

¿Es imprescindible la ecografía para analgesia regional en cirugía de mama? técnica alternativa

Ricardo Cea Sanhueza^{1,2}, Michelle Jaspard², Karina Bustos², Fernanda Bastías², Cristian Aguilera²

Introducción: La cirugía de mama es de alta prevalencia, con elevadas tasas de dolor agudo y crónico. Los bloqueos interfasciales han demostrado ser efectivos, constituyéndose en alternativa a técnicas más complejas y no exentas de complicaciones graves, como la epidural torácica o bloqueo paravertebral. El bloqueo BRILMA (bloqueo de ramas intercostales en línea medioaxilar) Ecoguiado está descrito en la literatura, pero no ha sido ampliamente replicado al tratarse de una técnica de complejidad media, que requiere experiencia en ultrasonido, ya que no siempre es posible la visualización de toda la aguja en plano, pudiendo darse el fenómeno de “falsa punta” por alineación deficiente al plano. Así la aguja puede encontrarse más profunda de lo apreciado, eventualmente lesionando la pleura. Requiere además transductores de alta frecuencia, agujas ecorrefringentes, mangas ecográficas y gel estéril, que representan un alto costo. Asimismo la preparación y realización de la técnica ultrasónica requieren un tiempo siempre escaso en pabellones de alta demanda.

Objetivo: Demostrar que es posible realizar un bloqueo BRILMA prescindiendo de guía ultrasónica, al ser muy fácil alcanzar el mismo plano anatómico (entre serrato e intercostal externo) palpando la costilla y los espacios intercostales adyacentes.

Método: Se presentan 14 casos de pacientes sometidas a cirugía de mama, en los cuales terminada la cirugía y previa educación de anestesia general, se realizó infiltración del plano supracostal. Para ello se realizó lateralización parcial y extensión del brazo en

abducción para exponer las costillas y espacios intercostales, se realizó palpación de ambas referencias anatómicas y se procedió a insertar aguja de bisel corto 23 G hasta contactar con el plano costal, con posterior aspiración e infiltración de 20 ml de bupivacaína al 0,25%. Finalmente se chequeó la hidrodissección del plano supracostal mediante ecografía.

Resultados: En todos los casos se consiguió la palpación de la costilla escogida y los espacios intercostales adyacentes. Se realizó punción e infiltración del plano deseado, lo que se constató en forma inmediata por ultrasonido sin complicaciones asociadas al procedimiento. La analgesia alcanzada fue satisfactoria.

Conclusiones: Debido a las altas tasas de dolor agudo y crónico que muestra la cirugía de mama, es deseable la expansión del uso de analgesia regional. Creemos que la modificación descrita para la técnica Brilma es una alternativa ventajosa en este sentido, ya que se trata de una técnica sencilla, rápida, que no requiere elementos costosos y que, por sobre todo, puede ser reproducida por anestesiólogos sin experiencia en ultrasonido. Esto pudiera extender la analgesia regional a pacientes que no la reciben actualmente. Esta modificación posibilita además la utilización de cualquier espacio intercostal, lo que puede ser imposible bajo ecografía, ya que un transductor lineal muestra varias costillas simultáneamente, pero su ancho puede impedir la punción en alguna de ellas, especialmente las más cefálicas. La reducción del costo de la técnica también es considerable, de \$ 36.000 a \$ 1.600 aproximadamente.

¹ Anestesiología. Chile.

² Hospital Temuco. Chile.