



Dolor postquirúrgico en cáncer colorrectal: Eficacia del bloqueo del plano transversal del abdomen guiado por ecografía.

Katherine Lissette Rodríguez Herrera¹, Andrea Soledad Rivera Aillon², Milene Belen Alvarez Torres³, Ana Gabriela Niola Toasa⁴, Roxana Elizabeth Baquerizo Herrera⁵.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n5p643-656>

Artigo recebido em 03 de Abril e publicado em 13 de Maio de 2025

ARTÍCULO DE REVISIÓN.

RESUMEN

Introducción: El cáncer colorrectal es una de las principales causas de muerte por cáncer a nivel global, siendo el tercer tipo de cáncer más diagnosticado, lo que subraya la necesidad de un manejo postoperatorio efectivo para minimizar el dolor y acelerar la recuperación. El bloqueo del plano transversal del abdomen (TAP) es una alternativa que proporciona alivio del dolor a través del bloqueo de nervios toracoabdominales. **Objetivo:** Evaluar la eficacia del TAP en reducir el dolor postquirúrgico y el consumo de opioides en cirugía de cáncer colorrectal. **Metodología:** Se llevó a cabo una búsqueda sistemática en bases de datos como PubMed, ScienceDirect, y Cochrane Library, seleccionando estudios publicados entre 2020 y 2024. Se aplicó el modelo PRISMA para la identificación, selección y análisis de los estudios. **Resultados:** Se analizaron ocho estudios que demuestran que el TAP reduce significativamente el consumo de opioides y mejora la recuperación postoperatoria. Los resultados indicaron menor dolor en las primeras 24 horas, mejor recuperación intestinal y movilización temprana. Además, el perfil de seguridad del TAP fue favorable, con menos eventos adversos. **Conclusión:** El TAP es eficaz para el manejo del dolor postoperatorio, reduciendo el consumo de opioides y favoreciendo una recuperación más rápida y con menos complicaciones. Las estrategias multimodales que incluyen TAP pueden optimizar aún más estos resultados.

Palabras clave: Cáncer colorrectal, Bloqueo plano transversal del abdomen, Dolor postquirúrgico.

Postoperative pain in colorectal cancer: Efficacy of Ultrasound-Guided Transversus Abdominis Plane Block.

ABSTRACT

Introduction: Colorectal cancer is one of the leading causes of cancer-related death globally, being the third most diagnosed type of cancer, highlighting the necessity of effective postoperative management to minimize pain and accelerate recovery. The transversus abdominis plane (TAP) block is an alternative that provides pain relief by blocking thoracoabdominal nerves. **Objective:** Evaluate the effectiveness of TAP in reducing postoperative pain and opioid consumption in colorectal cancer surgery. **Methodology:** A systematic search was conducted in databases such as PubMed, ScienceDirect, and Cochrane Library, selecting studies published between 2020 and 2024. The PRISMA model was applied for the identification, selection, and analysis of the studies. **Results:** Eight studies were analyzed that demonstrate TAP significantly reduces opioid consumption and improves postoperative recovery. The results indicated less pain in the first 24 hours, better intestinal recovery, and early mobilization. Furthermore, the safety profile of TAP was favorable, with fewer adverse events. **Conclusion:** TAP is effective for postoperative pain management, reducing opioid consumption and favoring a faster recovery with fewer complications. Multimodal strategies that include TAP can further optimize these outcomes.

Keywords: Colorectal cancer, Transversus abdominis plane block, Postoperative pain.

Institución afiliada: Universidad Católica Santiago de Guayaquil <https://orcid.org/0009-0007-3988-0876>¹, Universidad de Especialidades Espíritu Santo <https://orcid.org/0009-0008-8233-3031>², Pontificia Universidad Católica del Ecuador <https://orcid.org/0009-0005-5456-4033>³, Universidad de Guayaquil <https://orcid.org/0000-0002-4033-9522>⁴, Universidad Cesar Vallejo <https://orcid.org/0000-0002-3985-8237>⁵.

Autor correspondiente: Katherine Lissette Rodríguez Herrera Katheriner_h18@outlook.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUCCIÓN.

