

Success of erector spine plane block in emergency breast surgery for hematoma in a patient with a full stomach: report of two cases

<https://doi.org/10.25237/congreso-2024-011>

Tipo de Trabajo

Caso Clínico

Autores

Sharon Polett Gómez Luna

Antonio Covarrubias Vela

Centro Médico ABC, CDMX, México.

Introducción

El bloqueo del erector espinal es una técnica de bloqueo regional relativamente nueva que se ha utilizado cada vez más para proporcionar analgesia en cirugías de mama y otras cirugías

torácicas. La mamoplastia de aumento es una de las cirugías plásticas más comunes, con cerca de dos millones de procedimientos por año en el mundo. La inserción de las prótesis puede ser subglandular o submuscular, y causa dolor posoperatorio debido a la disección quirúrgica, el daño a los músculos y la expansión de los tejidos.

Antecedentes y hallazgos clínicos

Se han utilizado diferentes tipos de bloqueos regionales para la cirugía de mama, entre ellos los bloqueos epidurales torácicos, paravertebrales (BPV), del plano erector espinal (ESP), retrolaminar, pectorales (PEC I y II) y del plano del serrato, así como la infiltración local tumescente. La inervación de la mama es compleja¹⁰ y dependiendo del tipo de cirugía a realizar se tendrá que planear el o los tipos de bloqueos para cada caso en particular.

Calendario (cronología)

En este reporte de caso se describe el uso exitoso del bloqueo del erector espinal en dos pacientes que requirieron cirugía de urgencia debido a hematomas mamarios, en presencia de estómago lleno.

Paciente ingresa a urgencias Planeación de intervención quirúrgica y recabar consentimientos informados. Ingreso a quirófano

Sedoanalgesia, puntas nasales de oxígeno y bloqueos regionales ESP bilateral. Tiempo quirúrgico. Área de recuperación y alta a piso de hospitalización. Egreso hospitalario a las 12 horas postquirúrgicas

Plan anestésico

Sedoanalgésia y bloqueo erector de la espina bilateral torácico.

Se realiza bloqueo erector espinal a nivel de T5 izquierdo guiado por ultrasonido, previa asepsia y antisepsia de la región torácica. Se coloca un transductor lineal a nivel de T5 y se realiza un habón local con aguja hipodérmica de 22 G con lidocaína al 1% 3 cc. Posteriormente se introduce una aguja Stimuplex® 100 mm y se administra ropivacaína al 0.5% 112.5 mg (22.5 cc)

más 4 mg de dexametasona como adyuvante, sin datos de intoxicación por anestésico local, dando histéresis farmacológica de 15 minutos.



Discusión y Conclusiones

En pacientes con estómago lleno, el bloqueo del erector espinal podría ser una técnica de anestesia regional efectiva y segura para proporcionar analgesia intraoperatoria y posoperatoria, evitando los riesgos asociados con la intubación endotraqueal y la anestesia general. Para el bloqueo ESP reportan muy pocos casos de neumotórax y priapismo, por su localización anatómica. El bloqueo ESP ha mostrado menor eficacia en el control de dolor comparado con los bloques PEC, pero todos los estudios coinciden en la practicidad y la seguridad para la ejecución de este bloqueo.

Contacto

Nombre: Sharon Gómez

Correo electrónico: sharon09.gl@gmail.com / sharon09.gl@outlook.com