



DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e1010>

¿Es útil el bloqueo del elevador de la espina en cirugía abdominal?

Is the erector spinae plane block useful in abdominal surgery?

Edwin Enrique Peñate Suárez^{a,b} , Juan Manuel Molina Uribe^{b,c}, María Camila Maya Salazar^a, María José Cárdenas García^a, Juan Sebastián Gonzales Quintero^c, Manuela Mejía-Oquendo^d 

^a Programa de Medicina, Servicio de Anestesiología, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Quindío. Armenia, Colombia.

^b ESE Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios. Armenia, Colombia.

^c Programa de Medicina, Servicio de Anestesiología, Facultad de Medicina, Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt. Armenia, Colombia.

^d Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Grupo de investigación GEPAMOL. Universidad del Quindío. Armenia, Colombia.

Correspondencia: Hospital Departamental Universitario del Quindío San Juan de Dios, segundo piso, quirófano. Carrera 14 Calle 18 Norte, Armenia, Colombia.

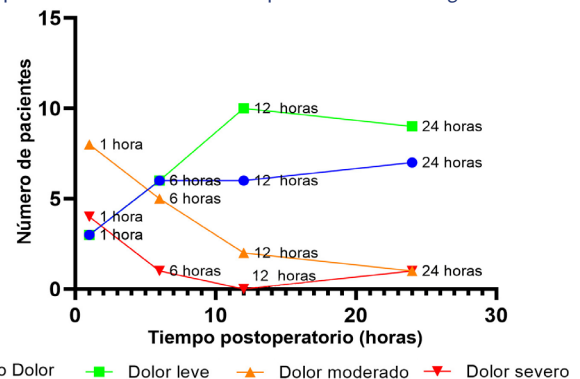
Email: epenate@gmail.com

¿Como citar este artículo?: Peñate Suárez EE, Molina Uribe JM, Maya Salazar MC, Cárdenas García MJ, Gonzales Quintero JS, Mejía-Oquendo M. Is the erector spinae plane block useful in abdominal surgery?. Colombian Journal of Anesthesiology. 2022;50:e1010.

El método de analgesia multimodal ha cobrado fuerza en el tratamiento del dolor postoperatorio, debido a que reduce el uso de los opioides y sus efectos secundarios (1,2). Recientemente se ha propuesto el uso del bloqueo en el plano del músculo erector espinal guiado por ecografía, como parte del manejo del dolor posquirúrgico (3-12). En nuestra experiencia, la adición de esta técnica en 18 pacientes programados para cirugía abdominal y ginecológica en un centro de tercer nivel en Armenia, Quindío, ha ofrecido resultados interesantes. El bloqueo en el plano del músculo erector se realizó como parte del procedimiento anestésico regular, en un plano interfascial bajo visión ecográfica directa, utilizando como objetivo T7-T8; se inyectaron 10 cm³ de lidocaína al 1 % sin epinefrina, más 10 cm³ de bupivacaína al 0,5 % con epinefrina en el plano fascial profundo al grupo muscular erector de la columna, para lograr una diseminación craneocaudal. Se realizó el seguimiento de cada paciente a la primera hora, 6 h, 12 h y 24 h, respectivamente.

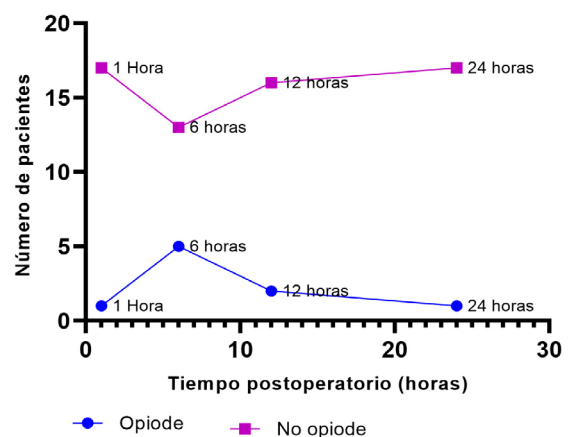
En cada periodo se evaluó el dolor postoperatorio, el requerimiento de opioides y efectos secundarios. El 61 % (11/18) de los procedimientos correspondieron a histerectomía abdominal, el resto fueron colecistectomía, salpingectomía, resección ovárica y eventrorrafia. Observamos que, entre las 12 y 24 horas, 7 de los pacientes no presentaron dolor y 9 de ellos refirieron dolor leve, no incapacitante (Figura 1). Por otro lado, solo 5 pacientes requirieron analgesia de rescate en algún momento del periodo de seguimiento (Figura 2). Los esquemas de rescate se basaron en fentanilo, tramadol o morfina; la mediana en el consumo en 24 horas según la dosis equivalente de morfina oral fue de 15 mg (rango: 3-23 mg). Por último, de 18 pacientes solo 3 tuvieron náuseas y emesis, y 4 solo náuseas. No se observaron complicaciones relacionadas con la técnica durante el seguimiento posquirúrgico. El bloqueo del ESP (por las

FIGURA 1. Comportamiento del dolor postoperatorio en un periodo de 24 horas en pacientes sometidos al bloqueo del ESP en cirugía abdominal.



