

Neurólise percutânea de plexo celíaco guiada por tomografia computadorizada: descrição técnica

Computed tomography-guided percutaneous neurolysis of celiac plexus: technical description

Renata Motta Grubert^{1,a}, Tiago Kojun Tibana^{1,b}, Larissa Araújo Missirian^{1,c}, Thaline Mairace Hernandez das Neves^{1,d}, Thiago Franchi Nunes^{1,e}

1. Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (HUMAP-UFMS), Campo Grande, MS, Brasil.

Correspondência: Dr. Tiago Kojun Tibana. Avenida Senador Filinto Müller, 355, Vila Ipiranga. Campo Grande, MS, Brasil, 79080-190. E-mail: tiagotibana@hotmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0001-6713-2575>; b. <https://orcid.org/0000-0001-5930-1383>; c. <https://orcid.org/0000-0001-5688-1028>;

d. <https://orcid.org/0000-0002-6172-5465>; e. <https://orcid.org/0000-0003-0006-3725>.

Recebido para publicação em 16/1/2019. Aceito, após revisão, em 22/2/2019.

Como citar este artigo:

Grubert RM, Tibana TK, Missirian LA, Neves TMH, Nunes TF. Neurólise percutânea de plexo celíaco guiada por tomografia computadorizada: descrição técnica. Radiol Bras. 2020 Mar/Abr;53(2):114–115.

INTRODUÇÃO

A dor abdominal é um problema debilitante significativo e comum em pacientes oncológicos, afetando dramaticamente a qualidade de vida e a sobrevivência^(1,2). A dor que se origina das vísceras do abdome superior é transmitida por fibras aferentes viscerais que retransmitem os impulsos através dos nervos esplâncnicos e do plexo celíaco. O termo plexo celíaco refere-se a uma rede de fibras nervosas localizadas no retroperitônio, ao longo da parede anterolateral da aorta (Figura 1A)^(2,3).

O manejo da dor abdominal relacionada ao câncer é um tema complexo e desafiador e, muitas vezes, requer o uso crônico de opioides em altas doses, que, por sua vez, geralmente estão associados a vários efeitos adversos^(1,2). Terapias instituídas utilizando métodos percutâneos guiados por métodos de imagem reduzem a necessidade de analgésicos potentes e a sua toxicidade associada, entretanto, esses procedimentos são pouco difundidos e subutilizados^(1,4–8).

A neurólise do plexo celíaco (NPC) é uma técnica que proporciona interrupção permanente da transmissão

da dor do plexo por meio de ablação química, podendo potencialmente melhorar o controle da dor e, ao mesmo tempo, reduzir drasticamente o consumo de opioides^(9,10). A NPC consiste na infusão de um agente neurólítico, geralmente álcool absoluto estéril, por meio de uma agulha fina inserida no retroperitônio, adjacente a fibras nervosas e gânglios do plexo celíaco. A medicação neurólítica interrompe a rede neural, destruindo as vias de dor^(2,11). A orientação por imagem para a NPC é mais comumente realizada por tomografia computadorizada (TC), que vem substituindo o uso de técnicas guiadas por fluoroscopia ou ultrassonografia^(2,12).

PROCEDIMENTO

O primeiro passo na NPC guiada por TC é o planejamento pré-procedimento. Imagens pré-operatórias devem ser revisadas detalhadamente com a finalidade de determinar a posição do paciente, o local da punção, o caminho da agulha e o local da injeção do neurólítico (Figura 1B). O planejamento garante que o agente seja adequadamente distribuído, aumenta o efeito analgésico

