



#00002101

Bloqueo continuo paravertebral ecoguiado en paciente con múltiples fracturas costales, a propósito de un caso

Foti Muñoz CA*, Jordan RM*, Eduardo L*, Moreno NG*, Capmourteres E*

*Hospital General de Agudos Parmenio Piñero, CABA, Argentina

PALABRAS CLAVE

Bloqueo paravertebral, fracturas costales, tratamiento del dolor

METODOS

Presentar una alternativa en el manejo del dolor de un paciente críticamente enfermo internado en UTI.

INTRODUCCION

Las fracturas costales son lesiones comunes, estando presentes en el 10 % de los pacientes con trauma cerrado de tórax.¹ El dolor que provocan limita el movimiento de la pared torácica, dando como resultado una reducción de los volúmenes corrientes y la incapacidad de toser eficazmente, reteniendo esputo y generando atelectasias lo que aumenta la probabilidad de neumonías y requerimiento de asistencia mecánica respiratoria. La importancia de una adecuada analgesia radica en reducir estas complicaciones y así la estancia hospitalaria.³

El Bloqueo paravertebral torácico produce un bloqueo nervioso ipsilateral, segmentario, somático y simpático en dermatomas torácicos contiguos⁴ y se ha utilizado para el manejo de fracturas costales. Permite realizar una punción habitualmente más alejada del foco de lesión y la colocación de un catéter con infusión continua de anestésicos locales y opioides posibilitando una analgesia adecuada y titulable.³

RESULTADO

Paciente de 51 años, que ingresa por politraumatismo, fractura de 4ta a 11va costillas derechas secundario a caída de altura. Presenta hipoventilación en base derecha, saturación 93% (0.21) Ta 130 / 70, se coloca oxígeno suplementario y tubo de avenamiento pleural derecho. Al 4 día evoluciona con dolor 10/10, mala mecánica ventilatoria, desaturación requiriendo asistencia respiratoria mecánica. En UTI evoluciona con excitación psicomotriz, hipertensión y taquicardia al disminuir sedo-analgésia para destete, lo interpretan como dolor por lo que realizan interconsulta al servicio de anestesiología.

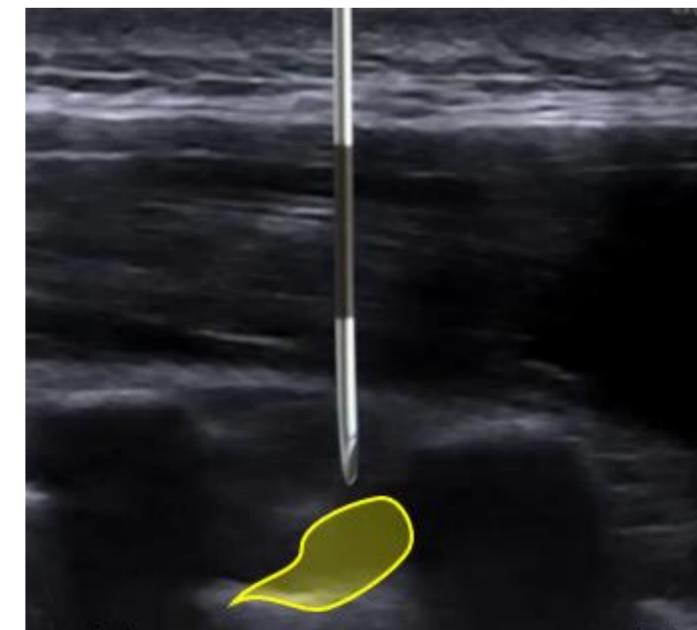
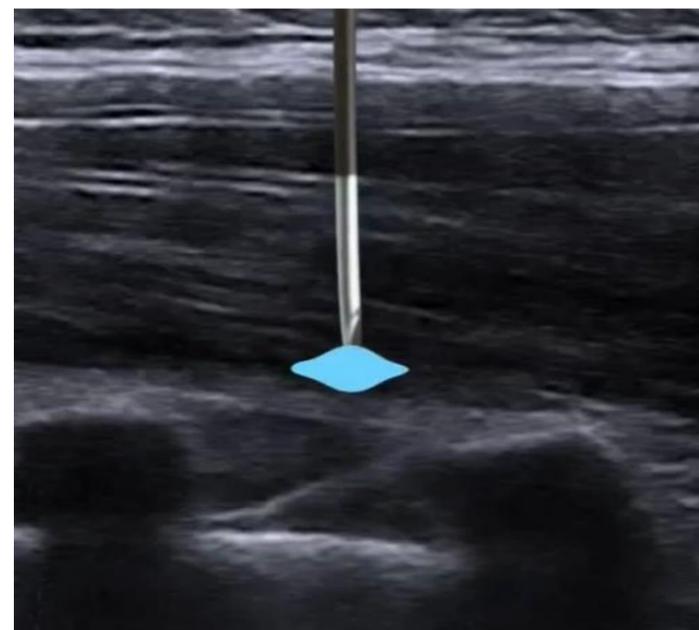
Se realiza bloqueo paravertebral ecoguiado fuera de plano², se inyecta bolo de 5 cc. de lidocaína 1% a nivel de T5-T6 previa hidrolocalización y se coloca catéter tunelizado a nivel de T7-T8. Se deja infusión de bupivacaína 0,125% más fentanilo 2mcg/ml a 7 ml/h.⁵

Paciente no presenta mejoría clínica con lo cual se decide realizar un nuevo bolo de 5 ml de lidocaína 2% y aumento de la infusión a 10 ml/hr. Evoluciona favorablemente, hemodinámicamente estable ante la disminución de la sedo-analgésia endovenosa y se extuba al 4° día del bloqueo con dolor 2/10.

Al 5° día se retira catéter sin complicaciones.

DISCUSION

El bloqueo nervioso paravertebral torácico continuo enriquece el manejo médico del paciente politraumatizado, disminuye el consumo de opioides ofreciendo un control analgésico óptimo, con menor incidencia de complicaciones pulmonares en comparación con opioides sistémicos y permite una extubación precoz.



1. Mohta M, Verma P, Saxena AK, Sethi AK, Tyagi A, Girotra G. Prospective, Randomized Comparison of Continuous Thoracic Epidural and Thoracic Paravertebral Infusion in Patients With Unilateral Multiple Fractured Ribs—A Pilot Study. *J Trauma Inj Infect Crit Care*
2. Krediet AC, Moayeri N, van Geffen GJ, Bruhn J, Renes S, Bigeleisen PE, Groen GJ. Different Approaches to Ultrasound-guided Thoracic Paravertebral Block: An Illustrated Review. *Anesthesiology*. 2015 Aug;123(2):459-74. doi: 10.1097/ALN.0000000000000747. PMID: 26083767.
3. revistasanitariadeinvestigacion.com/tecnic-regional-en-fracturas-de-costillas-a-proposito-de-un-caso
4. BLOQUEO PARAVERTEBRAL TORÁCICO *Rev Chil Anest* Vol. 40 Núm. 3 pp. 263-271
5. Regional Anesthesiology and Acute Pain Medicina www.youtube.com/watch?v=su7ju34mOBM&t=338s