

CARTAS AL DIRECTOR

**J.M. Santaliestra Fierro⁽¹⁾, A. Monsó Molas⁽¹⁾, F. Barbal Badía⁽¹⁾,
F. Fitó Bertrán⁽¹⁾, A. Hounie⁽¹⁾, J. Riudeubás Sesé⁽²⁾**

⁽¹⁾Servicio de Anestesiología y Reanimación. ⁽²⁾Jefe de Servicio Hospital de San Rafael. Barcelona

Sr. Director:

Tras la lectura del excelente trabajo de S. López Álvarez "Bloqueo del nervio ciático para cirugía de *hallux valgus* en régimen ambulatorio", publicado en el número de diciembre de 2005⁽¹⁾, encontramos motivación suficiente para vencer esa "pereza natural" a la que te refieres en el editorial: "Don't let it be". Nos gustaría poner de manifiesto la experiencia acumulada en nuestra práctica diaria, para conocimiento de otros colegas, y que no siempre queda bien reflejada en los estudios controlados.

Nuestra preocupación por la anestesia locorregional (ALR) no es nueva, y nos enorgullecemos del alto porcentaje de técnicas de ALR que ocupan nuestro quehacer diario⁽²⁻⁷⁾. En el V Congress of the European Foot and Ankle Society (Montpellier, 29 de abril-1 de mayo de 2004), presentamos el estudio retrospectivo "A comparative study of two anesthetic techniques in foot surgery. Analysis of 6.100 cases". En la actualidad, tenemos un trabajo en prensa en la prestigiosa revista *Foot & Ankle International*.

El elevado número de casos en nuestra casuística es posible gracias a la estrecha colaboración con el servicio de Cirugía Ortopédica de nuestro centro, dirigido por el Dr. R. Viladot, que tradicionalmente ha dedicado una parte importante de su actividad a la patología del pie.

Estamos de acuerdo con los autores en lo apropiada que es la técnica anestésica que se describe en el trabajo para la correcta anestesia del antepié. Los resultados obtenidos son similares a los publicados por otros autores. No obstante, nos gustaría hacer alguna puntualización, que en ningún caso pretende restar mérito o valor al conjunto del original ni a su objetivo principal: la analgesia posoperatoria.

Es previsible una prolongada analgesia tras la intervención mediante la utilización de un anestésico local de larga duración. Para los procedimientos de corta duración –exostosectomías, Brandes-Keller, Lelièvre...– utilizamos mepivacaína 1%; y finalizada la intervención, se realiza una infiltración local de la herida quirúrgica, con un volumen de aproximadamente 5 mL de bupivacaína 0,5%.

Según los autores, se realiza el bloqueo a nivel del vértice superior de la fosa poplítea. En nuestra experiencia consideramos de poco interés intentar localizar por separado los dos ramos componentes del nervio ciático, ya que todavía discurren juntos. En consecuencia, realizamos una sola inyección de anestésico, que con un volumen apropiado nos permite obtener resultados satisfactorios. Entendemos que la localización del segundo ramo del ciático comporta punciones repetidas, con la dificultad añadida en la transmisión de la corriente eléctrica del neuroestimulador a causa del anestésico local depositado para bloquear el primer ramo. No obstante, una reducción drástica del anestésico local utilizado podría justificar el bloqueo por separado de los dos ramos del nervio ciático, tal como señalan los autores del trabajo.

En relación con la vía de abordaje del nervio ciático a nivel de la fosa poplítea, estamos de acuerdo en que la vía lateral es más cómoda para el paciente, puesto que al realizarse en decúbito supino no precisa movilizaciones. Nosotros utilizamos indistintamente los abordajes posterior y lateral, con resultados iguales en lo que se refiere a la calidad del bloqueo anestésico. Aunque se ha publicado que ambos abordajes son similares en cuanto a número de intentos y tiempos de realización y de latencia, nosotros estamos convencidos de que el número de correcciones en la dirección de la aguja que realizamos de promedio en cada bloqueo es superior en el abordaje lateral. En general, los pacientes programados para cirugía de *hallux valgus* no presentan grandes impedimentos para su movilización, por lo que no tenemos como criterio principal en la elección de la vía de abordaje la posición que haya de adoptar el paciente.

Felicitemos a los autores del trabajo por la voluntad de compartir experiencias y por estimularnos a mejorar la asistencia que damos a nuestros pacientes.

Recibe un cordial saludo.

BIBLIOGRAFÍA

1. López S, García B, Diéguez P, Freire A, Ramallal M, Cobian JM. Bloqueo del nervio ciático para cirugía del hallux val-

- gus en régimen ambulatorio. *Rev Pie y Tobillo* 2005; 19: 111-5.
2. Ferré J, Riudeubás J, Castells A. Analgesia regional endovenosa en la cirugía del pie. *Chirurgía del piede* 1980; 4: 211-216.
 3. Ferré J, Riudeubás J, Castells A. Analgesia regional en la cirugía del pie. A propósito de 465 casos. *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 1985; 32: 146-50.
 4. Riudeubás J, Santaliestra J, Barbal F, Monso A, Castells M. Bloqueo nervioso periférico del pie. *Rev Medicina y Cirugía del Pie* 1993; 7: 53-7.
 5. Fitó F, Monsó A, Barbal F, Santaliestra J, Riudeubás J, Viladot R. Popliteal sciatic nerve block as anesthesia for foot surgery. *Foot Diseases* 1995; 2: 145-9.
 6. Monsó A, Santaliestra J, Barbal F, Fitó F, Riudeubás J. Bloqueo del nervio ciático en fosa poplítea para cirugía del pie. *Rev Esp Anestesiología Reanimación* 1996; 43: 27-9.
 7. Monsó A, Santaliestra J, Barbal F, Fitó F, Riudeubás J, Viladot R. Regional anaesthesia in foot surgery: peripheral blockade of the foot versus popliteal sciatic nerve block. *Foot and Ankle Surgery* 2000; 6: 95-8.