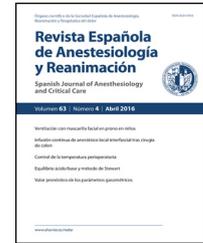




Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



CASO CLÍNICO

Bloqueo en el plano del músculo erector de la columna para mastectomía radical: ¿una nueva indicación?

M. Veiga*, D. Costa e I. Brazão

Servicio de Anestesiología, Hospital Central do Funchal, Funchal, Portugal

Recibido el 5 de julio de 2017; aceptado el 25 de agosto de 2017

PALABRAS CLAVE

Anestesia regional;
Terapéutica del dolor;
Mastectomía;
Erector spinae

KEYWORDS

Regional anesthesia;
Pain management;
Mastectomy;
Erector spinae

Resumen El bloqueo de la fascia del músculo erector de la columna es una técnica recientemente descrita por Forero et al. en septiembre de 2016. Tiene aplicaciones en el control del dolor crónico con componente neuropático de la pared torácica, y para el control del dolor en cirugía toracoscópica. En este artículo, describimos el uso de esta técnica como parte de un enfoque analgésico multimodal en una mujer de 40 años, que fue sometida a una mastectomía radical a causa de un cáncer de mama. Al realizar este bloqueo antes de la inducción anestésica, conseguimos un efecto ahorrador de opioides, evitando el posible efecto inmodulador, que todavía no está comprobado en humanos. Durante la hospitalización, la paciente no reportó dolor (0/10 en escala numérica), sin recurrir a analgesia de rescate. La ejecución fácil, rápida y segura del bloqueo de la fascia del músculo erector de la columna hace que esta sea una técnica prometedora en el contexto del dolor quirúrgico durante la mastectomía radical.

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

Erector spinae plane block for radical mastectomy: A new indication?

Abstract The erector spinae plane block is a technique recently described by Forero et al. in September 2016. It has applications in the control of chronic pain with neuropathic component of the chest wall, and for pain control in thoracoscopic surgery. In this article, we describe the use of this technique as part of a multimodal analgesic approach in a 40-year-old woman, who

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nocas_veiga@hotmail.com (M. Veiga).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2017.08.004>

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

underwent radical mastectomy due to breast cancer. By performing this block before anesthetic induction, we have achieved an opioid sparing effect, avoiding a possible immunomodulatory effect, although not yet proven in humans. During hospitalization, the patient reported no pain (0/10 in numeric scale), without resorting to rescue analgesia. The easy, fast and safe execution of erector spinae plane block makes it a promising technique in the context of surgical pain during radical mastectomy.

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

Introducción

La mastectomía radical es un procedimiento quirúrgico que a menudo guarda relación con el dolor postoperatorio de moderado a severo. Con frecuencia se prescribe medicación con opioides para el dolor. La eficacia del tratamiento del dolor tiene un impacto positivo sobre el sistema inmune, atenuando la respuesta del estrés a la cirugía y disminuyendo la necesidad de opioides durante el periodo postoperatorio¹. El manejo del dolor agudo tras la mastectomía reduce la incidencia de dolor crónico. Las técnicas para controlar el dolor regional han mejorado el tratamiento del dolor agudo, y por tanto, reducen el dolor crónico².

El bloqueo de la fascia del músculo erector de la columna (ESB) fue descrito por vez primera en septiembre de 2016 por Forero et al.³, con relación al tratamiento del dolor con componente neuropático de la pared torácica, y la analgesia para el dolor durante la cirugía toracoscópica.

En este documento describiremos la mastectomía radical izquierda bajo anestesia combinada (ESB y anestesia general), así como el seguimiento y las ventajas de la técnica.

Caso clínico

La paciente, una mujer de 40 años, con un peso de 81 kg y una altura de 168 cm, fue candidata a mastectomía radical izquierda a causa de un cáncer de mama. Previamente había sido sometida a quimioterapia. Durante la evaluación preoperatoria no se documentaron condiciones sobreañadidas. La paciente no seguía medicación regular, no padecía alergias, no era fumadora, ni tenía hábitos alcohólicos.

Con respecto al posible efecto inmunosupresor de los opioides y el resultado de impacto negativo de la cirugía del cáncer descritos por Sacerdote et al.⁴, y aun careciendo de evidencia sólida en humanos con arreglo a Cronin-Fenton et al.⁵, decidimos realizar un ESB antes de la inducción de anestesia general. La decisión sobre la técnica combinada se tomó considerando diversas ventajas: la disminución del consumo de opioides intraoperatorio, la evitación de dicho consumo postoperatoriamente, la iniciación de la movilización del brazo izquierdo (ipsilateral a la extirpación de los ganglios axilares) y la disminución del riesgo de dolor postoperatorio.

El ESB se realizó en la sala de inducción, tras monitorizar a la paciente, y fue guiado por ultrasonidos (S-Nerve[®],



Figura 1 Enfoque ecográfico torácico alto. ESM: músculo erector de la columna; RMM: músculo romboide mayor; TM: músculo trapecio; T5: proceso transversal de la vértebra.

SonoSite, EE.UU.). Se colocó a la paciente en posición sentada, identificándose el proceso espinoso de la quinta vértebra torácica (T5), con la sonda en posición longitudinal (HFL50[®], SonoSite, EE.UU.). Realizamos un escáner lateral izquierdo, buscando el proceso transversal de T5 (fig. 1). Una vez identificados se insertó una aguja de 5 cm en el plano (Echoplex[®], Vygon, Francia), en dirección cefálica a caudal, hasta tomar contacto con el proceso transversal de T5 (fig. 2). Una vez situada la aguja se inyectaron 20 ml de levobupivacaína al 0,5% en el plano inferior al músculo erector de la columna (fig. 3). La anestesia local se dispersó siguiendo un patrón longitudinal. Tras realizar el bloqueo, la paciente fue colocada en posición supina. Se comprobó el nivel de bloqueo transcurridos 30 min. El área de disminución de la sensación de pinchazo se extendió de T2 a T8 en la pared torácica posterior y anterior. También se adormeció la región axilar inferior, con disminución de la sensación de pinchazo (fig. 4). Tras realizar la prueba se indujo anestesia general.

La inducción intravenosa se realizó con 60 mg de lidocaína, 100 µg de fentanilo y 150 mg de propofol. Se insertó un dispositivo supraglótico, manteniéndose la anestesia con sevoflurano. No se precisó dosis adicional de fentanil, permaneciendo la paciente estable a lo largo del procedimiento. Treinta minutos antes de finalizar la cirugía se

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8622101>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8622101>

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