

Bloqueos analgésicos facetarios y radiculares

¿En qué consiste un bloqueo analgésico?

El **bloqueo analgésico** es un tratamiento para procurar el alivio sintomático, ya sea temporal o definitivo, de los cuadros de dolor cervical, lumbar, radicular y pelviano. Se realiza mediante la colocación de una solución ya sea en los músculos, articulaciones de la columna y sacroilíacas, raíces nerviosas o espacio epidural. No es un tratamiento para corregir o solucionar la causa que genera el dolor o la disfunción.

El **bloqueo analgésico radicular** trata el dolor agudo o crónico provocado por la irritación de una raíz nerviosa específica, producida por estrechamiento del canal, protusiones discales, osteofitos, mala alineación de las vértebras, etcétera, que comprimen o pinzan la raíz nerviosa.

El **bloqueo analgésico facetario** trata el dolor producido por cambios degenerativos en las articulaciones.

En términos generales, estos bloqueos tienen dos utilidades:

- **Utilidad diagnóstica**, para confirmar la fuente de dolor mediante la reproducción del mismo al ingresar en la zona target o al colocar la solución que genera una mejoría significativa del síntoma al poco tiempo (de minutos a una hora). En muchos casos se busca descartar que la génesis del dolor no provenga de estructuras neurales o axiales.
- **Utilidad terapéutica**, para buscar una mejoría prolongada del dolor mediante el uso de antiinflamatorios esteroideos (corticoide).

El procedimiento

Se trata de un procedimiento complejo y delicado, por lo general mínimamente invasivo, ambulatorio y de rápida realización. En el 90% de los casos se efectúa en el quirófano con la ayuda de radioscopia, y aproximadamente un 10% es guiado por tomografía computada. Por otra parte, en los bloqueos al tejido nervioso peridural se utiliza material de contraste.

Cuando se realiza el bloqueo en la columna lumbar suele ser bajo anestesia local, cuando es a nivel dorsal y cervical puede ser necesario sedación anestésica.

En todos los casos, en principio, se utiliza solución fisiológica, anestésico local y corticoides en dosis variables según la zona target o blanco definido. La progresión de la aguja se va realizando mediante control fluoroscópico (rayos X) en los diferentes planos.

Luego del acto médico el paciente deberá permanecer generalmente entre 20 y 30 minutos en la sala de recuperación. Hay un gran porcentaje de pacientes que mejoran el 100% desde el momento de realización del tratamiento y un porcentaje bajo de pacientes que nunca logran controlar su dolor.

El servicio de Neurocirugía realiza los siguientes bloqueos analgésicos:

- **Bloqueo caudal epidural**: Está indicado cuando hay síntomas radiculares con o sin dolor axial de origen lumbosacro y canal lumbar estrecho. Según el caso se puede proceder con bloqueo selectivo o no, en 360°, "in-out/ out-in" o en 360° de la raíz problema.
- **Bloqueo al ganglio impar**: Permite mejorar los síntomas que ocasiona este ganglio localizado en la unión sacro coccígea, que está involucrado en el mantenimiento del dolor pélvico mediado simpáticamente.
- **Bloqueo sacro ilíaco intra-articular (abordaje posterior)**: Se utiliza esta técnica para realizar bloqueos de dicha articulación que puede ser responsable del dolor principal de espalda baja y región glútea o bien estar asociado como dolor secundario debido a los cambios de la postura o del posicionamiento del individuo en el espacio (equilibrio sagital y coronal).
- **Bloqueo transforaminal epidural S1 (sacro 1)**: permite mejorar los síntomas provenientes de la irritación de la raíz S1, debido a causas degenerativas discales o articulares. Es selectivo, permite confirmar el diagnóstico y controlar en forma permanente o transitoria el componente inflamatorio.
- **Bloqueo transforaminal epidural lumbar**: Busca calmar el dolor en forma selectiva a la "raíz" o zona afectada. El abordaje puede

ser infra-neural o supra-neural dependiendo de la anatomía del paciente.

- *Bloqueo facetario lumbar*: Consiste en una o varias inyecciones dependiendo de las articulaciones afectadas, en forma uni o bilateral. Puede realizarse en conjunto a un bloqueo selectivo epidural buscando una analgesia de toda la unidad funcional (articular y neural).
- *Bloqueo lumbar simpático*: Se realiza cuando hay sospecha de que el dolor de las primeras cuatro vértebras lumbares esté mantenido por un disfuncionamiento del sistema simpático.
- *Discografía*: Es un método fisiológico de evaluación del dolor con contraste radiológico, para pacientes con dolor espinal no remitente en los que se sospecha de la existencia de un disco patológico y que probablemente reciban un tratamiento quirúrgico.

Fuente: Servicio de Neurocirugía de Hospital Privado Universitario de Córdoba