

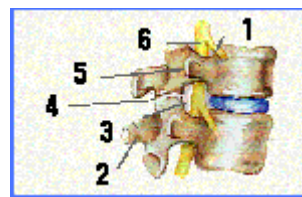
RIZOLISIS FACETARIA CERVICAL

DEFINICION

Consiste en la destrucción de los nervios que transmiten la sensibilidad de la articulación facetaria, habitualmente quemándolos por radiofrecuencia.

OBJETIVO

Mejorar el dolor en los casos en los que éste se debe a la degeneración de la articulación facetaria.



Vista lateral

1. Raiz nerviosa
2. Apófisis espinosa
3. Agujero conjunción
4. Articulación Facetaria
5. Apófisis transversa
6. Médula

FUNDAMENTO TEÓRICO

En la **articulación facetaria** no hay nervios en el cartílago, sino que éstos se hallan en el hueso situado por debajo. Por eso, la degeneración de esa articulación puede no causar problemas hasta que afecta al hueso. Cuando eso ocurre, se activan los nervios del dolor y éste aparece.

Conceptualmente, la rizolisis pretende destruir los nervios que están en la articulación facetaria, para eliminar la sensación de dolor. Se suele hacer quemando los nervios que llegan a la articulación. Obviamente sólo se plantea en los casos en los que el dolor se debe a la activación de esos nervios por la afectación de la articulación facetaria.

Sin embargo, cada articulación facetaria recibe nervios de dos, y en algunos individuos de tres, niveles vertebrales. Así, por ejemplo, la articulación facetaria situada entre la cuarta y la quinta vértebras lumbares puede recibir nervios que nacen de, por ejemplo, el tercero, cuarto y quinto, nivel lumbar. Por tanto, la destrucción de los nervios de uno solo de los niveles puede no tener efecto, o tenerlo de forma transitoria hasta que los restantes asumen sus campos de inervación.

Además, tradicionalmente se ha creído que todos los nervios del dolor llegaban a la médula a través de la raíz posterior, lo que permitía localizar el lugar en el que se debían destruir los nervios para eliminar el dolor originado en la articulación facetaria. Sin embargo, recientes estudios demuestran que, aunque hay variaciones personales, en algunos individuos hasta el 20% de los nervios del dolor llegan a la médula a través de la raíz anterior. Por esta raíz discurren también los nervios que inervan músculos, por lo que no se puede destruir ya que de hacerlo se causaría la parálisis de los músculos inervados.

PRUEBAS CIENTÍFICAS DE SU EFICACIA

Los estudios realizados para evaluar la eficacia de la rizolisis, muestran resultados contradictorios, aunque coinciden en que puede ser eficaz en un pequeño subgrupo de enfermos crónicos. La clave es seleccionarlos muy meticulosamente con los criterios que se señalan en la sección de "indicaciones" de este apartado.

RIESGOS Y CONTRAINDICACIONES

Los inherentes a la cirugía (infección, hemorragia, etc..), aunque son muy infrecuentes, y dolor en la zona de la operación, que suele persistir unos días.

INDICACIONES

Las recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible no aconsejan la rizolisis. Sólo podría estar indicada en pacientes con dolor crónico, de origen facetario y que cumplan los siguientes criterios:

1. Características del dolor:

- Dolor local sin **dolor irradiado** ni signos de compresión nerviosa (como pérdida de fuerza o alteraciones de los reflejos o la sensibilidad).
- Dolor resistente a los tratamientos no quirúrgicos durante más de 12 meses.

2. Origen del dolor:

- No debe hacerse rizolisis a pacientes en los que se demuestren otras alteraciones orgánicas de la columna vertebral que puedan explicar su dolor.
- Debe asegurarse que el dolor se debe a alteraciones de la articulación facetaria. Éste es el criterio más importante para indicar

la rizolisis y, a la vez, más difícil de comprobar. No basta observar signos de desgaste de la articulación en **pruebas radiológicas**, puesto que muchos sanos los tienen. Para comprobarlo, es necesario hacer una prueba con anestésico (ver más abajo).

3. Prueba con anestésico:

- Antes de plantearse la rizolisis, se debe hacer una prueba infiltrando un anestésico en la articulación. Si el dolor se debe a la activación de los nervios de la articulación, el dolor debe desaparecer completamente (o al menos en un 80%). Algunos autores recomiendan hacer no una, sino tres infiltraciones espaciadas en el tiempo; dos con anestésico y una con un placebo (sustancia de apariencia similar, pero sin efecto), sin que el paciente sepa en cuál se inyecta cada tipo de sustancia.

- Sólo se debe hacer rizolisis a aquellos pacientes en los que el dolor desaparece con las infiltraciones de anestésico y no varía con la de placebo.

4. Pacientes:

- La adecuada selección de los pacientes es el criterio fundamental para que la rizolisis tenga aceptables perspectivas de éxito.

- Sólo debe plantearse en los enfermos cuyo dolor cumple las características descritas, se ha descartado que se pueda deber a alguna alteración distinta a la de la articulación facetaria y haya desaparecido tras las infiltraciones previas con anestésico.

5. Técnica:

- La destrucción de la raíz debe hacerse bajo control radiológico, para asegurar que se actúa en el lugar adecuado.

- Deben destruirse las raíces de, como mínimo, dos segmentos, y deben hacerse dos o tres lesiones en cada raíz, pues existen variaciones individuales en su recorrido.

Los estudios disponibles sugieren la indicación de la rizolisis en casos que cumplen todos y cada uno de los requisitos descritos y tienen dolor en el cuello por afectación de la articulación facetaria de algún nivel comprendido entre la séptima y la tercera cervical (es técnicamente muy difícil hacer rizolisis en niveles superiores a ese), en los que la lesión se debe a un latigazo cervical (flexo-extensión brusca en el cuello) causado por un accidente de tráfico. Aún cuando tiene éxito, el efecto de la rizolisis suele disminuir con el tiempo.