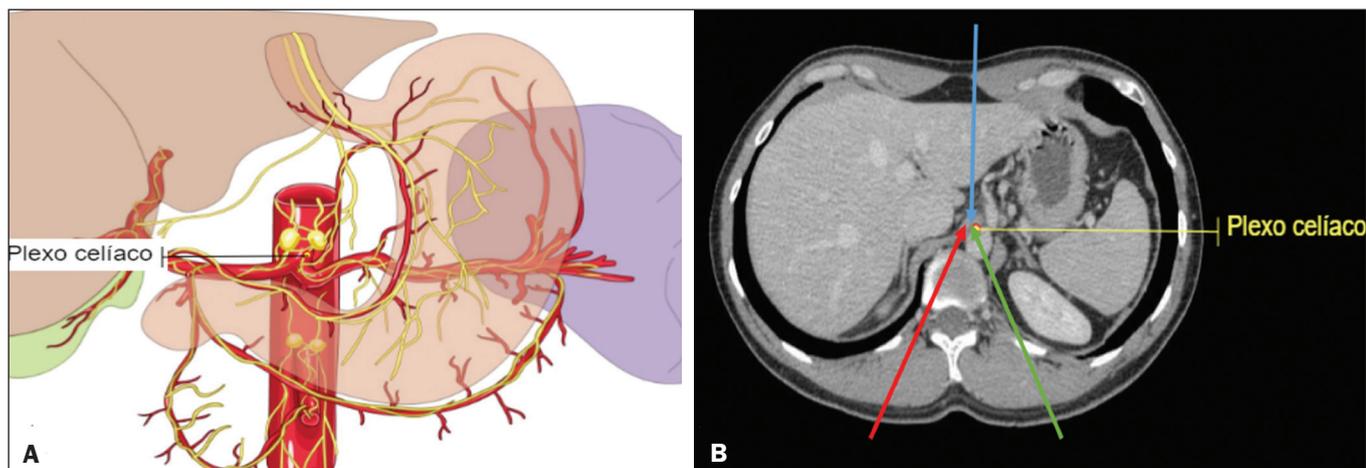


Figura 1. A: Ilustração demonstrando a localização do plexo celíaco. **B:** TC axial demonstrando algumas vias de acesso: anterior trans-hepática (seta azul), posterior transintervertebral (seta vermelha), posterior transaórtica (seta verde).

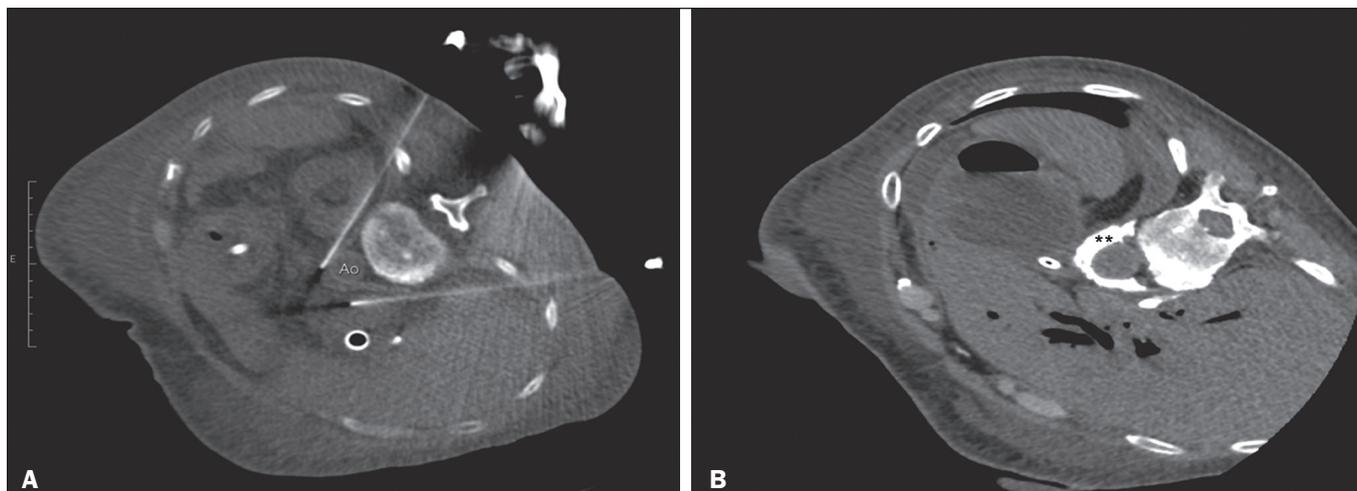


Figura 2. A: TC axial com paciente em decúbito oblíquo mostrando punção posterior paravertebral bilateral, adjacente à aorta (Ao), ao nível do tronco celiaco, utilizando agulha Chiba 22G. **B:** Correta distribuição da solução de álcool absoluto e contraste iodado (asteriscos).

e reduz a morbidade. O posicionamento adequado do paciente é essencial para um procedimento bem-sucedido, pois, além de determinar um trajeto percutâneo seguro, também garante o conforto do paciente.

