



gta

XXIV Congreso de Especialidades Veterinarias
ZARAGOZA - 25-26 abril 2025

ANESTESIA LOCORREGIONAL EN DOLOR CRÓNICO. ¿CUÁNDO NECESITA MI PACIENTE UN BLOQUEO?

Miguel Angel Cabezas Salamanca

Las anestesia locorregional está avanzando a pasos agigantados en los últimos años en el ámbito perioperatorio. Pero algunos de estos bloqueos pueden adaptarse también a situaciones de dolor crónico. Es lo que podemos denominar *analgesia intervencionista*.

Con este término nos referimos a procedimientos poco invasivos usados en el tratamiento del dolor, crónico en nuestro caso, con ánimo de aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

Son técnicas que situamos en el último piso del “ascensor analgésico” y que requieren una formación específica para su realización y asegurar el mayor éxito, ya que son muy dependientes del manipulador. Aun así, la tasa de éxito no es del 100% y debemos de hacérselo entender al tutor.

En el escenario que nos ocupa de la EDA, el uso de bloqueos perineurales, periarticulares y las infiltraciones intraarticulares son posiblemente las técnicas invasivas más frecuentes en animales. El uso de estas técnicas puede tener diferentes objetivos a valorar en función del cuadro clínico del paciente y la localización de la lesión¹:

- Bloqueo diagnóstico. El fin será la localización y confirmación del diagnóstico doloroso. En veterinaria lo más frecuente es la realización de esta técnica bajo sedación, por lo que es aconsejable realizarla sin incluir fármacos analgésicos o que sean de corta duración o que se puedan antagonizar.
Por ejemplo, en casos de dolor articular no determinado, podemos realizar bloqueos nerviosos de la misma o infiltración intraarticular (anestésicos locales principalmente o corticoides) para poder evaluar en las siguientes horas o días (en función del tipo de fármaco utilizado) de nuevo la exploración o marcha del paciente. Respecto a los anestésicos locales, hay que tener en cuenta que también pueden provocar degradación de cartílago, dependiente del tiempo de contacto, concentración y fármaco, siendo la ropivacaína la menos dañina².
- Bloqueo pronóstico. Estos suelen incluir fármacos de acción más prolongada, aunque también suele ser más lenta. Nos ayuda a evaluar la efectividad analgésica y predecir posibles efectos secundarios de un bloqueo neurolítico antes de su realización y ver si son tolerables o no por el paciente. Menos frecuentes en veterinaria.
- Bloqueo profiláctico. También menos utilizado en nuestro campo y en la patología concreta de la EDA. Se basa en la anticipación a un estímulo nociceptivo previsto (por ejemplo, bloqueos del ganglio celiaco en pacientes con cáncer abdominal) y como prevención a una falta de eficacia esperada en la evolución de la enfermedad con el uso de tratamientos analgésicos convencionales.
- Bloqueo terapéutico. Los más frecuentes quizás en veterinaria. Posibilidad de realización con diferentes fármacos y combinaciones (anestésicos locales, agonistas alfa2 adrenérgicos, corticoides, opioides, células madre, ...) en función del objetivo



gta

XXIV Congreso de Especialidades Veterinarias
ZARAGOZA - 25-26 abril 2025

terapéutico. El resultado y duración es muy variable, con un factor muy dependiente en cuanto al cuadro nociceptivo, el individuo y sobre todo a la experiencia del operador en la realización de la técnica.

En el caso de dolor inflamatorio que no se puede controlar con AINES (escenario más frecuente en EDA, por ejemplo), es frecuente la utilización de esteroides en el protocolo, solos o combinados con anestésicos locales (a diferentes concentraciones) e incluso agonistas alfa2 adrenérgicos. En casos de dolor neuropático, ya sea por compresión o espondiloartrosis o artrosis facetaria, sobre todo cuando existe un componente radicular, la infiltración de esteroides únicamente ya sea por vía epidural o transforaminal.

- Bloqueo neurolítico. También lo podemos considerar como bloqueo terapéutico y menos frecuentes aún en nuestra práctica clínica. Se refiere a la destrucción del nervio por la infiltración de agentes químicos (fenol o etanol, por ejemplo) o mediante la aplicación de agentes físicos (radiofrecuencia, ya sea pulsada o continua, o crioanalgesia). Los resultados en estos casos suelen ser mucho más duraderos y en algunos casos definitivos.

El uso de corticoides intraarticulares debe de ser razonado y consensuado con el propietario, ya que existe cierto grado de absorción sistémica y además dosis altas y/o muy repetidas pueden degradar aún más la articulación, por lo que, siguiendo las recomendaciones de humana, se suele aconsejar no más de 4-5 infiltraciones anuales.

En el caso de las técnicas consideradas como “regenerativas” (tipo células madre y factores de crecimiento plaquetario o incluso la combinación de ambas que parece empezar a tener evidencia de efecto sinérgico), aun no estando esta capacidad aun sólidamente demostrada, si parece demostrada su capacidad antiinflamatoria, aunque de menor intensidad que los esteroides, pero de mayor duración de efecto, sobre todo en el caso de las células madre. En estas situaciones, si que parece también demostrado, que la acción parece más potente en un cierto ambiente inflamatorio, por lo que se aconseja evitar infiltraciones previas con esteroides (o varios meses antes por lo menos) y la retirada previa y durante las primeras semanas de AINES durante el tratamiento.

Bibliografía

1. Cabezas Salamanca MA. Técnicas analgésicas intervencionistas: El futuro ya está aquí. Canis et Felis Nº171 agosto 2022.
2. Breu A, Rosenmeier K, Kujat R, Angele P, Zink W. The cytotoxicity of bupivacaine, ropivacaine, and mepivacaine on human chondrocytes and cartilage. Anesth Analg. 2013 Aug;117(2):514-22. doi: 10.1213/ANE.0b013e31829481ed