

Bloqueo del plano transversal abdominal continuo bilateral posterior a la cirugía abdominal



Continuous bilateral transversus abdominis plane block after abdominal surgery

Estimado Editor:

Con un gran interés leí el artículo de Lima et al.¹ sobre el uso de infusión continua de anestésico local vía catéteres colocados bilateralmente en el plano transversal abdominal (PTA) para la analgesia en el período postoperatorio de laparotomía exploratoria. Felicito a los autores por la presentación del caso, pero sin embargo me gustaría añadir algunos comentarios.

El bloqueo del PTA se ha convertido en un importante método de control del dolor en el período postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía abdominal inferior, como resultado de su eficacia, la relativa facilidad de realización y una baja tasa de complicaciones². Concordamos con los autores en que es importante calcular la concentración y el volumen ideal para los bolos e infusiones y la colocación correcta del catéter en el PTA. Sin embargo, es ese sentido, además de la eficacia, la cuestión de la seguridad no debe ser olvidada. La instilación bilateral de grandes volúmenes en el PTA puede conducir a concentraciones intravasculares significativas de anestesia local, rebasando incluso el umbral de la toxicidad³. En una reciente investigación, Hessian et al. relataron dosis acumulativas relativamente altas de ropivacaína al evaluar las concentraciones plasmáticas de ropivacaína durante una infusión continua similar al PTA, tal como fue propuesto por los autores⁴. Por tanto, y pese a la gran variabilidad individual, una cuidadosa evaluación riesgo-beneficio debe realizarse antes de los bloqueos continuos del PTA, especialmente en pacientes ancianos con disfunción renal o hepática y gestación⁵. El principal objetivo de una técnica continua debe ser administrar la menor dosis total de un anestésico local que sea eficaz para prevenir los efectos no deseados debido a la toxicidad, porque en el caso contrario no considero que esa técnica suministre un beneficio adicional en comparación con una técnica fundamentada en bolos administrados en el PTA⁶. En nuestra institución, por tanto, usamos catéteres bilaterales para PTA guiados por ultrasonido e insertados en el triángulo de Petit o al nivel pósterosubcostal, de acuerdo con el tipo de incisión quirúrgica, con base en la infusión continua bilateral de ropivacaína al 0,2% (2 ml/h) por hasta 50 h, con administración previa de bolos de 5 ml de ropivacaína al 0,2% y 10 ml a través de ambos catéteres antes de retirarlos, con excelentes resultados.

Igualmente, los autores declararon que «aunque concentraciones plasmáticas tóxicas de anestésico local hayan

sido detectadas, no existen relatos de signos clínicos de toxicidad sistémica asociada al anestésico local»; sin embargo, estudios anteriores relataron varios casos de toxicidad sintomática a anestésicos locales^{4,7}.

Además de eso, los autores afirmaron que «aunque el PTA proporcione analgesia superior en comparación con el placebo, el dolor visceral [etc.] permanece, lo que exige la adición de analgésicos opiáceos al bloqueo». Debemos recordar que el abordaje posterior del PTA permite la difusión de la solución del anestésico local para el espacio paravertebral, y que parte de esa solución también trae como resultado algún grado de difusión epidural del anestésico local. Esta expansión hacia el sistema nervioso central puede explicar la necesidad mínima de analgesia adicional de los pacientes en el postoperatorio⁸.

La región ideal para la inserción de catéteres en el PTA y la solución, el volumen y la tasa de infusión ideales de anestésico local todavía necesitan ser determinados, requiriendo una investigación científica más a fondo.

Bibliografía

1. Lima IF, Linda F, dos Santos A, et al. Continuous bilateral TAP block in patient with prior abdominal surgery. *Rev Bras Anesthesiol.* 2013;63:422–5.
2. McDonnell JG, O'Donnell B, Curley G, et al. The analgesic efficacy of transversus abdominis plane block after abdominal surgery: a prospective randomized controlled trial. *Anesth Analg.* 2007;104:193–7.
3. Sharkey A, Finnerty O, McDonnell JG. Role of transversus abdominis plane block after caesarean delivery. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2013;26:268–72.
4. Hessian EC, Evans BE, Woods JA, et al. Plasma ropivacaine concentrations during bilateral transversus abdominis plane infusions. *Br J Anaesth.* 2013;111:488–95.
5. Gómez-Ríos MA. Continuous transversus abdominis plane catheter technique for postoperative analgesia after abdominal surgery. *Anaesth Intensive Care.* 2014;42:265–6.
6. Niraj G, Kelkar A, Jeyapalan I, et al. Comparison of analgesic efficacy of subcostal transversus abdominis plane blocks with epidural analgesia following upper abdominal surgery. *Anaesthesia.* 2011;66:465–71.
7. Griffiths JD, Le NV, Grant S, et al. Symptomatic local anaesthetic toxicity and plasma ropivacaine concentrations after transversus abdominis plane block for Caesarean section. *Br J Anaesth.* 2013;110:996–1000.
8. Finnerty O, McDonnell JG. Transversus abdominis plane block. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2012;25:610–4.

Manuel Ángel Gómez-Ríos

Departamento de Anestesiología y Tratamiento Intensivo, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España
 Correo electrónico: magoris@hotmail.com
 (M.A. Gómez-Ríos).

Disponible en Internet el 4 de septiembre de 2014

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.02.005>

Véase contenido relacionado en DOI:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2012.12.007>