

Informe del Trabajo de Ingreso del Dr. Víctor Contreras Domínguez

Campos B, Ximena (*)

En primer lugar, quiero agradecer a la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor la oportunidad de permitirme informar el Trabajo de Ingreso del Dr. Víctor Contreras Domínguez, titulado "El Bloqueo Interestencial Provee mejor Calidad e Índice de Satisfacción que la Analgesia Intra-Articular en el Manejo del Dolor Postoperatorio en las Cirugías de Hombro". Durante su trayectoria, el Dr. Contreras ha investigado a fondo las técnicas de anestesia regional y bloqueos periféricos y con esta nueva investigación pone en la discusión un importante debate dentro de la analgesia para cirugía de hombro: ¿cuál es la técnica analgésica más apropiada para utilizar en este tipo de cirugías?

Debemos recordar que en este tipo de cirugías es especialmente importante manejar en forma adecuada y eficiente el dolor postoperatorio, primero por el confort del paciente, ya que el dolor puede llegar a ser muy intenso e invalidante; y en segundo lugar, para tener una adecuada rehabilitación.

Sabemos que un eficiente manejo kinesiológico postoperatorio permite mejor movilidad articular y, por lo tanto, un mejor resultado quirúrgico. Como ha sido establecido en la literatura (1,2,3), el debate sobre la técnica analgésica a utilizar deja inmediatamente de lado a la terapia opioide endovenosa, ya que si bien podría manejar en forma adecuada el dolor en reposo, es muy inferior a las técnicas de bloqueos de nervios periféricos en el manejo del dolor dinámico, que es el más relevante en estos pacientes.

En este escenario, el siguiente paso sería dilucidar cuál es la técnica regional periférica óptima para estos pacientes, por lo que el estudio del Dr. Víctor Contreras me parece que contribuye absolutamente a responder esta duda.

El presente estudio cumple las premisas modernas de criterios de inclusión y exclusión, comité de ética, consentimiento informado, diseño prospectivo y randomizado, aunque no se trata de un estudio ciego, lo que por supuesto limita la interpretación de los resultados.

En este estudio se compara analgesia de Plexo Interestencial en forma continua (BIEC) y analgesia intra-articular en punción

única. Inmediatamente, cabe la duda de por qué no se compararon ambas técnicas en forma continua, a lo que el autor da algunas reseñas en la discusión del trabajo sobre el peligro potencial de desarrollar artritis séptica, en caso de dejar un catéter intrarticular, comentario que me parece absolutamente atinente. Existen reportes de colonización bacteriana, tanto en catéteres intra-articulares de extremidad inferior como de extremidad superior (4). En el análisis de los resultados, llama la atención que entre las 4 y 12 horas no hay diferencias en dolor ni en consumo de morfina: ambos grupos presentaron EVA menor de 3. Sería interesante saber cuál fue la variación del dolor en el tiempo, sobre todo teniendo en cuenta que un grupo recibe analgesia continua y en el otro grupo la inyección única intra-articular supone una caída de la analgesia en el tiempo que no se puede observar de la forma en que se presentan los resultados. Es interesante señalar que en este primer periodo de tiempo (primeras 12 horas) existen controversias en la literatura sobre la utilidad de analgesia intra-articular.

Syngelyn (2004) (5) no encuentra diferencias al utilizar analgesia intraarticular y placebo. Es probable que sea en esta técnica quirúrgica (reparación MRH con anclaje asistido por artroscopia) en la cual inicialmente se encuentran estos resultados y no técnicas más invasivas. Además, debemos destacar que en el presente estudio se utilizó anestésico local asociado a morfina, mezcla que probablemente favorece al manejo del dolor y que no estaba presente en el estudio de Syngelyn.

Entre las 24 y 48 horas existe una diferencia estadísticamente significativa en dolor y consumo de morfina, que es mayor en el grupo de analgesia intra-articular, y que es además clínicamente relevante. Estos resultados coinciden con los reportados por otros autores, aún cuando existan resultados analgésicos favorables en el grupo de inyección intra-articular, éste se limita como máximo hasta el primer día.

Sería importante evaluar en qué momento se produce el término clínico de la analgesia intra-articular para evaluar y poder realizar nuevos estudios.

Con respecto a la incidencia de náuseas y/o vómitos, también se encuentra que es menor en el grupo BIEC, explicado por supuesto por un menor consumo de morfina, la incidencia es de un 16%. Sin embargo, llama la atención que es una incidencia bastante

* Hospital Clínico Universidad de Chile

mayor a la reportada por Borgeat (6) (5%) en estos pacientes. La controversia actual en el manejo analgésico de la cirugía de hombro tiene muchas causas. Pero una de las que más tiende a confundir los resultados es el hecho de mezclar diferentes técnicas quirúrgicas. En este punto, el Dr. Contreras nos muestra un trabajo limpio, que engloba sólo una técnica quirúrgica y, además, hecha por un solo equipo de traumatólogos. Por lo tanto, se pueden sacar conclusiones bastante acertadas en este grupo de pacientes.