El cáncer colorrectal (CC) es una de las principales causas de muerte por cáncer en todo el mundo, situándose como el tercer tipo de cáncer más diagnosticado y el segundo en mortalidad, con más de 1.9 millones de casos nuevos y 0.9 millones de muertes anualmente^(1,2). A pesar de las mejoras en técnicas laparoscópicas y protocolos de recuperación mejorada tras cirugía, como los ERAS, el manejo eficaz del dolor postoperatorio sigue siendo un desafío crítico en la recuperación postquirúrgica de estos pacientes⁽³⁾. Los métodos de analgesia sistémica, especialmente los opioides, aunque efectivos, están asociados a efectos adversos significativos y riesgo de adicción, lo que enfatiza la necesidad de alternativas más seguras y efectivas⁽⁴⁾.

El bloqueo del plano transversal del abdomen (por sus siglas en inglés TAP) emergió como una técnica anestésica regional prometedora, bloqueando nervios espinales toracoabdominales para proporcionar alivio del dolor en la pared abdominal^(5,6). Este método se ha vuelto más accesible y seguro con el uso de guías visuales por ultrasonido, favoreciendo su implementación clínica en cirugía abdominal^(7,8). Sin embargo, la relevancia clínica de los bloqueos TAP, en particular cuando se compara con otras técnicas, sigue siendo un tema de debate, requiriendo más estudios para establecer su superioridad o no superioridad en el ámbito quirúrgico^(3,9).

El propósito de este artículo de revisión es evaluar la eficacia del TAP en el manejo del dolor postquirúrgico de pacientes sometidos a cirugía por cáncer colorrectal (CCR). Esta investigación abarca la reducción del consumo de opioides, el dolor postoperatorio, la función intestinal y movilización, la incidencia de eventos adversos y la duración de la estancia hospitalaria.

METODOLOGIA.

En la presente revisión se empleó una metodología cualitativa conforme al modelo PRISMA, con el objetivo de analizar la eficacia del Bloqueo del TAP en el manejo del dolor postquirúrgico del CCR. Para asegurar la transparencia del estudio, la metodología se desarrolló siguiendo rigurosamente las fases de identificación, selección, inclusión y análisis de resultados.

Inicialmente, se formuló una pregunta de investigación centrada en evaluar la eficacia del bloqueo mencionado en el manejo del dolor postoperatorio de pacientes con CCR. A continuación, se procedió a realizar una búsqueda sistemática en reconocidas bases de datos académicas: PubMed, ScienceDirect y Cochrane Library. Se asignaron criterios de inclusión que

restringían los resultados a artículos publicados entre 2020 y 2024, disponibles en inglés y español, con el propósito de obtener las investigaciones más actuales y pertinentes. Los términos de búsqueda fueron meticulosamente seleccionados, incluyendo expresiones clave como "transversus abdominis plane block," "postoperative pain," y "colorectal cancer" combinados mediante operadores booleanos (AND, OR).

Durante la fase de identificación, se recopilaron un total de 238 registros distribuidos entre PubMed (132), ScienceDirect (66) y Cochrane Library (40) Figura 1. Previo al cribado, se eliminaron 34 registros mediante herramientas de automatización que optimizaron la depuración de datos, 101 artículos fueron excluidos por no cumplir el criterio temporal especificado, y 9 por ser duplicados. Posteriormente, se seleccionaron 94 registros para un cribado más minucioso. No obstante, 55 publicaciones fueron excluidas por falta de acceso completo al texto, dejando 39 registros para ser evaluados exhaustivamente según su elegibilidad.

