

# Eficacia y seguridad de la ablación térmica por RF asociada a neurolysis por alcohol de nervios espláncnicos en el dolor secundario a cáncer de páncreas

## Estudio descriptivo retrospectivo (2020-2021) en la Unidad del Dolor del Hud

Lodoso Ochoa E.\*; Plou García P.\*; García Retegui E.\*; Yarnoz Ruiz, C.\*; Conejero Morga G.\*; Osorio Lopez A.\*; Marín Paredes M.\*\*; Mugabure Bujedo B\*\*\*

\*FEA Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (Hospital Universitario Donostia, Unidad del Dolor Crónico)

\*\*FEA Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (Hospital Quirón Donostia, Unidad del Dolor Crónico)

\*\*\*FEA Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (Hospital Universitario Donostia, Jefe de Sección de la Unidad del Dolor Crónico)

### Introducción

La tasa de incidencia del cáncer de páncreas aumenta anualmente, y supone la cuarta causa de muerte por cáncer tanto en hombres como en mujeres (discretamente superior en varones 1.3:1).

Es uno de los tumores más agresivos del tracto digestivo; su localización anatómica (retroperitoneal, posterolateral a estómago y colon, y en íntimo contacto con el duodeno, vía biliar, además de grandes vasos sanguíneos) propicia que el tumor invada rápidamente estructuras adyacentes y se extienda con rapidez, dificultando así el diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad.

El dolor, es el síntoma más frecuente en este tipo de tumor (incidencia superior al 80%) y continúa siendo uno de los mayores retos de salud pública en las sociedades modernas, ya que se considera la principal causa de sufrimiento, e incapacidad en estos pacientes.

La nocicepción visceral es transmitida principalmente por los nervios espláncnicos; nervios simpáticos, que se originan de los ganglios torácicos paravertebrales: Nervio espláncnico mayor (origen ganglios V-IX) y Menor (ganglios X y XI). A veces, aparece un tercero, Mínimo (ganglio XII), y todos ellos terminan en el plexo celíaco. Localizados en un espacio anatómico delimitado: medialmente por el cuerpo vertebral, lateralmente pleura parietal, ventralmente mediastino posterior, y caudal, el diafragma. Abram and Boas determinaron que el volumen de este compartimento era de 10ml a cada lado.

