

Rizotomia de faceta por radiofrequência

Dr. Rodrigo Labruna

Neurocirurgião da clínica de dor do Hospital Israel Pinheiro- BeloHorizonte-Brasil

Neurocirurgião dos hospitais Biocor e Life-Center- Belo Horizonte

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia

INTRODUÇÃO: Lombalgia e cervicalgia crônicas representam algumas das mais freqüentes queixas em nossa clínica diária. Dor lombar ou cervical têm prevalência, juntas, de quase 80%, na população, durante algum momento na vida das pessoas. A rizotomia de faceta articular por radiofrequência é útil, sempre que inserida num tratamento multidisciplinar, na melhora deste tipo de dor.

A faceta articular é considerada como uma das causas de dor na lombalgia ou cervicalgia. Cada faceta é innervada por ramos de duas raízes espinhais, e cada raiz participa da innervação de duas facetas articulares. Este entrelaçamento de ramos de diferentes nervos faz com que, mesmo diante de alterações de um segmento, devamos desnervar pelo menos dois segmentos. A innervação sensorial da faceta é transmitida pelo ramo posterior da raiz espinhal-ramo recorrente primário. O ramo primário posterior sai da raiz imediatamente após sua saída do forame intervertebral, innervando a faceta articular e o processo transverso, bem como musculatura paraespinhal e ligamentos adjacentes. As estruturas descritas são innervadas pelo ramo medial do ramo primário posterior.

Podemos, pois, ter a lombalgia, lombociatalgia, dor ou síndrome facetaria, que, embora individualizados como entidades distintas, podem possuir sintomas comuns.

A desidratação- degeneração do disco intervertebral leva à diminuição da altura do disco, aumentando o estresse no segmento da coluna vertebral, levando à formação de osteófitos, hipertrofia da faceta, e conseqüente resposta inflamatória no local, mediada por substância P, calcitonina, peptídeo intestinal vasoativo, gerando espasmo da musculatura paraespinhal e pontos miofasciais na região.

A síndrome facetaria pode ser uni ou bilateral, com ou sem irradiação, geralmente para as nádegas, quadril, coxa, e face posterior do membro inferior. Em função da proximidade da faceta à raiz espinhal, e a existência de dermatômos e miótômos, é possível que a dor facetaria produza sinais radiculares.

O exame físico demonstra dor na musculatura

paraespinhal, o sinal de Lassègue geralmente é ausente, embora a elevação do membro estendido possa aumentar a dor lombar. A dor pode ser referida, muitas vezes difícil de descrever ou localizar, mais com características nociceptivas do que neuropáticas, embora algum componente neuropático, isoladamente, possa existir.

É rara a alteração sensitiva. Na grande maioria das vezes não há déficit neurológico objetivo ao exame. A redução da força motora pode ser relacionada à dor. Pode haver parestesia associada à dor referida. Alterações de reflexo são raramente observadas.

Pode haver aumento da dor durante a flexão, extensão e extensão lateral do tronco.

SELEÇÃO DE PACIENTES-MÉTODO

Apresentamos, em nosso trabalho, uma série de 520 pacientes submetidos a rizotomia de faceta por RF. 430 pacientes se submeteram a rizotomia lombar, 81 a rizotomia cervical, 9 a rizotomia torácica. Os procedimentos foram realizados em dois hospitais privados e um público.

As indicações para a rizotomia de faceta por RF foram:

- lombalgia ou lombociatalgia sem sinais radiculares, sem melhora com tratamento conservador (medicação e fisioterapia). Dor sem indicação de tratamento cirúrgico, seja por hérnia, estreitamento do canal, ou outras.

- Exclusão de compressão radicular pelo exame físico e TC ou RNM.

- Houve pacientes submetidos a rizotomia, em nossa série, que apresentavam hérnias discais pequenas ou canal estreito, mas que não apresentavam sinais de compressão radicular. Este grupo teve evolução favorável quase igual ao grupo sem hérnia.

- 52 pacientes tinham hérnia discal, canal estreito ou espondilolistese, com indicação cirúrgica, mas optaram por não operar. 18 com hérnia discal, 8 com canal estreito, 6 com espondilolistese. 20 pacientes possuíam hérnia discal cervical, moderada

ou pequena. Nestes casos foi realizada a rizotomia, como tentativa de evitar-se a cirurgia, associada a fisioterapia e medicação. Foi esclarecido a estes pacientes a possibilidade de fracasso do tratamento.