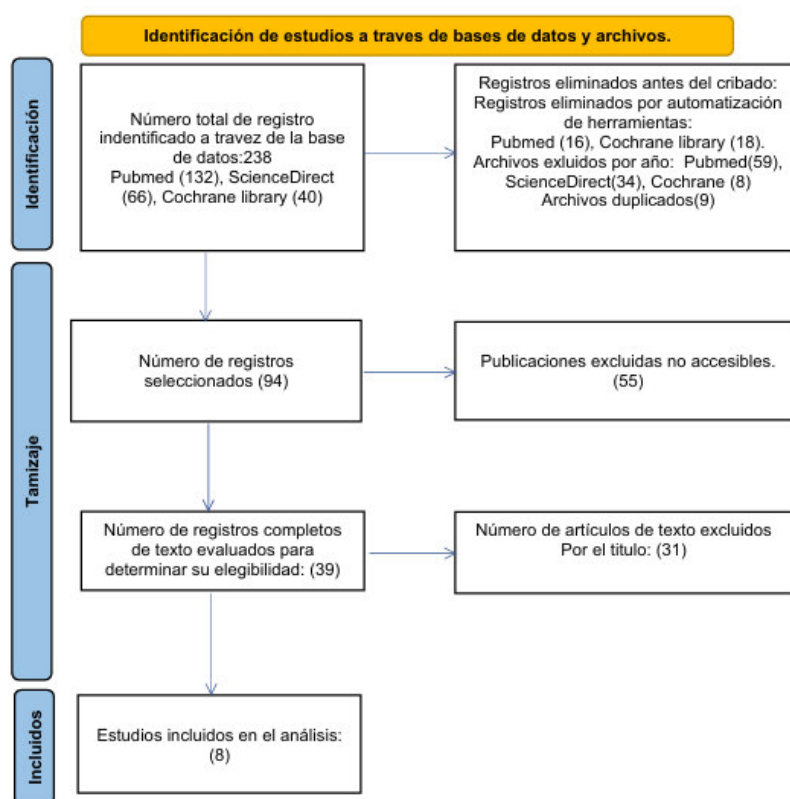


Figura 1 Flujograma de proceso de selección de estudios.

Fuente: Elaborado por el autor.

En la fase final de análisis, se excluyeron 31 artículos que, al ser revisados por su título y contenido abstracto, no se ajustaban al enfoque de estudio propuesto. Así, se incluyeron 8 estudios en el análisis final. Estos documentos fueron evaluados en profundidad para discernir

su metodología, calidad de evidencia y relación directa con la pregunta de investigación. La síntesis de los hallazgos se presenta de manera estructurada, respaldada por un diagrama de flujo de PRISMA que facilita la comprensión y valoración del uso del TAP en comparación con otras modalidades de manejo del dolor postquirúrgico del CCR.

RESULTADOS.

En esta revisión, se analizaron ocho artículos que aportan información relevante sobre la eficacia del bloqueo del TAP en el manejo del dolor postquirúrgico de CCR. La Tabla 1 resume estos estudios, que varían en sus enfoques metodológicos. Incluyen cuatro ensayos clínicos aleatorizados, doble ciego^(10–13), un metaanálisis⁽¹⁴⁾, dos ensayos aleatorizados controlados^(15,16) y un reporte de caso⁽¹⁷⁾. Estos estudios proporcionan una visión comprensiva del impacto del TAP, destacando su potencial para reducir el consumo de opioides, mejorar la recuperación postoperatoria y minimizar los efectos adversos, enriqueciendo el cuerpo de conocimiento en el manejo del dolor tras la cirugía CCR.

Tabla 1 Descripción de análisis de artículos seleccionados.

Autor/Año	Tipo de estudio.	Objetivo general	Resultados principales.
Zhao et al. 2021 ⁽¹⁰⁾	Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego.	Evaluar si un bloqueo posterior del plano TAP guiado por ultrasonido puede reducir el consumo de tramadol de rescate en las primeras 24 horas postoperatorias tras cirugía laparoscópica electiva para cáncer colorrectal.	El bloqueo TAP redujo significativamente el tiempo hasta la primera inyección de tramadol de rescate; el tiempo mediano fue de 1440 minutos en comparación con 50 minutos en el grupo control ($P < 0.001$). También se observaron puntuaciones de dolor significativamente más bajas a las 2, 4, 6, 12, y 24 horas postoperatorias, y una reducción en la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios, así como una hospitalización más corta.
Dai et al. 2023 ⁽¹⁷⁾	Reporte de caso.	Examinar la estrategia de anestesia libre de opioides (OFA) en un paciente super-anciano con cáncer de colon, utilizando bloqueo del TAP combinado con bloqueo del cuadrado lumbar (QLB) para evitar opioides sin afectar la recuperación.	Se utilizó la estrategia de anestesia libre de opioides combinando bloqueos del TAP y cuadrado lumbar guiado por ultrasonido. La paciente, de 102 años, mostró una recuperación rápida de la conciencia y la respiración, con signos vitales estables y sin complicaciones anestésicas observadas.
Liang et al. 2021 ⁽¹¹⁾	Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo.	Investigar los efectos analgésicos de la combinación de bloqueo TAP y bloqueo de la vaina del recto (RSB) en el manejo del dolor postoperatorio tras la resección radical laparoscópica del cáncer de recto en estadio temprano.	El grupo TR (TAPB + RSB) utilizó significativamente menos sufentanilo postoperatorio en comparación con el grupo control y el grupo T con TAPB solo. No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de dolor postoperatorio entre los grupos. El grupo TR requirió menos analgesia de rescate.
Liu et al. 2022 ⁽¹⁴⁾	Metaanálisis	Comparar la eficacia analgésica y seguridad del bloqueo del plano TAP con métodos que no utilizan TAP en pacientes sometidos a cirugía colorrectal laparoscópica.	El TAP reduce el dolor postoperatorio a las 2, 4, 12 y 24 horas tras la cirugía en comparación con métodos que no utilizan TAP. Además, el consumo de opioides postoperatorios es menor en el grupo TAP, particularmente con TAP laparoscópico. No hay diferencias significativas en la estancia hospitalaria o eventos adversos entre grupos

