

## BLOQUEO DEL PLANO TRANSVERSO ABDOMINAL: EXPERIENCIA INICIAL BAJO ECOGRAFÍA

*Ernesto Bermúdez, Carolina Cabrera, Nicolás Arriaza, y Alejandro Vozmediano.  
Hospital FACH, Universidad de Valparaíso y Clínica Alemana.*

**Introducción:** El bloqueo del plano transverso abdominal (TAP), fue descrito utilizando referentes anatómicos complejos, pero con el uso de ecografía se logra simplificar la técnica. Con esto es posible realizar un bloqueo seguro y eficiente del plexo abdominal, responsable de inervar la pared abdominal. Las ramas del plexo abdominal se ubican en la fascia entre los músculos oblicuo abdominal interno y transverso. Su bloqueo con anestésicos locales como parte de una analgesia multimodal podría ser útil en diferentes tipos de cirugías.

**Objetivos:** Evaluar el bloqueo TAP en cirugía laparoscópica abdominal.

**Material y Método:** En forma prospectiva y randomizada, se ingresaron a estudio pacientes adultos sometidos a cirugía abdominal laparoscópica. A un grupo se le realizó bloqueo de TAP (Grupo B) y al segundo, el grupo control, no se le realizó bloqueo (Grupo C). El bloqueo de TAP bilateral se realizó luego de la inducción anestésica con chirocaína al 0,25%, 20 ml por cada lado. Para la visualización ecográfica (Sonosite, Micromax), se utilizó un transductor lineal de alta frecuencia (6 a 13Mhz) y se describieron tres planos musculares: el plano del oblicuo externo, el del oblicuo interno y el del músculo transverso. Una vez ubicado el plano entre el oblicuo interno y el transverso, se realizó la inyección fraccionada de anestésico local. Todos los pacientes recibieron ketoprofeno 100 mg y un bolo de morfina (0,1 mg / kg peso ideal) durante el intraoperatorio. En el postoperatorio todos los pacientes recibieron una infusión de ketoprofeno (300 mg en 24 horas) y de rescate, bolos de morfina de 2 mg. Se evaluó el consumo de morfina total en las 24 horas postoperatorias, y se controló la esca-

la visual análoga (EVA) a las 0,5, 1, 2, 4, 6, 12 y 24 horas postoperatorias. Se constató la presencia de náuseas y vómitos postoperatorios (NVPO) y la satisfacción de los pacientes con su analgesia (muy buena, buena, regular, mala y muy mala). Se utilizó el software STATA 10.0. Para los datos con distribución normal se utilizó prueba de t Student. Para el estudio de los datos con distribución no paramétrica se utilizó la prueba de Wilcoxon rank sum Mann Whitney test. Se considero un  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se estudió un total de 29 pacientes, 16 en el Grupo B y 13 en el Grupo C, con edad promedio de  $45 \pm 11$  años y peso  $91 \pm 14$  kg. Los tipos de cirugía fueron en su mayoría gastrectomías en manga, colectomías y by pass gastroyeyunal laparoscópicos. El consumo total de morfina 24 horas fue en promedio de  $7,56 \pm 3,23$  mg en el grupo B, *versus*  $11,32 \pm 5,1$  mg en el grupo control ( $p < 0,05$ ). Si bien los EVA fueron menores en el Grupo B en los intervalos de tiempo estudiados estos no alcanzaron significancia estadística. No hubo diferencia en la incidencia de NVPO así como tampoco en la evaluación de su analgesia entre ambos grupos, considerando la mayoría de pacientes ésta como muy buena y buena. No se registraron complicaciones secundarias al bloqueo de TAP.

**Conclusiones:** El bloqueo de TAP resultó ser una técnica segura y fácil de realizar bajo ecografía, ya que a todos los casos propuestos se les pudo puncionar sin dificultad. Además, el bloqueo permitió disminuir el consumo de morfina postoperatorio. Se requiere del estudio de un mayor número de casos y de diferentes tipos de cirugía para lograr conocer los reales beneficios y el tiempo de duración en diferentes pacientes.