

Bloqueo en el plano del músculo erector espinal en un paciente con neuralgia posherpética

Blocking the Spinal Erector Muscle plane in a Patient Suffering Postherpetic Neuralgia

Alejandro Jiménez Táboas¹
María Luisa Viña Granda¹
Ivón Zoila Navarrete Baldassarri¹
Zahily Mojena Domínguez²

¹Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán". La Habana, Cuba.

²Centro de Investigaciones Clínicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

El bloqueo en el plano del músculo erector espinal es una alternativa analgésica reciente y útil para tratar la neuralgia posherpética. La acción de este bloqueo, más seguro y simple que la analgesia neuroaxial, se ejerce sobre los ramos dorsal y ventral de las raíces torácicas. Se reporta un caso que presentaba dolor crónico por neuralgia posherpética de más de 3 años de evolución, al que se le realizó este bloqueo y se tomó como referencia la apófisis transversa de T5 bajo visión ultrasonográfica. Se generó un bloqueo sensitivo de T2 a T9 al administrarse el anestésico local en el plano profundo del músculo erector espinal. El objetivo fue exponer nuestra experiencia con esta técnica para aliviar el dolor crónico torácico. El bloqueo fue una alternativa analgésica efectiva para el alivio del dolor por neuralgia posherpética en paciente anciano de alto riesgo.

Palabras clave: Músculo erector espinal; neuralgia posherpética; bloqueo guiado por ultrasonido.

ABSTRACT

Blocking in the spinal erector muscle plane is an analgesic alternative recently addressed, with special benefit in post herpetic neuralgia. The action of this block, which is safer and simpler than analgesia neuraxial, is exerted on the dorsal and ventral branches of the thoracic roots. We report a case of chronic pain due to postherpetic neuralgia of more than 3 years of evolution. This kind of block was performed taking as reference T5 transverse process under ultrasonographic vision. A sensitive block from T2 to T9 was generated when the local anesthetic was administered in the deep plane of the spinal erector muscle. The objective of this paper is to discuss our experience with this technique in the control of chronic thoracic pain, which was an effective analgesic alternative for relieving pain due to postherpetic neuralgia in elderly patients at high risk.

Keywords: Spinal erector muscle; postherpetic neuralgia; ultrasound guided block.

INTRODUCCIÓN

El bloqueo en el plano del músculo erector espinal (BPEE) ha demostrado su eficacia analgésica no solo para controlar el dolor agudo, sino también como estrategia analgésica en el control del dolor crónico. *Forero* ^(1,2,3,4) ha reportado que el empleo de esta técnica le ha traído beneficios al paciente en el control del dolor crónico con componente neuropático de la pared torácica.

El dolor crónico neuropático se asocia a la evolución inesperada de una enfermedad o de una intervención quirúrgica. Se requiere que el profesional de la salud lo identifique lo antes posible para que pueda aplicar un tratamiento dirigido a su control. Entre las enfermedades que pueden cursar con ese tipo de dolor se encuentran el dolor crónico posquirúrgico, la neuralgia posherpética (NPH) y la neuropatía diabética. ^(5,6,7)

Con respecto a la terapia farmacológica y no farmacológica del DN, y con base en estudios clínicos de observación, experiencias anecdóticas y hallazgos en modelos experimentales, la terapia actual ofrece un alivio parcial del dolor en no más de la mitad de los casos. Los múltiples agentes terapéuticos -clasificados en terapias farmacológicas, técnicas de neuroestimulación e intervenciones quirúrgicas- ofrecen alivios parciales de la sintomatología. ^(8,9)

La neuralgia posherpética es una causa frecuente de dolor neuropático crónico intratable que suele afectar a la población mayor de 60 años o de menos edad con detrimentos del sistema de inmunidad celular. Una vez que el paciente desarrolla NPH hay poco que ofrecerle. Por eso, algunos de estos enfermos presentan cambios psicológicos significativos que pueden conducirlos al suicidio.

Por tal razón es muy importante establecer el diagnóstico oportuno e iniciar el tratamiento más aceptado para manejar, no solo el dolor en la fase aguda del herpes zoster (HZ), sino prevenir la evolución posterior de NPH. ^(10,11)

La neuralgia posherpética se presenta con frecuencia tan variable que va del 10 al 60 %, según la fuente que se consulte. Esta variabilidad está dada, entre otros factores, por la edad de los pacientes, su estado de inmunidad celular y, probablemente, por el tipo de tratamiento utilizado durante la etapa aguda del HZ. Se han intentado múltiples esquemas de alivio; una de estas técnicas es el empleo de bloqueos simpáticos, sensitivos y somáticos con anestésicos locales realizados de manera repetitiva.^(12,13,14)

El bloqueo en el plano del músculo erector espinal se ha empleado como alternativa analgésica en el alivio del dolor neuropático intratable. Es un bloqueo fascial que se realiza en la columna torácica y genera un bloqueo sensitivo desde T2 a T9, al administrarse un volumen de anestésico local en el plano interfascial profundo del músculo erector de la columna vertebral.

