

Ferrazzano F¹, Tajan LT¹, de Esteban S¹, Bradley D¹, Mir de Miguel F¹, Abrego D², Polliotto SD², Tusman G¹, Acosta CM¹.

¹Servicio de Anestesiología; ²Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Argentina

1. Introducción

La analgesia postoperatoria para cirugía de pectus excavatum vía toracoscópica con barra de Nuss constituye un desafío. Si bien la analgesia epidural torácica continua es la técnica de elección para el control del dolor, esta conlleva potencial riesgo de complicaciones neurológicas. En los últimos años los bloqueos interfasciales y la crioanalgesia intraoperatoria han ofrecido una nueva alternativa terapéutica que podrían reducir el consumo de analgésicos y estancia hospitalaria. Son escasos los reportes de la utilización de crioanalgesia percutánea ecoguiada con sonda de alta frecuencia, el cual podría disminuir potenciales lesiones neurológicas. En el presente estudio describiremos nuestra experiencia en el tratamiento del dolor postoperatorio en cirugía de pectus excavatum vía toracoscópica utilizando bloqueo erector espinal ecoguiado (BEEE) asociado a crioanalgesia percutánea ecoguiada (CAPE) intraoperatoria.

2. Método

Estudio retrospectivo en adolescentes programados para cirugía de pectus excavatum vía toracoscópica tratados con BEEE y CAPE bilateral. BEEE se realizó con sonda lineal 8-16 MHz (MyLab Gamma, Esaote, Genova, Italy) a nivel T4-T5 con ropivacaína 0.30% + clonidina 50µg, 15-20 ml (0.4ml/kg) + 4mg dexametasona endovenosa. Utilizando la misma sonda se aplicó una criosonda (Cryo-S; Metrum Cryoflex, Warsaw, Poland) percutánea ecoguiada, de manera bilateral, a -70°C bajo visión toracoscópica durante 3 minutos del 3 al 9 espacio intercostal, *Figura 1*. El protocolo de analgesia postoperatoria se basó en diclofenac y paracetamol asociado a bomba PCA (patient-controlled-analgesia) morfina: bolos de 2 mg. Se evaluó el dolor mediante escala visual análoga (EVA) pasivo / activo, requerimientos de opioides y tiempo de internación.

3. Resultados

Se incluyeron seis pacientes para reparación de pectus excavatum tratados con BEEE y CAPE bilateral. No se reportaron complicaciones asociadas al BEEE ni a la CAPE. El consumo de opioides y score EVA pasivo/activo promedio en las primeras 48 horas fue de 4.3 mg, y 2/4 respectivamente. El tiempo promedio para el alta fue de 4.5 días. Todos los pacientes presentaron un control satisfactorio del dolor al momento del alta recibiendo paracetamol como analgésico. Loa principales resultados están representados en la *Tabla 1*.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes y datos de analgesia postoperatoria.

Pacientes	Edad	Sexo	IMC	Nro. Barras	EVA P/A 24-48HS		PCA Morfina mg 1° día (mg/kg)	PCA Morfina mg 2° día (mg/kg)	Efectos colaterales	Consumo total morfina en 48 hs (mg)	Días internación
1	16	M	18.1	2	0 / 3	0 / 0	6 (0.1)	6 (0.1)	NO	12	5
2	14	F	21.6	2	5 / 7	4 / 5	2 (0.04)	4 (0.08)	NO	6	5
3	17	M	20.4	2	1 / 4	1 / 3	12 (0.2)	4 (0.06)	NO	16	4
4	14	M	16	3	2 / 7	1 / 5	8 (0.15)	10 (0.19)	NO	18	4
5	15	M	16.6	2	2 / 3	2 / 4	6 (0.13)	0	NO	6	4
6	15	M	15.2	1	5 / 10	5 / 7	8 (0.17)	2 (0.04)	NO	10	6

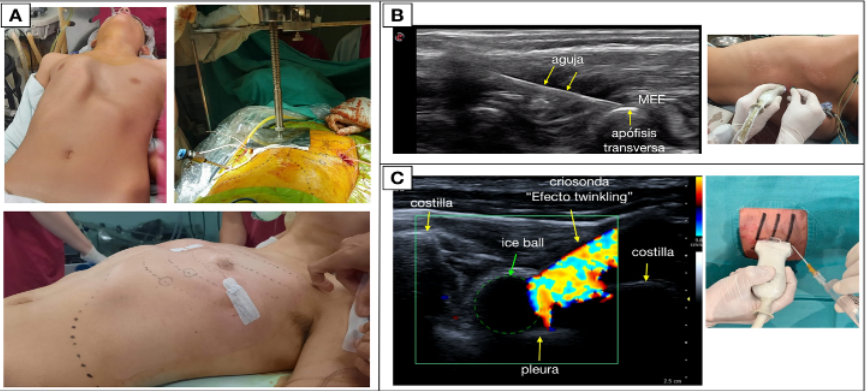


Figura 1. A: Paciente de 14 años con pectus carinatum/ excavatum, fotografías pre, intra y postoperatorio. B – C: Imágenes ecográficas obtenidas con sonda lineal alta frecuencia. B: Bloqueo músculo erector espinal (MEE) ecoguiado, “punción en plano”. C: Crioanalgesia percutánea ecoguiada, Doppler color permite la visualización del efecto twinkling y artefacto “ice ball”.

4. Conclusiones

La analgesia postoperatoria utilizando BEEE asociado a CAPE bilateral permitió un adecuado control del dolor en todos los pacientes, asociado a un alta temprana. Son necesarios estudios prospectivos para definir riesgos y beneficios de la asociación de estas técnicas.