

809

TÉCNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS GUIADAS POR IMAGEN EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR



Edgar Mauricio Quiroga; Leonardo Omar Luna,
Juan Pablo Companys Josia, Zaida Josefia Lassaga
Benítez

INTRODUCCION

- Los procedimientos mínimamente invasivos en el manejo del dolor guiadas por imágenes son utilizadas con mayor frecuencia y desempeñan un papel cada vez más importante en el tratamiento de esta afección.
- La situación ideal es que se cuente con TC y que el operador tenga la habilidad de realizar estos procedimientos. Si estas condiciones se cumplen, la decisión se tomará según cada caso particular.
- Conocer esta técnica puede brindar una herramienta eficaz y sencilla en el tratamiento de pacientes con dolor refractario.

REVISION DEL TEMA

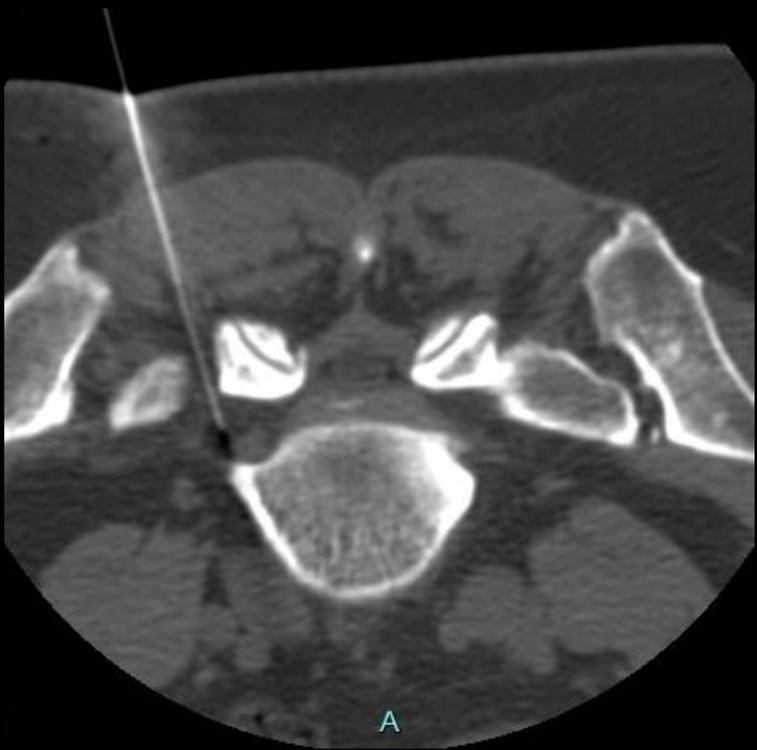
- Como en la columna existen numerosas fuentes diferentes de dolor y no siempre es una sola la que lo provoca sino que coexisten varias, hay que intentar separarlas.
- La neurólisis del plexo celíaco es un procedimiento percutáneo que permite la inyección de un agente neurolítico local, proporcionando una analgesia prolongada en pacientes con dolor abdominal superior persistente o intratable.
- En estos casos, la infiltración guiada por imágenes cumple un papel fundamental. Si lo que presenta el paciente es un síndrome facetario, dolor radicular, claudicación debido a un conducto estrecho o dolor abdominal por causas orgánicas, el bloqueo selectivo percutáneo podrá descartar o reafirmar la hipótesis diagnóstica.

BLOQUEO RADICULAR

- El nervio de Luschka es una rama recurrente del ramo ventral y, junto con la rama simpática, inerva el anillo fibroso, el ligamento longitudinal posterior, las membranas epidurales, la porción del ligamento amarillo y la duramadre, incluida la que recubre la raíz neural. La irritación de este nervio provoca radiculopatía, la cual suele derivar de la disrupción del anillo fibroso.

TECNICA

- Con el paciente colocado en decúbito ventral en la camilla del tomógrafo se realizan cortes axiales de 3 a 5 mm de espesor desde el pedículo de la vértebra superior al pedículo de la inferior. Una vez identificado el neuroforamen se coloca una grilla en la piel para marcar el sitio de entrada. Se realiza la antisepsia de la región que se va a punzar y se infiltra con anestésico local. Según lo visualizado en la TC, se progresa una aguja espinal hasta el neuroforamen.



NEUROLISIS DEL PLEXO CELIACO

- Es un procedimiento percutáneo que permite la inyección de un agente neurolítico.
- El termino neurólisis se refiere a la destrucción del plexo mediante inyección de etanol o fenol. Proporciona alivio del dolor prolongado, a diferencia del bloqueo que es temporario y en el cual se utilizan esteroides o analgésicos

REVISION DEL TEMA

- El plexo celíaco, se ubica en el retroperitoneo sobre la pared antero-lateral de la aorta situado entre las capsulas suprarrenales, alrededor del origen del tronco celíaco 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 y a las glándulas suprarrenales, al mesenterio, a los riñones, al estómago y a parte del colon transverso.
- La neurolisis del mismo es su destrucción mediante agentes químicos como el etanol, evitando la transmisión nerviosa del dolor, disminuyendo notablemente el dolor y el uso de narcóticos en un 80% de los pacientes.

TECNICA

- Para localizar y acceder al plexo celíaco existen dos técnicas de abordaje: percutánea y quirúrgica. El abordaje percutáneo requiere de una guía imagenológica.
- Debido al escaso porcentaje de complicaciones mayores, el procedimiento guiado por TC es rápido y seguro. Un primer paso en la guía tomográfica es la planeación de la posición del paciente, sitio de entrada y trayecto de la aguja hasta el lugar de la inyección del agente neurolítico. La posición más usada es la decúbito prono.

Los abordajes son principalmente cuatro:

Paravertebral posterior: Esta técnica es la preferentemente más realizada.

Anterior: Mayor tasa de complicaciones. Menor riesgos de lesión renal o neurológica. Se puede atravesar estómago, hígado o el páncreas antes de llegar al plexo.

Intervertebral posterior: Esta disminuido el riesgo de lesión de vísceras. Sus complicaciones son trauma, discitis, hernia discal y punción espinal.

Transaórtico: A través de la aorta por sus paredes posterior y anterior. Con una aguja por lado izquierdo. Es relativamente seguro, importante la correcta ubicación y la aspiración.





BLOQUEO DEL GANGLIO DE WALTER

- La coccigodinia o dolor crónico localizado en la zona del cóccix, es un trastorno que puede llegar a ser incapacitante. Se caracteriza por ser constante, intenso, difuso y algunos pacientes se refieren a él como un dolor con sensación de quemazón. No respeta línea media y no produce alteraciones sensitivas, ni esfinterianas. La causa clave por la que se puede producir este tipo de dolor crónico reside, casi siempre, en una inestabilidad excesiva de este hueso que favorece la inflamación de las estructuras ligamentosas y musculares que se relacionan con el mismo. Este exceso de inestabilidad puede ser desencadenado por un traumatismo previo sobre la zona (caída de nalgas, puntapié, etc.)

- El ganglio de Walter es un ganglio impar, retroperitoneal, situado anterior a la unión sacrococcígea (cadena simpática paravertebral). Inerva periné, porción distal del recto, ano, uretra terminal, vulva y tercio distal de la vagina.

< 999 - 1 (Clave) >

