

## IMAGEN Y DOLOR

ELENA CATALÀ PUIGBÓ<sup>1</sup>  
JAVIER MEDEL REBOLLO<sup>2</sup>

*Clinica del Dolor. <sup>1</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; <sup>2</sup>Servei d'Anestesiologia, Institució del Campus Vall d'Hebron. Barcelona*

### CASO 1

Paciente varón de 45 años afecto de un adenocarcinoma de la unión gastroesofágica, con metástasis hepáticas.

Ingresa en la planta de oncología por un dolor de difícil control, refractario al tratamiento médico (EVA 9).

Se le realiza una TC urgente que muestra evolución de la enfermedad con un aumento del tamaño de las lesiones focales hepáticas y la aparición de nuevas, así como adenopatías en el ligamento gastrohepático que descienden a la región celiaca derecha.

En la exploración de la primera visita, el paciente refiere un dolor epigástrico que no ha cedido a pesar de la rotación al tratamiento endovenoso de morfina y que precisa de varios rescates, que son parcialmente efectivos. Presenta una limitación importante de las actividades básicas y requiere una posición antiálgica constante.

Dada la localización del dolor, se plantea una neurólisis química del plexo celiaco bajo sedación endovenosa.

Se procede a realizar una infiltración guiada por TC con abordaje posterior a nivel de T12-L1 con administración de alcohol al 50% y ropivacaína al 0,5% con contraste para asegurar la correcta distribución del agente neurólítico (40 cc en total). Técnica fácil, sin incidencias, se realiza compresivo a nivel abdominal y reposo en decúbito supino.

A las 24 h el paciente refiere una mejoría muy significativa del dolor (> 70%) que permite la retirada del tratamiento endovenoso del opiáceo.

A los 7 días es dado de alta hospitalaria con una pauta de morfina MST 30 mg/12 h y en la visita de control de los 15 días persiste con un buen control del dolor sin precisar ningún aumento de la pauta analgésica.



**Figura 1.** Introducción bilateral de las agujas a nivel de T12-L1.



**Figura 2.** Inicio de la distribución del contraste periaórtico.

## CASO 2

Paciente mujer de 60 años afecta de una neoplasia del páncreas localmente avanzada en el momento del diagnóstico con metástasis a nivel ganglionar y suprarrenal.

Ingresa en la planta de oncología por un dolor mal controlado refractario al tratamiento farmacológico que se ha reagudizado en las últimas 72 h, así como intolerancia a la ingesta oral, con náuseas y vómitos.

En la exploración la paciente refiere un dolor a nivel del mesogastrio con irradiación en cinturón a ambos flancos y fosas lumbares. Se plantea una neurólisis del plexo celiaco (NPC) bajo anestesia local y sedación.

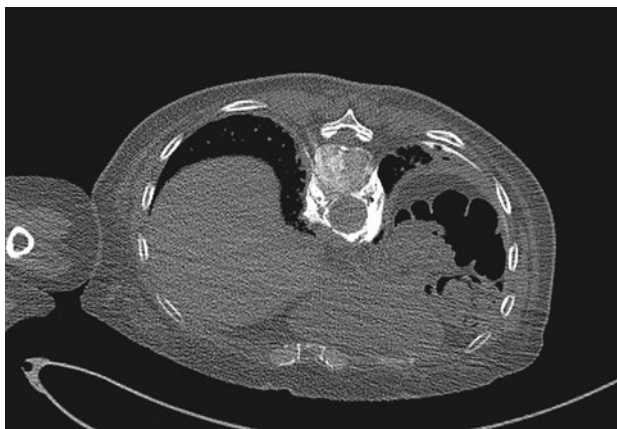
Se realiza un abordaje posterior guiado por TC con punción bilateral a nivel de T12-L1 y administración de alcohol al 50% y ropivacaína al 0,5% con contraste para comprobar la correcta distribución periaórtica (volumen total: 40 cc).

