

## INTRODUCCIÓN

El BESP (bloqueo del plano del erector espinal) es un bloqueo interfascial paravertebral descrito por primera vez en 2016. Existe evidencia sobre su eficacia como técnica analgésica en cirugía de columna. No hay estudios sobre cirugía de columna de mínima invasión realizada únicamente con BESP y sedación. En este reporte de caso, describimos brevemente un abordaje anestésico exitoso del BESP en combinación con sedación endovenosa, como técnica anestésica para una paciente sometida a una cirugía de columna de mínima invasión, con control exitoso del dolor y una alta satisfacción de la paciente.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 27 años (peso 67.4 kg, talla 1.54 m, IMC 28.4 kg/m2). Acudió a valoración por presencia de dolor lumbar crónico agudizado intensidad ENA 10/10, irradiado a miembro pélvico derecho, con disminución de fuerza y sensibilidad ipsilateral.



**Imagen 1.** Resonancia magnética con presencia de extrusión posterocentral derecha del disco intersomático L4-L5 transligamentaria y L5-S1 subligamentaria.

Tras una exploración física detallada y estudio de resonancia magnética, fue programada para tratamiento quirúrgico mediante abordaje endoscópico transforaminal L4-5 derecho con foramintomía, flavectomía y discectomía.

## MANEJO ANESTÉSICO

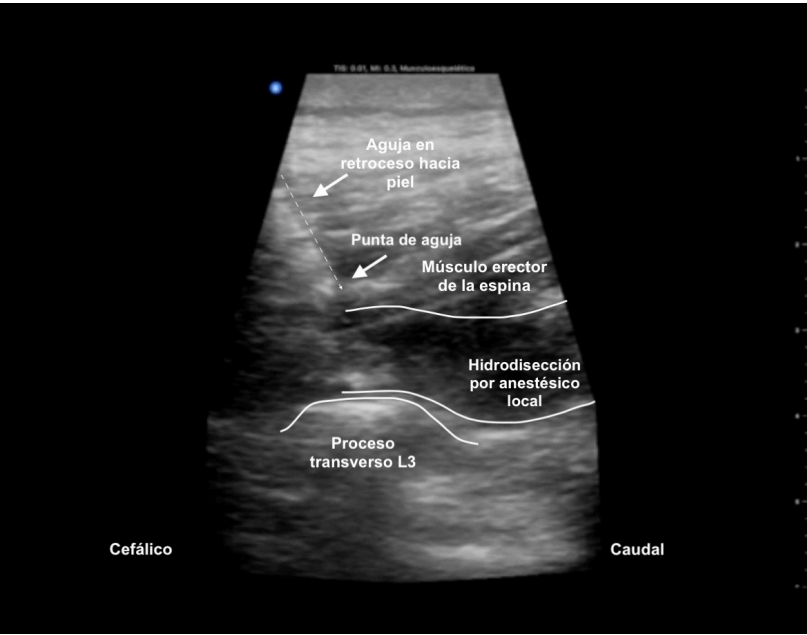
Monitorización anestésica estándar con electrocardiografía, presión arterial no invasiva, pulsioximetría, temperatura y capnografía. Evaluación de profundidad anestésica con índice biespectral (BIS®) correlacionando con escala de sedación Ramsay. Oxígeno suplementario con mascarilla reservorio a 7 L/min, FiO2 60%. Posicionamiento en decúbito prono. Régimen anestésico para sedación intravenosa: Propofol en infusión continua 30–60 mcg/kg/min, Remifentanilo en infusión continua a 0.04–0.08 mcg/kg/min. Ventilación espontánea, manteniendo SpO2 >94%, EtCO2 32-35.

## MANEJO ANESTÉSICO

Bajo técnica estéril, se realizó BESP bilateral a la altura de apófisis transversa L3 con Ropivacaína 0.5% (20 ml cada lado, 40 ml en total), con ultrasonido lineal de alta frecuencia y aguja ecogénica 22Gx100mm (Stimuplex®), observando adecuada hidrodissección.



**Imagen 2.** Imagen ecográfica del erector de la espina (ESP) previo a la infiltración de anestésico local



**Imagen 3.** Imagen ecográfica del BESP, observando adecuada dispersión del anestésico local por debajo del músculo erector de la espina

A los 20 minutos del BESP se corroboró adecuada anestesia en la zona de dermatomo L1-5, dando inicio a la cirugía. Adyuvantes intravenosos: Cefalotina 1 g, Dexametasona 8 mg, Paracetamol 1 g, Dexketoprofeno 50 mg, Ondansetrón 8 mg. Tiempo quirúrgico: 90 min. Tiempo anestésico: 120 min. Postoperatorio inmediato en Unidad de Cuidados Postanestésicos: Aldrete 9, Ramsay 2. Intensidad de dolor durante primeras 24 h fue ENA 0/10. Alta hospitalaria a las 24 horas por evolución favorable.

Tiempo postoperatorio	Dolor ENA	Consumo de opioide de rescate
0: UCPA	0	No
24 horas	0	No



**Imagen 4.** Abordaje quirúrgico endoscópico lateral derecho

## DISCUSIÓN

Para la mayoría de los anestesiólogos, la posición prona exige la intubación endotraqueal y anestesia general para asegurar la vía aérea durante toda la cirugía de forma adecuada. La cirugía de columna de mínima invasión despierta con anestesia regional ha ganado atención en los últimos años. Mejora resultados perioperatorios y reduce costos comparada con anestesia general. La técnica anestésica es esencial en cirugía despierta. El cirujano debe poder comunicarse con el paciente en cada fase y valorar su respuesta por lo que la analgesia es fundamental. Algunos centros empiezan a emplear técnicas de bloqueo nervioso selectivo, mejorando la comodidad del paciente, acelerando la recuperación y el tiempo hasta el alta. Para conseguir el nivel adecuado de sedación y confort en el paciente que se somete a cirugía endoscópica de columna, el anestesiólogo tiene que anticipar las situaciones en las que el paciente puede sentir dolor intenso y necesita esta despierto. Es de suma importancia una estrecha comunicación entre el cirujano y el anestesiólogo para adaptar la anestesia y minimizar sus efectos secundarios. El uso conjunto de bloqueo regional con sedación es una alternativa atractiva a la anestesia general. El anestesiólogo debe realizar una evaluación completa del paciente y del procedimiento quirúrgico a realizar antes de determinar la elección de la anestesia adecuada.

## CONCLUSIONES

Aunque existen múltiples publicaciones que recomiendan la anestesia regional para cirugía de la columna vertebral, no hay consenso sobre el tipo de bloqueo óptimo. El papel del BESP en las cirugías de la columna vertebral se está explorando mediante recientes ensayos. Aún hay muchas oportunidades de investigación para explorar sus aplicaciones no descubiertas.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se obtuvo consentimiento informado de la paciente para que su información clínica sea publicada como reporte de caso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Forero M, Adhikary SD, Lopez H, Tsui C, Chin KJ. The erector spinae plane block a novel analgesic technique in thoracic neuropathic pain. Reg Anesth Pain Med. 2016 Aug 23;41(5):621–7.
- Morley-Jepson K, Maharaj Z, Wagner J. The “new kid” on the fascial plane block: erector spinae block – a narrative review. Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia. 2021 Jan;27(4):168–73.
- Duan M, Xu Y, Fu Q. Efficacy of Erector Spinae Nerve Block for Pain Control After Spinal Surgeries: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. Vol. 9, Frontiers in Surgery. Frontiers Media S.A.; 2022.



SCAN ME