

## Bloqueo nervioso continuo del nervio ciático: un enfoque efectivo para el manejo del dolor.

Felices-Agulló V<sup>1</sup>, Arnalte M<sup>1</sup>, Romero N<sup>1</sup>, Martí-Cervera J<sup>1</sup>, Viciano A<sup>1</sup>, Pascual M<sup>1</sup>, Vicente A<sup>1</sup>, Novella J<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Clínico Universitario de Valencia

### INTRODUCCIÓN

La isquemia aguda de las extremidades se define como una disminución repentina o de rápido desarrollo de la perfusión de las extremidades, que generalmente produce síntomas o signos nuevos o que empeoran y amenazan la viabilidad de las extremidades. La incidencia es de aproximadamente 1,5 casos por 10.000 personas por año. El principal síntoma de la misma es el dolor, generalmente invalidante y de difícil manejo, repercutiendo negativamente en la calidad de vida de los pacientes que padecen esta patología.

El bloqueo nervioso continuo periférico de miembros inferiores (MMII) resulta una alternativa efectiva para el manejo del dolor en pacientes con arteriopatía periférica y dolor mal controlado.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un varón de 87 años, que ingresa de forma urgente por isquemia aguda de miembro inferior derecho que amenaza la viabilidad de la extremidad. La exploración física evidencia obliteración femoropoplítea bilateral y necrosis de segundo y tercer dedos.

Se decide la realización de un bloqueo nervioso periférico continuo del nervio ciático tras haber agotado las diferentes posibilidades terapéuticas dirigidas al manejo del dolor y persistencia del mismo (EVA 5-8/10), que imposibilita a realización de las curas.

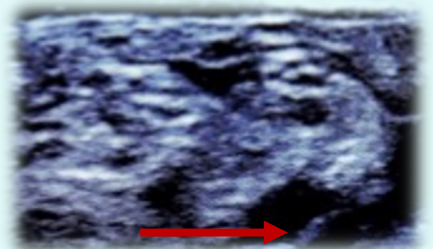


Figura 1.

Bloqueo del nervio ciático guiado por ecografía a nivel de la bifurcación de su tronco común, inserción de catéter. Abordaje poplíteo.

### MANEJO CLÍNICO

Se realiza un bloqueo nervioso periférico del nervio ciático a nivel poplíteo y guiado por ecografía. Para su realización, se inserta una aguja Tuohy 18G de 80 mm, fuera de plano, desde la parte posterior del muslo atravesando el músculo bíceps femoral dirigiendo la punta hacia la imagen de la bifurcación del nervio. Se inyecta un bolo de 20 mL de ropivacaína 0.375% bajo control ecográfico y se tuneliza y fija el catéter.

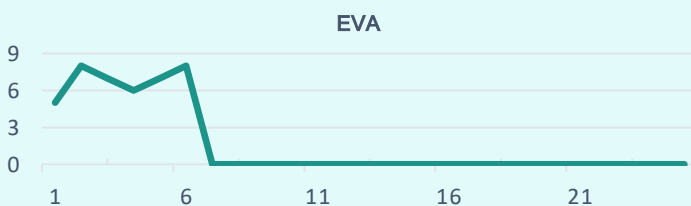
Tras ello, se conecta un elastómero de LVBP 0.125% a un ritmo de infusión de 7-12 mL/h suplementada con bolos de 5ml en régimen de PCA (Analgesia Controlada por Paciente) para control del dolor. Además se facilitó la realización de las curas con la administración de bolos de anestésico local (20 mL de mepivacaína 2%) a través del catéter 20 minutos antes de las mismas.

El promedio de resultados en la escala EVA fue de 0/10, sin requerimiento de bolos extra administrados por el paciente y sin episodios de dolor irruptivo.



Figura 2.

Hallazgos de la exploración física: necrosis 2º-3º dedo miembro inferior derecho asociadas a linfangitis del dorso.



### CONCLUSIONES

Se concluye la realización de un bloqueo nervioso periférico continuo del nervio ciático, a nivel poplíteo una alternativa efectiva y segura para el manejo del dolor en pacientes con difícil manejo y/o contraindicación para técnicas neuroaxiales.