

Recientemente, se ha descrito el bloqueo ESP, que ha demostrado su utilidad en algunos casos de dolor agudo postoperatorio, postraumático y neuropático crónico torácico. Su efecto analgésico parece deberse a la difusión del anestésico local en el espacio paravertebral, actuando sobre los nervios espinales torácicos y los ramos comunicantes que alimentan la cadena simpática (1).

Entre sus ventajas respecto al bloqueo epidural torácico o paravertebral, se encuentran la facilidad de visualización de la apófisis transversa mediante ecografía y su alejamiento de estructuras vasculares, pleura y neuroeje. Además, se puede llevar a cabo en distintas posiciones del paciente (2).

En nuestro caso, empleamos una estrategia multimodal en la que se realizó este bloqueo sumado a la infiltración de los nervios intercostales por parte de los cirujanos y al uso de analgésicos no opioides durante el postoperatorio, con resultado satisfactorio.

**Conclusiones:** La escasa evidencia clínica disponible en relación al bloqueo ESP sugiere que se trata de una técnica sencilla y relativamente segura en el manejo del dolor torácico. Sin embargo, aún se necesitan más estudios para corroborar su utilidad, sobre todo en comparación con las técnicas regionales clásicas. Por ello, consideramos esencial documentar los casos en los que se haya empleado este bloqueo de manera exitosa, con el fin de ayudar a determinar su perfil de eficacia.

#### Bibliografía:

1. Adhikary SD, et al. Erector spinae plane block as an alternative to epidural analgesia for post-operative analgesia following video-assisted thoracoscopy surgery: A case study and a literature review on the spread of local anaesthetic in the erector spinae plane. *Indian J Anaesth.* 2018;62:75-8.
2. Luis-Navarro JC, et al., Bloqueo del plano del músculo erector de la columna en 4 casos de cirugía torácica videoasistida. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 2018;65:204-8.

### P-078 INTOXICACIÓN POR FENOL TRAS BLOQUEO NEUROLÍTICO DEL GANGLIO CELIACO

**D. Bedmar Cruz, A. Cuadrado Mancy, E. Civeira, J. del Arco, A. Rincón, J. Olarra**

*Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, Fuenlabrada*

**Palabras clave:** *fenol, seguridad, celiaco.*

**Introducción:** La fenolización del ganglio celiaco es una técnica utilizada en dolor en pacientes con cáncer de cabeza de páncreas. El fenol es un agente neurolítico local muy eficaz, puede provocar complicaciones graves (1).

Presentamos un caso de administración inadvertida de sobredosis de fenol.

**Caso clínico:** Paciente varón de 45 años que acude a urgencias en tres ocasiones por dolor abdominal y náuseas sin vómitos, en agosto de 2018 los días 14, 16 y 19. Remitido a consultas de digestivo por no apreciar patología urgente y tener antecedentes de diverticulosis intestinal.

Es ingresado en el hospital por los hallazgos del TAC (diagnóstico: neoplasia en cabeza de páncreas con criterios de irresecabilidad) el día 30 de agosto de 2018 para estudio de extensión, tratamiento quimioterápico y analgésico.

**Antecedentes personales:** No alergias medicamentosas conocidas. Exfumador desde hace 4 años. No hábito enólico. Asma bronquial. Episodio pericarditis aguda autolimitado, en 2009. Síndrome de apnea-hipopnea del sueño, diagnosticado por neumología en 2014, en tratamiento con CPAP domiciliar nocturna. Actualmente no precisa. Poliposis nasal e hipertrofia de cornetes inferiores, tratada con tratamiento médico y cirugía en 2005. Seguimiento en consultas Digestivo por diverticulosis sigmoidea. Cólico renoureteral izquierdo en 2017.

El paciente presenta dolor intenso EVA 8 que llega a 10 posprandial desde hace unos dos meses. No cambios en hábito intestinal. Pérdida de peso de unos 4 kg que achaca a que no come por el dolor. El dolor es en cinturón, más intenso en hipocondrio izquierdo. No cede a analgésicos habituales ni a morfina intravenosa y parches de fentanilo (progresión rápida de opioides). En el momento de la consulta lleva un parche de 25 mcg/h y una PCA de morfina con 1 mg/ml y ha usado 27 bolos (27 mg) en las últimas 10 h. Se propone realización de neurolisis de ganglio celiaco de forma urgente y el paciente acepta y firma el CI.

El bloqueo se realiza en el quirófano de urgencias el 31 de agosto. Bajo esterilidad estricta con el paciente sedado profundamente, en prono, se administra fenol al 99,9 % diluido en suero fisiológico 10 cc y SF 30 ml administrándose 20 cc (49,95 mg) en cada lado, bajo visión radioscópica.

El paciente tras el procedimiento no despierta, presenta un quejido intermitente con movimiento lateral de la cabeza y MMSS en rigidez de descerebración. Se advierte una quemadura cutánea en el lado derecho. Se traslada a la reanimación con Glasgow 7, respiración espontánea, TA 127/83, ritmo sinusal a 76 lpm y analítica normal excepto lactacidemia 2,2. A los 30 min el paciente comienza a oler a fenol, la TA se eleva hasta 190/115 y la FC a 180 lpm. Se trata con administración intravenosa de midazolam 5 mg y labetalol 20 mg, VK 35 % 6 l/m.

