Rizólisis por radiofrecuencia lumbar

Rizólisis por radiofrecuencia lumbar

Posiblemente el mejor marcador de lumbalgia sea combinar de forma adecuada clínica, imágen e infiltración facetaria.

Con ello se consigue mayor probabilidad de alivio del dolor mediante la denervación facetaria lumbar percutánea por radiofrecuencia [1)].

Indicaciones

Dolor lumbar crónico de origen facetario confirmado mediante bloqueos diagnósticos previos.

Espondiloartrosis lumbar con degeneración facetaria.

Síndrome postlaminectomía con afectación facetaria.

Pacientes con dolor lumbar resistente a tratamiento conservador.

Contraindicaciones

Infección local o sistémica.

Alteraciones graves de la coagulación.

Alergia a los anestésicos locales o material de contraste.

Pacientes con patología psiquiátrica descompensada.

Material Necesario

Aguja de radiofrecuencia con punta activa de 5-10 mm.

Generador de radiofrecuencia.

Estimulador nervioso para localización del nervio diana.

Fluoroscopio para control radiológico.

Anestésico local (lidocaína o bupivacaína).

Esteroides (opcional).

Técnica

Posicionamiento del Paciente: En decúbito prono sobre una mesa radiotransparente.

Identificación de la Zona: Mediante fluoroscopía, se localizan las articulaciones facetarias afectadas y la proyección de los ramos mediales de los nervios diana.

Anestesia Local: Se infiltra lidocaína o bupivacaína en la piel y en el trayecto de la aguja.

Colocación de la Aguja: Bajo visión fluoroscópica, se introduce la aguja de radiofrecuencia hasta contactar con la base de la apófisis articular superior en la unión del pedículo con la lámina.

Verificación de Posición: Se realiza estimulación sensitiva (50 Hz) para confirmar que el paciente percibe parestesias en la zona dolorosa, y estimulación motora (2 Hz) para evitar proximidad a raíces motoras.

Aplicación de Radiofrecuencia: Una vez verificada la posición, se aplica radiofrecuencia térmica convencional (80-90°C durante 60-90 segundos) o radiofrecuencia pulsada (42°C durante 120 segundos) para denervación del ramo medial.

Repetición en Otros Niveles: Se repite el procedimiento en los niveles facetarios afectados.

Retiro de Aguja y Cierre: Se retira la aguja y se coloca un apósito en el sitio de punción.

Cuidados Posteriores

Reposo relativo durante 24-48 horas.

Analgesia si es necesario (AINES o paracetamol).

Evitar esfuerzos físicos intensos durante la primera semana.

Evaluación en consulta tras 4-6 semanas para valoración de respuesta clínica.

Resultados y Pronóstico

Eficacia: 60-80% de los pacientes experimentan una reducción significativa del dolor.

Duración del Alivio: De 6 meses a 2 años, dependiendo del grado de degeneración facetaria.

Repetibilidad: Puede repetirse si reaparece el dolor tras regeneración de los nervios.

Informe de cirugía sin ingreso para rizólisis por

radiofrecuencia lumbar

Informe de cirugía sin ingreso para rizólisis por radiofrecuencia lumbar

[1]
HIRSCH C, INGELMARK BE, MILLER M. The anatomical basis for low back pain. Studies on the presence of sensory nerve endings in ligamentous, capsular and intervertebral disc structures in the human lumbar spine. Acta Orthop Scand. 1963;33:1-17. PubMed PMID: 13961170.

From:
http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/ - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:
http://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=rizolisis_por_radiofrecuencia_lumbar

Last update: **2025/05/04 00:00**