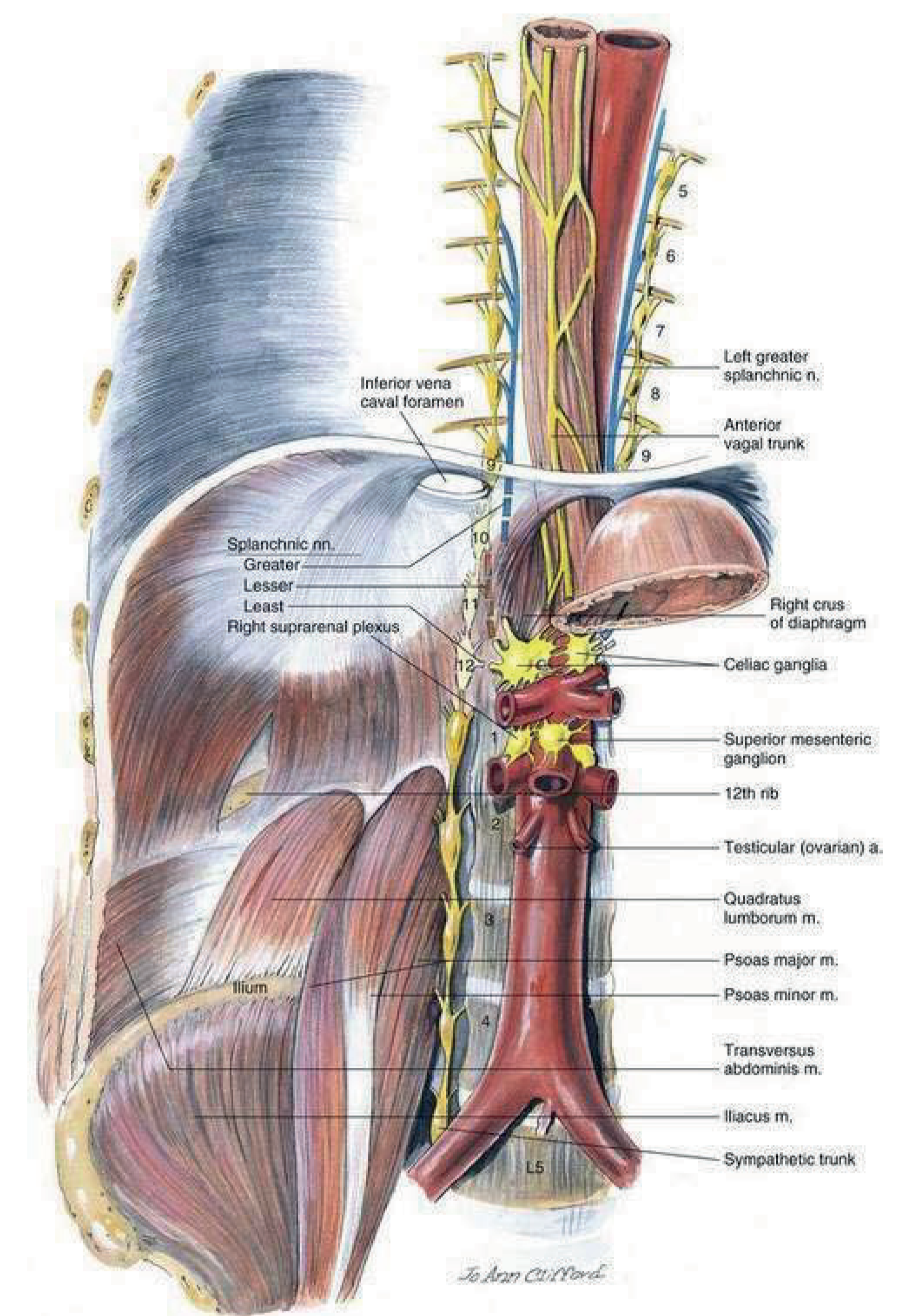
### Material y Métodos

El bloqueo de los nervios espláncnicos y plexo celíaco (neurolysis con alcohol) es una técnica intervencionista ampliamente utilizada para control del dolor abdominal crónico de origen principalmente oncológico, cuando el tratamiento farmacológico (a menudo dosis elevadas de opioides) no es efectivo, u ocasionan efectos adversos intolerables.

