

Bloqueo más radiofrecuencia térmica de los nervios esplácnicos. A propósito de un caso

S. López Palanca, B. Montalbán Moreno, T. González López, C. Mateo Cerdán, A. B. Cuartero Pozo y M. Arcas Molina

Unidad del Dolor. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, España

López Palanca S, Montalbán Moreno B, González López T, Mateo Cerdán C, Cuartero Pozo AB y Arcas Molina M. Bloqueo más radiofrecuencia térmica de los nervios esplácnicos. A propósito de un caso. *Rev Soc Esp Dolor* 2018;25(5): 303-304.

Palabras clave: Radiofrecuencia, nervios esplácnicos, dolor crónico.

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico tiene una etiología multifactorial y se considera crónico cuando excede el tiempo esperado de recuperación y la inhabilidad del cuerpo de recuperar funciones fisiológicas a niveles normales.

Requiere de un tratamiento multidisciplinario el cual, además de mejorar la calidad de vida, pretende también mejorar la funcionalidad, disminuir el dolor, abaratar costos, satisfacer al usuario y disminuir las complicaciones. Dicho tratamiento multidisciplinario abarca desde los manejos farmacológicos y los no farmacológicos hasta los tratamientos intervencionistas, siendo la radiofrecuencia una de las herramientas disponibles en este campo.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 41 años con dolor crónico secundario a pancreatitis crónica refractario a todo

tipo de tratamientos, y en el que se realiza bloqueo más radiofrecuencia (RF) térmica de los nervios esplácnicos.

Para la realización de la técnica se colocó al paciente en decúbito prono. Bajo sedación consciente y anestesia local se insertaron las agujas con control con fluoroscopia en dos proyecciones: anteroposterior para localizar T11 y T12, y oblicua 20-30° para identificación del diafragma.

Tras inyección del contraste se realizó el test de estimulación sensitiva a 50 Hz con 1 voltio, experimentando el paciente parestesias en epigastrio. Se realizó después estimulación motora a 2 Hz, la cual fue negativa incluso con 3 voltios, descartando así afectación del nervio intercostal.

Posteriormente se realizó lesión con RF convencional a 80 °C durante 90 segundos, previa inyección de una pequeña cantidad de anestésico local y corticoide (Figura 1).

El procedimiento se realizó sin incidencias y el paciente fue dado de alta 1 hora después sin complicaciones, con buen control analgésico, sin efectos secundarios valorables, permitiendo la reducción de su analgesia habitual.

Discusión

La radiofrecuencia (RF) es una de las herramientas disponibles para el manejo del dolor crónico. Se utiliza desde principios del siglo xx, con múltiples indicaciones y grado de éxito. Se considera un procedimiento percutáneo de mínima invasión indicado en pacientes que no responden apropiadamente al tratamiento convencional.

Mediante un equipo generador de RF se transmite una corriente eléctrica a través de la aguja que, con una punta

