

## Bloqueo ecoguiados para cirugía de artroplastia de ligamentos cruzados anterior

Canaan KR.<sup>1</sup>, Salazar CH.<sup>2</sup>, Nannini F.<sup>1</sup>, Estelrich G.<sup>3</sup>

1 Hospital Lagomaggiore, Mendoza, Argentina.

2 Hospital de Figueres, Figueres, España.

3 Hospital Notti, Mendoza, Argentina.

**Introducción:** La cirugía de rodilla es una de los procedimientos más frecuentes en el área de la traumatología, siendo que puede ser con fines diagnósticos o terapéuticos, por lo cual la anestesia y analgesia son uno de los pilares más importantes debido a que las cirugías de mediana u alta complejidad se asocian con un dolor postoperatorio de moderado a severo que pueden contribuir a complicaciones relacionadas con la inmovilidad, retraso en el alta hospitalaria e interferir con los resultados funcionales. Por tanto un adecuado alivio del dolor en el posoperatorio inmediato permite comenzar la movilidad precoz e iniciar fisioterapia, entonces el manejo del dolor es primordial ya que sus resultados afectan sobre los costos asistenciales y la estancia hospitalaria.

**Caso clínico:** Paciente de 29 años, peso 93 kg, altura de 1,71 metros sin antecedentes clínicos relevantes que concurre a la sala de quirófanos para realizar una artroplastia de ligamento cruzado anterior derecho por vía artroscópica. ECG: sinusal 74 lpm, trazado normal. Radiografía de tórax: normal sin otras particularidades. En la sala de pre anestesia se coloca en el miembro superior izquierdo, vía periférica un abocath N°18 y se administra 1 g de Cefazolina. El paciente desea recibir anestesia regional pero solicitando también anestesia general a la hora de realizar dichos procedimientos. Ingresa a quirófano se constatan los siguientes signos vitales FC: 86 lpm, TA = 142/83, SAT O = 97%, se realiza preoxigenación con FIO<sub>2</sub> = 1, administra 100 mg de lidocaína, 100 mcg de fentanilo, 170 mg de propofol, coloca Mascarilla laríngea N°5 y mantiene por ventilación mecánica, modo volumen, VT = 450 ml, FR = 15, TI:TE = 1/2, PEEP = 5 manteniendo al paciente con 1 CAM sevoflurano con FGF de 2 litros, se procede a desinfectar cara lateral, anterior, interna del muslo con iodopovidona, bajo técnica de asepsia se aísla sonda lineal, se utiliza aguja de 100 mm ecocorefringente se procede a realizar bloqueo del nervio femoral con mepivacaina 1% (7,5 ml) y bupivacaina 0,37% (7,5 ml), continuo con bloqueo del nervio obturador mepivacaina 1% (5 ml) y bupivacaina 0,5% (5 ml) y por último se utilizó sonda convexa, se aisló bajo las mismas técnicas de asepsia, permitiendo bloqueo del nervio ciático por cara anterior utilizando bupivacaina 0,37% (20 ml). Permaneciendo sin complicaciones en el acto quirúrgico, se extuba, permanece en sala de recuperación sin dolor y se da el alta en las siguientes 8 horas, acompañado de AINES.

**Comentarios y Discusión:** Actualmente son muchas las técnicas de anestesia regional a utilizar, teniendo en cuenta que una de estas es el bloqueo de la capsula posterior o las infiltraciones intraarticulares con opioides

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.100>