



Sinergias educativas
ISSN: 2661-6661
compasacademico@icloud.com
Grupo Compás
Ecuador

Efectividad analgesica de la rizotomia para el tratamiento del síndrome facetario lumbar

Minda Reyes, Joselyn Anabell; Saavedra Andrade, María José; García Tello, Cristian Israel; López Contreras, Karina Oyuky

Efectividad analgesica de la rizotomia para el tratamiento del síndrome facetario lumbar

Sinergias educativas, vol. E, núm. Esp.1, 2020

Grupo Compás, Ecuador

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=573561701020>

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.
Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Efectividad analgesica de la rizotomia para el tratamiento del síndrome facetario lumbar

Analgesic effectiveness of rhizotomy for the treatment of lumbar facet syndrome

Joselyn Anabell Minda Reyes
Centro Médico Medilink, Ecuador
josyanabell@hotmail.com

 <http://orcid.org/0000-0002-9476-3222>

Redalyc: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=573561701020>

María José Saavedra Andrade
Consultorio privado, Ecuador
mjasaavedra@udlanet.ec

 <http://orcid.org/0000-0003-3944-0794>

Cristian Israel García Tello
Hospital Provincial General Docente de Riobamba,
Ecuador
israelgt47@gmail.com

 <http://orcid.org/0000-0001-7760-9680>

Karina Oyuky López Contreras
Centro Médico Dr. Santiago López Contreras, Ecuador
oyuky3089@hotmail.com

 <http://orcid.org/0000-0003-2783-1931>

Recepción: 18 Julio 2019
Aprobación: 21 Octubre 2019

RESUMEN:

El dolor lumbar es un problema generalizado que tiene importantes consecuencias sociales y económicas. La mayoría de los pacientes son tratados con éxito en la atención primaria, pero otros desarrollan síntomas crónicos. La rizotomía lumbar se utiliza comúnmente para el tratamiento del dolor articular facetario crónico. Esta investigación tiene el objetivo de analizar efectividad analgesica de la rizotomia para el tratamiento del síndrome facetario lumbar durante el periodo 2016 en una clínica privada de la ciudad de Milagro. Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, observacional, prospectivo y longitudinal, que analizó a 68 pacientes con diagnóstico de síndrome facetario lumbar que se les realizó rizotomía y se les aplicó dos escalas diferentes para evaluar la respuesta al tratamiento. Se utilizó el software estadístico SPSS versión 22 para el análisis de la información, empleando estadística descriptiva e inferencial para obtener los resultados. El 64,7% comprendió el grupo etario de 41-60 años, con un promedio de 49,72 años. La escala visual analógica antes del procedimiento evidencia dolor severo, el 82,4% presentó puntuaciones > o igual a 8 y después de la rizotomía lumbar disminuyó a < o igual a 3 puntos en el 54,4%. La aplicación del Oswestry score demostró que antes de la rizotomía el 57% (39) tenía limitación funcional intensa y el 42,6% (29) discapacidad. Después de la rizotomía el 100% de los pacientes mejoraron clínicamente su limitación funcional con puntajes entre 0-20%. Se concluye que la rizotomía lumbar controlada fluoroscópicamente es un método confiable para el manejo del dolor lumbar crónico.

PALABRAS CLAVE: Dolor, refractario, rizotomía, síndrome facetario.

ABSTRACT:

Low back pain is a widespread problem that has important social and economic consequences. Most patients are treated successfully in primary care, but others develop chronic symptoms. Lumbar rhizotomy is commonly used to treat chronic facet joint pain. This research aims to analyze analgesic effectiveness of rhizotomy for the treatment of lumbar facet syndrome during the period 2016 in a private clinic in the city of Milagro. A quantitative, observational, prospective and longitudinal approach study was conducted, which analyzed 68 patients diagnosed with lumbar facet syndrome who underwent rhizotomy and two different scales were applied to evaluate the response to treatment. The statistical software SPSS version 22 was used for the analysis of the

information, using descriptive and inferential statistics to obtain the results. 64.7% comprised the age group of 41-60 years, with an average of 49.72 years. The analog visual scale before the procedure shows severe pain, 82.4% presented scores > or equal to 8 and after lumbar rhizotomy decreased to

KEYWORDS: Pain, refractory, rhizotomy, facet syndrome.