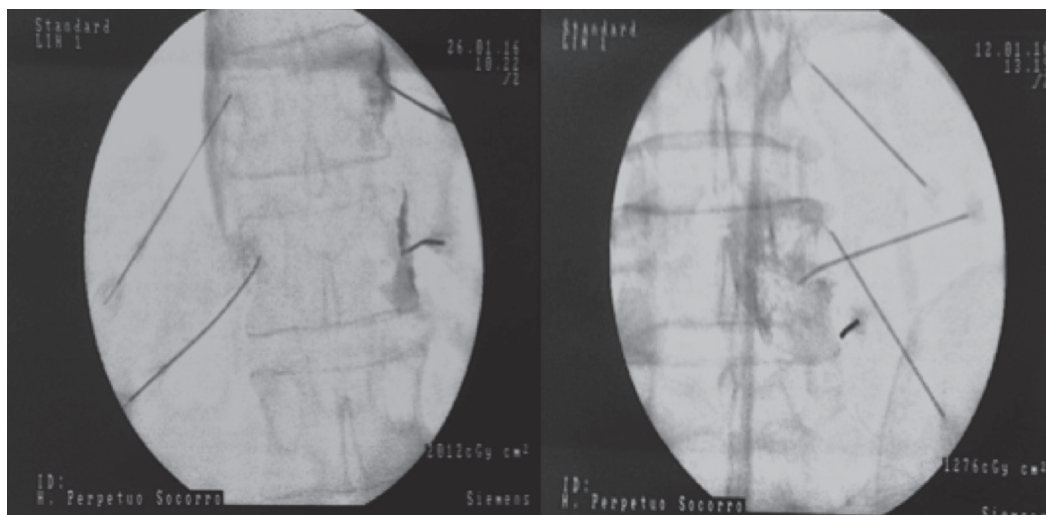


Figura 1. Radiofrecuencia de raíces nerviosas. Técnica. Nivel lumbar T11-T12.

activa, calienta el tejido circundante y causa una lesión alrededor de la punta del electrodo. Este equipo facilita efectuar una prueba de estimulación sensorial y motora de gran utilidad para valorar el umbral sensorial y prevenir secuelas por denervación; la motora precede a las lesiones por calor capaces de causar coagulación tisular; mediante la estimulación sensorial se confirma la proximidad al blanco y mediante la motora se confirma la distancia segura a las fibras motoras, evitando así una probable lesión. La estimulación sensorial se obtiene en un rango de 50 Hz y 0,5-1 V, y la estimulación motora en un rango de 2 Hz y 2 V.

Permite, por tanto, realizar un bloqueo con un mayor margen de seguridad frente a técnicas convencionales de neurolisis, ofreciendo ventajas sobre el fenol y el alcohol, pues la lesión nerviosa es más circunscrita y controlada.

Se trata de una técnica neurolítica que utiliza calor para producir destrucción tisular controlada (termocoagulación), obteniendo la reducción del dolor sin producir signos clínicos de lesión nerviosa.

Existen 2 variedades de RF en la práctica clínica: la RF pulsada y la RF térmica clásica. Ambas inducen destrucción tisular dependiente de la distancia al tejido requerido. La RF continua a una temperatura de 45 °C o más produce una termocoagulación neuroablativa, siendo la inhibición de la actividad sináptica más prolongada y duradera. En cambio la RF pulsada utiliza alto voltaje pero con fluctuaciones, por lo que no llega a producir coagulación de los tejidos, sino una inhibición transitoria de la actividad sináptica que es menos neurodestruktiva y, en consecuencia, reversible.

Conclusiones

La radiofrecuencia empleada como una herramienta disponible en el manejo del dolor crónico se considera una

técnica mínimamente invasiva y con una buena tasa de éxito, segura en el tratamiento dolor crónico.

Entre sus ventajas, en comparación con la cirugía, incluyen menor morbilidad, menor tiempo de procedimiento, tratamiento ambulatorio en gran proporción de casos y actualmente la capacidad de tratar a los pacientes que son pobres candidatos a procedimientos quirúrgicos.

La lesión por radiofrecuencia de los nervios esplácnicos es una técnica útil en el tratamiento del dolor visceral del abdomen superior. Su aplicación principal es el dolor oncológico por neoplasia pancreática, pero también puede ser utilizada en casos de dolor crónico no oncológico refractario.

Esta técnica puede sustituir a la tradicional neurolisis del ganglio celiaco, ya que presenta menores complicaciones.

Puede realizarse uni o bilateralmente, y además es la técnica de elección si existe alteración anatómica retroperitoneal que comprima o invada el ganglio celiaco.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Evidencia del uso clínico y terapéutico de la radiofrecuencia en dolor crónico. Boletín de Información Clínica Terapéutica de la Academia Nacional de Medicina. Vol. 57. Enero-Febrero 2014.
2. Catalá E (ed). Manual del tratamiento del dolor. 2º ed. Barcelona: Publicaciones Permanyer. 2º Edición; 2008.
3. Flores JC. Medicina del dolor: Perspectiva internacional. Madrid: Elsevier; 2015.