

PREGUNTAS TIPO TEST: “Lumbociatalgía crónica en paciente con FBSS”

**Sesión de Formación Continuada. 22 de Abril 2008.
Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor.
Consortio Hospital General Universitario de Valencia**

1.- ¿Cuál es la incidencia de FBSS en nuestro medio?:

- a. 50%
- b. 35%
- c. 20%
- d. 5%

2.- Señale la opción verdadera respecto de FBSS:

- a. La mala selección de los pacientes no es una posible causa de FBSS
- b. La fibrosis postquirúrgica se presenta en todos los pacientes tras cirugía de raquis tengan o no síntomas de dolor lumbar y/o radiculopatía.
- c. No todas las estructuras del raquis pueden ser responsables de dolor axial tras cirugía.
- d. La afectación facetaria se conoce como Síndrome del Compartimento Ventral

3.- Respecto a la técnica conocida como Radiofrecuencia, señale la verdadera:

- a. La RF convencional genera cambios reversibles
- b. La RF convencional del GRD se emplea si la radiculopatía es síntoma importante en pacientes con FBSS.
- c. La RF pulsada de ramo medio se indica en los Síndromes de Compartimento Dorsal
- d. No es necesario realizar un bloqueo transforaminal antes de llevar a cabo una técnica de RF ya que supone muchos riesgos

4.- Respecto a la Estimulación Medular de cordones Posteriores, señale la verdadera:

- a. Esta fundamentalmente indicada en el dolor lumbar sin radiculopatía asociada
- b. Es superior a la reintervención en pacientes afectados de FBSS
- c. Es una técnica irreversible
- d. El análisis costo-beneficio supone una recuperación del gasto sanitario de 7 años

5.- Respecto a la Infusión Espinal de Fármacos, señale la falsa:

- a. El ziconotide se considera fármaco de primera línea junto con la morfina en las terapias de infusión espinal
- b. La recuperación del coste económico que supone el implante de la bomba es de 22 meses.
- c. Es necesario un periodo de test antes de la implantación definitiva
- d. La aparición de granulomas intratecales aparecen cuando se emplean dosis bajas de morfina intratecal

COMENTARIOS RAZONADOS

PREGUNTA NÚMERO 1: Respuesta correcta: C

La persistencia de dolor significativo tras intervenciones de columna se sitúan en países de nuestro entorno económico en un 20%, lo que equivaldría sólo en nuestro país y considerando las posibilidades más optimistas a unos 40.000 nuevos casos de FBSS al año.

PREGUNTA NÚMERO 2: Respuesta correcta: B

La mayoría de los autores señalan que la mala selección de los pacientes candidatos para cirugía de raquis es una de las principales causas responsables de FBSS, es decir, se seleccionó a un paciente que por diferentes circunstancias no era candidato a la cirugía.

La fibrosis postquirúrgica es una de las causas más clásicas a las que achacar el dolor lumbar persistente tras cirugía de raquis, pero debemos ser cautelosos y no utilizarla como explicación de primera mano ya que es bien sabido que todos los pacientes operados desarrollan en mayor o menor grado imágenes de Resonancia Nuclear Magnética (RNM) compatibles con fibrosis en el nivel operado y la mayor parte de ellos están asintomáticos.

Cualquier estructura espinal está inervada y por tanto puede ser una causa potencial de dolor. Los especialistas en el manejo del dolor crónico lumbar deben tener nociones muy precisas de la anatomía de la región lumbar para poder identificar las posibles fuentes responsables de los distintos síndromes dolorosos. Además, los conocimientos anatómicos de la zona posibilitarán la realización de las diferentes técnicas intervencionistas con un elevado grado de fiabilidad.

El Síndrome del Compartimento Ventral hace referencia a la afectación de dos estructuras: el disco intervertebral y el ligamento longitudinal anterior, mientras que el Síndrome del Compartimento Dorsal hace referencia a la afectación de las facetas articulares.

PREGUNTA NÚMERO 3: Respuesta correcta: C

La RF convencional se considera una técnica neuroablative ya que se produce la destrucción irreversible del tejido nervioso al aplicar calor de forma continua alcanzándose temperaturas de 80°-85°.

Debido a su carácter destructivo no puede utilizarse sobre estructuras nerviosas (nervios periféricos, GRD), estando en estos casos indicada la RF pulsada (técnica neuromoduladora, que se puede utilizar en los casos de RF de ramo medio en los síndromes facetarios o síndromes del compartimento dorsal, en las radiculopatías para RF en la vecindad de GRD, etc).

En aquellos pacientes con dolor lumbar asociado a radiculopatía el primer paso es la práctica de un bloqueo diagnóstico segmentario a nivel radicular (bloqueo transforaminal) seguido en caso de resultado positivo (se considera bloqueo radicular positivo si mejoría del 50% de los síntomas durante 6 horas tras el procedimiento), de un procedimiento de RF pulsada sobre el ganglio de la raíz dorsal (GRD).

PREGUNTA NÚMERO 4: Respuesta correcta: B

Es controvertida la inclusión en protocolo de NEM de pacientes con FBSS en los que su único síntoma sea el dolor lumbar (sin radiculopatía asociada). La literatura revisada es clara en este sentido afirmando que la radiculopatía en miembros inferiores pero no la lumbalgia mejoran con la NEM. La explicación ofrecida es que el dolor limitado a la zona lumbar aunque mixto (neuropático y somático) es predominantemente nociceptivo (característica esta que le hace responder escasamente a la NEM).

La NEM tiene una eficacia superior respecto a la reintervención en el 90% de los pacientes. Además los pacientes incluidos en protocolo de NEM respecto a los reintervenidos utilizaban menor dosis de fármacos opioides.

