



CARTAS CIENTÍFICAS

Bloqueo del plano del músculo transverso del abdomen en el tratamiento del dolor en la pancreatitis aguda

Transversus abdominis plane block in acute pancreatitis pain management

La pancreatitis aguda es una afección inflamatoria que con frecuencia se acompaña de dolor abdominal intenso; conseguir un nivel analgésico adecuado es un desafío no resuelto en algunos pacientes. El tratamiento inicial incluye analgésicos no opioides, a los que se añaden morfínicos si no se logra un alivio adecuado del dolor¹.

Por una parte, un sorprendente artículo ha objetivado la utilidad del bloqueo del plano transverso del abdomen (TAP) en el control del dolor en 2 pacientes afectados por pancreatitis crónica².

Por otra parte, hasta la fecha no hay evidencia de la aplicación del bloqueo TAP en el tratamiento del dolor en pancreatitis aguda.

Nos planteamos evaluar el efecto del bloqueo del TAP en el control analgésico de pacientes con pancreatitis aguda.

Para ello, realizamos un estudio de serie de casos con pacientes afectados de pancreatitis aguda leve-moderada según los criterios de Atlanta³.

Para decidir su inclusión en el estudio, se determinó el nivel de dolor que presentaban mediante la escala visual analógica (EVA) con rango de 0 a 10.

Fueron incluidos aquellos pacientes que presentaban dolor no controlado (EVA ≥ 5) 2 horas después de recibir analgesia convencional con paracetamol (1 g cada 8 h, por vía intravenosa) combinado con metamizol (2 g, cada 8 h, por vía intravenosa). Los analgésicos utilizados tardan entre 30 y 120 min en alcanzar la concentración sanguínea que produce el mayor nivel de analgesia, por lo que no es esperable mejoría del dolor a partir de ese tiempo. Ante la necesidad de ofrecer un mayor nivel analgésico, se realizó un bloqueo TAP.

Por tanto, a todos los pacientes se les aplicó el bloqueo a partir de las 2 horas de tratamiento analgésico intravenoso inicial. El nivel de dolor se obtuvo antes del procedimiento, dentro de la media hora después, y una vez al día hasta el alta hospitalaria.

Los pacientes firmaron un consentimiento informado específico antes de su inclusión.

Se explica a continuación la técnica del bloqueo TAP. Con monitorización estándar, los pacientes se colocan en posición supina. Tras la asepsia con clorhexidina, se colocó

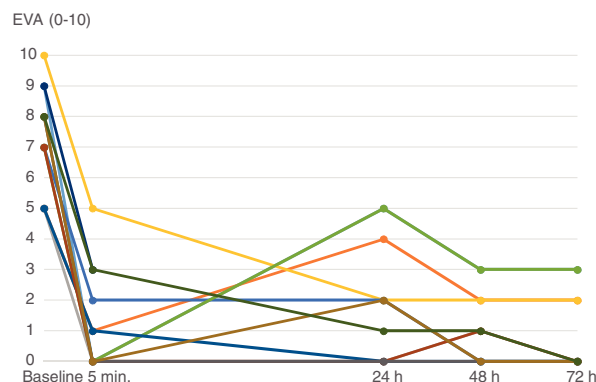


Figura 1 Nivel de dolor basal y posterior a la aplicación del bloqueo TAP.

un transductor lineal de alta frecuencia (12-15 MHz) en un lado de la pared abdominal, en la línea mediana entre el margen costal y la cresta ilíaca. En este nivel identificamos desde el músculo oblicuo externo superficial hasta el profundo, el músculo oblicuo interno y el músculo transverso del abdomen. Luego, movimos el transductor más lateralmente para ver el punto donde el músculo transverso del abdomen está cerca del extremo (bloqueo TAP posterior) y administramos 10 ml de mepivacaína al 2% más 10 ml de bupivacaína al 0,5% entre la fascia del músculo oblicuo interno y el músculo transverso del abdomen. Este procedimiento se realizó bilateralmente para lograr una analgesia completa de la pared abdominal. Elegimos el abordaje posterior para bloquear el número máximo de dermatomas⁴.

Los niveles de EVA antes y después del bloqueo TAP se expresaron como mediana. Ante la ausencia de grupo control, que hubiese sido tratado con morfínicos intravenosos, se optó por comparar la eficacia analgésica del TAP con la efectividad estándar del cloruro morfínico intravenoso, que está perfectamente definida en la literatura⁵.

Se incluyó a 10 pacientes consecutivos afectados de pancreatitis aguda leve-moderada.

Tras el bloqueo TAP, todos los pacientes presentaron una disminución marcada en los niveles de dolor. El valor medio de EVA antes del bloqueo TAP fue 7,33 (DE 1,67) y después del bloqueo fue 1,25 (DE 1,66), 1,91 (DE 1,97), 1,18 (DE 1,17), 0,91 (DE 1,30) objetivados en los primeros 30 min, 24 h, 48 h y 72 h tras el procedimiento. El alivio del dolor fue significativo en todos los casos y ocurrió de forma casi inmediata (fig. 1). Tras el bloqueo, los pacientes solo necesitaron la analgesia convencional pautada previamente para controlar el dolor, con niveles de EVA mantenidos en < 3.

