



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

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



CARTA AL EDITOR

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

Le agradezco al editor el espacio que me ofrece para comentar la divulgación de Mandin y col.¹ He leído con interés el relato de caso¹ y me han venido a la mente algunas dudas que me suscitan los siguientes comentarios.

Duda 1

¿Cuál fue el nivel y el sentido de la punción?

Comentario: Winnie² tuvo una importante contribución anatómica en la ejecución de los bloqueos de miembros. Es bueno recordar que el sentido de la punción descrito en el bloqueo interescalénico (ISC) es casi perpendicular a la piel, lo que facilita las iatrogenias al tejido plexular braquial y medular. Por eso, dependiendo de la constitución del paciente, no se recomienda una profundidad mayor que 2,5 cm³.

Duda 2

¿El click descrito fue de la punción de la vaina neurovascular (VNV) o de la pleura parietal (PP)?

Comentario: Si el click fue de la punción de la pleura parietal, es muy posible que haya traído como resultado un dolor instantáneo y rápido, seguido de tos.

Duda 3

Veinte mililitros de de Ropivacaína (Rp) 0,5% vía ISC bajo ultrasonido (US) deberían identificar bien la participación de los troncos.

Comentario: Una de las ventajas del ultrasonido en anestesia regional en esos casos, es la reducción del volumen anestésico en tiempo real. La complementación de 20 mL de Rp al 0,5% más por vía axilar me hizo pensar en dos situaciones: a) el volumen ISC no alcanzó satisfactoriamente los troncos plexo neurales, desapareció parcialmente en el espacio pleural entre las dos pleuras por la punción de la PP y generó el neumotórax insidioso; y b) el acceso a la BNV fue parcial, con la evasión ectópica del volumen anestésico, lo que potencialmente, nos traería como resultado un bloqueo parcial. Para garantizar la seguridad de la efectividad del bloqueo, se complementó el bloqueo por la vía axilar.

Duda 4

¿Por qué el RX anteroposterior de la figura 1 no se hizo completamente con los dos campos pulmonares?

Comentario: El RX de tórax que muestra los dos campos pulmonares es más clarificador, especialmente cuando existe la sospecha de neumotórax y/o paresia diafragmática del campo pulmonar blanco. De cualquier forma, se nota en el RX la lejanía pulmonar derecha de su pared costal, lo que evidencia un pequeño neumotórax. Aunque normalmente hacia la derecha el diafragma esté ubicado más elevadamente con relación al lado contralateral a causa del volumen hepático, la paresia diafragmática comentada en el relato de caso debería poder ser visualizada en el RX. Las flechas mencionadas¹, que no se ven, deberían ser de un color que contrastase (blanco o amarillo claro serían las indicadas), con la imagen oscura del RX.

Duda 5

Aunque no exista ningún comentario sobre la analgesia postoperatoria (PO) (probablemente el objetivo no era ese), ¿el dolor en el período PO se dio en los pacientes con drenaje de tórax?

Comentario: En el relato no existen evidencias sobre el dolor y la analgesia relacionados con la cirugía, pero sin embargo los drenajes torácicos son muy dolorosos, especialmente en las inspiraciones, lo que no fue comentado, pero sí que fue relatado que: "El paciente evolucionó con una mejoría de la disnea, con un drenaje que funcionó con oscilación. Durante el ingreso fue necesario el reposicionamiento del drenaje y el uso de la aspiración continua"¹. Los drenajes torácicos de demora acarrearán dolor e influyen en la respiración. Creo que el objetivo de las consecuencias álgidas del drenaje no era pertinente en este caso.

*Karls Otto Geier
Hospital São Lucas da Pontificia
Universidade Católica/RS;
Hospital Municipal de Pronto Socorro
de Porto Alegre/RS, Brasil*

Referencias

1. Mandim BLS, Alves RR, Almeida R et al. - Neumotórax pós-bloqueo de plexo braquial guiado por ultrasonografía: relato de caso. Rev Bras Anesthesiol. 2012;62:5:741-747.
2. Winnie AP - Interscalene brachial plexus block. Anesth Analg. 1970;49(3):455-466.
3. Sardesai AM, Patel R, Denny N et al. - Interscalene brachial plexus block: can the risk of entering the spinal canal be reduced? Anesthesiology. 2006;105:9-15.