

HOSPITAL

Pedro de Elizalde ex Casa Güina



2do Congreso Argentino de Discapacidad en
Pediatria.

Servicios de Neurocirugía y Kinesiología.
ESPASTICIDAD.
Radicelectomía Posterior Selectiva.

Alberto Yáñez; Noemí Ledesma; Gabriela Nicolsky



Espasticidad – Rizotomías Dorsales

- **Rol del sistema propioceptivo en la génesis y regulación del tono muscular.**

Cómo intervenir sobre la propiocepción?

Impacto de las cirugías ortopédicas sobre la propiocepción.

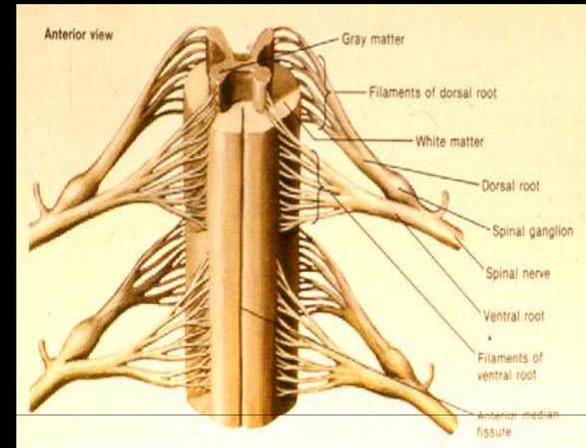
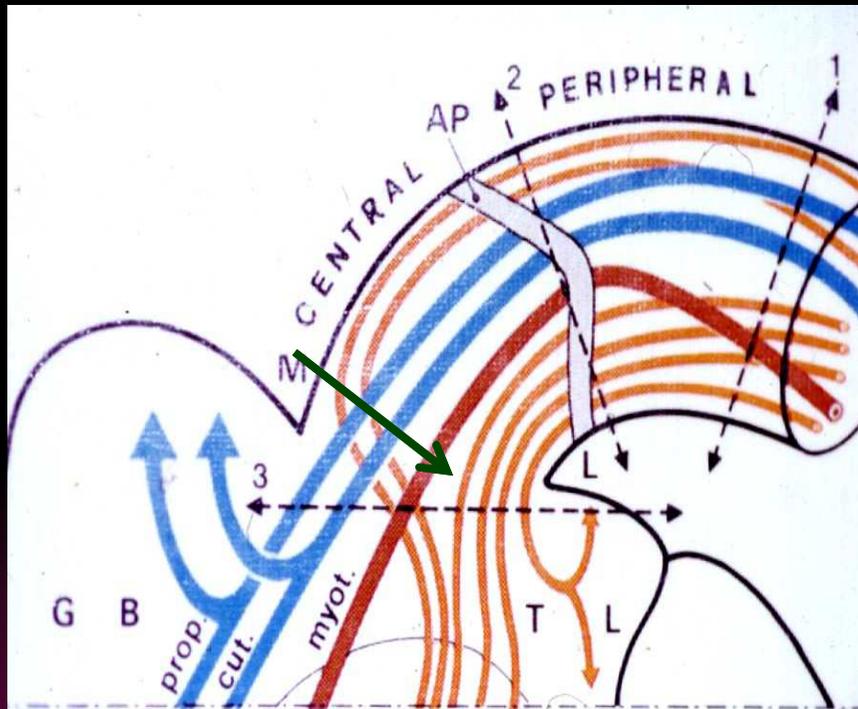
- **Capacidad reorganizativa (plasticidad) del Sistema Nervioso.**

Efectos suprasegmentarios y aparición de unidades motoras.

