**Título:** BLOQUEIO BILATERAL CONTÍNUO DO PLANO ERETOR DA ESPINHA PARA CIRURGIA PEDIÁTRICA

**Autores:** Ana Pinto, Mihran Portugalyan, André Delgado, Carolina Sá

**Instituições:** Serviço de Anestesiologia, Reanimação e Dor, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

**Área Terapêutica/Tema:** Anestesia Regional (Regional Anaesthesia)

**Resumo :**

Introdução

O bloqueio do plano eretor da espinha (ESP Block) tem sido proposto como uma alternativa segura às técnicas regionais centrais, como o bloqueio epidural ou paravertebral, pela sua fácil realização, baixa taxa de complicações e efeito comparável em analgesia pós-operatória(1). Apesar da sua crescente utilização na idade adulta, os casos pediátricos são ainda escassos(2).

Caso clínico

Menina de 10 anos, ASA II, 53 Kg, submetida a enterocistoplastia de aumento com reimplantação ureteral sob anestesia geral e ESP block bilateral com colocação de catéter. Tem antecedentes pessoais de meningomielocelo lombosagrado operado, hidrocefalia sem shunt, malformação de Arnold-Chiari II, siringomegalia e bexiga neurogénica com refluxo vesico-ureteral. Os consentimentos informados para o procedimento anestésico e para publicação posterior do caso foram obtidos.

No Bloco Operatório (BO), após monitorização standard foi posicionada em decúbito lateral e a pele anestesiada com Lidocaína. Sob visualização ecográfica direta procedeu-se ao bloqueio (T10) do plano eretor da espinha à esquerda, injetando-se 7,5cc de Ropivacaína 0,375% após confirmação por hidrodisseção com solução salina. A injeção de anestésico local (AL) foi seguida de colocação de um catéter no mesmo plano interfascial. O procedimento foi repetido contralateralmente sem intercorrências. Já em decúbito dorsal procedeu-se à indução anestésica, tendo feito 100mcg de Fentanilo endovenoso (EV).

A incisão da pele teve repercussão mínima na frequência cardíaca. No intra-operatório, que decorreu sem intercorrências e com parâmetros vitais sempre estáveis, fez 3 bólus de Ropivacaina 0,375% espaçados por 1 hora, complementados com Paracetamol 800mg e Cetorolac 30mg EV. 1 hora antes de ser extubada inicia perfusão de Ropivacaina 0,1% a 8cc/h.

No pós-operatório teve analgesia suplementar com Paracetamol 15mg/Kg EV tid. A dor foi avaliada nas primeiras 72h com recurso à escala analógica visual (EVA), assim como as necessidades analgésicas. O score EVA às 0, 6, 12, 24, 48 e 72h foi de 0, 2, 4, 3, 4, 2, respectivamente. Não foram administrados opióides ou qualquer outra analgesia de resgate. Após 72h a perfusao de AL foi descontinuada e os catéteres removidos.

Discussão

Apesar das técnicas regionais centrais serem a primeira escolha para a cirurgia abdominal e torácica o seu uso pode ser limitado na presença de certas patologias como hidrocefalia e cirurgia da coluna. Com o advento da ultrassonografia na idade pediátrica os bloqueios interfasciais como o ESP Block estão a emergir como alternativas encorajadoras para um número crescente de cirurgias.

Consideramos que esta abordagem, além de evitar as técnicas regionais centrais, conferiu um bloqueio eficaz e duradouro na doente, reduzindo as necessidades anestésicas e de opióídes no intra-operatório e conferindo um bom controlo da dor pós-operatória.

Referências

1) Pediatr Anesth. 2020; 30: 96-107

2) Semin Thorac Cardiovasc Surg. 2013; 25:116-24