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es un problema de salud común con el aumento de la prevalencia, los problemas de salud y el impacto económico (Academia Nacional de Medicina, 2014) . Constituye la quinta causa de internación hospitalaria que afecta a personas de edad productiva, ocasionando problemas en la salud y en el ámbito laboral (Ballesteros R, 2015) . Los procesos degenerativos de las articulaciones facetarias se producen por el desgaste del cartilago articular.

El dolor lumbar relacionado con el trabajo sigue siendo una causa importante de discapacidad (Climent J, 2015) . La carga global de dolor lumbar tiene una prevalencia puntual del 9,4% de la población, con dolor lumbar crónico severo, pero una falta de dolor en las extremidades inferiores que representa el 17% de los casos, y de dolor lumbar con dolor en las piernas 25,8% (Correas N, 2013) .

El tratamiento del dolor lumbar crónico produce resultados mixtos y el considerable impacto económico y sanitario ha suscitado preocupación entre el público en general, responsables políticos y los médicos. El gran aumento en los tipos de tratamiento y la rápida escalada en los costos de atención médica pueden atribuirse a múltiples factores, como la falta de un diagnóstico preciso y varios tratamientos que no tienen evidencia adecuada de la eficacia. La rizotomía es el procedimiento no invasivo más utilizado para el manejo del dolor facetario lumbar, debido a su baja tasa de complicaciones (<1%), su facilidad de aplicación y los bajos costos asociados (Huntoon M, 2014; Kim D, 2015) .

El objetivo de esta investigación fue analizar efectividad analgesica de la rizotomía para el tratamiento del síndrome facetario lumbar durante el periodo 2016 en una clínica privada de la ciudad de Milagro. Se clasificó a los pacientes de acuerdo a los resultados favorables en grupos con riesgo de no responder al tratamiento y se proporcionó estrategias para minimizar el impacto negativo de la enfermedad y se orientó en el tratamiento mejorando la calidad del servicio prestado por la clínica. Los resultados del estudio permitieron conocer los puntajes alcanzados con las diferentes escalas y las modificaciones antes y después del procedimiento médico. Además, se evaluó por separado cada componente de las escalas y se estableció el promedio de puntaje de cada uno para realizar el respectivo análisis de comparación.

El 90% de la población general tendrá dolor lumbar a lo largo de sus vidas, estimándose aproximadamente que 5% de ellos lo tendrá todos los años en sus distintas formas y solo 1 % corresponderían al dolor crónico e incapacitante, viéndose aumento en forma exponencial desde los años ochenta a la actualidad (Kroll et al, 2013; Maas ET, 2015) . Desafortunadamente el dolor lumbar es una manifestación muy poco específica ya que se la encuentra en diferentes patologías, pero cuando se presenta, causa muchas molestias a quien las padece. En el ámbito laboral la lumbalgia ha representado un gran problema en los últimos años, conllevando de esta forma a la pérdida de 1,4 días de trabajo, además de inducir al consumo indiscriminado de medicamentos a quien la sufre, por ende es un padecimiento que no solo engloba aspectos médicos sino un problema social y económico.

Al realizar la búsqueda bibliográfica de tema se encontraron pocas investigaciones sobre rizotomía lumbar en Ecuador y países vecinos; así mismo tampoco se encontraron estudios referentes al síndrome facetario lumbar en los archivos de las bibliotecas de las universidades del país, razón por la cual es de suma importancia proporcionar literatura científica actualizada de esta patología. Actualmente se cuenta con poca información estadística sobre estudios epidemiológicos y sobre la eficacia de los scores de evaluación de dolor en la enfermedad de la faceta. No existe un protocolo de manejo de la enfermedad en la clínica, que oriente a tomar

decisiones del momento adecuado de realizar el procedimiento percutáneo, lo cual hace que los resultados del estudio sean base para plantear recomendaciones sobre el manejo y gestión de la lumbalgia aguda y crónica.

