

FENOL INTRA-NEURAL A NIVEL PERIFÉRICO, UNA OPCIÓN PALIATIVISTA

Dr. José Antonio Cortés Lares*, Dr. Ricardo Plancarte Sánchez**, Dr. Ángel Manuel Juárez Lemus***

*Médico anestesiólogo regionalista/algólogo/intervencionista – Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital

**Fundador y jefe de la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Cancerología. Académico, Profesor, PhD, FIPP.

***Médico anestesiólogo/algólogo/intervencionista del Instituto Nacional de Cancerología. CIPS.

Introducción

Los bloqueos neurolíticos son ampliamente conocidos desde su primera descripción en 1863. No obstante, en la actualidad fueron delimitados a abordajes de cadena simpática en paciente oncológico. [1-3]

Los bloqueos intra-neurales son un abordaje poco utilizado, debido a las características que conlleva su realización (equipo adecuado, personal capacitado, indicaciones y precaución por dolor secundario a desaferentación). [4,5] Sin embargo, existen escenarios clínicos en los cuales el salvaguardar la vida más allá de la función para el beneficio del paciente se vuelve prioritario.

Presentación caso clínico

Hombre de 72 años, con antecedente: IAM hace 20 años con colocación de 4 stents. Historia de cáncer a nivel de próstata con metástasis ósea de 10 años de evolución en tratamiento con quimioterapéuticos y radioterapia. Refiere dolor en fémur izquierdo opresivo y quemante, intenso, intermitente, sin irradiaciones, aumenta a la movilización, no disminuye con el reposo ENA B 6/10, ENA I 10/10. EVERA severo.

Se otorga RT en 3 ocasiones con más de 10 sesiones. Persiste con dolor a pesar de tratamiento. Se realiza tomografía (Imagen 1), decidiéndose realización de bloqueo PENG de manera híbrida (ultrasonido/TAC). Procedimiento con ropivacaína 0.35% + Metilprednisolona 40 mg. A los 15 días, mejoría del 40%. Posterior a dos meses de evolución, nuevo incremento de dolor. Se decide realización de nuevo bloqueo de PENG utilizando fenol al 6%, con una mejoría del 50% nuevamente. Tres meses después refiere incremento del dolor, para lo cual se realiza nueva TAC, evidenciado un avance de la metástasis. Se deriva a servicio de cuidados paliativos, el cual solicitan nueva valoración. Se decide bloqueo neurolítico intra-neural con fenol al 10% + colocación de catéter PENG. (Imagen 2) Se realiza procedimiento intervencionista y se fija catéter, el cual se dejó 15 días, posteriormente se retiró. ENA 0/10.

Discusión

Un bloqueo neurolítico es la destrucción dirigida de un nervio o plexo nervioso. Todas las técnicas de este tipo provocan degeneración Walleriana del axón. El primer informe de Neurolisis química fue realizado en 1863. Los avances en las modalidades de imagen, como la fluoroscopia, han mejorado la precisión y la eficiencia de la neurolisis dirigida.

Consideraciones éticas

Paciente con dolor incontrolable, sin criterios quirúrgicos, se explica bloqueo neurolítico intra-neural de nervio femoral.

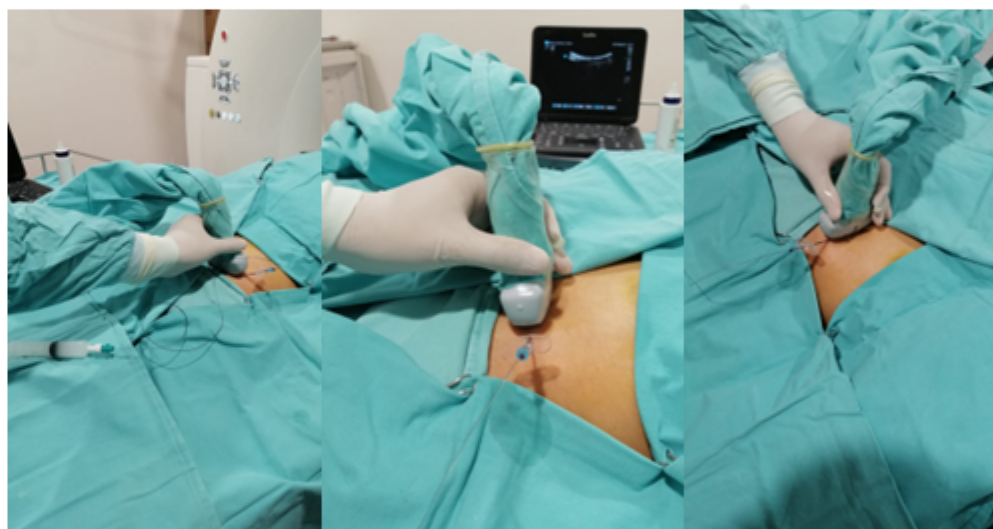


Imagen 2. Bloqueo intra-neural de nervio femoral + colocación de catéter periférico en PENG

