

CORDOTOMÍA Y RIZOTOMÍA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DOLOROSO CÉRVICODORSAL

Autores Dr. Eduardo Martínez Suárez
Dr. Jorge L. Yera Nadal.
Dra. Silvia Salva Caamaño

Servicios Neurocirugía y Clínica del Dolor

INTRODUCCIÓN

Los pacientes portadores de síndromes dolorosos variados, por enfermedades no malignas o por cáncer y que no hayan resuelto su sintomatología con diferentes abordajes, farmacológicos orales o invasivos de distintos tipos, podrán ser enviados a la consulta de Clínica del Dolor (CCD) para ser valorados, desde distintos hospitales, policlínicos del país, médicos de atención primaria o incluso del extranjero, así como por los diferentes servicios de nuestro hospital.

Podrá emplearse un variado número de operaciones, por medio de las cuales se interrumpa, distintas vías de conducción de la médula espinal, con el fin de aliviar un síndrome doloroso que no ha conseguido alivio por otros medios. Con este objetivo, se seccionarán quirúrgicamente, algunas raíces de la médula espinal a distintos niveles.

La **cordotomía** es una intervención quirúrgica abierta, donde después de practicar una laminectomía al nivel deseado, se secciona el haz espinotalámico en su porción anterolateral; si se tratase de un síndrome doloroso bilateral, la lesión podrá realizarse de manera bilateral.

La cordotomía a nivel cervical, se realizará en aquellos síndromes dolorosos insoportables de miembros superiores y región torácica.

La cordotomía dorsal podrá indicarse en aquellos síndromes dolorosos insoportables en la parte inferior del abdomen o en las extremidades inferiores, provocados habitualmente por tumores malignos.

La **rizotomía** es la operación por medio de la cual se seccionan algunas raíces posteriores o anteriores de los nervios raquídeos. La rizotomía anterior se utilizará en el tratamiento de la tortícolis espástica, para lo que se seccionan las raíces anteriores de los segmentos cervicales superiores. La rizotomía posterior se empleará en el tratamiento de síndromes dolorosos insoportables provocados frecuentemente por tumores malignos o en combinación con la rizotomía anterior en pacientes con paraplejías espásticas graves.

Para la realización de estos procedimientos invasivos se requerirá de anestesia general endotraqueal convencional o endovenosa y del control radiológico con fluoroscopio y equipo de rayos X con arco en C.

Los pacientes recibirán atención por el Grupo Multidisciplinario del Dolor, principalmente por los siguientes médicos:

- **Neurocirujano:** además de determinar que paciente requiere de alguna de estas técnicas, se encargará de llevarla a efecto en el salón de Procederes Invasivos Mayores
- **Anestesiólogo-algólogo:** se encargará de conducir el manejo del paciente en el preoperatorio, durante y después de la anestesia.
- **Enfermera:** a quien corresponde los cuidados inherentes en toda la estancia del paciente en la Clínica del Dolor. Tendrá a su cargo orientar durante la consulta de dolor, preparar al enfermo en la sala de preoperatorio, ayudar al anestesiólogo durante el acto anestésico-quirúrgico, actuar como enfermera circulante y recuperar al paciente en la Sala de Recuperación.
- **Otros:** podrá necesitarse los servicios del **oncólogo** del Grupo Multidisciplinario del Dolor, así como de alguno de los **psicólogos** durante el tiempo que dure el tratamiento. Durante la intervención se requerirá de un **técnico de rayos X** para realizar este control trans operatorio.

EVALUACIÓN Y CONTROL

El seguimiento postoperatorio del paciente se hará por alguno de los integrantes de la Clínica del Dolor a través de la consulta externa a los quince días, un mes, tres meses, seis meses y un año. Se evaluará la sensibilidad dolorosa en el trayecto afectado y zonas circundantes.

Los resultados se evaluarán de la siguiente manera:

✧ Desaparición completa del dolor	Excelente
✧ Mejoría del dolor mayor del 50 %	Bueno
✧ Mejoría del dolor menor del 50 %	Regular
✧ Permanencia del dolor de iguales características	Malo (fallido)

La desaparición completa del dolor la consideraremos como un resultado excelente; la mejoría significativa del dolor mayor del 50 %, lo consideraremos como bueno; la mejoría del dolor menor del 50 %, será considerado como regular y la permanencia del dolor, como resultado fallido. Los acápites a y b los clasificamos como resultados satisfactorios y los c y d, como no satisfactorios.

Bibliografia

1. Cid J, De Andrés J, Reig E, Del Pozo C, Cortés A, Garcia-Cruz JJ. Cervicalgias y lumbalgias mecanodegenerativas. Tratamiento conservador. Actualizaciones. Rev. Soc. Esp. Dolor 2001; 8:79-100.
2. Cahana A, Vutskits L, Muller D. Acute Differential Modulation of Synaptic transmission and Cell Survival During Exposure to Pulsed and Continuous Radiofrequency Energy. The Journal of Pain 2003, 4 (4):197-202.
3. Van Zundert J, de Louw AJ, Joosten EAJ, Kessels AGH, Honig W, Dederen PJWC,
4. Veening JC, Vles JSH, van Kleef M. Pulsed and Continuous radiofrequency Current Adjacent to the Cervical Dorsal Root Ganglion of the Rat Induces Late Cellular Activity in the Dorsal Horn. Anesthesiology 2005; 102:125-31.
5. Rohoof OJ. Radiofrequency treatment of peripheral nerves. Pain Practice 2002;2(3):257-260.
6. Van Zundert J, de Lame LE, Louw A, Cansen J, Kessels F, Patijn J, van Kleef M. Percutaneous Pulsed Radiofrequency treatment of the cervical dorsal root ganglion in the treatment of chronic cervical pain syndromes: a clinical audit. Neuromodulation 2003;6:6-14.
7. Rathmell JP, Aprill C, Bogduk N. Cervical Transforaminal Injection of Steroids. Anesthesiology 2004; 100:1595-1600.
8. Sapir DA, Gorup JM. Radiofrequency Medial Branch Neurotomy in Litigant and Nonlitigant Patients With Cervical Whiplash. A Prospective Study. Spine 2001; 26(12):E268-E273
10. Yin W. Stereotactic Dorsal Root Ganglion Lesioning: Techniques in the Treatment of Cervicogenic Headache. Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management, Vol 8, No 1 (January), 2004:17-24).
11. López del Castillo A, Delgado Arnáiz C, García del Valle S. Parálisis facial completa tras bloqueo del plexo cervical superficial. Rev Esp Anesthesiol Reanim 2004; 51(3): 171-173.