En 7 de los 10 pacientes, el valor del EVA a las 72 h fue 0. No hubo complicaciones asociadas al procedimiento. La estancia hospitalaria media fue de 6,9 días (DE 3,67) y en todos los casos la evolución clínica fue correcta; los pacientes fueron dados de alta sin incidencias.

En los últimos años, el bloqueo TAP ha demostrado su efectividad analgésica en el dolor somático generado en la pared abdominal tras diferentes procedimientos de cirugía abdominal.

Clásicamente el dolor de pancreatitis aguda se ha clasificado como de tipo visceral. Sin embargo, en este estudio hemos observado la efectividad del bloqueo TAP en el control de este tipo de dolor. La técnica ha sido fácilmente reproducible y segura.

Queremos resaltar el efecto casi inmediato de la analgesia obtenida por TAP, elemento diferenciador respecto a cualquier tipo de terapia con fármacos intravenosos. El efecto analgésico se consigue por la aplicación local del anestésico en la raíz nerviosa, lo que explica su rapidez. Por el contrario, en los pacientes tratados con morfínicos intravenosos, el efecto máximo se consigue, en general, a partir de los 15-20 min y su efecto decae a las 2-3 h, lo que obliga a administrar dosis sucesivas para el mantenimiento de los niveles analgésicos óptimos⁵.

En cuanto a la persistencia de niveles bajos de dolor que hemos observado en los pacientes, probablemente debamos atribuirlo a la mejoría natural del proceso inflamatorio de la pancreatitis aguda más que al bloqueo TAP en sí.

Este estudio presenta una serie de casos corta, con las limitaciones que ello conlleva a la hora de valorar las conclusiones, si bien hemos decidido comunicar nuestros resultados por los llamativos datos obtenidos. Se deben realizar estudios aleatorizados multicéntricos que comparen las terapias analgésicas estándar con el bloqueo TAP para poder incluirlo como un nuevo instrumento terapéutico en el tratamiento del dolor en la pancreatitis aguda.

Financiación

Los autores no tienen fuentes de financiación que declarar.

Conflicto de intereses

No.

Bibliografía

1. Vargas-Schaffer G. Is the WHO analgesic ladder still valid? Twenty-four years of experience. *Can Fam Physician*. 2010 Jun;56:514-7. PMID: 20547511. PMID: PMC2902929.
2. Smith DI, Hoang K, Gelbard W. Treatment of acute flares of chronic pancreatitis pain with ultrasound guided transversus abdominis plane block: A novel application of a pain management technique in the acute care setting. *Case Rep Emerg Med*. 2014;2014:759508, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/759508>.
3. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis-2012: Revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62:102-11, <http://dx.doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302779>. PMID: 23100216.
4. Tsai HC, Yoshida T, Chuan TY, Yang SF, Chang CC, Yao HY, et al. Transversus abdominis plane block: An updated review of anatomy and techniques. *Biomed Res Inter*. 2017;1-12. Article ID 8284363. doi.org: 10.1155/2017/8284363.
5. Valdivielso A. Dolor agudo, analgesia y sedación en el niño (IIIa): Farmacocinética y farmacodinamia de los analgésicos opioides. *An Esp Pediatr*. 1998;48:429-40.

Sergio González Martínez^{a,*}, Helena Gómez Facundo^a, Carmen Deiros García^b, Eva María Pueyo Periz^a, Ruth Ribas Montoliu^a, Daniel Coronado Llanos^a, Josep Masdeu Castellvi^b y Montse Martin-Baranera^c

^a Departamento de Cirugía, Hospital Moisès Broggi, Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España

^b Departamento de Anestesia, Hospital Moisès Broggi, Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España

^c Departamento de Epidemiología, Hospital Moisès Broggi, Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sergio4762@yahoo.es

(S. González Martínez).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.06.008>

0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Lipoma cólico gigante complicado con intususcepción y hemorragia digestiva baja



Giant colon lipoma complicated with intussusception and low digestive hemorrhage

Los lipomas intestinales son los tumores benignos más frecuentes después de los pólipos adenomatosos. Pueden originarse en cualquier segmento del tracto gastrointestinal, si bien son más frecuentes en el intestino grueso. Se estima una prevalencia entre el 0,2 y el 4,4% en la población general y representa el 1,8% de todas las lesiones benignas del

colon. Suelen ser pequeños (menores de 2 cm), su tamaño se correlaciona de forma positiva con la presencia de síntomas y pueden causar complicaciones potencialmente graves cuando alcanzan un tamaño mayor de 4 cm (son llamados también *lipomas gigantes*¹).

Describimos el caso de una mujer de 56 años con antecedentes de obesidad, bocio multinodular y fibromialgia. Acudió al servicio de urgencias refiriendo dolor abdominal derecho y hematoquecia; no presentaba cambios en el ritmo intestinal, pérdida de peso, anorexia, ni fiebre. En la analítica presentaba anemia leve (Hb 11,3 g/dl); el resto de los parámetros eran normales. En la colonoscopia se identificó, en el ángulo hepático, una lesión polipoidea pediculada, de unos 5 cm de diámetro, que estenosaba casi por com-