

## Bloqueo ciático posterior

Dra. Carolina-Sosa

\* Médico adscrito. Hospital General Mérida ISSSTE

Los bloqueos de nervios periféricos han ganado popularidad como manejo anestésico en procedimientos que envuelven el miembro inferior como complemento de la anestesia general o como una alternativa al bloqueo neuroaxial<sup>(1)</sup>. Comienzan a ser cada vez más frecuentes como analgesia postoperatoria en cirugía ambulatoria debido a su favorable recuperación<sup>(2)</sup>.

El bloqueo del nervio ciático puede ser usado para proveer de analgesia perioperatoria para cirugía de cadera tobillo y pie y es particularmente útil en proveer analgesia en amputación de miembros inferiores, especialmente cuando se utilizan técnicas con catéter continuo. El bloqueo continuo del nervio ciático usando catéteres perineurales ha sido descrito para muchos de los abordajes<sup>(3)</sup>. Pueden ser utilizados en diversas situaciones, para prolongar el tiempo de acción del anestésico local y cada vez más pacientes son enviados a casa con catéteres y bombas de infusión<sup>(2)</sup>. Son pocas las complicaciones; sin embargo, se han reportado sangrado local y formación de hematomas extensos en pacientes con catéter, quienes recibieron heparina de bajo peso molecular el primer día del postoperatorio. Éstos se resuelven con manejo conservador<sup>(1)</sup>.

El plexo sacro inicia en la superficie anterior lateral del sacro y forma el nervio ciático, el cual sale de la pelvis a través del agujero ciático por debajo del borde inferior del músculo piramidal de la pelvis, viaja entre el trocánter mayor del fémur y la tuberosidad isquiática y se hace superficial en el borde inferior del músculo glúteo mayor. Se compone del nervio tibial y peroneo común cada uno con su propio epineuro, rodeado por una vaina paraneural común<sup>(2)</sup>. De manera típica la división de las dos ramas terminales ocurre aproximadamente 6.6 cm proximal al pliegue poplíteo, la división puede ocurrir a cualquier nivel por debajo del agujero ciático mayor, estas divisiones tan altas podrían causar un bloqueo fallido o incompleto si no se reconocen<sup>(1)</sup>.

Inerva los músculos isquiotibiales y toda la pierna por debajo de la rodilla, a excepción de la sensibilidad de la cara

medial suministrada por el nervio safeno. El nervio cutáneo posterior del muslo sale de la pelvis con el nervio ciático antes de pasar posteriormente para dar sensibilidad a la cara posterior del muslo<sup>(3)</sup>.

Se han propuesto varios abordajes para el bloqueo del nervio ciático. Labat, en su vía clásica o abordaje posterior, coloca al paciente en posición de Sim. Se traza una línea entre la cara superior del trocánter mayor del fémur hasta la espina ilíaca posterosuperior, esta línea coincide con el límite superior del músculo piramidal y con el límite superior del agujero sacrociático o escotadura ciática. A 3 cm por debajo del punto medio de esta línea en su perpendicular encontraremos el punto de inyección, que a su vez pertenecerá a la línea que uniría el trocánter mayor con un punto situado 1-2 cm por debajo del cuerno sacro. Se introduce una aguja de 100 a 150 mm de longitud y calibre 22 G, perpendicular a la piel, se atraviesa el glúteo mayor, observando la flexión plantar y dorsal del pie respectivamente, la profundidad aproximada se sitúa en 6-8 cm, se inyecta un volumen entre 15 y 20 mL de anestésico local.

El bloqueo del nervio ciático guiado por ultrasonido ha ido ganando popularidad rápidamente, han sido descritas técnicas tanto en adultos como en niños. Usando el ultrasonido, el nervio ciático puede ser identificado y seguido en tiempo real usando un abordaje posterior<sup>(3)</sup>. En el glúteo, el plexo sacro ya se ha desplegado en sus diferentes ramas. Únicamente el nervio ciático, el cutáneo femoral posterior y probablemente el nervio glúteo inferior pueden ser bloqueados con confianza con este abordaje. El nervio glúteo superior y el nervio del músculo cuadrado femoral no son bloqueados. Este abordaje es más seguro que el abordaje parasacro, el cual tiene mayor riesgo de punción de la arteria glútea inferior.

El paciente es colocado en posición de Sim, con un transductor curvo de baja frecuencia se localiza el trocánter mayor lateralmente, la tuberosidad isquiática medialmente y

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

el músculo glúteo mayor superficialmente. El nervio ciático se localiza debajo del músculo a mitad de distancia entre el trocánter mayor y la tuberosidad isquiática. El transductor se puede mover a lo largo del surco formado entre el tendón de la corva y el músculo vasto lateral<sup>(4,5)</sup>.

El bloqueo del nervio ciático, en pocos procedimientos quirúrgicos, puede realizarse como técnica única, pero en combinación con otros bloqueos pueden dar anestesia total para la extremidad inferior. La combinación bloqueo

del compartimento del psoas-bloqueo del nervio ciático es una técnica usada para proveer de una adecuada anestesia quirúrgica de la extremidad inferior durante la osteosíntesis de una fractura de cadera, este tipo de bloqueo se asocia a menor bloqueo simpático y vasodilatación<sup>(2)</sup>. La anestesia regional guiada por ultrasonido resulta en un inicio de acción más rápido, aumenta la tasa de éxito y reduce el tiempo de realización del bloqueo cuando se compara con otras técnicas<sup>(1)</sup>.

## REFERENCIAS

1. Vadi MG, Patel N, Stiegler MP. Local anesthetic systemic toxicity after combined psoas compartment-sciatic nerve block: analysis of decision factors and diagnostic delay. *Anesthesiology*. 2014;120:987-996.
2. Hadzic, et al. Lower extremity nerve blocks. [Internet] Available in: ASA. [www.asa-refresher.com](http://www.asa-refresher.com).
3. Murray JM, et al. Lower limb blocks. *Anesthesia*. 2010;65:57-66.
4. New York School of Regional Anesthesia. Hadzic's peripheral nerve blocks and anatomy for ultrasound-guided regional anesthesia. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Professional; 2012.
5. Ghisia D, Delaunayb L, Fanellic A. Use of ultrasound for lower extremity block. *Curr Opin Anesthesiol*. 2014;27:528-537.