

por Manchikanti y cols. (2), que sí observan una reducción del dolor y una mejora funcional estadísticamente significativas, aunque en nuestro estudio, la disminución del dolor no es tan prolongada (periodos inferiores a un mes en EVA y apenas nada en Oswestry) y la significación clínica no es tan importante. Es posible que los criterios empleados por Parr y cols. sean excesivamente exigentes, y que mejoras de menor cuantía de 2 puntos en la escala del dolor sean bien percibidas por los pacientes. No encontramos una explicación consistente a la menor efectividad conseguida en nuestro estudio con esta técnica, aunque probablemente se deba al diferente contexto de nuestro estudio, respecto a otros estudios realizados en EE. UU., de los pacientes atendidos, de los recursos empleados y de la atención sanitaria en general.

Bibliografía:

1. Parr AT, Manchikanti L, Hameed H, Conn A, Manchikanti K, Benyamin RM, et al. Caudal epidural injections in the management of chronic low back pain: A systematic appraisal of the literature. *Pain Physician*. 2012;15:159-98.
2. Manchikanti L, Singh V, Cash KA, Pampati V, Damron KS, Boswell MV. A randomized, controlled, double-blind trial of fluoroscopic caudal epidural injections in the treatment of lumbar disc herniation and radiculitis. *Spine*. 2011;36:1897-905.

P-075 FRECUENCIA DE LA CANALIZACIÓN INTRAVASCULAR NO DESEADA EN EL BLOQUEO ECOGUIADO DE LA ARTICULACIÓN SACROILÍACA (ASI)

C. A. Jaramillo Tascón, M. A. Puebla Martín, M. A. Ramírez Huranga, A. Estuardo Plasencia Ezaine, J. Hernán Calle Ochoa, I. V. de la Rocha Vedia

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real

Palabras clave: articulación sacroilíaca, ecografía, eficiencia, intravascular.

Introducción: Tradicionalmente el bloqueo de la articulación sacroilíaca (ASI) se ha realizado guiado por rayos X. Pero, con el auge de la ecografía, actualmente una gran cantidad de autores describen esta como una alternativa eficaz y eficiente, con ventajas como la versatilidad de los equipos, lo dinámico de las imágenes, el control de la aguja en tiempo real y la ausencia de exposición a radiaciones ionizantes para el paciente y el personal sanitario.

Sin embargo, se plantean interrogantes en cuanto a la seguridad en la difusión del medicamento administrado al no contar con un medio de contraste que confirme su administración en el sitio deseado.

Objetivo: Conocer la frecuencia de la canalización intravascular no deseada al realizar un bloqueo de la articulación sacroilíaca guiado por ecografía.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Durante un periodo de 4 meses y mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple (nivel de confianza del 90 % y error muestral del 10 %), se reclutaron un total de 110 ASI, en pacientes de la consulta de dolor, diagnosticados de disfunción de la ASI. A todos ellos se les informó del estudio, firmaron el consentimiento informado y se les programó para la infiltración de la ASI con corticoide y anestésico local. Todos los procedimientos fueron realizados por el mismo facultativo, el mismo equipo de ultrasonido y de fluoroscopia. Se realizó la canalización ecoguiada de la ASI según técnica y protocolo habitual, utilizando una sonda convex y una aguja 22 G (se curvó la punta previamente). Previa comprobación de ausencia de retorno vascular tras aspiración se inyectó 1 ml de medio de contraste yodado y se realizó la comprobación por fluoroscopia.

Resultados: Se infiltró un total de 110 articulaciones sacroilíacas con guía ecográfica (derecha 44 %, izquierda 56 %). Se confirmó la correcta canalización ecoguiada de la ASI en el 98 % de los casos mediante su comprobación fluoroscópica tras la administración de contraste yodado. Se detectó la canalización intravascular no deseada de venas intraarticulares en el 20 % de los casos a pesar de una aspiración previa negativa, sin encontrarse diferencias en cuanto a sexo, edad o lateralidad.

Discusión: La prevalencia de la lumbalgia en la población española adulta es de un 60-80 % (más frecuente en mujeres de más de 60 años). En un tercio de los pacientes puede generar gran limitación funcional con el respectivo impacto negativo en su entorno sociofamiliar y generando aproximadamente 2 millones de consultas/año en atención primaria. Es una de las primeras causas de baja laboral en España y en todo el mundo occidental, siendo un motivo muy frecuente de incapacidad y de dolor crónico.

El dolor lumbar no es una enfermedad simple, sino un conjunto de condiciones patológicas que pueden dar lugar a dolor en esa zona y entre el 16-30 % está en relación con disfunción sacroilíaca y el 5-15 %.

La infiltración de la articulación SI con anestésico local y corticosteroides puede proporcionar un buen alivio del dolor por periodos de hasta 1 año. Con una reducción significativa del dolor en el 86, 62 y 58 % de los casos a 1, 3 y 6 meses, respectivamente.

Soneji y cols. confirmaron que la infiltración ecoguiada de la articulación SI, con confirmación radioscópica posterior tiene una precisión y eficacia similares al uso de la radioscópica únicamente en pacientes con dolor lumbar crónico secundario a la osteoartritis de SI.

En el trabajo que desarrollamos encontramos una alta precisión en la canalización de las ASI (98 %), pero con una

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, toracoscopía, 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, nevigolol 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 toracoscopía 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).