

# Esplancnectomía izquierda videotoracoscópica para el control del dolor en el cáncer de unión esofagogástrica con invasión del plexo celíaco

J. Loscertales, R. Jiménez Merchán, F. García Díaz, C. Arenas Linares, J.C. Girón Arjona y J. Ortega Bevia

Servicio de Cirugía General y Torácica. Hospital Universitario de Sevilla.

**El bloqueo del plexo celíaco y de los nervios espláncnicos para combatir el dolor abdominal puede realizarse mediante la inyección percutánea de anestésicos locales, alcohol o a través de una toracotomía.**

Se presenta la técnica quirúrgica de la esplancnectomía a través de videotoracoscopia en la cirugía paliativa del cáncer de unión esofagogástrica. Se comentan los excelentes resultados obtenidos de forma inmediata en 2 pacientes.

**Palabras clave:** *Esplancnectomía. Cáncer esofagogástrico. Videotoracoscopia.*

*Arch Bronconeumol 1996; 32: 103-104*

**Left splanchnicectomy with video-thoracoscopy for control of pain in cancer of the esophagogastric juncture with invasion of the celiac plexus**

**Blockade of the celiac plexus and the splanchnic nerves to combat abdominal pain can be achieved by percutaneous injection of local anesthetics or alcohol, or by thoracotomy.**

We describe the technique for performing splanchnicectomy with video-thoracoscopy in palliative surgery for cancer of the esophagogastric union, discussing the excellent results obtained immediately in 2 patients.

**Key words:** *Splanchnicectomy. Esophagogastric cancer. Videotoracoscopia.*

## Introducción

En determinados síndromes dolorosos se ha comprobado que la inervación simpática desempeña un papel importante en su génesis<sup>1</sup>. El dolor es, junto con la disfagia, la manifestación clínica más frecuente del cáncer de la unión esofagogástrica. Para su alivio se pueden utilizar diferentes tratamientos, entre los que se encuentran el uso de analgésicos, incluidos los opiáceos, o la inyección de anestésicos locales, alcohol, o fenol, a la altura del plexo celíaco para conseguir el bloqueo de éste. Se ha descrito también que la esplancnectomía y vagotomía troncular a través de una toracotomía izquierda son efectivas para controlar el dolor en la pancreatitis alcohólica<sup>2</sup>. Más recientemente, se ha comunicado la denervación pancreática para aliviar el dolor en el cáncer de páncreas inextirpable a través de toracoscopia<sup>3</sup>. Basados en estos principios, hemos realizado esplancnectomía izquierda a través de videotoracoscopia para suprimir el dolor en 2 pacientes con cáncer de unión esofagogástrica e invasión del plexo celíaco.

Correspondencia: Dr. J. Loscertales.  
Hospital Universitario de Sevilla.  
Dr. Fedriani, 3. 41071 Sevilla.

Recibido: 26-4-95; aceptado para su publicación: 27-6-95.

## Caso clínico

### Caso 1

Mujer de 45 años, sin antecedentes personales de interés, no fumadora ni bebedora, que 4 meses antes de su ingreso comienza con dolor epigástrico de carácter punzante al comer o beber, acompañado de disfagia y vómitos que le aliviaban en principio el dolor. Desde entonces, hasta su ingreso en el hospital, el dolor había continuado progresando sin responder al tratamiento médico; la disfagia era absoluta, con una pérdida desde entonces de 15 kg de peso. El tránsito baritado y la esofagoscopia con toma de biopsia demostraban la presencia de una neoformación (adenocarcinoma) de la unión esofagogástrica, apreciándose en la TAC metástasis hepáticas e invasión del tronco celíaco.

### Caso 2

Varón de 75 años, bebedor importante y ex fumador de más de 40 cigarrillos/día, cuyo motivo de ingreso en urgencias de nuestro hospital fue el intenso dolor en región epigástrica, irradiado a hipocondrio izquierdo, que no cedía a analgésicos desde hacía 15 días, acompañado de discreta disfagia a sólidos y odinofagia. La fibrogastroscoopia demostró la presencia de una tumoración mamelonada, friable y sangrante al tacto en la unión esofagogástrica cuya biopsia fue compatible con adenocarcinoma. En la TAC toracoabdominal se apreciaban múltiples metástasis hepáticas, así como un bloque de adenopatías en plexo celíaco.

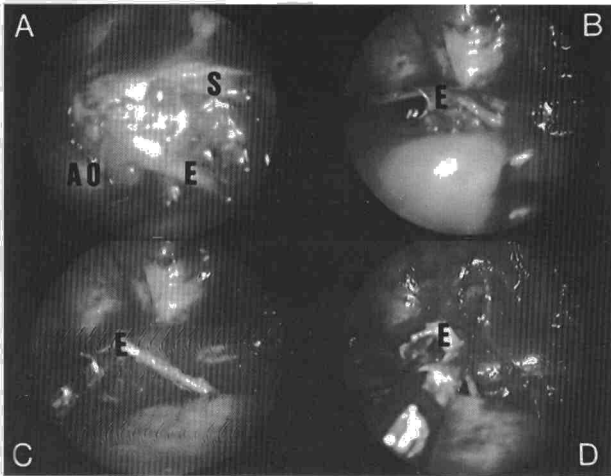
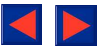


Fig. 1. Fotografía operatoria en la que se observa en A: cadena simpática (S), esplácnico mayor (E) y la aorta (AO) rechazada; B: el E disecado sujeto entre 2 pinzas por encima de la aorta. C: momento de la coagulación proximal del nacimiento del E con las interferencias producidas por la electrocoagulación. D: segmento de unos 3 cm del E que va a ser seccionado y extirpado.

