

IMAGEN Y DOLOR

DOLOR 2007;22:174-6

ELENA CATALÀ PUIGBÓ¹
M.^a VICTORIA RIBERA CANUDAS²

CASO 1

Paciente varón de 41 años de edad, fumador de 30 cigarrillos/d, bebedor de 30 g/d de vino, con antecedentes patológicos de hiperuricemia en tratamiento con alopurinol, hipercolesterolemia en tratamiento con gemfibrozilo, epigastralgiyas de 3 años de evolución y episodio de pancreatitis aguda hacía 5 meses, de origen probablemente enólico, que requirió ingreso hospitalario en un hospital comarcal, donde se le realizaron ECO-TC abdominales que evidenciaron: esteatosis hepática, con colédoco de 13 mm, sin litiasis biliar y ligera dilatación de la zona proximal del conducto de Wirsung. En la TC abdominal se observó un hígado aumentado de tamaño, siendo la exploración pancreática y el resto de la cavidad abdominal normales.

Desde este episodio de pancreatitis aguda fue presentando diversos episodios de reagudización que requirieron ingresos hospitalarios.

Con el diagnóstico de pancreatitis crónica, nos solicitaron interconsulta desde el hospital comarcal a la unidad del dolor.

En la primera visita que realizamos al paciente, nos refirió un dolor muy intenso (VAS 7-8) a nivel de epigastrio que se irradiaba en cinturón, de forma bilateral. Presentaba crisis de dolor de forma diaria, acompañadas de náuseas, vómitos y sudoración. El dolor le impedía conciliar el sueño.

Había recibido múltiples combinaciones farmacológicas sin obtener resultado satisfactorio, y en la visita efectuada a nuestra unidad estaba recibiendo el siguiente tratamiento: fentanilo 75 µg/h/72 h, oxicodona 60 mg/8 h, clonacepam 2 mg/d, amitriptilina 25 mg/d, metamizol 2 g/8 h y meperidina 50 mg/6 h. A pesar de este tratamiento no conseguía una mejoría del dolor.

Dada la evolución de sus crisis dolorosas y la ineficacia de los diversos tratamientos instaurados,



Figura 1. Abordaje paravertebral a nivel de L1, evitándose la pleura en el lado derecho.

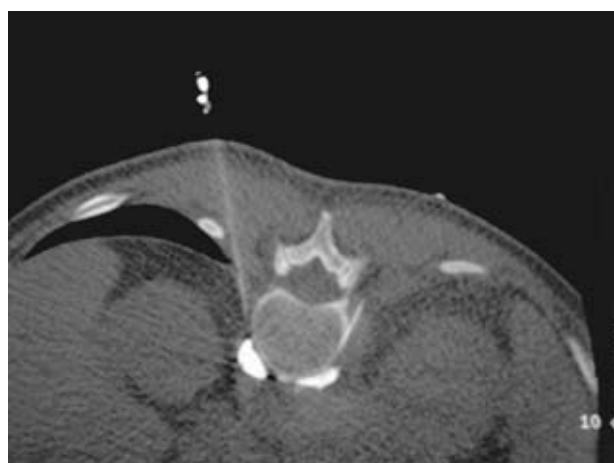


Figura 2. Con el contraste se verifica la correcta colocación de la aguja y la difusión adecuada del fármaco.

Clínica del Dolor

¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

²Hospital Universitario Vall d'Hebron
Barcelona

se propuso el bloqueo del plexo celíaco con alcohol. Se solicitó una analítica general incluyendo hemograma, hemostasia y bioquímica básica y se programó un ingreso hospitalario para realizar la técnica.

El bloqueo lo realizamos bajo control de TC, y antes de llevar a cabo el bloqueo neurolítico realizamos un bloqueo diagnóstico con anestésico local con objeto de valorar la efectividad de dicho tratamiento. El resultado de este bloqueo fue positivo, y se realizó el bloqueo neurolítico con alcohol al 50%, 20 ml a cada lado. El paciente ingresó en la unidad de reanimación para control del dolor y de los posibles efectos secundarios (Figs. 1 y 2).

Al día siguiente del bloqueo, dada la buena evolución del control del dolor y la ausencia de efectos secundarios, el paciente fue dado de alta hospitalaria, siguiendo pauta decreciente de analgésicos. A los 15 días acudió al primer control, manteniéndose la mejoría del dolor, lo que permitió mantener la pauta de disminución de fármacos analgésicos. A los 6 meses del bloqueo el dolor seguía controlado, requiriendo sólo metamizol de forma ocasional, con un VAS de base de 2.

CASO 2

Paciente varón de 47 años, fumador de 30 cigarrillos/d desde los 15 años y bebedor de 30 g/d de vino, sin alergias medicamentosas conocidas. Acude a la unidad del dolor presentando una clínica

de dolor en zona lumbar y flanco izquierdo desde hacía 6 meses, que irradiaba hacia zona torácica posterior ipsilateral. El dolor era diurno y nocturno, le impedía el descanso nocturno y no cedía con los analgésicos prescritos. Había sido intervenido de una neoplasia de páncreas hacía 1 año, y posteriormente recibió tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

En la primera visita a nuestra unidad, el paciente estaba recibiendo tratamiento con fentanilo transdérmico 125 µg/h/72 h, morfina de liberación normal 30 mg/4 h, clonacepam 0,5 mg/d y metamizol 2 g/8 h. A pesar de este tratamiento presentaba un VAS de 7-8 y en algunos momentos de 9.