- **Rol de la rehabilitación.**

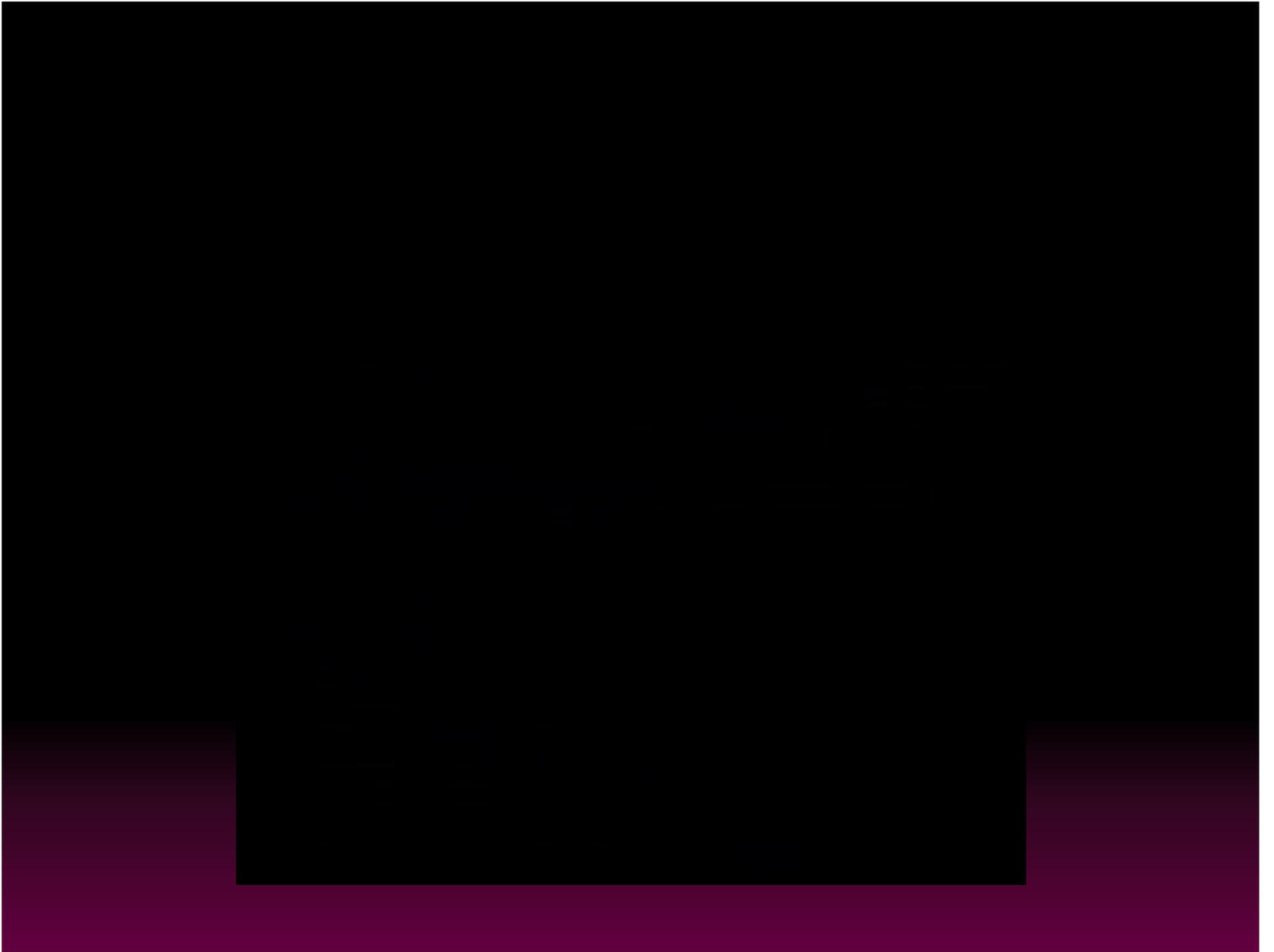
Los mecanismos neurales que integran postura con movimiento los encontramos distribuidos en todo el sistema nervioso. Ellos son reclutados en patrones que son tarea y contexto dependientes.

Radicelectomía Posterior Selectiva. Topografía. Dorsal root entry zone, (DREZ).



Zona de entrada dorsal. (DREZ.)

- Sistematización de los diferentes contingentes sensitivos.
- Imposibilidad de procesos de regeneración.