A NPC pode ser realizada por diferentes técnicas, como via anterior, via posterior, sendo a abordagem paravertebral posterior bilateral a mais frequentemente utilizada (Figura 2A). Procede-se a anestesia local no ponto da punção, sob sedação com benzodiazepínico ou opioide e oxigenoterapia por cateter nasal.

Após a punção guiada por TC e certificação do correto posicionamento da(s) agulha(s) com injeção ou não de 1–2 mL de contraste iodado, realiza-se a infusão com volume total de 40–60 mL de solução neurolítica de álcool absoluto (Figura 2B). Em nosso serviço, adicionalmente utilizamos 2–3 mL de lidocaína a 1% sem vasoconstritor antes e após a injeção do álcool.

A NPC é uma ferramenta segura e eficaz para o manejo da dor paliativa, com taxa relativamente baixa de complicações. Deve ser oferecida a pacientes como um componente chave da abordagem multidisciplinar para o controle da dor abdominal crônica intratável. O uso apropriado e o conhecimento dos exames de imagem e da técnica são inestimáveis para garantir bons resultados.

REFERÊNCIAS

1. Sindt JE, Brogan SE. Interventional treatments of cancer pain. *Anesthesiol Clin*. 2016;34:317–39.
2. Kambadakone A, Thabet A, Gervais DA, et al. CT-guided celiac

plexus neurolysis: a review of anatomy, indications, technique, and tips for successful treatment. *Radiographics*. 2011;31:1599–621.

3. Cornman-Homonoff J, Holzwanger DJ, Lee KS, et al. Celiac plexus block and neurolysis in the management of chronic upper abdominal pain. *Semin Intervent Radiol*. 2017;34:376–86.
4. Nunes TF, Tibana TK, Santos RFT, et al. Percutaneous insertion of bilateral double J stent. *Radiol Bras*. 2019;52:104–5.
5. Tibana TK, Grubert RM, Santos RFT, et al. Percutaneous nephrostomy versus antegrade double-J stent placement in the treatment of malignant obstructive uropathy: a cost-effectiveness analysis from the perspective of the Brazilian public health care system. *Radiol Bras*. 2019;52:305–11.
6. Nunes TF, Tibana TK, Pereira MES, et al. Treatment of extrahepatic biliary fistulas using n-butyl cyanoacrylate. *Radiol Bras*. 2019;52:174–5.
7. Meira MS, Barbosa PNVP, Bitencourt AGV, et al. Retrospective analysis of computed tomography-guided percutaneous nephrostomies in cancer patients. *Radiol Bras*. 2019;52:148–54.
8. Falsarella PM, Rocha RD, Rahal Junior A, et al. Minimally invasive treatment of complex collections: safety and efficacy of recombinant tissue plasminogen activator as an adjuvant to percutaneous drainage. *Radiol Bras*. 2018;51:231–5.
9. Wyse JM, Chen YI, Sahai AV. Celiac plexus neurolysis in the management of unresectable pancreatic cancer: when and how? *World J Gastroenterol*. 2014;20:2186–92.
10. Sachdev AH, Gress FG. Celiac plexus block and neurolysis: a review. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2018;28:579–86.
11. Eisenberg E, Carr DB, Chalmers TC. Neurolytic celiac plexus block for treatment of cancer pain: a meta-analysis. *Anesth Analg*. 1995;80:290–5.
12. Wang PJ, Shang MY, Qian Z, et al. CT-guided percutaneous neurolytic celiac plexus block technique. *Abdom Imaging*. 2006;31:710–8.