Esta investigación esta justificada porque los resultados podrán servir de referencia y estudio por partes de las autoridades de la clínica para ayudar a los servicios médicos a proporcionar un tratamiento confiable, rápido y mínimo invasivo para el manejo del dolor crónico. Esto permitió estimar que la frecuencia de síndrome facetario lumbar también aumentó, sin que existan estudios que determinan la causa de dicho aumento.

La información obtenida de la investigación permitirá elaborar medidas preventivas para disminuir la prevalencia de síndrome facetario así como el planteamiento de estrategias de diagnóstico para la detección de las fases iniciales de la enfermedad. Además, los datos reflejaron la eficacia de la rizotomía y de las escalas del dolor para identificar los grupos con mejor pronóstico y respuesta a los tratamientos.

La articulación facetaria es una articulación sinovial que une dos cuerpos vertebrales en la parte posterior de la columna vertebral (Prabhnu N, 2016) . En la columna lumbar, la articulación facetaria está formada por la articulación del proceso articular inferior de una vértebra lumbar con el proceso articular superior de la siguiente vértebra (Soloman M., 2016; Teixeira A, 2013) . Las articulaciones de las facetas permiten que la columna vertebral flexione, extienda y gire. El desgaste causado por nuestro movimiento corporal con el tiempo puede causar que estas articulaciones se vuelvan artríticas y dolorosas.

Cuando los discos intervertebrales pierden altura como parte del envejecimiento normal, hasta el 70% de la fuerza de compresión que usualmente se aplica a los discos puede ser transferida a las articulaciones de las facetas (Teixeira A, 2013) . Las vertebrales, más comúnmente afectadas son las cervicales inferiores (C4-C5 y C5-C6) y las articulaciones lumbares (L3-L4, L4-L5 y L5-S1) (Tekin et al, 2013) . Las articulaciones de la faceta lumbar son particularmente vulnerables porque la distribución del peso axial a lo largo de la columna es mayor a estos niveles y porque es ahí donde ocurre la mayor amplitud de movimiento en la columna vertebral (Yilmaz C, 2013; Vanneste et al, 2017) .

Las articulaciones cigapofisarias lumbares actúan como generadores de dolor primario en al menos el 10-15% de los pacientes con dolor lumbar crónico (Kroll et al, 2013) . Los bloqueos nerviosos de diagnóstico son la forma más confiable de diagnosticar el dolor articular zigoapofisario lumbar (Huntoon M, 2014) . Los organismos internacionales recomiendan bloqueos controlados o comparativos para el diagnóstico de dolor articular zigoapofisario, ya que existe una incidencia significativa de falsos positivos con bloqueos individuales. El manejo debe ser multimodal que incluya educación, ejercicios, analgésicos e intervenciones de procedimiento para lograr la restauración funcional.

El dolor de una articulación facetaria se transmite al cerebro a través de la rama medial de la división posterior de las raíces nerviosas espinales (Climent J, 2015) Para cada articulación facetaria existe una rama medial que inerva el aspecto superior de la articulación facetaria y que inerva el aspecto inferior. El dolor en las articulaciones de las facetas es de naturaleza axial más que radicular. El dolor es focal sobre el área de la artropatía (Boody B, 2016) . La palpación profunda sobre la articulación facetaria puede provocar dolor. Una maniobra para explorar la faceta es extender la región lumbar y girar hacia el lado del dolor como mecanismo para tensionar las facetas de las articulaciones.

Mientras que la etiología del dolor facetario se puede identificar en unos pocos pacientes, la mayoría sufre dolor debido a la tensión repetitiva y trauma de bajo grado acumulado durante su vida (Correas N, 2013) . Las articulaciones facetarias desarrollan osteoartritis similar a la de todas las articulaciones diartrodiales. Por otra parte, la degeneración parece aumentar constantemente hasta la séptima década cuando se convierte en omnipresente (Maas ET, 2015; Ballesteros R, 2015) . También se encuentra que la prevalencia y el grado de degeneración eran mayores en L4-L5.