Esto se debe a que la distribución del anestésico local no es solo craneal y a lo largo de la fascia, sino que la solución suministrada accede luego al espacio paravertebral a través de aberturas existentes en la pared de la fascia anterior que actúan como conductos para los anestésicos locales.

La apófisis transversa de la vértebra torácica se toma como referencia para la punción. Se elige en función de la localización de la patología. Para analgesia torácica se suele realizar la punción a nivel de la apófisis transversa T5. En cambio, para conseguir una analgesia abdominal el bloqueo se hace a nivel T7 para que la solución administrada llegue hasta el nivel L2-L3. Se busca el plano interfascial profundo del músculo erector de la columna vertebral.

Para garantizar el éxito es necesario depositar el anestésico local dentro del compartimento que envuelve al músculo. Cualquier inyección más profunda a la pared de la fascia anterior no permite la diseminación del anestésico más allá de un espacio intertransverso debido a la sujeción de la vaina a los procesos transversales.^(1,15,16)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino mestizo, de 89 años, con antecedentes de insuficiencia renal, gota e hipertensión arterial. Su tratamiento habitual consistía en amlodipino, halopurinol, furosemida y carbonato de calcio.

Ha acudido a la consulta de dolor durante 6 meses por presentar dolor intenso, quemante y pulsante en hemitórax izquierdo desde la columna hasta el esternón, consecutivo a Herpes Zoster, que padece hace 5 años y lo ha tratado con bajas dosis de aciclovir.

En el momento del examen físico y anamnesis se constata neuralgia posherpética del lado izquierdo en costillas 3, 4, 5 y 6 con dolor intenso según escala numérica análoga (ENA) de 10, quemante, hiperalgesia, alodinia e hiperestesia en toda esa zona, más acusada en regiones inervadas por intercostales de 4 a ocho.

Como el paciente no toleraba ningún tratamiento para el dolor neuropático, no había logrado aliviarse. Solo había tomado dipirona o paracetamol en ocasiones.

Le habían realizado bloqueo intercostal en línea media axilar con bupivacaína 0,25 % 10 ml y triamcinolona 80 mg a los nervios intercostales desde T3 a T5. Se logra

analgésica con ENA posbloqueo de 2 a los 20 minutos. A los 5 días tenía alivio importante sin alodinia, ENA de 4.

Pasados 6 meses regresa con cuadro similar al de la primera consulta, con importante alodinia e hiperalgesia de todo el hemitórax izquierdo desde esternón hasta la columna ipsilateral, fundamentalmente en zona cercana a la tetilla. Además, tenía dificultad para conciliar el sueño nocturno.

Se realiza bloqueo interfascial por debajo del músculo erector espinal izquierdo guiado por ultrasonido, con 20 ml de lidocaína al 1 % más dexametazona 4 mg, a nivel del proceso transversal de T5 (Fig. 1.). Se consigue alivio inmediato del dolor con ENA igual a 0 y analgesia en todo el hemitórax izquierdo que incluye la axila (Fig. 2). Se mantiene tratamiento con 3 tabletas de dipirone cada 8 horas.

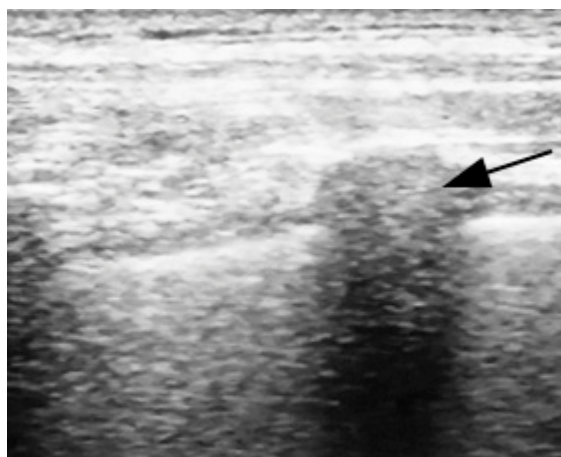


Fig. 1. Proceso transversal T5 donde se infiltra el anestésico. Imagen US.



Fig. 2. Área de anestesia lograda con el bloqueo.

A las 6 horas reaparece dolor, pero "muy fino", o sea, moderado a ligero (ENA igual a 5). A las 24 horas sigue con cierto alivio, ya sin alodinia, y solo ligera hiperalgesia.

A la semana el paciente acude para rebloqueo, solo presentando alodinia al tacto en la tetilla y sus alrededores, pero puede dormir mucho mejor.