Hou et al. 2024 ⁽¹³⁾	Ensayo clínico aleatorizado.	Evaluar la calidad de recuperación usando el bloqueo del TAP frente al bloqueo del plano del músculo erector de la espina (ESPB) en pacientes sometidos a resección laparoscópica de cáncer colorrectal.	Pacientes en el grupo ESPB mostraron mayor calidad de recuperación a las 24 y 48 horas, menor uso de opioides, y menor estancia hospitalaria comparado con el grupo TAPB. La satisfacción postoperatoria fue más alta en el grupo ESPB.
Ma et al. 2024 ⁽¹⁵⁾	Ensayo aleatorizado controlado.	Evaluar el impacto de la anestesia multimodal con ahorro de opioides en la función intestinal y el pronóstico de pacientes ancianos hipertensos sometidos a cirugía de cáncer colorrectal	El grupo con anestesia multimodal presentó una recuperación más rápida de la función intestinal y menor tiempo total de estancia hospitalaria en comparación con el grupo que recibió anestesia opioide convencional. Hubo una reducción significativa en la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios.
Xu et al. 2020 ⁽¹²⁾	Ensayo clínico aleatorizado en tres grupos	Caracterizar los efectos de los bloqueos del TAP instaurados antes de la operación en los resultados tras la cirugía laparoscópica de cáncer colorrectal.	El bloqueo TAP continuo mejoró la motilidad gastrointestinal y acortó la estancia hospitalaria. Se observó una reducción en el uso de opioides y en la respuesta al estrés quirúrgico. El tiempo hasta el primer flato fue más breve en el grupo TAP. Las puntuaciones VAS durante la tos fueron más bajas en los grupos TAP y TEA en comparación con GA.
Yang et al. 2024 ⁽¹⁶⁾	Ensayo aleatorizado controlado.	Explorar la influencia de dexmedetomidina añadida a ropivacaína para TAP sobre los trastornos neurocognitivos perioperatorios (PND) en cirugía colorrectal.	El uso de dexmedetomidina en TAPB redujo la incidencia de PND a las 24 horas y en el día 30 post-cirugía. Se observó una disminución en el consumo de propofol y remifentanil.

Fuente: Moreira Morán Marlon.

Reducción del Consumo de Opioides.

El bloqueo del TAP ha mostrado ser eficiente en la disminución del consumo de opioides en el entorno postoperatorio de la cirugía por CCR^(10,13–15). Zhao et al., informaron que un bloqueo TAP bilateral posterior guiado por ultrasonido con 0.5% de ropivacaína redujo significativamente el consumo de tramadol de rescate durante las primeras 24 horas postoperatorias, observándose un menor requerimiento analgésico de tramadol en el grupo TAP (mediana 50 min [30, 90]; $P < 0.001$) en comparación con el grupo control⁽¹⁰⁾.

Por otro lado, un metaanálisis de Liu et al., demostró que los pacientes sometidos a un TAP presentaron un consumo de opioides significativamente menor en relación con aquellos que no recibieron este bloqueo (SMD, -0.26 ; 95% CI: -0.47 a -0.05 ; I-square = 20%)⁽¹⁴⁾.

Liang et al., encontraron que la combinación de TAP con el bloqueo de la vaina del recto (RSB) redujo de manera significativa el requerimiento de sufentanil postoperatorio: a las 0-24 horas, las necesidades fueron de $37.5 \pm 17.38 \mu\text{g}$ en el grupo TR frente a $80.0 \pm 46.13 \mu\text{g}$ en el grupo control ($P < 0.01$). Este efecto se mantuvo durante el postoperatorio⁽¹¹⁾.