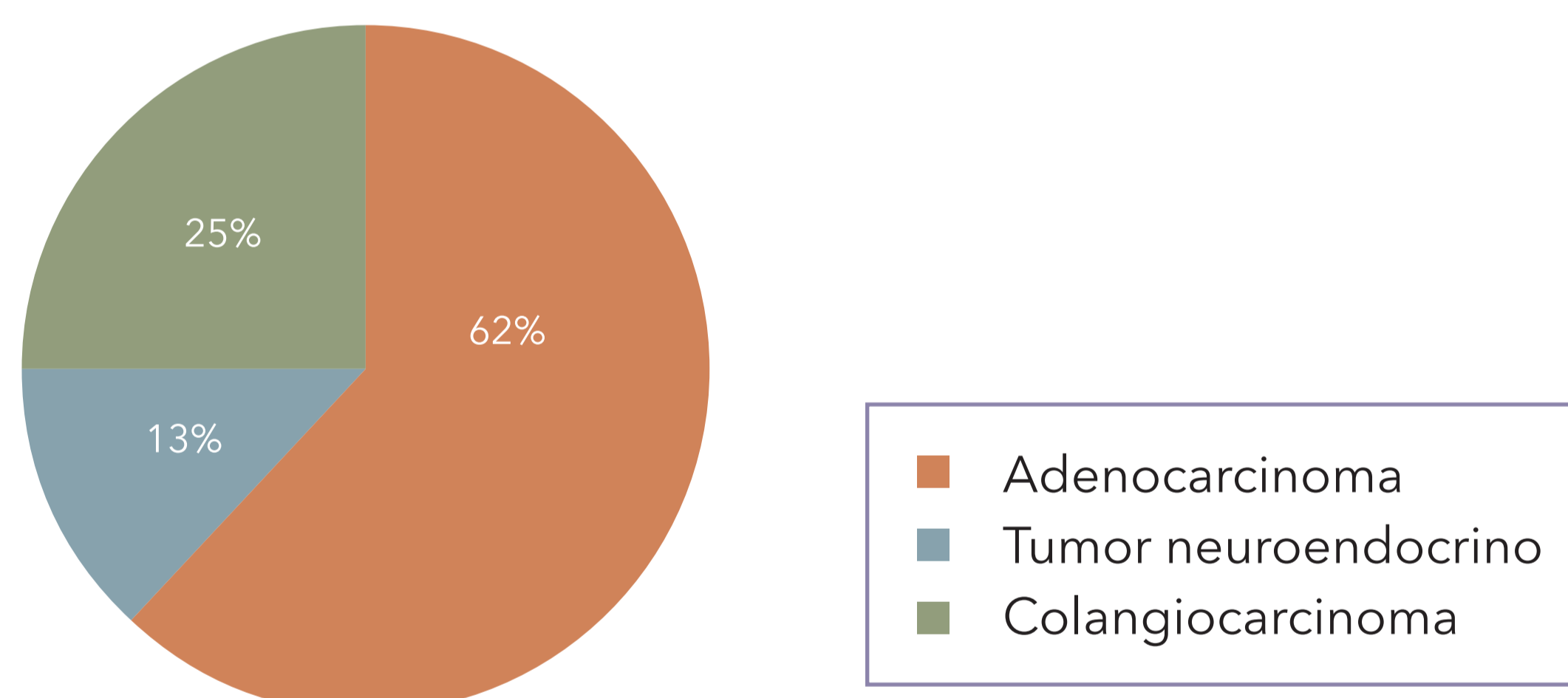
Realizamos estudio observacional retrospectivo sobre 8 pacientes (6 varones y 2 mujeres), a los que se les realizó un bloqueo de los nervios espláncnicos durante en el periodo comprendido entre Enero de 2020 y Julio 2021 por dolor abdominal crónico refractario, secundario a diferente etiología tumoral. La edad estuvo comprendida en la entre 59 y 73 años con una media de 65 años (mediana, 62 años) para 7 de ellos. La octava paciente de nuestra muestra, tenía 24 años (diagnosticada de tumor neuroendocrino de páncreas)

Presentaban diseminación local abdominal y metástasis a distancia en el momento de su inclusión en nuestra Unidad, así como tratamiento con opioides a dosis elevadas, con presencia de efectos secundarios. A pesar de todo ello, ninguno refería buen control analgésico (EVA > 6 en todos ellos), por lo que se decide realizar ablación intervencionista de los nervios espláncnicos.

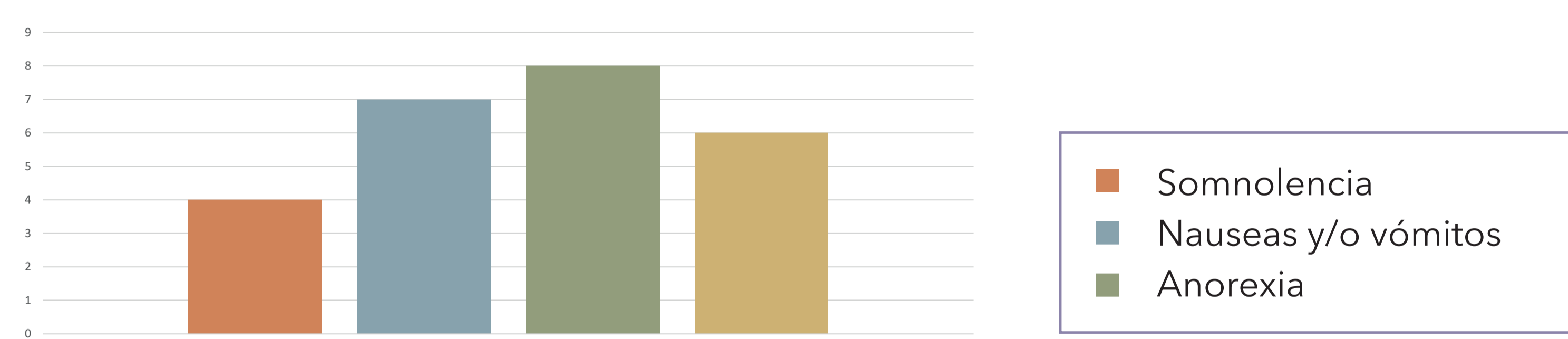
\* Realizamos ablación de los nervios espláncnicos mediante RFC a 80°C durante 90 segundos posteriormente combinada con neurolysis parcial con alcohol 50% 4- 5 ml por cada nivel, bajo anestesia local y sedación siendo la técnica bien tolerada por los pacientes; tanto en cuanto a estabilidad hemodinámica, como a confort referido por el paciente.



