

BLOQUEO DEL PLEXO CELIACO GUIADO POR TC: NUESTRA EXPERIENCIA.

LUGAR DE REALIZACION:

CLINICA YUNES

**DIAG. MEDICO POR IMÁGENES (DMI)
-SANTIAGO DEL ESTERO-**



AUTORES:

**VARAS, MARIA EMILIA
CORVALAN, JUAN CRUZ
YUNES, GABRIELA
LEDESMA, OSCAR
BRANDONI, NORMA**



INTRODUCCION

El plexo celíaco contiene fibras aferentes viscerales que inervan las vísceras abdominales desde el esófago distal hasta el colon trasverso.

Numerosos estudios han demostrado la eficacia de la neurolisis del plexo celíaco para reducir el dolor y los requerimientos de opiáceos en individuos con dolor del abdomen superior.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia en bloqueos del plexo celíaco guiados por tomografía computada.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo durante 24 meses.

Se efectuaron 8 procedimientos en 7 pacientes (3 varones y 4 mujeres) entre 55 y 66 años.

Todos presentaban dolor no controlado por cáncer de páncreas, colon, vesícula y estómago en estadios avanzados.

MATERIAL Y METODOS

Se adquieren cortes axiales tomográficos entre D11 y L2 y se selecciona la vía de acceso posterior bilateral, evitando los fondos de saco pleurales.

Se ingresa con dos agujas Chiba N° 20 o 22 de 15 a 25 cm.

Se inyecta 30 ml de alcohol, 20 ml de solución fisiológica, 5 ml de lidocaína y 10 ml de contraste yodado.

MATERIAL Y METODOS

Todos los procedimientos se realizaron bajo anestesia general, neuroleptoanalgesia o bloqueo raquídeo, según las necesidades específicas de cada paciente.

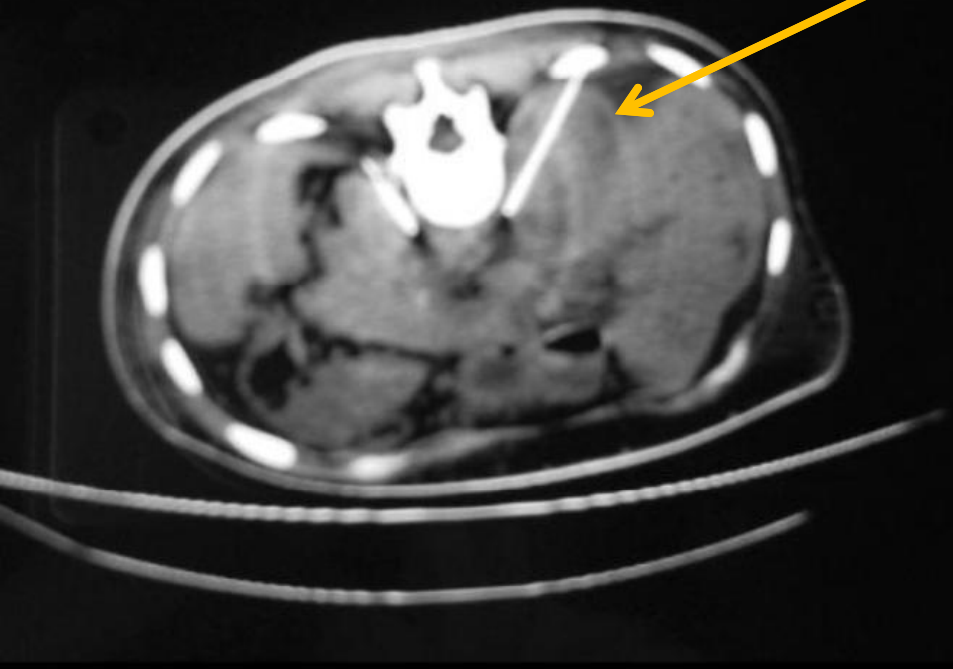
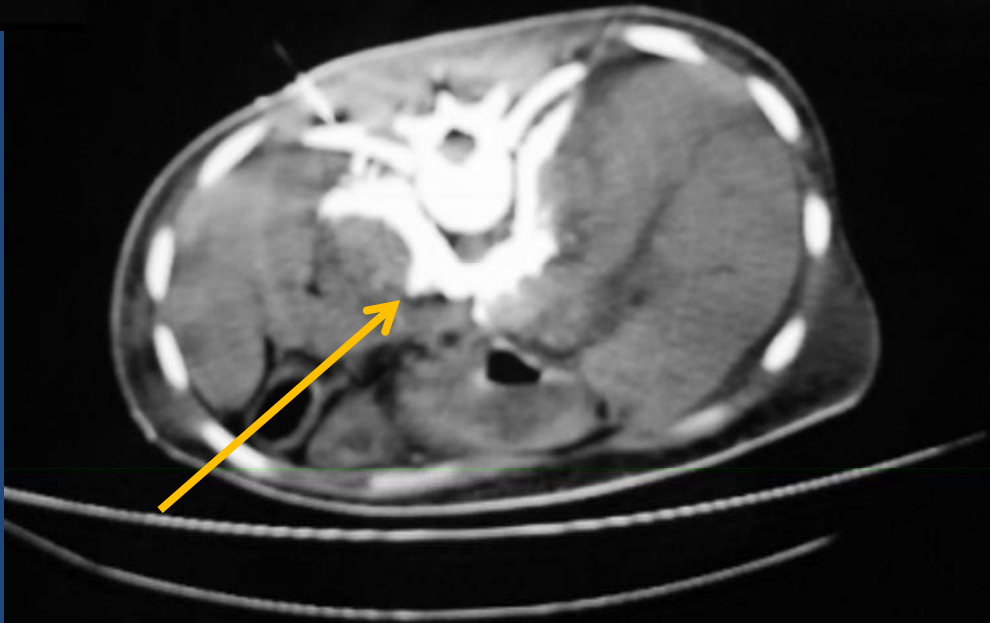