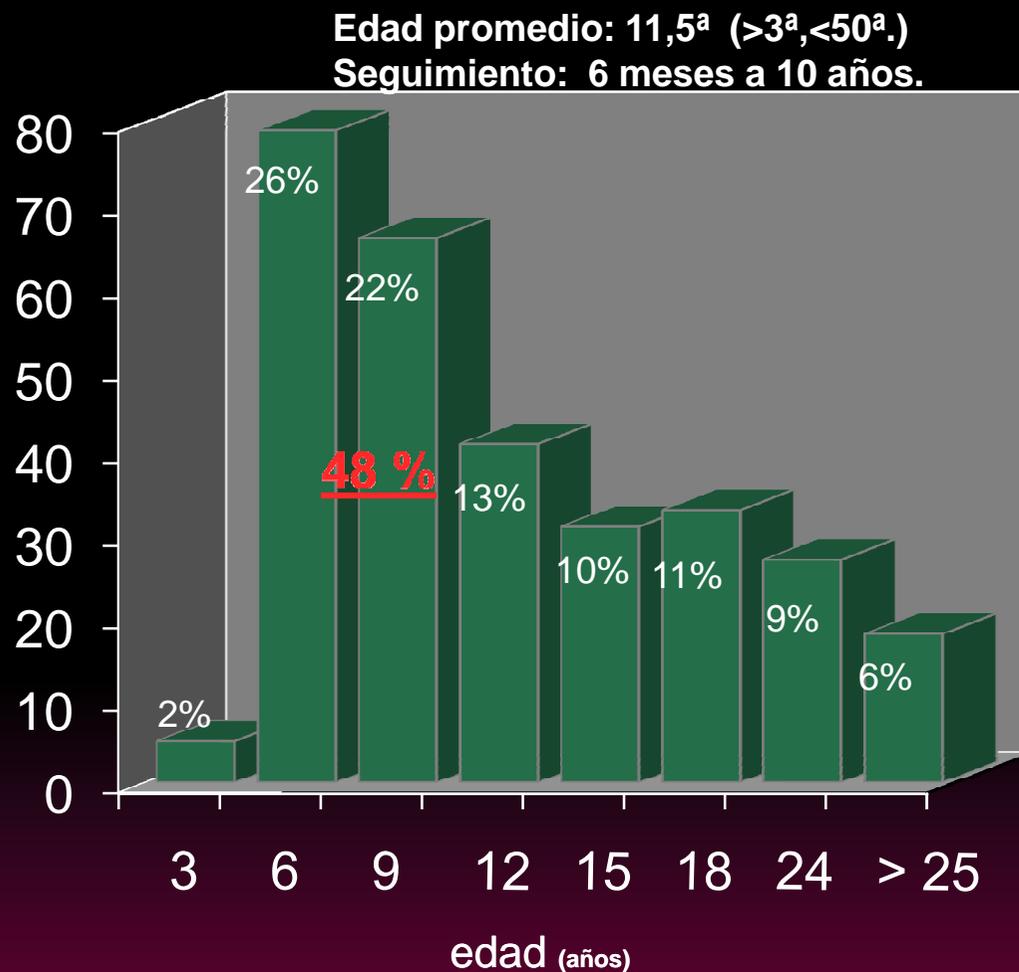
Radicelectomía Posterior Selectiva. Período 1992 – 2010.

N= 300. ♂= 194 ♀= 106.

Distribución por edades.

EDADES:

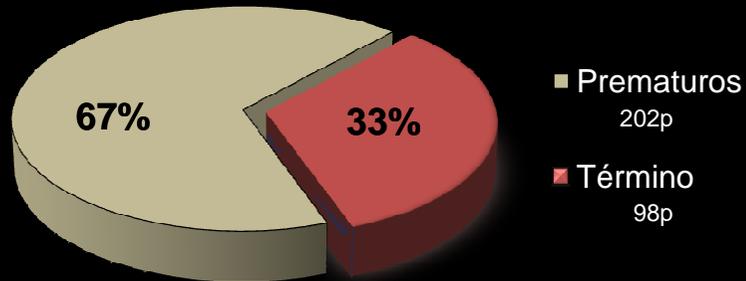
0- 3=	5.
4- 6=	79.
7- 9=	66.
10 -12=	41.
13 -15=	31.
16- 18=	33.
19-24=	27.
> - 25=	18.



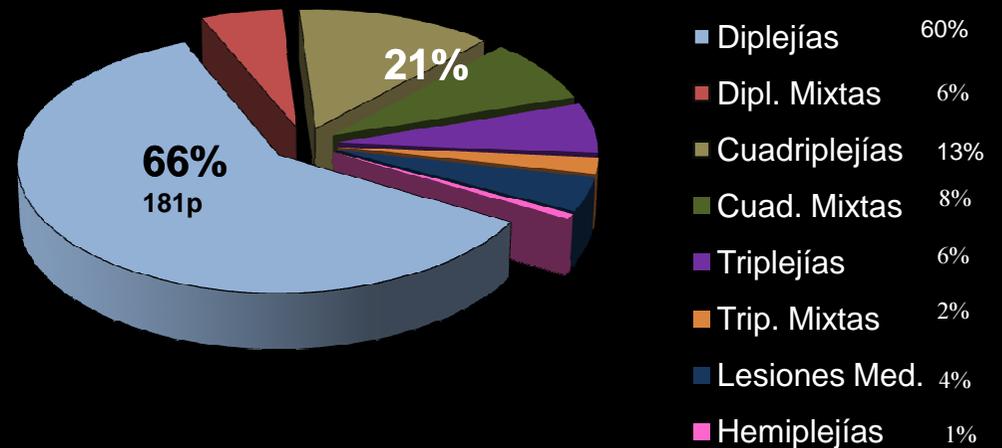
Radicelectomía Posterior Selectiva. Período 1992 – 2010.