A las 24 h la paciente presenta una mejoría significativa que permite disminuir la perfusión endovenosa de morfina de 120 a 40 mg/día y recupera una ingesta oral adecuada.

A los 30 días refiere un adecuado control del dolor con la pauta analgésica basal (metadona 10 mg/12 h) sin precisar rescates.

## DISCUSIÓN

La NPC es un procedimiento percutáneo que permite la inyección de un agente neurotóxico local,



**Figura 3.** Imagen de la distribución final del alcohol con anestésico local y contraste periaórtico.

proporcionando una analgesia prolongada en pacientes con un dolor abdominal superior persistente o intratable.

Hasta el 80% de los pacientes con dolor oncológico de origen esofágico, gástrico, pancreático o biliar pueden beneficiarse de este tratamiento, disminuyendo el uso de opiáceos y sus efectos adversos.

El plexo celiaco, también llamado plexo solar, se ubica en el retroperitoneo, sobre la pared anterolateral de la aorta, entre las cápsulas suprarrenales, alrededor del origen del tronco celiaco y de la arteria mesentérica superior. Proporciona inervación simpática, parasimpática y sensorial al páncreas, al hígado, a la vía biliar, a la vesícula, al bazo, a las glándulas suprarrenales, al mesenterio, a los riñones, al estómago y a parte del colon transverso.

Desde la primera descripción de la técnica de la NPC realizada por Kappis, se han efectuado numerosas modificaciones con el objetivo de conseguir una mayor eficacia en el alivio del dolor y disminuir las complicaciones derivadas del procedimiento. El abordaje del plexo se puede realizar de manera quirúrgica o percutánea, precisando siempre en el segundo tipo un soporte visual de localización. Las técnicas varían desde las fluoroscópicas descritas en la década de 1950 hasta las más actuales, como la ultrasonografía ecoendoscópica transgástrica, pero la técnica bajo visión TC sigue siendo la más utilizada.

La mayoría de las técnicas percutáneas de neurólisis tienen un abordaje posterior y utilizan la imagen radiológica para dirigir el avance de las agujas, que se colocan 1,5-2 cm por delante del borde anterior de la última vertebra dorsal y la primera vértebra lumbar, una a cada lado. En esta modalidad, la TC permite una visión excelente de las estructuras anatómicas que se localizan en la vecindad del plexo celiaco (riñones, columna vertebral, tronco celiaco, vena cava inferior, pleura), con lo que puede ayudar a evitar complicaciones como la hematuria, la inyección intravascular y el neumotórax.

Los agentes neurotóxicos producen la destrucción de la membrana celular de los nervios, y los más utilizados son el fenol y el etanol. El fenol es menos efectivo y más viscoso que el etanol, y no produce dolor durante su administración. En cuanto al etanol, se deben utilizar concentraciones superiores al

50% para que sea efectivo; su administración produce un dolor transitorio que se puede tratar adicionando un anestésico local (bupivacaína o ropivacaína) conjuntamente con el contraste yodado, para valorar su distribución.

Las complicaciones mayores del procedimiento ocurren en menos del 2% de los pacientes y destacan las siguientes: daños neurológicos, monoplejía, alteración de esfínteres, hemotórax, lesión arterial. Las complicaciones menores, mucho más frecuentes, suelen ser transitorias y bien toleradas (hipotensión ortostática, diarrea, dolor irradiado al

hombro por una irritación diafragmática y dolor abdominal por una irritación peritoneal).

La NPC guiada por TC es un procedimiento seguro, con bajas tasas de complicaciones y altamente efectivo para el tratamiento del dolor abdominal persistente. Una valoración interdisciplinar y una indicación terapéutica en los estadios iniciales del dolor ofrecen mejores resultados. Las causas más comunes de fracaso terapéutico están relacionadas con una mala propagación del agente neurolítico en el plexo celiaco por alteración de la anatomía, infiltración, cirugía y radiación previa, o por una dosis insuficiente.