Los cambios degenerativos van desde erosiones locales y difusas, esclerosis del hueso subcondral, hipertrofia de la faceta y malignación de la apófisis hasta formación de osteofitos (Vanneste et al, 2017) . Existe una escasez de evidencia en la correlación de los cambios degenerativos con el dolor experimentado. Otras

afecciones como artríticas inflamatorias, choque sinovial, atrapamiento de meniscoides, pseudogota y quistes intrafacéticos pueden también afectar las articulaciones cigapofisarias y causar dolor.

La sintomatología característica incluye dolor lumbar localizado unilateral y/o bilateral, sensibilidad a palpación de las articulaciones cigapofisarias, procesos transversos falta de características radiculares, dolor aliviado por flexión, dolor en flexión lateral, extensión y rotación y dolor lumbar asociado con dolor en la ingle o en el muslo (Vanneste et al, 2017).

Se han estudiado los patrones de referencia del dolor después de la estimulación de las articulaciones zigoapofisario en voluntarios sintomáticos y asintomáticos. Las articulaciones facetarias L1-L2 a L5-S1 pueden referir el dolor a la región lumbar, el muslo posterolateral, la región inguinal y ocasionalmente a la pierna mientras que no hacia el pie (Huntoon M, 2014).

Se encontró que las zonas de referencia eran más localizadas y más pequeñas después de la estimulación eléctrica de las ramas medias de la rama primaria posterior L1 a L4 y rama dorsal L5 en voluntarios asintomáticos (Prabhnu N, 2016). Los síntomas radiculares pueden ser evidentes en presencia de hipertrofia facetar, quistes sinoviales y osteofitos.

La Asociación Internacional para el estudio del Dolor (AIED) recomienda que el dolor facetario se diagnostique sólo con base en inyecciones articulares controladas radiológicamente (utilizando un placebo) o comparativas (dos anestésicos locales diferentes) o bloqueos de rama medial. Factores tales como el riesgo relativo de otro bloqueo falso positivo, la tasa de complicaciones del segundo bloqueo de diagnóstico versus el procedimiento definitivo (denervación), los falsos negativos y la rentabilidad dictan la práctica clínica. Además, estos bloqueos, solos, forman parte del armamento terapéutico.

Tanto los bloqueos de la rama medial (BRM) como las inyecciones intra-articulares se han utilizado en estudios de prevalencia y son igualmente eficaces para diagnosticar el dolor facetario (Maas ET, 2015). Los estudios comparativos de BRM e inyecciones intra-articulares con anestesia local y esteroides no encontraron diferencias en el alivio inmediato del dolor. Se ha informado que las tasas de falsos positivos de bloqueo diagnóstico único con lidocaína, ya sea intra-articular o bloqueo de la rama medial oscilan entre 17 y 41%, mientras que el placebo con solución salina tiene una tasa de falsos positivos de 18 a 32% (Climent J, 2015; Teixeira A, 2013).

El diagnóstico de dolor facetario es clínico y no radiográfico. El grado de degeneración identificado en la evaluación radiológica no se correlaciona con la gravedad del dolor en las articulaciones facetarias (Correas N, 2013). Sin embargo, si el paciente tiene una resonancia magnética normal (RMN) o tomografía computarizada (TC) de la columna vertebral es poco probable que su dolor sea en articulación de la faceta (Kroll et al, 2013). Hay dos maneras de realizar un bloqueo de diagnóstico: (1) se inyecta con un anestésico local en la propia articulación o (2) anestesiarse las ramas mediales de las raíces nerviosas espinales que inervan una articulación facetaria particular.

Si la articulación facetaria es el generador de dolor, tanto el bloqueo intra-articular como el bloqueo medial de la rama aliviarán temporalmente el dolor producido por la articulación facetaria. Normalmente, los pacientes reciben un diario de dolor antes de la inyección e inmediatamente después del procedimiento. El bloqueo se considera positivo si alivia el dolor en la zona de la que se podría esperar que el dolor se bloquee (Chahín A, 2014). Si el dolor no se alivia, una nueva hipótesis sobre la fuente del dolor del paciente necesita ser desarrollada.

