

## TRATAMIENTO DEL SINDROME FACETARIO LUMBOSACRO

El dolor de espalda bajo, “lumbalgia” o “lumbago” es quizás la causa más frecuente de queja de muchos pacientes en la consulta médica general. Este dolor es tan frecuente que la mayoría de las personas lo padecen en algún momento de su vida.

El número de pacientes que acuden al médico buscando alivio para su lumbalgia ha alcanzado proporciones prácticamente epidémicas; siendo esta la causa más frecuente de incapacidad en personas por debajo de los 45 años.

Para el médico tratante el manejo es gratificante en la mayoría de los casos, teniendo en cuenta que el 90% de los pacientes se recuperan en un lapso no mayor de 6 semanas, debido a que su etiología en un alto porcentaje es de origen muscular y por lo tanto es un proceso autolimitado. Cuando el dolor lumbar es crónico el diagnóstico y el tratamiento se hacen mucho más difíciles.

La lumbalgia cuya causa reside en las articulaciones interapofisarias posteriores es el llamado “Síndrome Facetario lumbosacro”. Según algunos autores es responsable hasta del 40 % de los cuadros de lumbalgia.

Aunque no existen datos clínicos e imagenológicos patognomónicos en ninguna de las estructuras que conforman la región lumbar para llegar al diagnóstico de este síndrome; se pueden encontrar algunos elementos tanto en la historia clínica como en el examen físico sugestivos del síndrome facetario lumbosacro como son: dolor lumbar crónico de tipo esclerotómico mal definido que se irradia al trocánter mayor, región glútea, cara posterior del muslo y ocasionalmente por debajo de la rodilla, imitando algunas veces al dolor radicular; el cual se agrava con la extensión del tronco y su rotación, también se manifiesta con el sedentarismo, la bipedestación y mejora con la deambulación. La ausencia de signos de tensión de la raíz [Lassegue] ayuda a establecer el diagnóstico, al igual que la manipulación de las articulaciones facetarias por palpación, lo cual desencadena un dolor intenso que se irradia en este mismo territorio. También se encuentran ausencia de reflejos patológicos, parálisis o paresias y no hay cambios con las maniobras de Valsalva.

El Síndrome Facetario se puede instaurar por cambios degenerativos osteoartrósicos de las facetas articulares, lesiones postraumáticas que generen un fallo en la fusión de la articulación, lesiones postquirúrgicas del nervio articular de

Luschka, además de otras causas menos frecuentes; las cuales producen dolor crónico de intensidad variable y de difícil manejo.

El tratamiento específico del dolor de origen facetario no emergió sino hasta los años 70 y desde entonces se han utilizado diversos métodos terapéuticos tanto médicos como quirúrgicos encaminados a darle la mejor solución a este problema.

La articulación facetaria es una fuente continua de estímulos nocivos y por tanto su denervación parece ser un método apropiado para resolver la generación del dolor. Se conoce que una artropatía ocasiona una reacción inflamatoria constante que pudiera beneficiarse con la aplicación intra-articular de antiinflamatorios.

Al nivel actual del conocimiento, un tratamiento conservador adecuado para las anomalías de la articulación facetaria es un programa de ejercicios encaminados a estabilizar la misma por medio de la actividad muscular y mejorar la nutrición de la articulación mediante la actividad mecánica.

Se han diseñado diversos métodos de denervación de la superficie articular; entre los que se mencionan las infiltraciones con fenol, la utilización de frío "congelado", y la termocoagulación con resultados aceptables pero dispares con cada una de ellos.

En nuestra experiencia, la técnica de las infiltraciones con fenol (comenzamos a realizarla en el año 1990 en el Hospital Clínico San Cecilio de Granada), siempre nos ha dado muy buenos resultados en la inmensa mayoría de pacientes, muchísimos de ellos llevan más de 10 años asintomáticos tras su realización.

La técnica de termocoagulación facetaria por radiofrecuencia es quizás la más conocida y usada por su facilidad de realización, pero el coste es bastante alto y la mejoría del paciente suele ser bastante transitoria, ya que en pocos meses el dolor suele recidivar, lo que no es habitual que suceda con el fenol, ya que su efecto es mucho más duradero.

Habitualmente realizamos 3 infiltraciones con fenol en las articulaciones interapofisarias posteriores de L4-L5 y L5-S1, aunque en algunos casos también en L3-L4, normalmente en 3 semanas consecutivas.

Se trata de una técnica ambulatoria con anestesia local que no le causa más que una mínima molestia a los pacientes, pudiendo reanudar sus actividades habituales prácticamente de inmediato.