Existen diferentes estudios sobre la relación coste beneficio de este tratamiento comparado con los más convencionales (reintervención o tratamiento conservador). El más reciente y extenso de ellos determina un tiempo medio global de recuperación del coste de 5,5 años y de 2,1 años en los pacientes en los que la terapia es clínicamente eficaz.

La NEM es un proceso reversible (el sistema es fácilmente explantable en cualquier momento).

PREGUNTA NÚMERO 5: Respuesta correcta: D

La Morfina, la hidromorfona (no disponible en España) y el Ziconotide son los fármacos de primera línea en las terapias de infusión espinal.

Antes de la inclusión del paciente se debe realizar test espinales con dosis crecientes del fármaco diana para valorar eficacia y tolerabilidad.

Los escasos análisis de coste-beneficio, coinciden en señalar un periodo de 22 meses aproximadamente como plazo para recuperar el coste económico.

Una posible complicación durante infusión intratecal de morfina es la aparición de granulomas en el extremo distal del catéter en los casos de utilización de morfina a altas concentraciones o alto ritmo de infusión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Skaf G, Bouclaous C, Alaraj A, Chamoum R. Clinical outcome of surgical treatment of failed back surgery syndrome. *Surgical Neurology* 64 (2005). 483-489.
- 2.- North RB, Kidd D, Shipley J, Taylor R. Spinal cord stimulation versus reoperation for failed back surgery syndrome: a cost effectiveness and cost utility análisis base don a randomized controlled trial. *Neurosurgery* 61 (2007). 361-369.
- 3.- Lee AW, Pilitsis JG. Spinal cord stimulation: indications and outcomes. *Neurosurg Focus* 15 (2006). 21 (6): E3.
- 4.- De Andrés J, Van Byten JP. Neural modulation by stimulation. *Pain Pract* 6(1). (2006). 39-45.
- 5.- Devulder J, De Laat M, Van Bastelaere M, Rolly G. Spinal cord stimulation: a valuable treatment for chronic failed back surgery syndrome. *Journal of Pain and Symptom Management*. 13(5). (1997). 296-301.
- 6.- Turner J, Loeser JD, Deyo R, Sanders S. Spinal cord stimulation for patients with failed back surgery syndrome or complex regional pain syndrome: a systematic review of effectiveness and complications. *Pain* 108. (2004). 137-147.
- 7.- Constantini A. Spinal cord stimulation. *Minerva anesthesiol.* 71. (2005). 471-4.
- 8.- Taylor R. Spinal cord stimulation in complex regional pain syndrome and refractory neuropathic back and leg pain / failed back surgery syndrome: results of a systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*. 31. (2006). 13-18.
- 9.- Van Buyten JP. Neurostimulation for chronic neuropathic back pain in failed back surgery syndrome. *Journal of Pain and Symptom Management*. 15. (2005). 25-29.
- 10.- Kumar et al. Spinal cord stimulation versus convencional medical Management for neurophatic pain: a multicentre randomised controlled trial in patients with failed back surgery syndrome. *Pain* 132. (2007). 179-188.
- 11.- Hazard RG. Failed back surgery syndrome. *Clinical Orthopaedics and related research*. 443 (2006). 228-232.
- 12.- Rodriguez-Garcia et al. Factores relacionados con la cirugíaa fallida de hernia discal lumbar. *Neurocirugía*. 16. (2006). 507-517.
- 13.- Leveque JC, Villavicencio A, Bulsara K, Rubin L, Gorecki JP. Spinal cord stimulation for failed back surgery syndrome. *Neuromodulation*. 4 (1). 2001. 1-9.
- 14.- De Andrés J, Quiroz C, Villanueva V, Valía JC, López-Alarcón MD, Moliner S, Monsalve V. Satisfacción del paciente con síndrome de dolor de raquis postquirúrgico portador de un sistema de neuroestimulación medular. *Rev. Esp Anesthesiol. Reanim.* 54. (2007). 17-22.
- 15.- Busquets i Julia C, Vilaplana J. Tratamiento del dolor de espalda por cirugíaa fallida. *Neuromodulación. Rev. Soc. Esp. Dolor.* 8:11. (2001). 107-113.
- 16.- Robaina FJ. Síndrome postlaminectomía lumbar I. Tratamiento del dolor mediante técnicas intervencionistas. *Neurocirugía*. 18. (2007). 468-477.
- 17.- Abejón D, García del Valle S, Lorenza M, Gómez-Arnau JI, Reig E, Van Zundert J. Pulsed radiofrequency in lumbar radicular pain: clinical effects in various etiological groups. *Pain*. 7(1). (2007). 21-26.
- 18.- Hussain A, Afshan G. Use of pulsed radiofrequency in failed back surgery syndrome. *JCPSP*. 17(6). (2007). 353-355.
- 19.- Abejón D, Pérez-Cajaraville J, Romero A, Zúñiga A, Del Pozo C, Del Saz J. Eficacia de la epidurolysis en el tratamiento del síndrome postlaminectomía. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 177(3). 2007. 177-183.
- 20.- López-Alarcón et al. Guía española de Neuroestimulación. 2007.
- 21.- Villanueva V, De la Calle JL, Perucho A, Asensio JM, De Andrés J, González-Escalada JR. Nuevas Terapias: estimulación eléctrica percutánea en dolor lumbar y cervical. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 3. (2007). 211-219.
- 22.- Valía JC, Villanueva V, Asensio JM, López MD, De Andrés J. Ziconotide: una alternativa innovadora en el dolor crónico neuropático intenso. *Rev Neurol*. 45. (2007). 665-669.
- 23.- Pérez-Cajaraville J. Modulo 4. Plan maestro en abordaje integral del dolor crónico.
- 24.- Warfield and Bajwa. Principles and practice of pain medicine. Second ed. McGraw-Hill. 2004.