La rizotomía o ablación por radiofrecuencia (RF) se ha convertido en el método de elección por su seguridad y eficacia (Huntoon M, 2014). La ablación por RF guiada por imágenes es mínimamente invasivo y usualmente apropiado para pacientes inoperables con otras comorbilidades (Tekin et al, 2013; Shanthanna H, 2014). Requiere una estancia hospitalaria mínima o puede realizarse de forma ambulatorio, conserva el tejido de los órganos más normal y es menos costoso que la cirugía.

Los procedimientos se realizan generalmente usando electrodos 14-21 G parcialmente aislados que se colocan bajo guía (tomografía computarizada [CT], resonancia magnética [MRI], ultrasonografía [US] o

fluoroscopia (FC)) en el nervio (Climent J, 2015) . En la mayoría de los casos, la ablación percutánea de RF puede realizarse en pacientes bajo sedación consciente, usando medicamentos similares a los usados con cualquier otro procedimiento de radiología intervencionista.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio en una clínica de la ciudad de Milagro, perteneciente a la provincia del Guayas. El periodo de estudio abarco del 1 de enero al 31 de diciembre del 2016. El tipo de investigación fue observacional, analítica, prospectiva y longitudinal. Para la selección de la muestra se utilizó el método no probabilístico cuantitativo e incluyó a 68 pacientes de ambos sexos con diagnóstico de síndrome facetario lumbar confirmado por radiografía y resonancia magnética nuclear. Los pacientes que conformaron la muestra cumplieron con los siguientes criterios de selección: diagnóstico de síndrome facetario lumbar y no tener historia de dolor radicular. Los criterios de exclusión fueron los pacientes programados para cirugía de columna vertebral invasiva, extrusión-migración de hernia discal, hernia foraminal grande y la estenosis de canal grave.

Se entrego un cuestionario con la descripción de todos los componentes de la Escala Visual Analógica (EVA) y del índice de discapacidad de Oswestry, el cual fue llenado inmediatamente antes y después de la rizotomía lumbar. Además, se indagó sobre los antecedentes socios demográficos familiares y personales para completar la respectiva historia clínica de cada paciente.

El análisis de los resultados se en Microsoft Excel 2010 y en el software estadístico SPSS versión 22. Los datos fueron introducidos en un formulario de datos y posteriormente organizados en Excel y luego tabulados en SPSS. Los resultados se representaron en forma de tablas simples y de contingencia, para lo cual se empleó estadística analítica y un intervalo de confianza del 95%. Se empleó el test de T-Student para muestras relacionadas para establecer si existieron diferencias entre los resultados antes y después de la rizotomía.

RESULTADOS

En la tabla 1 se observa que del total de pacientes, el 64,7% (44) comprendió el grupo etario de 41-60 años. El rango de edad comprendió desde los 23 hasta los 72 años, con un promedio de 49,72 años. Se encontró que igual proporción de pacientes tanto del sexo femenino como masculino con el 50% cada uno respectivamente. El nivel más afectado de la columna vertebral fue entre L4-L5 y L5-S1 con una frecuencia del 100% respectivamente.

TABLA 1
Distribución según sexo, edad y nivel afectado de la columna lumbar.

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	34	50
Femenino	34	50
Total	68	100
Grupos etarios		
20-40 años	13	19,1
41-60 años	44	64,7
> 60 años	11	16,2
Total	68	100
Nivel afectado		
L2-L3	5	7
L3-L4	31	46
L4-L5	68	100
L5-S1	68	100

Los Autores

La aplicación de la escala visual analógica antes del procedimiento evidencia puntajes altos que indica dolor severo, donde el 82,4% (56) presentó puntuaciones mayores o igual a 8 y después de la rizotomía lumbar la puntuación disminuyó a cifras menores o igual a 3 puntos en el 54,4% (37) que indicaba dolor leve (Tabla 2).

TABLA 2
Puntuación EVA pre y post-rizotomía.

Eva pre-rizotomía	Frecuencia	Porcentaje
Menor o igual 3	0	0
4 a 7	12	17,6
Mayor o igual 8	56	82,4
Total	68	100
Eva post-rizotomía	Frecuencia	Porcentaje
Menor o igual 3	37	54,4
4 a 7	29	42,6
Mayor o igual 8	2	2,9
Total	68	100

Los autores

La aplicación del Oswestry score también refleja resultados similares, al evaluar el grado de discapacidad de los pacientes, se demostró que antes de la rizotomía lumbar el 57% (39) tenía limitación funcional intensa y el 42,6% (29) discapacidad. Después de realizar la rizotomía el 100% de los pacientes mejoraron clínicamente su limitación funcional con puntajes entre 0-20% (Tabla 3).