Además, Ma et al., evidenciaron en un estudio con pacientes ancianos que un enfoque multimodal de anestesia que incluye TAP disminuyó las náuseas y el uso de opioides postquirúrgicos, facilitando una rehabilitación más segura y rápida⁽¹⁵⁾.

Finalmente, el trabajo de Hou et al. comparó TAPB con ESPB y demostró que TAPB fue

eficaz para reducir el consumo de opioides postoperatorios (dosis acumulativa de sufentanil: mediana TAPB 66 μg [IQR 63–70] frente a mediana ESPB 62 μg , $p < 0.001$), sugiriendo que ESPB podría ofrecer beneficios adicionales en el manejo del dolor y la calidad de recuperación⁽¹³⁾.

Impacto en el Dolor Postoperatorio:

Liang et al., reportó que el uso de TAP guiado por ultrasonido disminuyó el consumo de opioides ya que mejoró las puntuaciones de dolor en las primeras 24 horas postoperatorias⁽¹¹⁾. Liu et al. indicó una reducción del dolor posoperatorio a corto plazo, con disminuciones significativas en la puntuación de dolor en reposo a las 2 horas (WMD, -1.42; 95% CI: -2.11 a -0.74) y a las 24 horas (WMD, -0.61; 95% CI: -1.09 a -0.13), mientras que no se observaron diferencias significativas a las 48 y 72 horas⁽¹⁴⁾. En el estudio realizado por Zhao et al., se observó una reducción significativa en las puntuaciones de dolor en reposo a las 2, 4, 6, 12 y 24 horas después de la cirugía con el uso de TAP con ropivacaína al 0.5%, comparado con el grupo placebo ($P < 0.001$). A las 48 y 72 horas, las puntuaciones de dolor entre ambos grupos fueron similares, sugiriendo una eficacia analgésica a corto plazo⁽¹⁰⁾.

Por otro lado, Yang et al., demostraron que la combinación de dexmedetomidina con ropivacaína en TAPB resultó en menores puntuaciones de dolor y menor requerimiento de analgesia en comparación con un grupo control, lo que indica el potencial de adyuvantes para potenciar la efectividad del TAP⁽¹⁶⁾. En un caso específico, Dai et al., discutieron que una estrategia de anestesia libre de opioides con TAP fue eficaz en un paciente superanciano, sin consecuencias adversas significativas⁽¹⁷⁾. Finalmente, Liu et al., reiteró que los beneficios del TAP en la reducción del dolor son más pronunciados dentro de las primeras 24 horas postoperatorias⁽¹⁴⁾.

Función Intestinal y Movilización.

En base a la recuperación de la función intestinal y en la movilización temprana después de la cirugía laparoscópica por cáncer colorrectal, autores como Zhao et al., observaron que los pacientes que recibieron TAP presentaron una recuperación más rápida de la función intestinal, con un tiempo significativamente menor hasta el primer flato, comparado con el grupo control (32.4 ± 6.2 horas frente a 39.0 ± 8.7 horas, $P < 0.001$)⁽¹⁴⁾. La primera vez para salir de la cama también fue significativamente más temprano para los pacientes del grupo TAP (27.9 ± 7.8 horas frente a 33.9 ± 8.2 horas, $P = 0.001$)⁽¹⁴⁾.

Liang et al., corroboraron estos hallazgos e informaron que el uso del TAP, ya sea solo o

combinado con el bloqueo de la vaina del recto, aceleró el tiempo de recuperación de la función intestinal; sin embargo, no se notaron diferencias significativas en la capacidad de recuperación funcional entre los grupos analizados⁽¹¹⁾. Xu et al., encontraron que el TAP continuo mejoró la motilidad gastrointestinal de manera notable y disminuyó significativamente el tiempo hasta la primera emisión de flato, lo cual contribuyó a estancias hospitalarias más cortas (media de 3.1 días en el grupo TAP frente a 3.3 días en el grupo de anestesia general (GA) y 4.1 días en el grupo de analgesia epidural torácica (TEA), $p < 0.001$)⁽¹²⁾.

