

Nuevas técnicas interfasciales, ¿qué debo considerar?

Dra. Judith Vianey Acosta-Violante*

* Anestesióloga Regionalista. Sanatorio Durango.

En los últimos cinco años, la anestesia regional ha explorado otro tipo de abordajes guiados por ultrasonidos un tanto distintos a los colocados de manera clásica, en los cuáles el objetivo es la visualización del nervio objetivo para así bañarlo con anestésico local; como ejemplo, un bloque de nervio femoral, ciático, interescalénico, etc. Las técnicas interfasciales tienen en común que la visualización del nervio objetivo es difícil por el calibre del mismo, que no se encuentran sobre estructuras vasculares de referencia guía como en la mayoría de los clásicos y que la adecuada colocación del mismo depende no sólo de la adecuada colocación de la aguja en el objetivo, sino que son técnicas donde el volumen de anestésico local influye de manera determinante para el éxito del bloqueo puesto que tiene que «disecar», digamos, las estructuras anatómicas, separar las fascias objetivo por las cuales sabemos con bases anatómicas que corren los nervios objetivo o «target».

Ejemplos de estas técnicas son el bloqueo transversal del abdomen (TAP), bloqueo interpectoral (PECS), bloqueo de serrato-intercostal (BRILMA), bloqueo erector de la espina (ESP)⁽¹⁾, que han surgido desde 2012 hasta 2016 siendo técnicas recientes, en boga, todos ellos de carácter analgésico (hay que aclarar) y que cuentan día a día con más reportes de caso, ensayos, publicaciones con carácter satisfactorio en la literatura médica que los respaldan y le dan peso a la aplicación de los mismos⁽²⁾.

Estas líneas no tienen el objetivo de describir las indicaciones, técnica de bloqueo o la anatomía de los abordajes interfasciales, sino aclarar y poner en la mesa cuáles podrían ser las causas más frecuentes a considerar para que cuando usted realice el procedimiento no lo catalogue como fallido y le cause desconfianza al colocarlo en otra ocasión, puesto que los beneficios de la correcta aplicación de estas técnicas son vastas.

Entre los errores más comunes existe la falta del estudio anatómico completo; ejemplo, el querer colocar un bloqueo PEC I para cirugía en axila, o querer colocar un bloqueo de serrato para cirugía mamaria. Esto nos habla del déficit

de conocimiento anatómico que, si bien en los artículos no podría venir descrito, si es necesario revisar a detalle para conocer los ramos nerviosos a bloquear, qué estructuras inervan, entre qué músculos se sitúan para saber entre qué fascias musculares colocar el anestésico y cuáles son las indicaciones del bloqueo.

Otro error a considerar es la inadecuada visualización de la aguja en la pantalla, lo que, como en todos los abordajes, lleva a la falla y a potenciales complicaciones; recordemos que, siendo en cavidad torácica y abdominal, será siempre importante la vigilancia continua ya sea de la pleura o del peritoneo, esto nos habla de la falta de destreza del operador para la coordinación mano-ojo requerida en las técnicas ecoguiadas y deberá complementar una curva de aprendizaje ya sea en *phantoms* o en cadáver hasta adquirir la destreza necesaria que le dará seguridad al paciente y al operador, descartando el miedo como un factor para no realizar anestesia regional en el paciente.

Otro aspecto a considerar es que, aun dominando lo anterior, al momento de administrar el anestésico local, los volúmenes son inadecuados; es importante tener en mente que los abordajes interfasciales son dependientes de volumen, por lo que, aun teniendo éxito en la técnica dejando poco volumen, será fallido el bloqueo, lo cual deberá llevar al operador a una revisión acerca de las necesidades de cada paciente por individual desde la dosis máxima (mg/kg) de anestésico que puede utilizar a la dilución que necesite para la técnica; si estos bloqueos son bilaterales, considerar el volumen para no caer en toxicidad (LAST), así como tener lo necesario para tratar las complicaciones en caso de presentarse.

Actualmente, existen muy pocos reportes en la literatura de complicaciones, existe neumotórax⁽³⁾, por ejemplo; sin embargo, siendo técnicas en auge en estos momentos, las complicaciones no están siendo buscadas intencionalmente, no están siendo reportadas o simplemente se reportan como bloqueo fallido o insuficiente sin indagar en la causa para catalogarlo así⁽⁴⁾.

REFERENCIAS

1. Ivanusic J, Konishi Y, Barrington MJ. A cadaveric study investigating the mechanism of action of erector spinae blockade. *Reg Anesth Pain Med.* 2016;41:621-627.
2. Hironobu U, Hiroshi O. Limitations of the Erector Spinae Plane (ESP) block for radical mastectomy. *J Clin Anest.* 2018;51:97.
3. Ueshima H. Pneumothorax after the erector spinae plane block. *J Clin Anesth.* 2018;48:12.
4. Cros J, et al. Pectoral I block does not improve postoperative analgesia after breast cancer surgery a randomized, double-blind, dual-centered controlled trial. *Reg Anesth Pain Med.* 2018;43:596-604.