Tabla 3

Oswestry prerizotomía	#	%
0-20%	0	0
41-60%	39	57,4
61-80%	29	42,6
Total	68	100
Oswestry postrizotomía	#	%
0-20%	68	100
41-60%	0	0
61-80%	0	0
Total	68	100

Los autores

El análisis revela que la rizotomía lumbar es un procedimiento eficaz para reducir el dolor, demostrando un promedio EVA antes de procedimiento de 8,58 puntos y de 3,38 puntos postoperatorio. El grado de limitación funcional o discapacidad reflejó similares resultados postoperatorios, con un promedio del score Oswestry de 9,29% (inicial de 61,1%). El resultado del test de Student determinó que existe diferencia significativa entre los resultados de las escalas EVA y Oswestry pre y post de la rizotomía ($p < 0,05$), demostrando que la rizotomía provoca un impacto positivo sobre los promedios de las escalas, ya que disminuye el dolor en forma considerable (Tabla 4).

TABLA 4
Promedio de Escalas del dolor pre y post-rizotomía.

Promedio	Pre-rizotomía	Post-rizotomía	p
Eva	8,57	3,38	0
Oswestry	61,1	9,29	0

Los autores

El análisis de los puntajes promedio de cada parámetro de la Escala de Oswestry demuestra mayores valores antes de la rizotomía en comparación a los promedios después del procedimiento, lo cual refleja una disminución importante del dolor que se comprueba con una mejor capacidad funcional de la persona. De esta forma en la categoría intensidad del dolor de un valor promedio de 4,49 antes de la rizotomía, se encontró al final del procedimiento un valor de 1,18% y así sucesivamente en cada una de las categorías que componen la escala. El resultado del test de Student determinó que existe diferencia significativa entre cada uno de los parámetros de la Escala Oswestry antes y después de la rizotomía ($p\text{-valor} > 0,05$), demostrando que la rizotomía disminuye el dolor en forma aceptable.

TABLA 5
Puntuación promedio de los parámetros de Oswestry Score

Oswestry (promedio)	Pre-rizotomía	Post-rizotomía	p-valor
Intensidad dolor	4,49	1,18	0,02
Estar de pie	4,34	0,85	0
Cuidados personales	2,19	0,41	0,01
Dormir	2,46	0,35	0,01
Levantar peso	4,46	0,9	0
Actividad sexual	1,9	0,26	0,03
Andar	3,35	0,57	0,02
Vida social	1,69	0,24	0,01
Estar sentado	1,29	0,15	0,04
Viajar	2,79	0,26	0,04

Los autores

DISCUSIÓN

La lumbociática con o sin radiculopatía) es cada vez más frecuente y, de hecho, es la patología dolorosa no relacionada con el cáncer más común en las unidades de dolor y en muchos casos es de naturaleza crónica. El tratamiento quirúrgico de esta condición tiene una tasa de éxito de entre 60 y 80%. Sin embargo, la complicación más temida es el síndrome de postlaminectomía o el síndrome de cirugía de espalda fallida, cuya incidencia oscila entre el 10 y el 40%. Estas estadísticas ponen de relieve la necesidad de tratamientos alternativos que tienen tasas de éxito similares, pero con menores tasas de complicaciones asociadas.

Muchos estudios han demostrado la eficacia analgésica de estos procedimientos. Chahín A (2014), Informó que el uso de la rizotomía se ha atribuido un nivel de evidencia de 1B para tratar el síndrome de la faceta lumbar, mientras que el alivio del dolor de más del 50% fue reportado por Boody B (2016), en el 13,1% de los pacientes después de 1 año de la utilización de radiofrecuencia. La eficacia de esta intervención a corto plazo también se ha demostrado en dos estudios prospectivos. En la presente investigación se obtuvieron resultados similares que demostraron una reducción importante del dolor facetario lumbar después de la rizotomía, con un promedio de intensidad del dolor de 4,49 a 1,18 con la escala de Oswestry. Además, se redujo el 77,9% el consumo de opioides y sus derivados después del tratamiento.

