

#### ARTÍCULO ORIGINAL:

Forero M, Adhikary SD, Lopez H, Tsui C, Chin KJ. The erector spinae plane block. A novel analgesic technique in thoracic neuropathic pain. *Reg Anesth Pain Med.* 2016;41:621-7

#### REVISOR:

Vera García García. MIR 2 Anestesiología. Hospital Universitario San Juan de Alicante.

#### RESUMEN:

El bloqueo ecoguiado del plano del erector de la espina es un bloqueo del plano fascial, que se describe por primera vez en 2016 por Forero et al. Consiste en la inyección ecoguiada de anestésico local a nivel del proceso transversal, entre el músculo erector de la espina y romboides mayor, en dirección cefalo-caudal. Su objetivo es anestésiar los nervios espinales de la pared torácica para proporcionar analgesia.

Se incluyeron un total de cuatro pacientes. Los primeros dos pacientes presentaban dolor crónico de origen neuropático secundario a daño óseo (metástasis y fracturas óseas mal consolidadas) refractarias a tratamiento convencional (AINES, pregabalina y morfínicos, entre otros). Se les inyectó 20 mL de bupivacaína 0.25% y ropivacaína 0.5%, respectivamente a cada paciente, a nivel de T5, ambos con respuesta completa a los 20-30 minutos de la inyección. En los dos últimos casos, se depositaron 20 mL de ropivacaína 0.5% a nivel de T5, previo a la realización de anestesia general para videotoracoscopia con resección del lóbulo superior derecho, presentando ambas bloqueo de T3-T9 satisfactorio.

La resolución completa del cuadro, en los dos primeros casos, sugiere que tanto el ramo ventral como el dorsal de los nervios espinales se ven afectados por el anestésico local. Los estudios con imágenes de TC, proponen que esto puede ocurrir por la proximidad del foramen intervertebral. Los estudios en cadáveres apoyan esta hipótesis, ya que se ha observado difusión por el foramen costotransverso hacia el ramo dorsal. Respecto al ventral, no se ha encontrado evidencia en cadáveres de la difusión del anestésico, por lo que Forero et al. postulan que en sujetos vivos la expansión es más dinámica, quizás por el tramo del brazo medial del ramo dorsal, que permite que el anestésico llegue al ramo ventral.

Por lo tanto, este bloqueo presenta la gran ventaja de tener una sonoanatomía sencilla y fácilmente reconocible, sin estructuras que podamos dañar con la aguja en un perímetro cercano. Esto, le confiere simplicidad y seguridad a la técnica. Además, permite la inserción de un catéter para prolongar la analgesia.