Ma et al., observaron que los pacientes que recibieron anestesia multimodal con TAP experimentaron tiempos de recuperación más cortos de los sonidos intestinales (1.98 ± 0.49 días vs. 2.43 ± 0.59 días, $P < 0.05$) y del primer flato (2.60 ± 0.53 días vs. 3.05 ± 0.57 días, $P < 0.05$), en comparación con el grupo que recibió anestesia convencional con opioides. Además, la recuperación de la alimentación fue más rápida (3.88 ± 0.50 días vs. 4.25 ± 0.62 días, $P < 0.05$)⁽¹⁵⁾. Yang et al., también señalaron que el uso de TAP con ropivacaína potenciada reduce la analgesia requerida postoperatoriamente y facilita la recuperación de la función intestinal, manifestado a través de la incidencia reducida de trastornos cognitivos postoperatorios⁽¹⁶⁾.

Liu et al., sugieren que el TAP, al proporcionar analgesia efectiva, facilita la movilización temprana y, por ende, mejora la recuperación gastrointestinal postoperatoria⁽¹⁴⁾. De forma similar, Hou et al., encontraron que, al mejorar la calidad de recuperación postoperatoria, el TAP contribuye indirectamente a un retorno más rápido de la función intestinal. En su estudio, compararon TAP con otras técnicas como el bloqueo del plano del músculo erector de la columna, observando diferencias en la calidad de recuperación⁽¹³⁾.

Incidencia de Eventos Adversos.

Varios estudios evidenciaron la eficacia del bloqueo TAP en mitigar los eventos adversos postoperatorios^(10-12,14,15,17). Zhao et al., indicaron una notable reducción en la incidencia de náuseas y vómitos en pacientes que recibieron TAP, presentándose un 0% de prurito, sedación y depresión respiratoria frente al grupo control que recibió placebo⁽¹⁰⁾. En un análisis complementario, Dai et al., reportaron que el TAP, al emplearse como parte de la anestesia libre de opioides, mostró un perfil de seguridad elevado y fue altamente efectivo, sin detectar complicaciones anestésicas durante el procedimiento quirúrgico o en el postoperatorio temprano⁽¹⁷⁾.

Por otro lado, Liang et al., presentaron datos de un estudio donde se combinó TAP con

bloqueos de la vaina del recto, y no se encontraron diferencias destacables en efectos adversos ligados al uso de sufentanil entre los grupos estudiados⁽¹¹⁾. Liu et al., en su metaanálisis, confirmaron esta tendencia al observar que las tasas de náuseas y vómitos postoperatorios no variaron significativamente entre pacientes que recibieron TAP y aquellos que no lo hicieron⁽¹⁴⁾.

En una evaluación adicional, Ma et al., evidenció que la incidencia de náuseas y vómitos fue marcadamente inferior en un grupo de pacientes sometidos a anestesia multimodal con TAP (5.6%) comparado con aquellos que recibieron anestesia convencional (27.8%, $P < 0.05$)⁽¹⁵⁾. Además, Xu et al., identificaron que el bloqueo TAP continuo condujo a una reducción significativa en los niveles plasmáticos de factores inflamatorios, lo cual podría estar relacionado con una menor aparición de complicaciones postoperatorias⁽¹²⁾.

Duración de la Estancia Hospitalaria.

Zhao et al., observaron que el tiempo medio de estancia hospitalaria fue significativamente más corto en el grupo TAP (3.4 ± 0.5 días) en comparación con el grupo control (3.9 ± 0.6 días; $P < 0.001$)⁽¹⁰⁾. Por su parte, Xu et al., encontraron que los pacientes que recibieron analgesia continua con TAP tuvieron una estancia hospitalaria más corta (mediana de 3.1 días comparado con 4.1 días en el grupo con anestesia general y 3.3 días en el grupo de anestesia general estándar; $P < 0.001$)⁽¹²⁾. Ma et al., también observaron que el enfoque de anestesia multimodal que incluía el TAP contribuyó a reducir la estancia hospitalaria en pacientes ancianos con hipertensión sometidos a cirugía colorrectal, logrando un promedio de 12.0 ± 3.05 días comparado con 14.61 ± 3.42 días en los pacientes con analgesia convencional ($P < 0.05$)⁽¹⁵⁾.

Asimismo, Liu et al., no hallaron una diferencia significativa en la duración de la estancia hospitalaria entre los grupos con TAP y control en nueve de los ensayos analizados, señalando que, a pesar de la reducción del dolor postoperatorio, otros factores pueden influir en la estadía, como las diferencias en las prácticas clínicas entre hospitales y los protocolos de rehabilitación multimodal⁽¹⁴⁾.