Sin embargo, otros estudios no encontraron mejoras significativas con el uso de rizotomía, como Shanthanna H, quien reportó puntuaciones similares tanto pre y post-rizotomías con la escala EVA y Oswestry (9,31/8,95 y 76,9%/73,4%) (Shanthanna H, 2014). Sin embargo, pocos estudios han examinado el impacto directo de estos procedimientos en las indicaciones quirúrgicas, como un estudio retrospectivo en el que 12 pacientes programados para cirugía espinal fueron seguidos durante 11 meses. Sin embargo, en todos menos uno de estos pacientes se reportaron buenos resultados después del tratamiento con rizotomía (Teixeira A, 2013). Otro autor Trinidad J, realizó un estudio similar en 43 pacientes, en quienes después del tratamiento con rizotomía, el 80% rechazó la cirugía de la columna a corto plazo y el 76% a largo plazo. Al aplicar las escalas para evaluar los resultados funcionales de la RF, el EUROQuol-5D y Oswestry antes del procedimiento evidenció puntuaciones de 3 puntos y posterior al procedimiento disminuyó a 1 en el 56% pacientes y a 2 puntos en el 44% del total (Trinidad J, 2015).

Yilmaz C, diseñó un estudio retrospectivo en 50 pacientes con síndrome de la faceta lumbar tratados con neurotomía facetaria, de los 50 pacientes el valor medio del EVA preoperatorios, postoperatorios y de 12

meses fue de $75,2 \pm 11,29$, $23,8 \pm 10,28$ y $24,6 \pm 11,817$, respectivamente. El 82% de los pacientes obtuvieron una reducción relativa de al menos el 70% en el EVA y el 86% reducción de al menos el 60% en el 12° mes. La calidad de vida relacionada con la salud se mejoró en todos los pacientes (Yilmaz C, 2013). Tekin et al, demostraron que el EVA y el índice de discapacidad de Oswestry eran menores y se mantuvieron en el grupo de rizotomía a los 6 meses (Tekin et al, 2013). Vanneste T, reportó una disminución considerable del dolor evidenciado por los cambios en la puntuación de la escala EVA y Oswestry pre-procedimiento (media de 9,3 con EVA y 8,6 con Oswestry) y los resultados post-procedimiento con un promedio EVA de 2,7 y Oswestry de 3,1 (Vanneste et al, 2017).

Los resultados del presente estudio permitieron evaluar la eficacia de la escala visual analógica, el índice de discapacidad de Oswestry y la EUROQuol-5D en el manejo del dolor del síndrome facetaria después de procedimientos mínimo invasivos como la rizotomía lumbar. Las marcadas diferencias antes y después del procedimiento, en todos los componentes de las escalas demostraron disminución del dolor: EVA pre 8,58 puntos y EVA post 3,38 puntos después de la rizotomía lumbar. El score Oswestry de un promedio de inicial de 61,1% se redujo a 9,29% después de la rizotomía.

CONCLUSIONES

La rizotomía es un procedimiento eficaz para reducir el dolor, demostrando diferencias en el promedio de la escala EVA antes y después de la rizotomía lumbar. La rizotomía lumbar controlada es un método confiable para el manejo del dolor lumbar crónico en pacientes con síndrome facetario.

La Escala de Oswestry demuestra mayores valores antes de la rizotomía en comparación a los promedios después del procedimiento, lo cual refleja una disminución importante del dolor que se comprueba con una mejor capacidad funcional de la persona. La escala visual analógica (EVA), la escala de discapacidad de Oswestry y la escala EUROQuol5-D demostraron ser eficaces instrumentos para medir el grado de dolor, discapacidad y calidad de vida de los pacientes antes y después de un procedimiento terapéutico.