### Histología

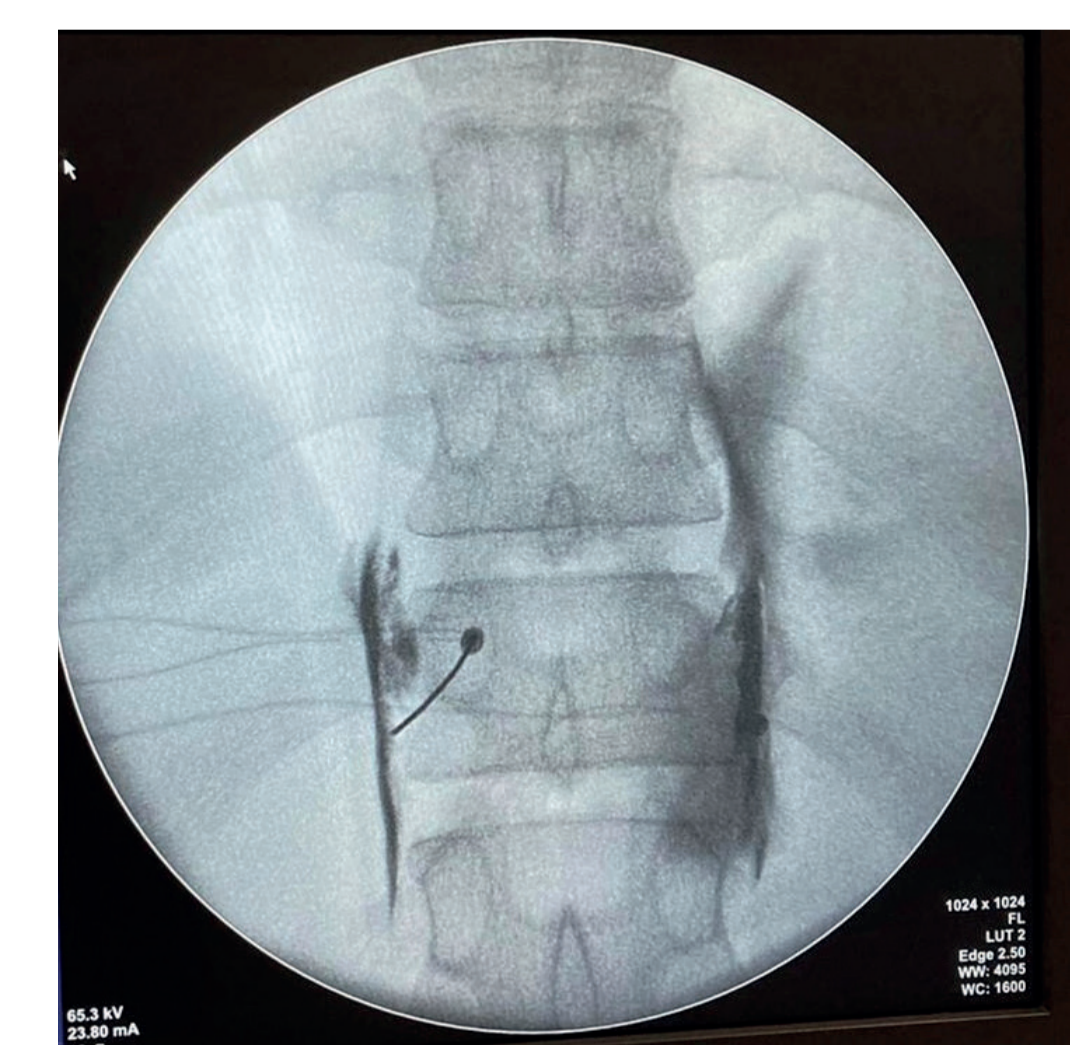


### Efectos secundarios a tratamiento por opioides en el momento de la inclusión para la ablación de los nervios espláncnicos



### Resultados

- Mejor control del dolor, con EVA < 4 en todos los casos registrados, así como mejoría clínica objetivada por una reducción del consumo de opioides en más de un 40% (y por consiguiente, disminución de efectos adversos, principalmente náuseas y vómitos).
- No se objetivaron complicaciones derivadas de la técnica; neumotórax, punción vascular accidental, ni infección en el punto de punción o secundaria al mismo. Tampoco registramos complicaciones atribuidas a la inyección de alcohol tales como dolor a la inyección (previa administración con anestésico local), ni hipotensión arterial sistémica.
- No se precisó repetir la técnica por ineficacia en ninguno de ellos, o por reincidencia de dolor, aunque la duración de los efectos analgésicos que pudimos observar en nuestra muestra, no superó en ningún caso los 4 meses debido a la escasa esperanza de vida de nuestros pacientes, por presentar enfermedad muy evolucionada.
- Los pacientes mejoraron, al menos parcialmente, su calidad de vida, y experimentaron mejor control del dolor, asociando menos efectos adversos indeseables, hasta el exito.
- La supervivencia de los pacientes tras la realización de la técnica, varió entre los 57, y los 108 días en 7 de ellos, con una media de 66 días. Uno de los pacientes falleció a causa de su enfermedad, a los 9 días tras la realización de la ablación.