FUENTE: Autores.

FIGURA 2. Requerimiento de opioides en el postoperatorio en pacientes sometidos al bloqueo del ESP en cirugía abdominal.



FUENTE: Autores.

iniciales en inglés de erector spinae plane) guiado por ecografía aporta al control del dolor agudo postoperatorio en el marco de la estrategia de analgesia multimodal, especialmente entre las 12 y 24 horas después de la cirugía abdominal. Se justifica hacer investigaciones más robustas en este escenario y, ante todo, estudios experimentales y ensayos clínicos controlados para confirmar su efectividad y seguridad.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Karaca Ö. Efficacy of ultrasound-guided bilateral erector spinae plane block for pediatric laparoscopic cholecystectomy: Case Series. *Ağrı - J Turkish Soc Algol.* 2019;31(4):209-13. doi: <http://www.doi.org/10.14744/agri.2019.88896>
2. Català Puigbò E, Moral García MV. Dolor agudo postoperatorio. La necesidad de su correcto tratamiento. *Cir Esp.* 2009;86(2):61-2. doi: <http://www.doi.org/10.1016/j.ciresp.2009.03.024>
3. Benavides L, Heredia R, Pacheco LJ, Salazar LA. Erector spinae plane block as a rescue analgesia technique in a patient with Heart-Mate 3 ventricular assist type device: Case report. *Colombian Journal of Anesthesiology.* 2020;48(1):40-4. doi: <http://www.doi.org/10.1097/CJ9.000000000000117>
4. Urits I, Charipova K, Gress K, et al. Expanding role of the erector spinae plane block for postoperative and chronic pain management. *Curr Pain Headache Rep.* 2019;23(10):1-6. doi: <http://www.doi.org/10.1007/s11916-019-0812-y>
5. Altıparmak B, Korkmaz Toker M, Uysal Aİ, Turan M, Gümüş Demirbilek S. Comparison of the effects of modified pectoral nerve block and erector spinae plane block on postoperative opioid consumption and pain scores of patients after radical mastectomy surgery: A prospective, randomized, controlled trial. *J Clin Anesth.* 2019;54:61-5. doi: <http://www.doi.org/10.1016/j.jclinane.2018.10.040>
6. Chin KJ, Adhikary S, Sarwani N, Forero M. The analgesic efficacy of pre-operative bilateral erector spinae plane (ESP) blocks in patients having ventral hernia repair. *Anaesthesia.* 2017;72(4):452-60. doi: <http://www.doi.org/10.1111/anae.13814>
7. Singh S, Chaudhary NK. Bilateral ultrasound guided erector spinae plane block for postoperative pain management in lumbar spine surgery: A case series. *J Neurosurg Anesthesiol.* 2019;31(3):354. doi: <http://www.doi.org/10.1097/ANA.0000000000000518>
8. Chin KJ, Malhas L, Perlas A. The erector spinae plane block provides visceral abdominal analgesia in bariatric surgery a report of 3 cases. *Reg Anesth Pain Med.* 2017;42(3):372-6. doi: <http://www.doi.org/10.1097/AAP.0000000000000581>
9. Hamilton DL. Pneumothorax following erector spinae plane block. *J Clin Anesth.* 2019;52:17. doi: <http://www.doi.org/10.1016/j.jclinane.2018.08.026>
10. Altıparmak B, Korkmaz Toker M, Uysal AI, Kuşçu Y, Gümüş Demirbilek S. Ultrasound-guided erector spinae plane block versus oblique subcostal transversus abdominis plane block for postoperative analgesia of adult patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: Randomized, controlled trial. *J Clin Anesth.* 2019;57:31-6. doi: <http://www.doi.org/10.1016/j.jclinane.2019.03.012>
11. Tulgar S, Kapaklı MS, Senturk O, Selvi O, Serifsoy TE, Ozer Z. Evaluation of ultrasound-guided erector spinae plane block for postoperative analgesia in laparoscopic cholecystectomy: A prospective, randomized, controlled clinical trial. *J Clin Anesth.* 2018;49:101-6. doi: <http://www.doi.org/10.1016/j.jclinane.2018.06.019>
12. Selvi O, Tulgar S. Ultrasound guided erector spinae plane block as a cause of unintended motor block. *Rev Española Anestesiología y Reanimación (English Ed.).* 2018;65(10):589-92. doi: <http://www.doi.org/10.1016/j.redare.2018.05.003>