Es importante utilizar la rizotomía lumbar como tratamiento principal del síndrome facetario lumbar por demostrarse que es un método seguro, sencillo y eficaz para reducir la sintomatología de los pacientes. Además, siempre es aconsejable evaluar los resultados de procedimientos mínimos invasivos de la columna con el empleo de la Escala Visual Analógica para medir el grado de dolor de los pacientes con síndrome facetario antes y después del procedimiento terapéutico y la aplicación de la Escala de Oswestry para medir el grado de limitación funcional o discapacidad.

Se recomienda clasificar a las pacientes en grupos de riesgo en función a la respuesta del tratamiento que permita ofrecer un pronóstico de la enfermedad y orientar en la toma de decisiones, además, del control a largo plazo de los resultados funcionales y capacidad de tolerancia al dolor de los pacientes con síndrome facetario empleando las escalas de evaluación del dolor

REFERENCIAS

- Academia Nacional de Medicina. (2014). Evidencia del uso clínico y terapéutico de la radiofrecuencia en dolor crónico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 57(1), 50-57.
- Ballesteros R. (2015). *Columna Toracolumbar*. Madrid, España: Márban.
- Boody B, S. J. (Dec de 2016). Evaluation and Treatment of Lumbar Facet Cysts. *J Am Acad Orthop Surg*, 24(12), 829-842.
- Chahín A. (2014). Evaluación y manejo del dolor lumbar de origen facetario. 2. Chahín A VC. Evaluación y manejo del dolor lumbar de origen facetario. *Rev med Clin Condes*, 25(5), 776-779.
- Climont, J. (2015). *Rehabilitación Intervencionista. Fundamentos y Técnicas*. España: Ergon

- Correas, N. (2013). Valoración del tratamiento mediante radiofrecuencia en dolor lumbar de origen facetario. Hospital Magdalena de Castellón, Departamento de Medicina. Rehabilitación en patología del aparato locomotor, Barcelona , España.
- Huntoon M, B. H. (2014). *Bloqueos de Nervio Periférico e Inyecciones Espinales*. (2ª edición ed.).EE.UU: Amolca.
- Kim D, C. G. (2015). *Procedimientos Endoscópicos de Columna Vertebral*. New York, EE.UU: Amolca.
- Kroll et al. (2013). A randomized, double-blind, prospective study comparing the efficacy of continuous versus pulsed radiofrequency in the treatment of lumbar facet syndrome. *J Clin Anesth*. 20(7), 534-7
- Maas ET, O. R. (2015). Radiofrequency denervation for chronic low back pain (Review). Radiofrequency denervation for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10*. Art. No.: CD008572.
- Prabhnu N, P. U. (2016). Radiofrequency ablation for chronic back pain: a comparison of two techniques of radiofrequency ablation for the management of lumbar facet syndrome. *J Pain*, 17(4S), S93.
- Shanthanna H, C. P. (2014). Pulsed radiofrequency treatment of the lumbar dorsal root ganglion in patients with chronic lumbar radicular pain: a randomized, placebo-controlled pilot study. *Journal of Pain Research*, 7(1), 47-55.
- Soloman M, Medscape. (19 de enero de 2016). *Radiofrequency Treatment in Chronic Pain*. Estados Unidos: WebMD LLC.. Recuperado de http://www.medscape.com/viewarticle/718292_3
- Teixeira A, G. M. (2013). Pulsed radiofrequency for radicular pain due to a herniated intervertebral disc—an initial report. *Pain Practice*, 5(2), 111-115.
- Tekin et al. (2013). A comparison of conventional and pulsed radiofrequency denervation in the treatment of chronic facet joint pain. *Clin J Pain* , 23(1), 524-529.
- Trinidad J, C. A. (2015). Radiofrequency for the Treatment of Lumbar Radicular Pain: Impact on Surgical Indications. *Pain Res Treat*, 17(4), 230-241.
- Vanneste et al. (2017). Pulsed radiofrequency in chronic pain. (113-119, Ed.) *Curr Opin Anaesthesiol*, 22(7), 113-119.
- Yilmaz C, K. S. (2013). Radiofrequency Facet Joint Neurotomy in Treatment of Facet Syndrome. *Journal of Spinal Disorders & Techniques*, 23(7), 480-485.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.
CC BY-NC-SA