

alta incidencia de canalización de vasos articulares (20 %), lo que nos hace plantearnos, ante el riesgo de la inyección intravascular de medicamentos como la triamcinolona (sin indicación i.v.), su sustitución por dexametaxona o betametaxona (con indicación i.v.) para reducir los riesgos tromboticos, de lo contrario, continuar realizando el procedimiento con la técnica radioscópica habitual o al menos con la comprobación radioscópica de la técnica ecoguiada.

Conclusiones: Si bien el bloqueo ecoguiado de la ASI es una alternativa altamente eficiente, de fácil realización y accesibilidad, hay una alta incidencia de inyección intravascular. Este hallazgo determinará el tipo de medicación a inyectar (anestésico local y corticoide) y su compatibilidad con el uso intravascular.

Bibliografía recomendada:

1. Migliore A, Bizzi E, Massafra U, Vacca F, Martin-Martin LS, Granata M, et al. A new technical contribution for ultrasound-guided injections of sacroiliac joints. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2010;14:465-9.
2. Le Goff B, Berthelot JM, Maugars Y. Ultrasound assessment of the posterior sacroiliac ligaments. *Clin Exp Rheumatol.* 2011;29:1014-7.
3. Soneji N, Bhatia A, Seib R, Tumber P, Dissanayake M, Peng PW. Comparison of fluoroscopy and ultrasound guidance for sacroiliac joint injection in patients with chronic low back pain. *Pain Pract.* 2016;16:537-44.

P-076 BLOQUEO DEL PLANO DEL MÚSCULO ERECTOR DE LA COLUMNA EN UN CASO DE TORACOSCOPIA VIDEOASISTIDA PARA BIOPSIA PLEURAL CON TALCAJE

S. Montero Caballero¹, A. Pernía Romero², C. Bolaño Pérez¹, L. B. Morales Jaquete¹, E. Meléndez Leal², I. Ramírez Ogalla²

¹Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid; ²Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz

Palabras clave: bloqueo, erector, columna, toracoscopia, regional.

Introducción: El bloqueo del plano del músculo erector de la columna (también conocido como bloqueo ESP por sus siglas en inglés *Erector Spinae Plane*) es un tipo de bloqueo interfascial donde el anestésico local se deposita en un plano entre la apófisis transversa y el músculo erector de la columna. Se ha utilizado como analgesia postoperatoria en diversos procedimientos a nivel torácico y abdominal alto de manera exitosa.

Presentamos el caso de una paciente a la que se realiza este bloqueo previo a una cirugía toracoscópica videoasistida para biopsia pleural con talcaje.

Caso clínico: Paciente de 64 años, sin alergias conocidas, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, exfumadora y trasplantada renal de más de 20 años por enfermedad renal crónica secundaria a diabetes. Con tratamiento inmunosupresor (prednisona y ciclosporina), enalapril, nevíbolol y vidagliptina. En estudio por un derrame pleural izquierdo de tipo exudado, sin origen filiado tras dos toracocentesis diagnósticas.

La tomografía computarizada evidencia derrame pleural izquierdo de moderada cuantía, con engrosamiento nodular pleural en vértice pulmonar izquierdo y lordoescoliosis dorsal. Analítica y electrocardiograma sin alteraciones.

Es derivada al Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz para realización de biopsia pleural y talcaje mediante toracoscopia videoasistida.

A su llegada a quirófano, se monitoriza a la paciente mediante electrocardiograma, pulsioximetría y presión arterial no invasiva, y se la coloca en posición de sedestación. Mediante palpación, tomando como referencia T7 correspondiente al ángulo inferior de la escápula, se localiza la apófisis espinosa de T5. Tras asepsia de la zona, se sitúa sobre ella, en sentido longitudinal, una sonda ecográfica lineal con funda estéril, deslizándola lateralmente hacia el lado izquierdo hasta evidenciar la apófisis transversa. Se realiza punción en plano con aguja de Tuohy 18 G en sentido craneocaudal, inyectando, tras contactar con la apófisis transversa, 17 ml de levobupivacaína 0,5 %. Se visualiza con éxito la hidrodisección del plano fascial.

Tras el bloqueo, se coloca a la paciente en decúbito supino, con posterior inducción de anestesia general. El mantenimiento de la anestesia se realiza con infusión continua de remifentanilo a 0,2 mcg/kg/min y de propofol guiada mediante monitor de profundidad anestésica (Conox[®], Mataró, España).

La intervención quirúrgica transcurre sin incidencias y, previo al cierre, los cirujanos torácicos infiltran 2 ml de levobupivacaína 0,5 % en cada espacio intercostal de T3 a T6.

En la Unidad de Recuperación Post-Anestésica se conecta un infusor continuo intravenoso de metamizol, con duración de 24 h según protocolo del centro. Se valora el dolor postoperatorio mediante Escala Visual Analógica a las 12 y 24 h tras la intervención, que muestra valores inferiores a 5/10. La paciente es dada de alta a su domicilio un día después de la intervención.

Discusión: El manejo del dolor postoperatorio en cirugía torácica es complejo porque suele ser difícil de controlar incluso con incisiones de pequeño tamaño como las que se realizan en procedimientos videoasistidos. Su tratamiento clásico consiste en administración de opioides orales y parenterales, pudiendo complementarse con bloqueo epidural torácico o paravertebral (1). Sin embargo, la realización de estos procedimientos no siempre es posible (2).

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 domiciliaria 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.