



Dra. Corina Barragán Jiménez*, Dra. Myriam Nenetzin García Leal**, Dra Virginia Gordillo Álvarez, Dr Fausto de la Cruz Benito, Dra Milagros Vázquez Pulido^{ww}.
*Residente De Primer Año De Anestesiología Pediátrica, **Residente De Segundo Año De Anestesiología Pediátrica, ^wAnestesióloga, Encargada De La Clínica Del Dolor,
^{ww}Anestesiólogo, Adscrito al servicio de anestesiología Pediátrica UMAE Hospital de Pediatría "Dr.Silvestre Frenk Freund"..

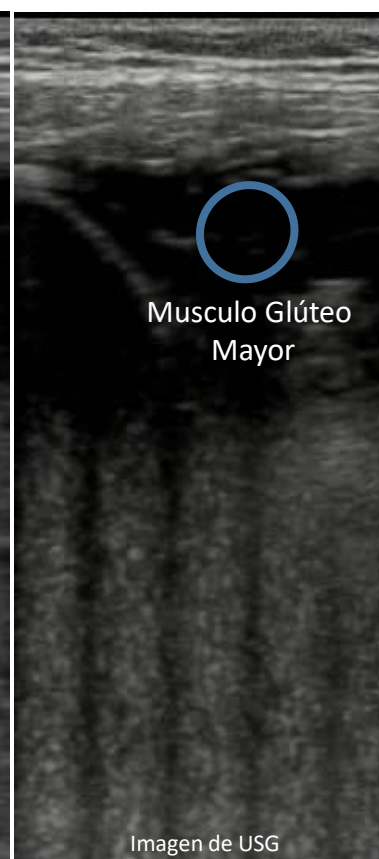
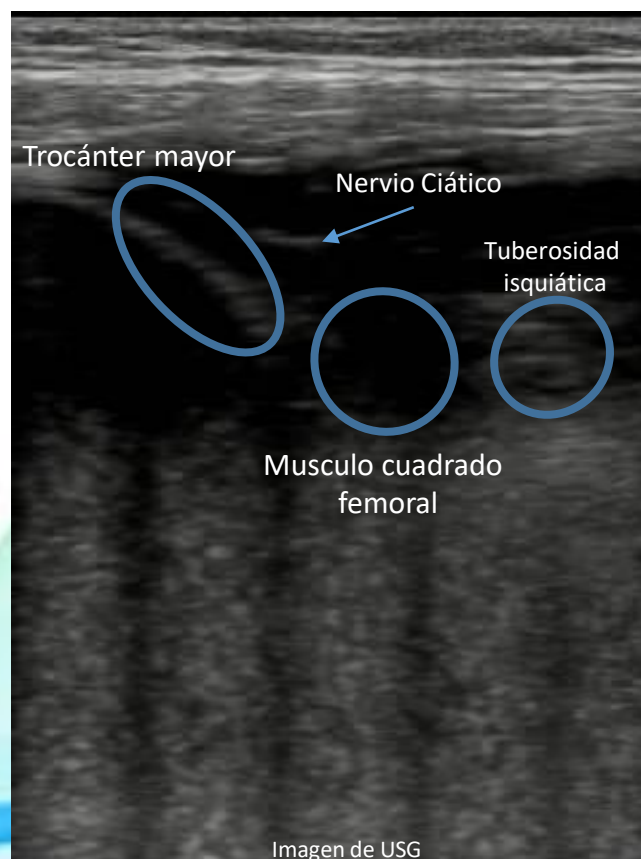
BLOQUEO DE NERVIPO CIATICO ECOGUIADO PARA TRATAMIENTO DE DOLOR INCOERCIBLE

INTRODUCCION:

Las técnicas regionales de anestesia son útiles en el manejo del dolor agudo y crónico segmentario; el bloqueo del nervio ciático es empleado con cierta frecuencia en adultos pero es más raro que los pacientes pediátricos requieran este tipo de intervención debido a que con frecuencia responden adecuadamente al tratamiento farmacológico.

CASO CLINICO:

Masculino de 11 años de edad con escoliosis congénita toráco-lumbar, hipertensión pulmonar secundaria, ERGE. Antecedente de instrumentación de columna torácica en el año 2012. Inicia su padecimiento aproximadamente un mes antes de su ingreso con dolor de extremidad derecha, quemante, con dificultad para la extensión y apoyo que le incapacita para la deambulación; dolor a la digitopresion en glúteo derecho discreto, aumento de temperatura sin cambios de coloración, sin aumento de volumen, reflejos no valorables. Se inicia manejo con esteroide sin éxito por lo que se interconsulta a Clínica del Dolor, iniciándose tratamiento con infusión de lidocaína, cocarboxilasa y diazepam sin mejoría por lo que se modifica a infusión de ketamina inicialmente 80 mcg/kg/hr con titulación e incremento hasta 300 mcg/kg/h y buprenorfina de rescate requiriendo 4-7 dosis al día. Ante la falta de respuesta se decidió sedación paliativa con analgésico opioide y midazolam. Estudios complementarios: Rx de Columna lumbar con destrucción ósea, RMN cambios de densidad osea desde L2 hasta S1 sospechando de espondilodiscitis. Electromiografía: polineuropatía motora axonal de miembro pélvico izquierdo. Se programa para realización de bloqueo de nervio ciático guiado por USG bajo con sedación + A.Inhalada con ventilación manual asistida y manual controlada, sin intubación. Se realiza bloqueo de nervio ciático con paciente en decúbito lateral izquierdo con abordaje subglúteo, administrando Acetato de Metilprednisolona 20 mg, Ropivacaina 0.2% 10 mg con volumen total de 10 cc dilución con NaCl 0.9%, sin incidentes durante el procedimiento, aplicándose además toxina botulínica, con adecuada respuesta al recuperarse reportando dolor en escala ENA en 0/10. El efecto del bloqueo fue transitorio por lo que finalmente requirió la realización de rizotomía a nivel L1-L2.



ANALISIS:

En el presente caso se logró una mejoría de corta duración a pesar del éxito en la realización de la técnica por tratarse de una afectación a nivel central (medular).

CONCLUSIONES:

El uso de ecografía para la realización de los bloqueos periféricos es un recurso que mejora la seguridad para su realización y permite observar la distribución del anestésico local u otros medicamentos en la vaina nerviosa. Su utilidad en el manejo del dolor crónico está limitada a patologías con involucro periférico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Giaufre E. Epidemiology and morbidity of regional anesthesia in children: a one-year prospective survey of the French-Language Society of Pediatric Anesthesiologists. *Anesth Analg* 1996; 38(5): 904-12.
2. Krane E.J. The safety of epidurals placed during general anesthesia. *Reg Anesth Pain Med* 1998; 23(5): 433-38.
3. Dra. Estela Melman-Szteyn, * Dra. Guadalupe Zaragoza-Lemus*, Anestesia regional en pediatría 2018, Revista Mexicana de Anestesiología, Vol. 41. No. 3 Julio-Septiembre 2018 pp 213-227