### CONCLUSIONES

El denominado 4º escalón del ascensor terapéutico de la OMS, demuestra una superioridad en el alivio del dolor frente al tratamiento farmacológico sistémico y una menor incidencia de efectos adversos, por lo que es importante determinar en qué momento está indicada la realización de esta técnica; tal vez deberíamos realizarla en fases más precoces debido a la elevada probabilidad que tienen estos pacientes de presentar dolor severo con el avance de la enfermedad, y no sólo reservable a paciente con mal control del dolor y /o efectos secundarios intolerables. Para ello, es importante el trabajo en **equipo interdisciplinario, y el abordaje multidisciplinar** del dolor crónico refractario precoz y más efectivo en estos pacientes oncológicos.

La radiofrecuencia de los nervios espláncnicos, ha demostrado ser una técnica mínimamente invasiva y segura, pero con una tasa de éxito aparentemente inferior a la neuroablación química, y con un mayor índice de recurrencia, según la bibliografía actual. Combinando ambas técnicas, según nuestra experiencia, podemos disminuir los requerimientos de volumen de alcohol para realizar la neurolysis, reduciendo así los efectos secundarios, complicaciones y morbilidad derivada de la quimioablación, sin renunciar a la efectividad.

El análisis de nuestro estudio, se encuentra limitado por la escasez de la muestra (n) por un lado, y la escasa supervivencia que presentaron nuestros pacientes desde que se realizó la técnica ablativa (no superior a la duración de la efectividad estimada en torno a los 3 meses, tras la neuroablación térmica de los nervios espláncnicos), por lo que se precisarán más estudios, y mayor evidencia para llegar a conclusiones, sobre qué técnica sería la más adecuada para el bloqueo de los nervios espláncnicos para el tratamiento del dolor abdominal refractario secundario al cáncer de páncreas.

### Bibliografía