Dadas las características y el mal control del dolor que presentaba el paciente, se ingresó y se programó para realizar un bloqueo neurolítico de plexo celíaco que se realizó con alcohol al 50%, 20 ml a cada lado, siguiendo la misma sistemática que en el caso anterior (Figs. 3 y 4).

En los controles periódicos a nuestra unidad, el paciente nos refirió una gran mejoría del dolor, pudiendo reducir el tratamiento farmacológico y presentando solamente un dolor soportable en hipocóndrio izquierdo, con un VAS de 2 y en algún momento de 3.

A los 4 meses del bloqueo el VAS era de 3, y puntualmente de 4, persistiendo el dolor en hipocóndrio izquierdo, pero que no le impedía conciliar el sueño ni realizar sus actividades habituales.

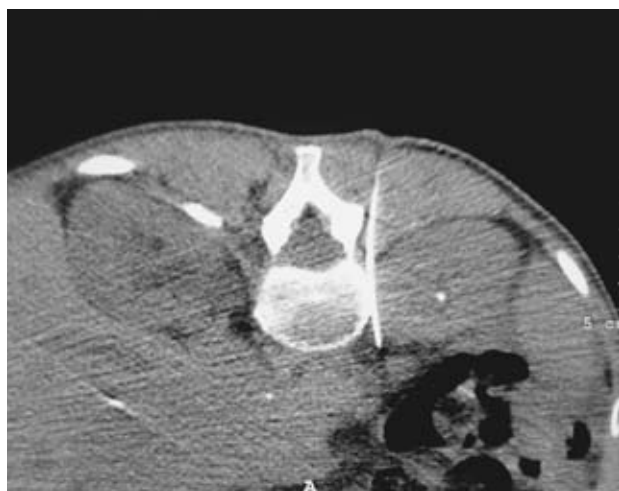


Figura 3. Punción paravertebral del lado izquierdo, dificultado por la presencia de riñón hipertrofico.



Figura 4. El control bajo TC evita complicaciones potencialmente graves, como la punción renal. El contraste difunde hasta la parte anterior del plexo celíaco.

DISCUSIÓN

El bloqueo del plexo celíaco es una técnica de analgesia regional utilizada en el tratamiento del dolor visceral grave secundario a enfermedad del abdomen superior, siendo el bloqueo neurolítico más utilizado en la actualidad.

El dolor visceral está producido por múltiples mecanismos (distensión o espasmo de víscera hueca, producción de sustancias algógenas, acción de estímulos químicos, tracción de ligamentos y mesos, inflamación y edema, isquemia), y característicamente es un dolor mal localizado irradiado en cinturón hacia atrás. Suele aliviarse en postura de flexión, y es frecuente que se acompañe de manifestaciones vegetativas.

El plexo celíaco es el mayor de los plexos del sistema nervioso simpático. Está formado por los nervios espláncnicos (mayor, menor e inferior) y los ganglios celíacos. Se halla limitado por detrás por los cuerpos vertebrales D12 y L1 y los pilares del diafragma, por delante por la arteria aorta y la vena cava inferior, cranealmente por la arteria celíaca, caudalmente por las arterias renales, y lateralmente por las cápsulas suprarrenales.

Las indicaciones del bloqueo del plexo celíaco incluyen el control del dolor crónico secundario a enfermedad visceral de abdomen superior, tanto enfermedad benigna (pancreatitis crónica) como enfermedad oncológica (procesos tumorales que afecten a órganos de abdomen superior, páncreas, sobre todo cabeza de páncreas, estómago, hígado y vías biliares, siempre y cuando no exista invasión tumoral de otras estructuras abdominales).

El bloqueo del plexo celíaco puede realizarse por vía anterior o por vía posterior. En nuestro centro se realiza por vía posterior (mediante la técnica clásica o retrocural descrita por Moore en 1965)

y controlado por TC. Antes de llevar a cabo el bloqueo neurolítico realizamos un bloqueo diagnóstico con anestésico local con objeto de valorar la efectividad de dicho tratamiento. Si el resultado del bloqueo diagnóstico es positivo se realiza el bloqueo neurolítico con alcohol al 50%, 20 ml en cada lado.

Después de la realización del bloqueo se deben tener una serie de precauciones para evitar posibles complicaciones: colocación de una faja abdominal con algodón y Tensoplast®, ingreso del paciente en la unidad de reanimación para su observación durante 12 h, administración de sueroterapia Ringer lactato + glucosalino 500 ml/6 h, control de constantes FC, TA y SpO₂, y mantener el mismo tratamiento analgésico que el paciente tomaba previamente.

El efecto antiálgico del bloqueo se cree debido a la vasodilatación producida en los cuadros que cursan con vasoconstricción o hipoxia hística, ya que mejorará el aporte sanguíneo y reducirá el edema. La duración del bloqueo es variable, desde algunas semanas hasta varios meses.

Los efectos adversos más frecuentes son: dolor a la inyección (96%), hipotensión producida por la gran vasodilatación regional (38%), y diarrea aguda (44%), todos ellos transitorios.

Se han descrito múltiples complicaciones del bloqueo del plexo celíaco, todas ellas con baja incidencia, sobre todo cuando se realiza por profesionales expertos y controlado por técnicas de imagen (TC): neumotórax, derrame pleural, quilotórax, inyección intraperitoneal, punción visceral (sobre todo renal), punción intravascular, inyección intradural, epidural o en disco intervertebral, neuritis transitoria de la raíz de L1, dolor dorsolumbar, disestesias, parestesias, paroplejía.