Tres horas después de su llegada a reanimación el paciente conecta con el medio, presenta TA y FC normal. No presenta dolor abdominal ni olor a fenol. El paciente es dado de alta sin dolor, normotenso y normocárdico. No presentó ninguna complicación adicional posterior en los siguientes días.

El dolor abdominal reaparece, aunque de menor intensidad (EVA 6), a las 50 h del procedimiento.

El paciente es dado de alta para tratamiento quimioterápico ambulatorio con fentanilo parches 50 mcg/72 h, pregabalina 75 mg/12 h y paracetamol 1 g/8 h alterno con metamizol de rescate.

**Discusión:** El fenol se metaboliza fundamentalmente en pulmones, tracto gastrointestinal, hígado y riñones. La rapidez de la aparición y desaparición de los síntomas puede deberse a este hecho. El que solo tuviéramos toxicidad neurológica es inexplicable.

El fenol está presente en muchos productos de consumo habitual, en pastillas bucofaríngeas, colutorios etc., sin embargo, como se ve en este caso, su toxicidad potencial es alta.

La urgencia del tratamiento, en el caso presentado, hizo que el procedimiento fuera realizado en un quirófano no habitual, con personal de enfermería no habituado al procedimiento, con solo un especialista en dolor. No se realizó el protocolo adecuado de seguridad, recomendado en los procedimientos analgésicos mínimamente invasivos (2), los protocolos de seguridad tipo *check-list* solo se han implementado de forma obligatoria en procedimientos quirúrgicos.

**Conclusiones:** Presentamos un caso de daño neurológico transitorio tras exposición a sobredosis accidental de fenol en ganglio celiaco.

La seguridad del paciente debe primar sobre la urgencia del procedimiento.

Deberían realizarse medidas de seguridad tipo *check-list* en todos los procedimientos de terapia del dolor (2) de forma protocolizada.

**Conflicto de intereses:** Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. Este estudio no está financiado.

#### Bibliografía:

1. Gupta S, et al. Acute phenol poisoning. A life-threatening hazard of chronic pain relief. *Clin Toxicol.* 2009;46(3):250-3. DOI: 10.1080/15563650701438888.
2. Programas de seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

### P-079 BLOQUEO DEL PLEXO CELÍACO POR VÍA ANTERIOR ¿REGRESA, UN SIGLO DESPUÉS?

A. Álvarez Fernández, I. Fernández Villa, I. Solera Ruiz, A. Gutiérrez Fernández, A. Alonso Cardaño, F. de María Sánchez Díaz

Complejo Asistencial de León, León

**Palabras clave:** *neurolisis, celíaco, ecoguiado, dolor visceral, páncreas.*

**Introducción:** El dolor visceral que caracteriza a la pancreatitis y que se manifiesta, también, en múltiples procesos oncológicos, continúa representando un desafío clínico. Las neuronas de la vía aferente o “detectora” (sistema sensitivo visceral general simpático), tienen su soma en el ganglio raquídeo T7-T9 y proyectan sobre el asta dorsal del correspondiente nivel, donde convergen con fibras sensitivas somáticas generales, lo que justifica el patrón de dolor torácico “referido” típico. Las neuronas de la vía eferente o “ejecutora” (motor visceral general simpático preganglionar), responsables del “cortejo vegetativo” acompañante, tienen su soma en el asta intermediolateral T5-T9, acceden a la cadena simpática como ramos comunicantes blancos, atraviesan el diafragma, como nervios espláncnicos mayores, sinaptan en los ganglios celíacos y alcanzan las vísceras (sistema motor visceral general postganglionar) acompañando a los vasos sanguíneos. El plexo celíaco se localiza en las inmediaciones del tronco celíaco, en el retroperitoneo, y por él discurren las referidas fibras, tanto motoras, como sensitivas.

Kappis, en 1914, fue el primero en describir el bloqueo de este plexo, mediante el clásico abordaje posterior, por todos conocido. Curiosamente, al mismo tiempo, Wendling describió el abordaje anterior, a través del hígado, pero la técnica se consideró temeraria y rápidamente cayó en desuso, hasta que, 70 años después, resucitó, con el desarrollo de la tomografía y la ultrasonografía.

**Caso clínico:** Varón de 39 años que acude a Urgencias por cuadro de dolor sordo, intenso y difuso en región toracolumbar, acompañado de síndrome constitucional. Especifica que “ese dolor” es diferente a “su dolor neuropático habitual”.

- Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas. No hábitos tóxicos. Intervenido de hernia discal T6-T7.
- Exploración física: ictericia cutaneomucosa. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, hipocondrio y flanco derecho. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Resto anodino.
- Anamnesis: dolor de un mes de evolución, cólico, refractario a AINE.
- Evolución: se decide ingreso para estudio y tratamiento.
- Pruebas complementarias: ecoendoscopia, ecodoppler de vena esplénica, TC y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con colocación de prótesis biliar.
- Juicio clínico: adenocarcinoma de páncreas irreseccable.
- Tratamiento: citostático.

Desde el Servicio de Medicina Interna, se cursó una interconsulta a la Unidad del Dolor. Esta pautó tratamiento con fentanilo transdérmico para el dolor basal y transmucoso para el dolor irruptivo, al tiempo que programó al paciente para realizar un bloqueo neurolítico del plexo celíaco al día siguiente. Antes de realizar la técnica se administró: profilaxis antibiótica (cefazolina 2 g), analge-