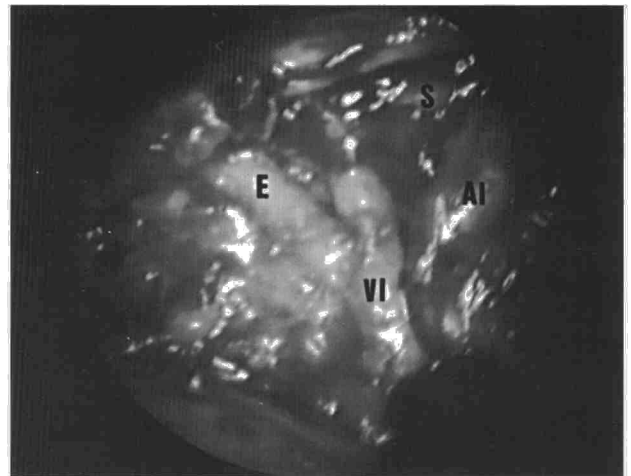


Fig. 2. Fotografía intraoperatoria en la que pueden verse la arteria (AI) y vena (VI) intercostales pasando por debajo de la cadena simpática (S) y el muñón del esplácnico mayor (E) seccionado.

### Técnica quirúrgica

La técnica quirúrgica, similar para ambos pacientes, fue la descrita a continuación. Bajo anestesia general e intubación endotraqueal de doble luz y ventilación unipulmonar (pulmón derecho), se coloca al paciente en decúbito lateral derecho en posición de una toracotomía posterolateral clásica. Se practican 4 puertas de entrada: una de 10 mm para la introducción de la cámara en el séptimo espacio intercostal, línea axilar media; dos de 12 mm en los espacios intercostales cuarto y sexto, línea axilar posterior, y una de 5 mm en el quinto espacio, línea axilar media, para los instrumentos de trabajo, sirviendo la de 5 mm para el aspirador-irrigador. Lo primero que se realiza es la apertura de la pleura parietal e identificación a nivel de la encrucijada diafragmática de la cadena simpática que discurre en el tórax paravertebralmente, y su relación con los nervios espláncnicos menor y mayor. Una vez localizados éstos se procede a la disección, electrocoagulación y sección de ambos espláncnicos, extirpando 3 cm de ellos (fig. 1), tras lo cual se pueden observar perfectamente los vasos intercostales cruzando bajo el simpático dorsal y el muñón del esplácnico mayor extirpado (fig. 2). La duración de las intervenciones fue de 60 minutos la primera y 40 la segunda.

En ambos pacientes dejamos un tubo de drenaje endopleural de tipo Pleurocath® en el orificio donde estaba situada la cámara que se retiró a las 24 horas, siendo dados de alta al día siguiente con desaparición del dolor. En el control postoperatorio realizado al mes y a los 45 días continuaban sin dolor.

### Discusión

El tratamiento paliativo del cáncer esofagogástrico avanzado sigue siendo un problema frustrante. Los objetivos fundamentales del mismo son mejorar la disfga y restituir en lo posible la deglución y aliviar el dolor. El bloqueo del plexo celíaco y de los nervios espláncnicos para combatir el dolor puede realizarse mediante la inyección percutánea de anestésicos locales o alcohol, técnica no exenta de fracasos ni de riesgos, fundamentalmente por la posibilidad de lesiones vasculares.

La esplanicectomía realizada de forma abierta para el tratamiento del dolor abdominal es una técnica señalada hace tiempo con resultados satisfactorios<sup>4</sup>. Sin embargo, se ha publicado muy recientemente la posibilidad de realizar la misma intervención mediante cirugía videotoracoscópica para disminuir el dolor abdominal en un paciente afectado de cáncer de páncreas<sup>3</sup>. Con el mismo fundamento, hemos seguido una técnica similar para combatir un intenso dolor epigástrico que presentaban 2 pacientes con adenocarcinoma de unión esofagogástrica y metástasis hepáticas, obteniendo unos resultados excelentes ya que ha desaparecido totalmente la sintomatología dolorosa. Es un abordaje mínimamente invasivo y de fácil realización cuyos buenos resultados obtenidos por el momento justifican su indicación en estos pacientes al no presentarse, en estos casos, ningún signo de mortalidad. Creemos que puede ser una buena alternativa para el tratamiento del dolor en el carcinoma de la unión esofagogástrica con invasión del plexo celíaco.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Wittmoser R. Thoracoscopic surgery of the neurovegetative system. *Ann Thorac Surg* 1993; 56: 720-721.
2. Stone H, Chauvin E. Pancreatic denervation for pain relief in chronic alcohol associated pancreatitis. *Br J Surg* 1990; 77: 303-305.
3. Worsley J, Ferson PF, Keenan RJ, Julian TB, Landreneau RJ. Denervación pancreática toracoscópica para el control del dolor en el cáncer de páncreas inextirpable. *Br J Surg (ed. esp.)* 1993; 10: 365-366.
4. While T, Lawinski M, Stacher G. Treatment of pancreatitis by left splanchnicectomy and celiac ganglionectomy. *Am J Surg* 1966; 122: 195-198.