Fig. 1: Paciente de sexo femenino con cáncer de páncreas avanzado. La aguja derecha atraviesa una metástasis suprarenal.

Fig. 2: Misma paciente luego de la inyección de la solución. Se evidencia buena difusión retroperitoneal por delante de la aorta.



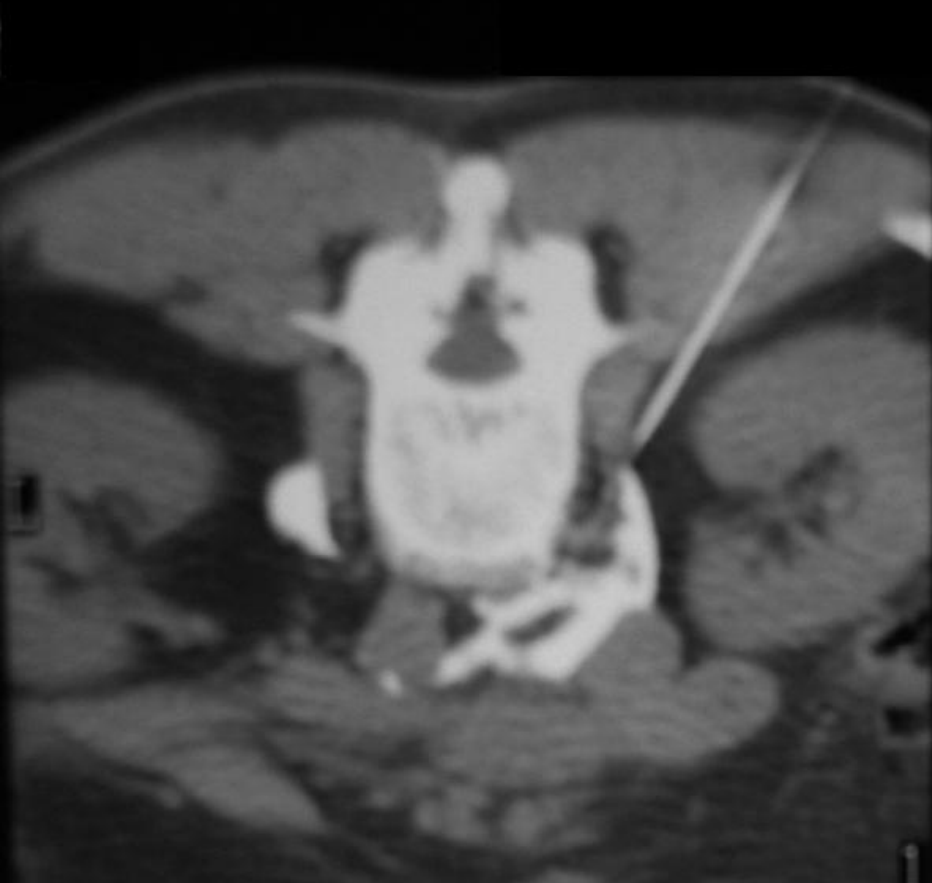


