lateral izquierdo con marcas de referencia.

A- sitio de colocación de la sonda en orientación parasagital longitudinal; flecha: extremo de la escápula; T5-: proceso espinoso de T5; T7-: proceso espinoso de T7.

bilateral mediante auscultación. Para la realización del bloqueo se situó al paciente en posición de decúbito lateral izquierdo. Se situó un transductor ultrasónico GE®lineal de alta frecuencia (12 MHz) en orientación parasagital, 2 cm lateral al proceso espinoso de T5 (fig. 1). Tras identificar las 3 capas musculares (trapecio, romboide mayor y erector del espinal) se insertó una aguja 20 G de 50 mm Tuohy (BBraun®) en orientación craneal a caudal hasta que la punta contactó con el proceso transverso de T5 (fig. 2 A) en el plano de la fascia en el aspecto profundo del músculo erector del espinal, observándose la difusión visible del líquido entre la superficie del proceso transverso y el músculo erector del espinal. Se inyectó un total de 5 ml (0,45 ml/kg) de ropivacaína 0,2%⁷, y a continuación se insertó un catéter 22 G para el guiado ecográfico a tiempo real a 4 cm

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8621985>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8621985>

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