N= 300. ♂= 194 ♀= 106.

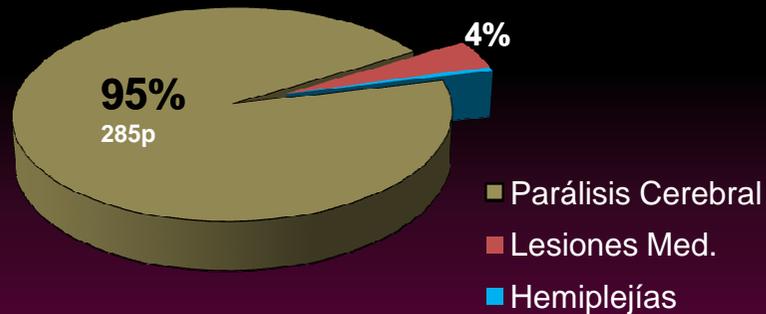
Presentación Clínica



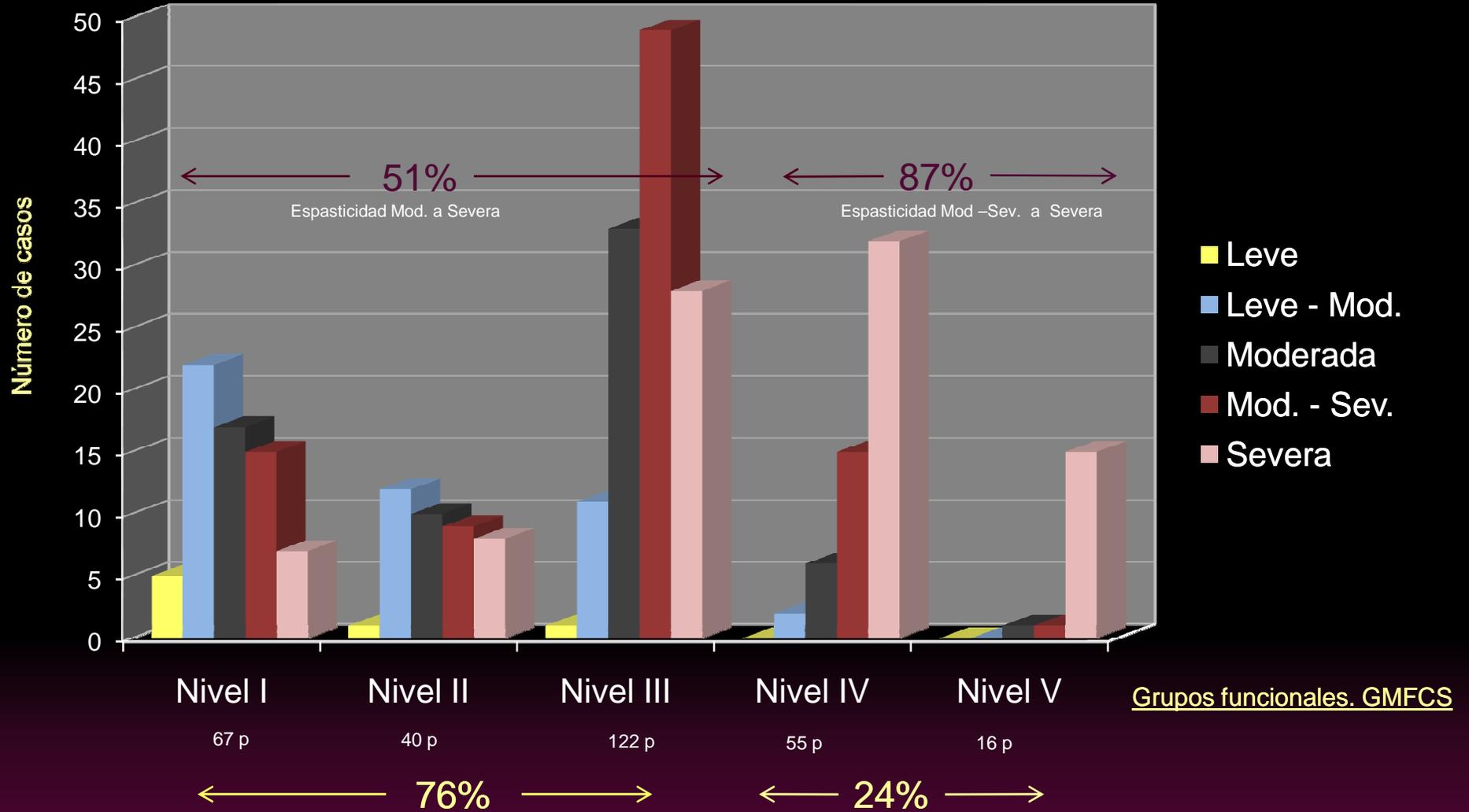
Formas Clínicas



Categorías Clínicas



Radicelectomía Posterior Sectorial. Distribución de la Espasticidad. (N= 300. ♂= 194 ♀= 106.). Escala de Ashworth.