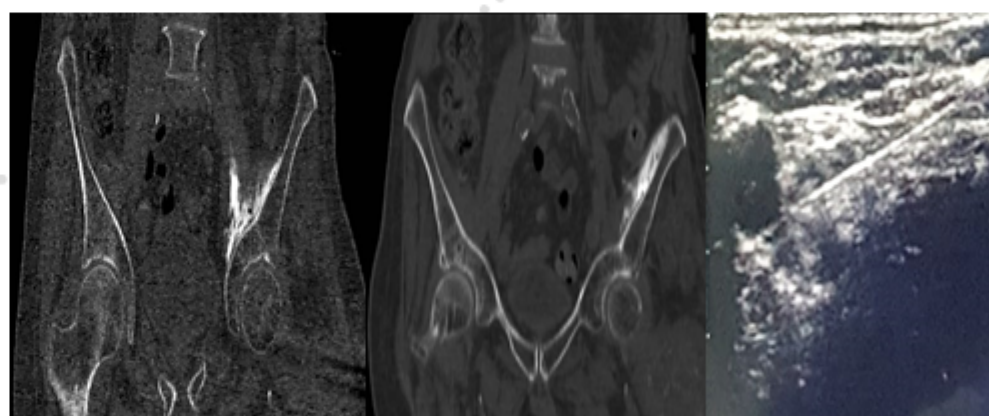


Imagen 3. Imagen tomográfica y ultrasonográfica de bloqueo de PENG izquierdo y femoral izquierdo, ambos líticos

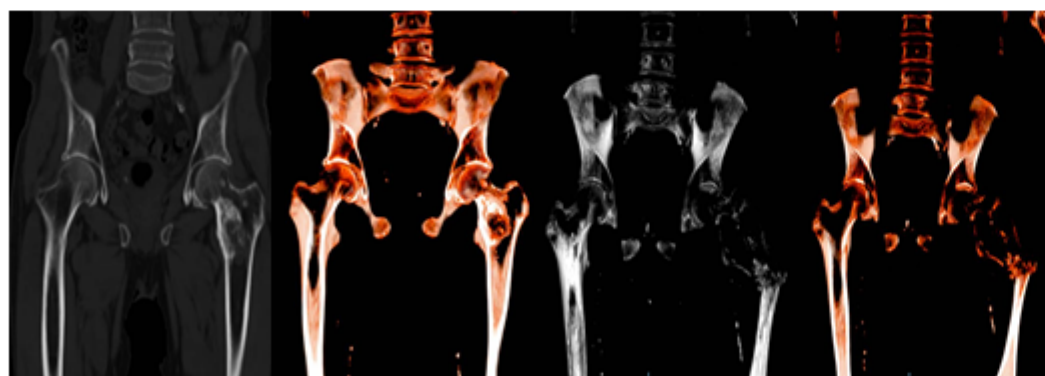


Imagen 1. Evolución de 6 meses de paciente con cáncer de próstata y metástasis agresiva a fémur izquierdo con tomografía y reconstrucción 3D.

CONCLUSIONES

Los bloqueos neurolíticos siguen siendo una opción vigente de tratamiento para casos en los cuales fallan las opciones conservadoras. Por sus características, accesibilidad y bajo costo, es una opción terapéutica a nivel periférico.

1. Mazal PR, Millesi H. Neurolysis: is it beneficial or harmful? Acta Neurochir Suppl. 2005;92:3-6.

2. Jackson TP, Gaeta R. Neurolytic blocks revisited. Curr Pain Headache Rep. 2008;12(1):7-13.

3. Yan BM, Myers RP. Neurolytic celiac plexus block for pain control in unresectable pancreatic cancer. Am J Gastroenterol. 2007;102(2):430-8.

4. Erdine S. Neurolytic blocks: when, how, why. Agri. 2009 Oct;21(4):133-40.

5. Halpern D. Histologic studies in animals after intramuscular neurolysis with phenol. Arch Phys Med Rehabil. 1977;58(10):438-43.