

Rev. Soc. Esp. Dolor
2: 113-114; 2008

Una alternativa a la analgesia epidural en un paciente con vasculopatía periférica severa: catéter ciático proximal

F. Muñoz-González¹, A. Herrera¹, R. Gutierrez-Pérez¹, M. Fernández-Pérez¹,
M. J. Rodríguez-Dinten²

Muñoz-García F, Herrera A, Gutierrez-Rérez R, Fernández-Pérez M, Rodríguez-Dinten M. J.

A alternative to the epidural analgesia in a patient with severe peripheral vasculopathy: proximal sciatic catheter

Sr. Director:

El bloqueo ciático proximal dentro de las técnicas de analgesia postoperatoria en cirugía de la extremidad inferior se ha mostrado como muy eficaz. Presentamos el caso de un paciente de 45 años de edad con historia de vasculopatía periférica severa con múltiples intervenciones quirúrgicas. En la última de ellas se le realiza un by-pass de femoral común a safena interna en la pierna izquierda con postoperatorio tórpido por dificultad para la revascularización y dolor. Tras la colocación de un catéter ciático se produce gran mejoría clínica, tanto analgésica como en relación a su problema isquémico.

CASO CLINICO

Varón de 45 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas. Entre sus antecedentes personales: exfumador (más de 30 paquetes/año), diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, una historia de

anticuerpo antifosfolípido circulante con antecedentes de dos trombosis venosas profundas. Dentro de su historia vascular previa al ingreso: en octubre del 2004 se le había colocado un stent ilíaco izquierdo más un by-pass fémoro-femoral izquierda-derecha. En febrero del 2005 se le realizó dilatación con crioterapia de ilíaca izquierda, que no es efectiva por lo que se le realiza by-pass fémoro-poplíteo a primera porción en el miembro inferior izquierdo.

En febrero del 2006 ingresa nuevamente en el servicio de cirugía vascular por clínica de claudicación corta. En una primera intervención se le realiza un by-pass íleo-femoral bilateral con colocación de catéter epidural para analgesia postquirúrgica. El postoperatorio no es satisfactorio, por lo que tres días más tarde, se realiza una nueva intervención: by-pass de femoral común con safena interna en pierna izquierda. A las 24 horas de evolución pierde el catéter epidural, pautándose en ese momento analgesia endovenosa. Cuatro días más tarde la evolución no es adecuada, con un pie de aspecto isquémico, dedos fríos, signos de prenerosis, junto con intenso dolor que precisa tratamiento con fentanilo transdérmico, rescates con bolos de 5 mg de cloruro mórfico subcutáneo cada hora y corticoides orales (prednisona 60 mg/día), sospechándose la posibilidad de microinfartos de pequeño vaso y barajándose la posibilidad de amputación de tercio anterior del pie, dada la mala situación. Se solicita consulta al servicio de anestesiología (Unidad del Dolor) que desestima la colocación de nuevo catéter epidural, por encontrarse el paciente en terapia con anticoagulantes orales. Se decide colocación de catéter ciático (Stimulong-plus Plexos Cateter set 19 G-100 mm de Pajunk®), que se realiza en quirófano, con neuroestimulación y por vía proximal posterior glútea (técnica de Labat). Se inicia entonces perfusión con bupivacaína 0.37 % a 3-5 ml/hora. Dos días más tarde el pie presenta mucho mejor aspecto. Seis días con posterioridad a la colocación del catéter

¹ Médico Interno Residente

² Médico Adjunto. Jefa de Sección. Tutora de Residentes

Hospital Universitario Central de Asturias

Recibido: 17/12/2007
Aceptado: 18/12/2007

comienza a caminar, perdiendo el catéter ciático tres días después, pasándose en ese momento a analgesia endovenosa. Es alta 2 días después con una evolución satisfactoria.

