

MARTINEZ-SILVIA, GP¹, CAMPOS-PAZ, NK², URIAS-ROMO, EG³

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de dolor postmastectomía (SPM) ha sido desde 1978 y hasta el día de hoy presenta una prevalencia clínicamente relevante del 10 al 50% (mayor a 3 meses) de los pacientes que se someten a esta cirugía¹. La Asociación Internacional del Estudio del Dolor (IASP) define al SPM como un dolor persistente posterior a mastectomía que afecta la pared anterior del tórax, axila y/o la parte media superior del brazo². La pobre o limitada respuesta a medicamentos y sus frecuentes efectos adversos han hecho que el dolor neuropático sea un reto para el anestesiólogo en su manejo y resolución. Por tanto, reducen el dolor crónico. 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 y otros estudios sugieren que el ESB es simple de realizar y seguro; la sonoanatomía es fácilmente reconocible y no hay riesgo de lesión tejido adyacente a la punción con aguja³. Como anestesia combinada ha demostrado 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 postoperatorio⁴. La técnica decidida es un bloqueo ecoguiado transverso en T5 por debajo del músculo erector de la columna⁵ con la combinación de lidocaína 2% + ropivacaína 0.5%.

REPORTE CLINICO:

Paciente femenino de 52 años de edad con diagnóstico de cáncer de mama derecha realizado en Febrero de 2018 sometida a 7 sesiones de quimioterapia, con antecedente de exfumadora hace 10 años a dos cigarrillos al día suspendido hace 2 años, dos transfusiones previas por anemia postquimioterapia y con alergia a sulfas, antecedentes quirúrgicos de dos cesáreas previas con anestesia neuroaxial sin complicaciones aparentes, refiere bronquitis a la infancia.

Peso: 87 kg. Talla 1.65 cm.

Laboratorios dentro de parámetros normales. Electrocardiograma con una frecuencia cardíaca de 74 lpm con ritmo sinusal sin datos de necrosis ni sobrecarga. Radiografía de tórax con cefalización del flujo con botón aórtico calcificado y protruido silueta cardíaca sin alteraciones aparentes ángulos costofrénicos y costodiafragmáticos respetados.

Se decide realizar ESB posterior a la inducción anestésica (2 mg midazolam IV + 200 mcg fentanil IV + 7 mg vecuronio IV + 80 mg propofol iv, colocación de tubo endotraqueal tipo Murphy 7.0mm D.I., ventilación mecánica controlada por volumen, mantenimiento sevoflurano 2vol% CAM 0.8) con previa monitorización de la paciente, se coloca en decúbito dorsal izquierdo, se realiza asepsia y antisepsia de zona de abordaje, se introduce una aguja 22G bajo guía ecográfica con ultrasonido Mindray en posición longitudinal a nivel de T5 hasta estar en contacto con la apófisis transversa.

Se infiltra una mezcla analgésica con ropivacaína 0.5% 10 ml y lidocaína 2% 10 ml con un volumen total de 20 ml y se observa la expansión de la fascia entre la apofisis transversa y el músculo

erector de la espina. Al término del procedimiento quirúrgico y posterior a la extubación se valora EVA con 0/10.



CONCLUSIÓN:

El desarrollo de la anestesia regional ha permitido ampliar las herramientas para manejo de dolor. El bloqueo del plano del erector espinal ha aparecido como una técnica alternativa al bloqueo paravertebral clásico. El anestésico local se distribuye hacia el espacio paravertebral bloqueando las ramas nerviosas anteriores, posteriores y simpáticas. Los resultados obtenidos en este paciente apoyan su eficacia.

Las referencias anatómicas fácilmente identificables y el abordaje lejos del neuroeje, acompañado de los resultados obtenidos apoyan el uso del bloqueo del plano del erector espinal.

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA:

- Gärtner R, Jensen MB, Nielsen J, Ewertz M, Kroman N, Kehlet H. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA*. 2009;302:1985-92.
- Daniel Waltho, Gloria Rockwell, Post-breast surgery pain syndrome: establishing a consensus for the definition of post-mastectomy pain syndrome to provide a standardized clinical and research approach — a review of the literature and discussion, *Can. J. Surg.* 2016; 59: 342-350.
- 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;41:621---7.
- M. Veiga, D. Costa, I. Brazão, Bloqueo en el plano del músculo erector de la columna para mastectomía radical: ¿una nueva indicación?, *Rev. Esp. de Anestesiología y Reanimación*; article in press; pp.1-4.
- Ruggero M. Corso, Steven Lee, Jacek Wojtczak, Davide Cattano, Use of the ultrasound-guided erector spinae plane block in breast surgery, *Minerva Anestesiologica.* 2017; 83:1111-1112

¹Medico Residente de Anestesiología del Hospital General de Culiacán.

²Medico Residente de Anestesiología del Hospital General de Culiacán.

³Jefe del departamento de investigación del Hospital General de Culiacán.

Este artículo podrá ser consultado en Inbiomed, Latindex, Periódica y en www.hgculiacan.com