Fig. 3: Paciente de sexo masculino con cáncer de páncreas. Se observa escasa difusión preaórtica del lado izquierdo.

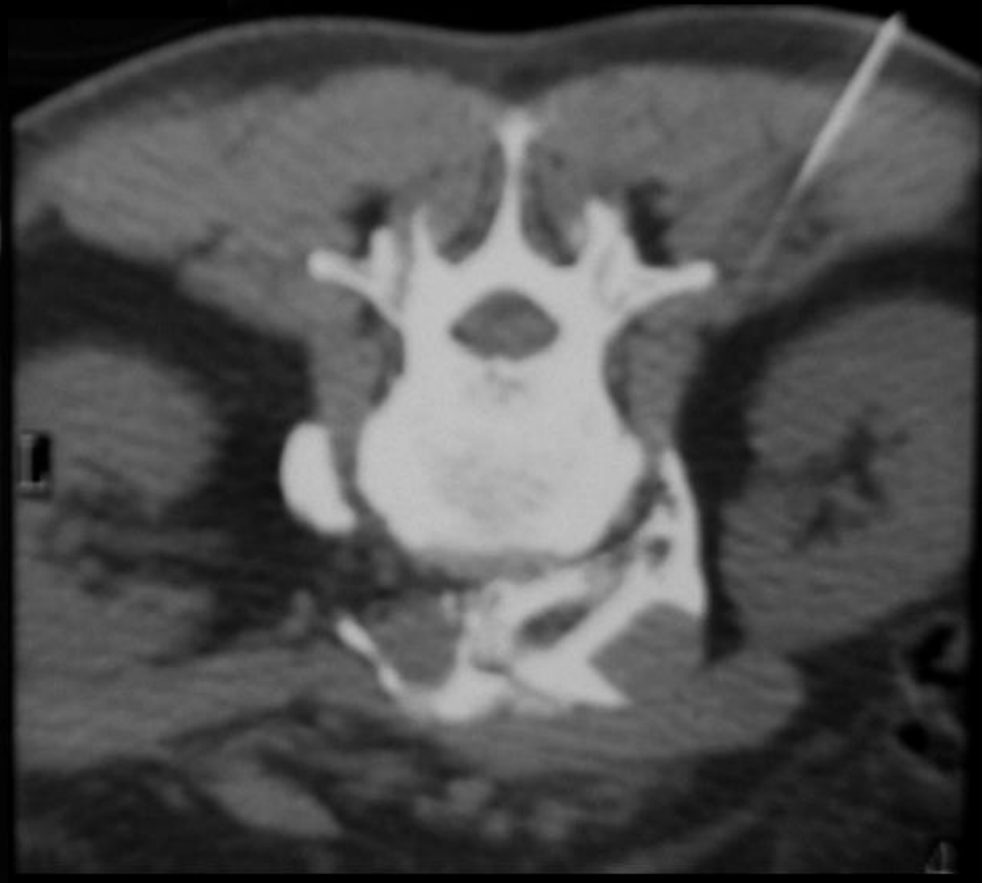


Fig. 4: En el mismo paciente se inyecta mayor volumen de solución y se logra difusión a la región preaórtica.