Hou et al., en comparación directa entre bloqueo del plano transversal del abdomen y el bloqueo del músculo erector de la columna observaron que el grupo ESPB, ofrecieron mejores resultados en cuanto a calidad de recuperación y satisfacción del paciente, lo que resultó en una estancia hospitalaria más corta (mediana de 7 días para ESPB versus 8 días para TAPB; $P = 0.037$)⁽¹³⁾.

DISCUSIÓN.

El TAP puede reducir satisfactoriamente el consumo de opioides, mitigando la dependencia de estos medicamentos en el postoperatorio^(10,11,14). Además, el enfoque multimodal que incluye el TAP puede potenciar estos beneficios, mostrando una disminución adicional en el uso de opioides y con ello una incidencia menor de efectos adversos como náuseas y vómitos⁽¹⁵⁾.

Los hallazgos también corroboran que el TAP es eficaz para disminuir el dolor en las primeras 24 horas postoperatorias, aunque su efecto puede no ser sostenido de manera constante después de este periodo^(10,14). Adicionalmente, combinar TAP con adyuvantes como dexmedetomidina muestra un potencial para mejorar aún más la eficiencia del bloqueo⁽¹⁶⁾.

El TAP favorece una recuperación más rápida de la función intestinal y la movilización temprana^(10,12). Sin embargo, las diferencias en la calidad de recuperación y el tiempo hasta el alta podrían variar dependiendo del protocolo analgésico y de las prácticas clínicas empleadas en cada institución⁽¹³⁾.

Además, parece ofrecer un perfil de seguridad favorable en comparación con métodos tradicionales, con menos complicaciones relacionadas con el uso de opioides^(10,15). Aunque algunos estudios no encontraron diferencias significativas en la incidencia de náuseas y vómitos, el enfoque multimodal que incluye TAP mostró beneficios en la reducción de estas complicaciones^(12,14).

Por último, si bien el TAP contribuye a una reducción en la estancia hospitalaria, su impacto puede estar influido por múltiples factores externos al manejo del dolor, como las estrategias de rehabilitación posoperatoria y las prácticas hospitalarias^(13,14). Aunque persisten variaciones entre diferentes métodos de analgesia, como los beneficios observados con el bloqueo del músculo erector de la columna sobre el TAP en términos de calidad de recuperación y satisfacción del paciente⁽¹³⁾, queda claro que el TAP es una estrategia prometedora en el contexto del manejo del dolor postoperatorio por cáncer colorrectal.

CONCLUSION.

En conclusión, el bloqueo del TAP es una estrategia eficaz para el manejo del dolor postquirúrgico en cirugía por CCR. Los estudios revisados evidencian una reducción significativa en el consumo de opioides y una mejora en la recuperación temprana de la función intestinal, así como una movilización precoz de los pacientes, con un perfil de seguridad favorable al disminuir efectos adversos como náuseas y vómitos. Aunque el impacto del TAP sobre la duración de la

estancia hospitalaria puede variar según los protocolos clínicos y las tácticas de rehabilitación, sus beneficios en el alivio del dolor inmediato y la calidad de la recuperación son claros. Además, las estrategias multimodales que incorporan TAP muestran potencial para optimizar aún más estos resultados, destacando su relevancia en el manejo postoperatorio de pacientes con cáncer colorrectal

REFERENCIAS.

