

Estudo publicado em Maio de 2013 na revista *Endoscopy* comparou a eficácia da neurólise do plexo celíaco com a neurólise direta do gânglio celíaco para alívio da dor em pacientes com câncer do andar superior do abdômen.

Inicialmente, é válido ressaltar a diferença entre bloqueio e neurólise do plexo celíaco. O bloqueio refere-se à injeção de corticosteroides (não esclerosantes), com ou sem agente anestésico associado, para inibir temporariamente a função do plexo celíaco. A doença pancreática benigna, sobretudo a pancreatite crônica com dor refratária, constitui a principal indicação deste procedimento. A neurólise refere-se à injeção de agente esclerosante (álcool absoluto ou fenol estéreis) em combinação com agente anestésico com intuito de provocar ablação permanente do plexo celíaco. A dor de origem neoplásica do andar superior do abdômen constitui a principal indicação deste procedimento.

O desenho do estudo foi comparativo, controlado, randomizado e multicêntrico, envolvendo 13 centros no Japão. Os critérios de inclusão foram a presença de neoplasia maligna no abdômen superior; escore de dor ≥ 4 (escala de 0 a 10); funcionalidade de 0 (assintomático) a 3 (capaz de realizar apenas limitado autocuidado) na escala de ECOG; e ≥ 20 anos. Os critérios de exclusão foram: presença de coagulopatia ou plaquetopenia; varizes esofagogástricas; antecedente de neurólise do plexo celíaco; ou intolerância severa ao álcool.

A neurólise do plexo foi realizada usando o “método central” em que a injeção é feita logo acima da saída do tronco celíaco da aorta abdominal. A punção foi procedida com agulha de 22G, através da parede do estômago, com infusão de 1-2 ml de bupivacaína (0.25 a 0.5%) e álcool absoluto (5 a 10 ml por punção). A neurólise do gânglio foi realizada com injeção direta do álcool absoluto no seu interior.

Foram incluídos 68 pacientes no estudo, sendo randomizados igualmente para cada braço do tratamento. Os resultados mostraram que a neurólise do gânglio celíaco foi mais efetiva, com maior taxa de resposta completa (50% vs 18.2%; $p = 0.010$) e maior taxa de alívio da dor (73.5% vs 45.5%; $p = 0.026$), na comparação com a neurólise do plexo celíaco. Não houve diferenças entre os 2 grupos com relação as complicações e a duração do alívio da dor.

A maior limitação para o método consiste na identificação ecoendoscópica do gânglio celíaco, que pode ser difícil especialmente para os endoscopistas menos experientes. Estudos demonstraram uma taxa de sucesso na identificação do gânglio de 67 a 100%. Dessa forma, em virtude das evidências vigentes, a neurólise do gânglio celíaco pode ser a terapia endoscópica inicial para o alívio da dor em pacientes com neoplasia do andar superior do abdômen, sendo a neurólise do plexo reservada para os casos em que esse método não foi possível.

Referências

1. Doi S, Yasuda I, Kawakami H, et al. Endoscopic ultrasound-guided celiac ganglia neurolysis vs celiac plexus neurolysis: a randomized multicenter trial. *Endoscopy* 2013 May; 45 (5):362-9.
2. Guaraldi S, Sá EO. Neurólise e bloqueio do plexo celíaco. In: Albuquerque W, Maluf-Filho F, Ardengh JC, et al. *Ecoendoscopia – Núcleo de Ecoendoscopia da SOBED*. Rio de Janeiro:

Revinter, 2012. p. 139-43.

Link para o artigo original: <https://www.thieme-connect.com/DOI/DOI?10.1055/s-0032-1326225>



**ENDOSCOPIA
TERAPÊUTICA**