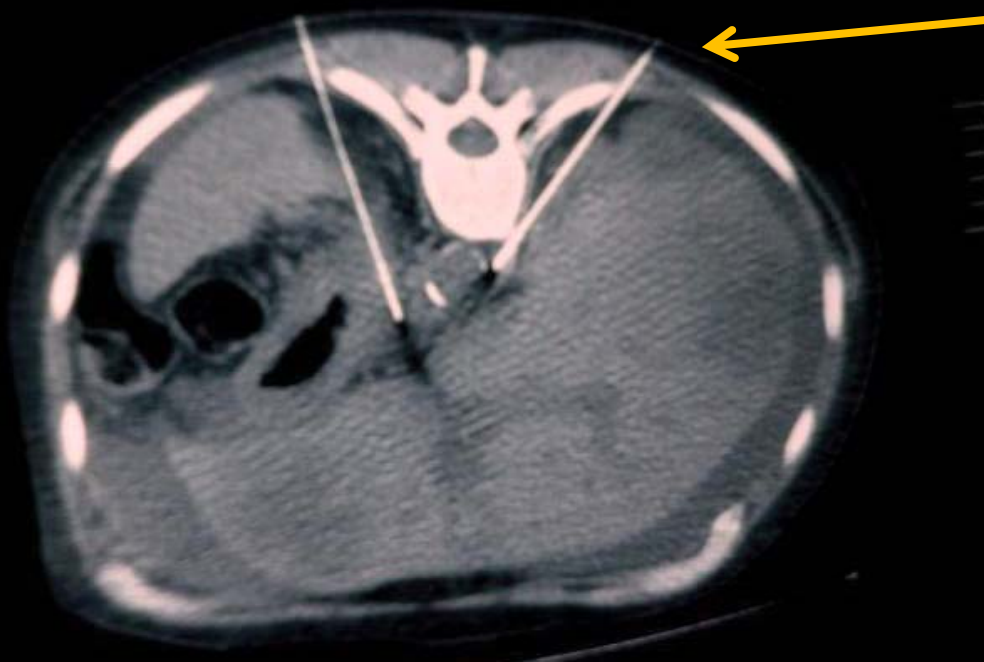


Fig. 5: Paciente de sexo femenino con cáncer de páncreas con metástasis hepáticas. La aguja derecha atraviesa el pilar del diafragma.

Fig. 6: Mismo paciente con buena difusión de la solución.



RESULTADOS

Se logro buena respuesta en 4 pacientes (requerimientos minimos de analgesia) y regular en 3 pacientes (con disminución de las dosis de analgesicos requeridos).

La mejor respuesta se obtuvo en pacientes con menor infiltración tumoral retroperitoneal y mejor estado general.

RESULTADOS

Se obtuvo buena difusión de la solución en todos los casos, alcanzando la zona preaórtica

No se presentaron complicaciones.

CONCLUSIONES

Concluimos que este procedimiento es una opción eficaz en el control del dolor en pacientes con malignidades avanzadas.

La vía de acceso posterior y la guía tomográfica ha resultado muy segura ya que no se presentaron complicaciones en nuestra serie.

CONCLUSIONES

Recomendamos considerar el método en etapas tempranas de la enfermedad y repetirlo en caso necesario.

BIBLIOGRAFIA

- Sharna Ch, Eltawil K, Renfrew P, et al. Advances in diagnosis, treatment and palliation of pancreatic carcinoma:1990-2010. *World J Gastroenterol*. 2011; february 21;17(7):867-897
- Arcidiacono P, Calori G, Carrara S et al. Celiac plexus block for pancreatic cancer pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3. Art. No.: CD007519. DOI: 10.1002/14651858.CD007519.pub2.
- Yang Wu D J, Dib Ch, Hoelzer B, et al: Coeliac plexus block in de management of chronic abdominal pain due to sever diabetic gastroparesis. *BMJ Case Report* 2009; doi:10.1136/ brc.06.2009. 1986
- Busch E, Kay D and Branting S. Low volume neurolytic celiac plexus block with computed tomography guidance. *Anesthesiology*: Nov 2003;vol 99-issue 5:1243-1244.