A la fecha de este informe aparece en la literatura un estudio similar al del Dr. Contreras: Beuden et al (7), evalúan la utilidad de la técnica intra-articular y plexo interescalénico, pero en punción única perioperatorio. Si bien, en las primeras horas los resultados favorecen a la analgesia de plexo interescalénico (el detalle de las técnicas quirúrgicas muestra cirugías de elevado requerimiento analgésico, esto podría explicar esta diferencia), en el siguiente periodo hasta las 24 horas, los resultados se invierten, favoreciendo la analgesia mediada por anestésicos locales intra-articulares. En el trabajo del Dr. Contreras, el BIEC se muestra superior justamente en este periodo, ya que se trata de una infusión continua. En este último aspecto, debo destacar la solución utilizada por el Dr. Contreras, que es inusualmente diluida con respecto a lo que se muestra en la literatura y, sin embargo, eficaz. Ha sido uno de los temas del Dr. Contreras en ésta y otras publicaciones: la búsqueda de las mínimas masas de anestésicos locales adecuadas para producir una adecuada analgesia.

Este estudio constituye un aporte para dilucidar temas pendientes en anestesia y analgesia regional y, además, aporta una solución analgésica eficaz con bajas masas de anestésico local, contribuyendo a la mayor seguridad de nuestros pacientes. Por último, me gustaría mencionar algunos antecedentes de la trayectoria clínica y académica del Dr. Contreras. El Dr. Víctor Contreras inicia sus estudios profesionales en Concepción, donde recibe su título de Médico Cirujano y luego continúa en la Universidad Católica de Lovaina, en Bélgica, donde se forma como especialista en Anestesiología e inicia el conocimiento de la anestesia regional. Además, posee Diplomas, MBA y grado de Doctor en Medicina mención Cirugía, de la Universidad de Buenos Aires.

Actualmente, se desempeña como Anestesiólogo en el Servicio de Anestesiología y Servicio de Urgencias del Hospital Regional "Guillermo Grant Benavente", en Concepción; y es Profesor Asistente de la Unidad de Anestesiología, en la Universidad de Concepción.

Durante su carrera, el Dr. Contreras ha investigado en forma muy intensa, como lo muestran sus 25 publicaciones en revistas internacionales y 42 publicaciones en revistas nacionales. Además, posee 19 comunicaciones en congresos internacionales y 65 comunicaciones en congresos nacionales. Es socio activo de la Sociedad de Anestesiología de Chile, de Latin American Society of Regional Anesthesia y miembro asociado de 4 sociedades Internacionales de Anestesia.

Teniendo en cuenta el interés clínico del trabajo y sus méritos,

el esfuerzo que ha significado hacerlo, la trayectoria profesional del Dr. Contreras y su permanente colaboración e investigación en manejo del dolor postoperatorio, es un honor para mí recomendar al Directorio que acepte al Dr. Víctor Contreras Domínguez como nuevo miembro de la Asociación Chilena para el Estudio del Dolor.

Referencias Bibliográficas

1. Borgeat A, Blumenthal S. Anaesthesia for shoulder surgery. *Current Orthopaedics* (2004) 18, 109-117
2. Iffeld B, Ambulatory Continuous Interscalene Nerve Blocks Decrease the Time to Discharge Readiness after Total Shoulder Arthroplasty *Anesthesiology* 2006; 105:999 -1007
3. Richman J, Does Continuous Peripheral Nerve Block Provide Superior Pain Control to Opioids? A Meta-Analysis. *AnestAnalg* 2006;102:248 -57
4. Vintar N, Rawal N, Veselko M. Intraarticular patient-controlled regional anesthesia after arthroscopically assisted anterior ligament reconstruction: ropivacaine/morphine/Ketorolac versus Ropivacaine/morphine. *Anesth Analg* 2005; 101: 573-8.
5. Singelyn FJ, Lhotel L, Fabre B. Pain relief after arthroscopic shoulder surgery: a comparison of intraarticular analgesia, suprascapular nerve block, and interscalene brachial plexus block. *AnestAnalg* 2004;99:589-92.
6. Borgeat A, Patient-controlled interscalene analgesia with ropivacaine 0.2% versus patient-controlled IV analgesia after major shoulder surgery: effects on diaphragmatic and respiratory function. *Anesthesiology* 2000;92:102-8.
7. Beaudet V, Perioperative interscalene block versus intra-articular injection of local anesthetics for postoperative analgesia in shoulder surgery. *Regional Anesthesia Pain Med*, 2008 Mar-Apr;33(2):134-8