- 40 pacientes tinham síndrome pós-laminectomia, já submetidos a microdissectomia ou instrumentação da coluna.

Todos os pacientes submeteram-se, após a rizotomia, à medicação, fisioterapia, alongamentos. Numa fase mais avançada do tratamento, em alguns casos prosseguiu-se com RPG ou Pilates.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Utilizamos gerador de radiofrequência, agulhas e eletrodos da marca MICROMAR, além do intensificador de imagem. As rizotomias cervicais foram realizadas sob anestesia geral, com curarização breve. As rizotomias lombares foram realizadas, preferencialmente, sob sedação, sem curare.

Considerando-se que a inervação de cada faceta se faz através de ramos de duas raízes, realizamos o procedimento, em quase todos os casos, nos segmentos de L2 a S1, nas rizotomias lombares, e, nas cervicais e torácicas, dois espaços acima e abaixo dos segmentos mais acometidos da coluna. Nas rizotomias lombares, incluímos o segmento de L2, considerando as vias «anômalas» de transmissão ascendente da dor, como corno anterior e sistema simpático, sendo L2 a maior aferência de estímulos simpáticos lombares.

Não realizamos injeção da faceta articular com salina hipertônica, para simulação e confirmação da dor, nem bloqueio prévio à rizotomia com anestésico local, em função dos casos falso-positivos ou falso-negativos associados a estas técnicas, além da seleção clínica dos pacientes.

Após a punção da faceta, sob radioscopia, realizamos estimulação a 5hz, 6 a 8 volts, com mudança da posição do eletrodo, caso houvesse resposta motora. As lesões foram realizadas 100 graus, até a queda da resistência (impedância), mostrada no gerador de radiofrequência. Foram realizadas cinco lesões na faceta articular, incluindo uma no olho do «scotty-dog», bem como uma na porção inferior e medial do processo transversal, e outra superior e lateral do mesmo processo. A primeira, mais próxima do ramo recorrente, a segunda, considerando-se o componente miofascial destas dores.

Após as lesões por radiofrequência, injetamos, em cada segmento, 5ml de xilocaina e 0,5 ml de dexametasona.

RESULTADOS

- Os pacientes com indicação clássica para rizotomia de faceta – lombalgia ou lombociatalgia sem compressão radicular – obtiveram melhora imediata

satisfatória, 80% mantiveram a melhora satisfatória em 30 dias, 70% mantiveram-se satisfeitos no sexto mês de acompanhamento, desde que mantendo a fisioterapia ou alongamentos e, alguns casos, a medicação.

- O grupo que manteve o tratamento adjuvante foi o que teve melhor evolução.

- Os pacientes com hérnia discal, porém sem sinais radiculares objetivos, tiveram evolução bastante semelhante ao grupo anterior, desde que mantendo-se com medicação e fisioterapia.

- Os pacientes submetidos a rizotomia cervical obtiveram alívio imediato em 90% dos casos, mantendo-se satisfeitos, em 80% dos casos, após 30 dias, e em 70%, aos seis meses de acompanhamento.

- Dos pacientes com hérnia discal de indicação cirúrgica (18), 50% obtiveram melhora satisfatória aos trinta dias de acompanhamento, mas a maioria (70%), necessitou de cirurgia após os primeiros trinta dias.

- Os pacientes com hérnia discal cervical obtiveram resultados satisfatórios mais duradouros que os anteriores, evitando-se a microdissectomia cervical em 60% dos casos, após seis meses.

- Os pacientes com espondilolistese e canal lombar estreito obtiveram maus resultados com a rizotomia: apenas 30% dos pacientes mantiveram-se satisfeitos ao longo de seis meses.

- Os pacientes com síndrome pós-laminectomia obtiveram melhora satisfatória em 50% dos casos, após 30 dias, e em 40%, após o sexto mês.

- Dos 520 pacientes, 103 deixaram de realizar todo o tratamento complementar ao longo do estudo.

CONCLUSÃO

A rizotomia de faceta articular, quando bem indicada, sem a presença de patologia de correção cirúrgica como causadora de compressão radicular, tem melhores resultados do que nos casos contrários, tendo importância no tratamento multidisciplinar da dor lombar, cervicalgia, ou dorsalgia.