Se hizo BPEE con 5 ml de bupivacaína al 0,5 %, 10 ml de lidocaína al 2 %, dexametazona 4 mg y se completaron los 20 ml con cloruro de sodio. Se logró alivio inmediato del dolor y en un área mayor que la primera vez. ENA igual a 0. El paciente sale deambulando del salón.

A las 10 horas mantenía alivio total del dolor. Se mantiene tratamiento con 3 tabletas de dipirona cada 8 horas.

Se vuelve a valorar a la semana, a los 15 y 21 días. El paciente se mantiene aliviado, ya pasados los 3 meses, sin alodinia ni hiperalgesia, solo molestia alrededor de la tetilla izquierda, pero duerme muy bien. Mejora su calidad de vida diaria. Se decide dar de alta de la clínica del dolor.

CONCLUSIONES

El bloqueo en el plano del músculo erector espinal fue una alternativa analgésica efectiva porque ofreció beneficios evidentes a un paciente anciano de alto riesgo con el mínimo de complicaciones para el alivio del dolor por neuralgia posherpética.

Conflicto de intereses

Las autores declaran que no firmaron ningún acuerdo por el que recibieran beneficios u honorarios y que ninguna entidad comercial pagó a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que están afiliados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Forero M, Adhikary SD, López H, Tsui C, Chin KJ. The erector spinae plane block: a novel analgesic technique in thoracic neuropathic pain. *Reg. Anesth. Pain Med.* 2016;41(5):621-7.
2. Ueshima H, Otake H. Clinical experiences of ultrasound-guided erector spinae plane block for thoracic vertebra surgery. *Journal of Clinical Anesthesia.* 2017;38:137.
3. El Boghdadly K, Pawa A. The erector spinal plane block: plain and simple. *Anaesthesia doi* 2017; 10.1111/anae.13830.
4. Maigne JY, Maigne R, Guérin-Surville H. Upper thoracic dorsal rami: anatomic study of their medial cutaneous branches. *Surg. Radiol. Anat.* 1991;13(2):109-12.
5. Dworkin RH, O'Connor AB, Backonja M, Farrar JT, Finnerup NB, Jensen TS, et al. Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence based recommendations. *Pain.* 2007;132:23751.

6. Attal N, Gruccu G, Haanpää M, Hansson P, Jensen TS, Nurmikko T, et al. EFNS guidelines on pharmacological treatment of neuropathic pain. *Europ J Neurol*. 2006; 13: 1153-69.
7. Freynhagen R, Bennett MI. Diagnosis and management of neurophatic pain. *BMJ*. 2009; 339: 391-5.
8. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 2006; 367: 1618-25.
9. Hansson P, Lacerenza M, Marchettini P. Aspects of clinical and experimental neuropathic pain: the clinical perspective. In Hansson PT, Fields HL, Hill RG, Marchettini P, eds. *Neuropathic pain; pathophysiology and treatment*. Seattle: IASP Press; 2001. p. 1-18.
10. Bennett M. The LANSS pain scale: the Leeds assessment of neuropathic symptoms and signs. *Pain* 2001; 92: 147-57.
11. Abraham N, Murray J. The belt of roses from hell: historical aspects of herpes zoster and postherpetic neuralgia. En: *Herpes Zoster and postherpetic neuralgia*. CPN Watson, Amsterdam. Elsevier. 1993, pp. 1-6.
12. Buchbinder SP, Katz MH, Hessel NA, Liu JY, O'Malley PM, Underwood R, Holmberg SD. Herpes zoster and immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis* 1992; 166: 1153-6.
13. Bonica J, Buckley PE. Regional analgesia with local anesthetics. Block of the sympathetic nervous system. En Bonica JJ. *The management of pain*. De Lea and Febiger. 1990, p. 1883.
14. Dan K, Higa K, Noda B. Nerve block for herpetic pain. *Adv Pain Res* 1985; 9: 831-8.
15. Ferris LM, Martin GH. The use of sympathetic nerve block in the ambulatory patient with special reference to its use in herpes zoster. *Ann Intern Med* 1950; 32: 257-60.
16. Blanco R, Parras T, McDonnell JG, Prats-Galino A. Serratus plane block: a novel ultrasound-guided thoracic wall nerve block. *Anaesthesia* 2013; 68: 1107-13.
17. Voscopoulos C, Palaniappan D, Zeballos J, Ko H, Janfaza D, Vlassakov K. The ultrasound guided retrolaminar block. *Can. J. Anesth*. 2013; 60: 888-95.

Recibido: 15/01/2018
Aprobado: 03/04/2018

Alejandro Jiménez Táboas. Correo electrónico: aleco@infomed.sld.cu
