



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Official Publication of the Brazilian Society of Anesthesiology
www.sba.com.br



CARTA AL EDITOR

Réplica: Neumotórax Pos-Bloqueo del Plexo Braquial Guiado por Ultrasonido: Relato de Caso

Le agradecemos los comentarios al Dr. Karls Otto y su interés por nuestro trabajo. Aclaramos aquí debajo las dudas suscitadas.

El nivel de punción estuvo poco por debajo de C6, según el nivel del abordaje clásico de Winnie, sin embargo, cuando usamos el ultrasonido (US) el transductor lineal queda perpendicular a la dirección de la hendidura interescalénica y la punción se hizo *in plane* para la visualización de la aguja, en el abordaje posterior, o sea, de lateral para medial, pasando primero por el escaleno medio hasta llegar a la hendidura, cuando se sintió un *click* de la vaina neurovascular, confirmado por la observación de la dispersión entre los troncos superiores y medio del plexo cuando el anestésico se inyectó. Los síntomas de dolor y disnea aparecieron solamente después de 90 minutos de realizada la punción.

La punción axilar se hizo enseguida, por una rutina del propio anesthesiólogo al realizar una punción doble, cuando las fracturas se ubican en el antebrazo, en las cirugías de urgencia. Fue por ese motivo que no se describió si hubo bloqueo parcial o no.

El RX de las Figuras 1 y 2¹ que es el mismo de la Figura 1, mostró la imagen ampliada mostrando el neumotórax en el tercio superior, de más o menos 4 cm, pero la calidad de la foto en la publicación no permitió evaluar ese detalle. Las flechas blancas no aparecieron en la publicación.

El dolor postoperatorio se trató con el bloqueo intercostal con la ropivacaína al 0,5% al momento del drenaje y los analgésicos endovenosos (dipirona y tenoxicam) durante su permanencia.

A pesar de que la anestesia con el uso del ultrasonido ya haya sido eficaz y se haya comprobado su eficacia al mejorar la calidad del bloqueo, al disminuir la cantidad de anestésico necesaria y al reducir el número de fallos y de anestésicos parciales, siempre tenemos que recordar que el conocimiento de la anatomía de cada región y de la técnica del ultrasonido, junto con la visualización de la punta de la aguja, son de suma importancia para la realización de esos bloqueos, para que existan cada vez menos complicaciones resultantes de esa técnica.

Beatriz Lemos da Silva Mandim
Corresponsable del CET/SBA de la Facultad de Medicina,
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Referencias

1. Mandim BLS, Alves RR, Almeida R, et al. - Pneumotórax pós-bloqueo de plexo braquial guiado por ultrasonografía: relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 2012;62:5:741-747.
2. Chin KJ, Perlas A, Chan VWS, Brull R - Needle visualization in ultrasound-guided regional anesthesia: challenges and solutions. Reg Anesth Pain Med. 2008;33(6):532-544.
3. Orebaugh SL, Bigeleisen P - Ultrasound imaging in brachial plexus blockade. Seminars in Anesthesia, Perioperative Medicine and Pain. 2007;26:180-188.