1. Ren L, Qin P, Min S, Wang W, Jin J. Transversus Abdominis Plane Block Versus Local Wound Infiltration for Postoperative Pain After Laparoscopic Colorectal Cancer Resection: a Randomized, Double-Blinded Study. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 1 de febrero de 2022;26(2):425-32. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1091255X23003013>
2. Roshandel G, Ghasemi-Kebria F, Malekzadeh R. Colorectal Cancer: Epidemiology, Risk Factors, and Prevention. *Cancers*. enero de 2024;16(8):1530.
3. Salmonsén CB, Lange KHW, Kleif J, Krøijer R, Bruun L, Mikalónis M, et al. Transversus abdominis plane block in minimally invasive colon surgery: a multicenter three-arm randomized controlled superiority and non-inferiority clinical trial. *Reg Anesth Pain Med* [Internet]. 14 de noviembre de 2024; Disponible en: <https://rapm.bmj.com/content/early/2025/01/23/rapm-2024-105712>
4. Moreira Moran MV, Ochoa Mora EY, Macías Cedeño EJ, Páez Valverde CA, Toro Armijos SV. Eficacia del Bloqueo del Plano Transverso del Abdomen en el Manejo del Dolor Posoperatorio. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 6 de diciembre de 2024;6(12):647-57. Disponible en: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/4597>
5. Li C, Shi J, Jia H. Ultrasound-guided transversus abdominis plane block as an effective anesthetic technique for transverse colostomy in a high-risk elderly patient: A case report. *Front Med (Lausanne)*. 13 de marzo de 2023;10:1102540. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fmed.2023.1102540>
6. Nagata J, Watanabe J, Sawatsubashi Y, Akiyama M, Arase K, Minagawa N, et al. A novel transperitoneal abdominal wall nerve block for postoperative pain in laparoscopic colorectal surgery. *Asian Journal of Surgery*. 1 de septiembre de 2018;41(5):417-21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.asjsur.2017.02.006>
7. Wang YY, Fu HJ. Analgesic effect of ultrasound-guided bilateral transversus abdominis plane block in laparoscopic gastric cancer. *World J Gastrointest Surg*. 27 de octubre de 2023;15(10):2171-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4240/wjgs.v15.i10.2171>
8. Deng W, Long X, Li M, Li C, Guo L, Xu G, et al. Quadratus lumborum block versus transversus abdominis plane block for postoperative pain management after laparoscopic colorectal surgery. *Medicine (Baltimore)*. 27 de diciembre de 2019;98(52):e18448. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/md.00000000000018448>

9. Iaquinandi F, Mongelli F, Christoforidis D, Cianfarani A, Pini R, Saporito A, et al. Laparoscopic vs. ultrasound-guided transversus abdominis plane (TAP) block in colorectal surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Surg Endosc.* 1 de marzo de 2024;38(3):1119-30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-023-10658-x>
10. Zhao Y, Zhang HY, Yuan ZY, Han Y, Chen YR, Liu Q lin, et al. repetido Analgesic efficacy of postoperative bilateral, ultrasound-guided, posterior transversus abdominis plane block for laparoscopic colorectal cancer surgery: a randomized, prospective, controlled study. *BMC Anesthesiol.* 6 de abril de 2021;21:107. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12871-021-01317-6>
11. Liang M, Xv X, Ren C, Yao Y, Gao X. Effect of ultrasound-guided transversus abdominis plane block with rectus sheath block on patients undergoing laparoscopy-assisted radical resection of rectal cancer: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *BMC Anesthesiol.* 24 de marzo de 2021;21:89. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1186/s12871-021-01295-9>
12. Xu YJ, Sun X, Jiang H, Yin YH, Weng ML, Sun ZR, et al. Randomized clinical trial of continuous transversus abdominis plane block, epidural or patient-controlled analgesia for patients undergoing laparoscopic colorectal cancer surgery. *British Journal of Surgery.* 1 de enero de 2020;107(2):e133-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.11403>
13. Hou P, Liu W, Chen R, Mi H, Jia S, Lin J. Comparison of erector spinae plane block and transverse abdominis plane block in postoperative recovery after laparoscopic colorectal surgery: a randomized, double-blind, controlled trial. *Perioper Med (Lond).* 3 de diciembre de 2024;13:116. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13741-024-00475-8>
14. Liu KY, Lu YJ, Lin YC, Wei PL, Kang YN. Transversus abdominis plane block for laparoscopic colorectal surgery: A meta-analysis of randomised controlled trials. *International Journal of Surgery.* 1 de agosto de 2022;104:106825. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijssu.2022.106825>
15. Ma Y kai, Qu L, Chen N, Chen Z, Li Y, Jiang ALM, et al. Effect of multimodal opioid-sparing anesthesia on intestinal function and prognosis of elderly patients with hypertension after colorectal cancer surgery. *BMC Surg.* 29 de octubre de 2024;24:341. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12893-024-02604-y>
16. Yang L, Xiong R, Chen X, Wang S, Yu D. The influence of dexmedetomidine added to ropivacaine for transversus abdominis plane block on perioperative neurocognitive disorders after radical colorectal cancer surgery: randomized, double-blind, controlled trial. *BMC Anesthesiol.* 25 de mayo de 2024;24:186. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fonc.2023.1080327>
17. Dai J, Yang M, Li S. Application of an OFA strategy to ERAS in a 102-year-old patient undergoing colon cancer surgery: A case report. *Medicine (Baltimore).* 21 de julio de 2023;102(29):e34431. Disponible en:



<http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000034431>