DISCUSIÓN

El nervio ciático contiene numerosas fibras sensitivas y simpáticas para la extremidad inferior. La hipótesis que relaciona el vasoespasmo y la consiguiente anoxia con el importante dolor que se produce en las vasculopatías periféricas ya era defendida por Bonica en 1953 (1), preconizando los beneficios de las técnicas regionales por la importante simpatooplejia producida con la consiguiente vasodilatación. Debido a la interrupción de la transmisión nerviosa producida con los anestésicos locales, esto se utiliza tanto para la obtención de anestesia quirúrgica en los territorios subsidiarios (cirugía del pie y tobillo principalmente), como en la analgesia postoperatoria de intervenciones en dicha región anatómica (2,3,4,5). Numerosos autores señalan los efectos favorables de las técnicas regionales en la cirugía vascular de la extremidad inferior. Entre los efectos favorables de las técnicas anestesia loco-regional se señala la menor repercusión a nivel sistémico en relación con la anestesia general (6,7), hecho interesante en este tipo de cirugía con pacientes en muchos casos pluripatológicos. Smith ha descrito el uso del bloqueo continuo del nervio ciático para el alivio del dolor de la isquemia gangrenosa previa a la amputación (8).

Los beneficios de las técnicas de anestesia regional en la cirugía de reimplantación de miembros han sido referidos en la literatura en numerosas ocasiones. Un reciente estudio incluso postula una disminución de los episodios de isquemia miocárdica utilizando bloqueos periféricos frente a anestesia general en cirugía de revascularización de extremidades inferiores (9).

En el presente caso, uno de los datos más llamativos es la mejoría clínica, desde el punto de vista vascular, pasándose tras la colocación del catéter de un estado de prenerosis, con consideración de amputación, a un estado que permite incluso la deambulación. Se pueden barajar el beneficio de la vasodilatación producida por la inhibición simpática, así como una disminución de la agregabilidad plaquetaria.

Señalar finalmente que los estudios sobre la introducción de catéter a nivel ciático son escasos en la bibliografía y los casos de fallos en la técnica se achacan a desplazamientos del catéter que llevan a un bloqueo inadecuado. En el caso presentado un cuida-

do correcto del catéter ha permitido mantenerlo durante 9 días con un resultado muy satisfactorio.

Podemos concluir que el catéter ciático constituye una opción terapéutica más para el anestesiólogo. A destacar su utilidad, en casos como el presentado, en el que el tratamiento anticoagulante desaconsejaba la analgesia epidural, presentándose como una técnica alternativa idónea.

CORRESPONDENCIA

Francisco Muñoz González
C/ La Moratina nº 11 - 33820 Grado Asturias
Hospital Universitario Central de Asturias
stl967523977@wanadoo.es
Financiación: Ninguna
Conflictos de interes: No declarados

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonica, JJ. The Management of Pain. Philadelphia. Lea and Febiger, 1953. 135-136.
2. D. Zaric, K. Boysen, J. Christiansen, U Haastrup, H, Kofoed and N, Ramal. Continuous popliteal sciatic nerve block for outpatient foot surgery- a randomized, controlled trial. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2004; 48: 337-341.
3. P. B Cornish, J. Barton and A. Deacon. The impact of regional anaesthesia on outcome: a patient's perspective. *Anaesthesia*, 2004; 59: 613-615.
4. Martínez Navas A, Vazquez Gutierrez T, Echevarria Moreno M. Continuous popliteal block with ropivacaine via a stimulant catéter for postoperative analgesia after foot surgery. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2003; 50: 188-91.
5. Fisher A, Meller Y. Continuous postoperative regional analgesia by nerve sheath block for amputation surgery- a pilot study. *Anesth Analg.* 1991; 72: 300-3.
6. Haljamae H, Frid I, Holm J, Akerstrom G. Epidural vs general anaesthesia and leg blood flow in patients with occlusive atherosclerotic disease. *Eur J Vasc Surg.* 1988; 2: 395-400.
7. Naesh O, Haljamae H, Hindberg I, Holm J, Jivegard L, Wennmalm A. Epidural anaesthesia prolonged into the postoperative period prevents stress response and platelet hyperaggregability after peripheral vascular surgery. *Eur J Vasc Surg.* 1994; 8: 395-400.
8. Smith BE, Fischer HB, Scott PV. Continuous sciatic nerve block. *Anaesthesia.* 1984; 39: 155-7.
9. Yazigi A, Madi-Gebara S, Haddad F, Hayeck G, Tabet G. Intraoperative myocardial ischemia in peripheral vascular surgery: general anesthesia vs combined sciatic and femoral nerve blocks. *J Clin Anesth.* 2005; 17: 499-503.