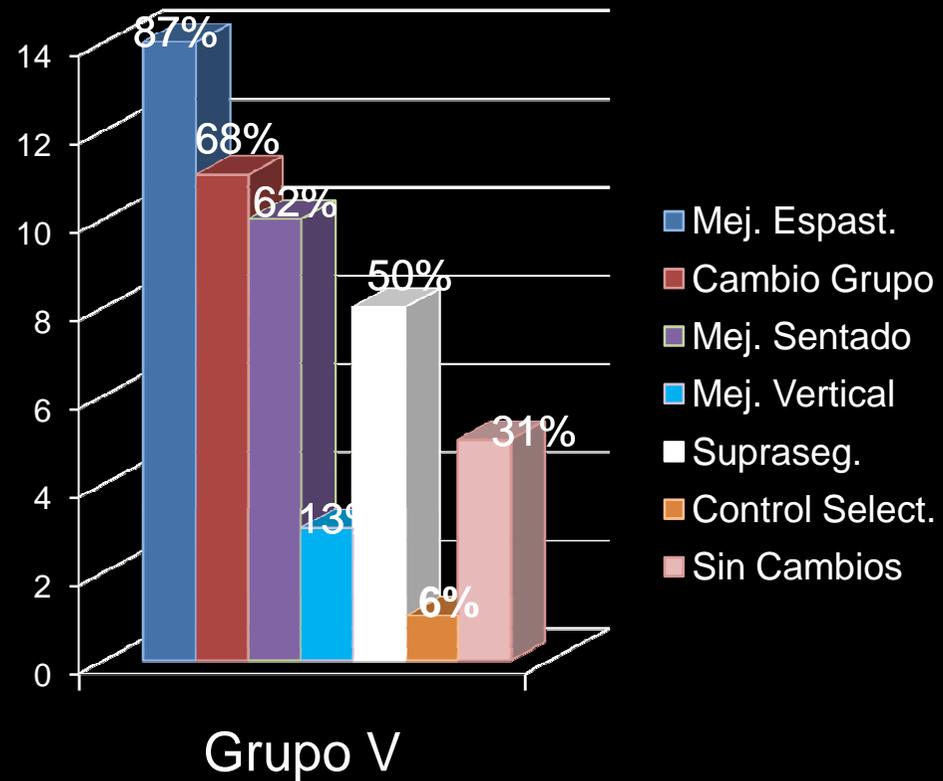
Radicelectomía. GMFCS. V

N= 16. (♂11. ♀5.)

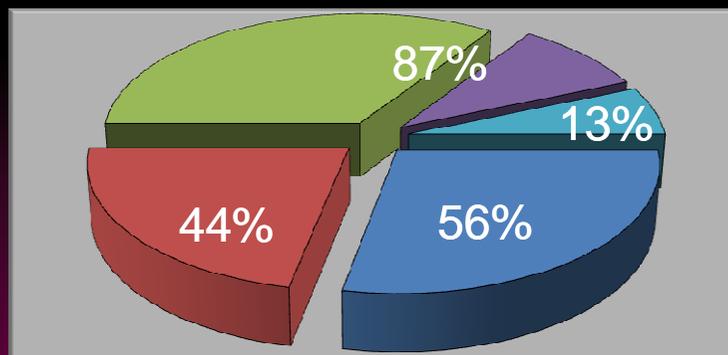
Edad promedio 14^a (>2^a, <35^a)

GMFCS nivel V: Los impedimentos físicos restringen el control voluntario del movimiento y la habilidad de mantener posturas antigravitatorias de la cabeza y el tronco. Todas las áreas de la función motora están limitadas. Los niños no tienen medios para la movilidad independiente y son transportados.

GMFCS nivel IV: Los niños podrían continuar caminando por cortas distancias con un andador o permanecer más en movilidad sobre ruedas en la casa y en la escuela y en la comunidad. Los niños podrían alcanzar movilidad autónoma usando una silla de ruedas a motor.



Categorías Clínicas



- Prematuros
- Término
- Cuadriparesias 68%
- Cuadri. Mixt. 19%
- Diplejías

Otras Etiologías.

Lesiones medulares 3
Hipoxia-Anoxia 5

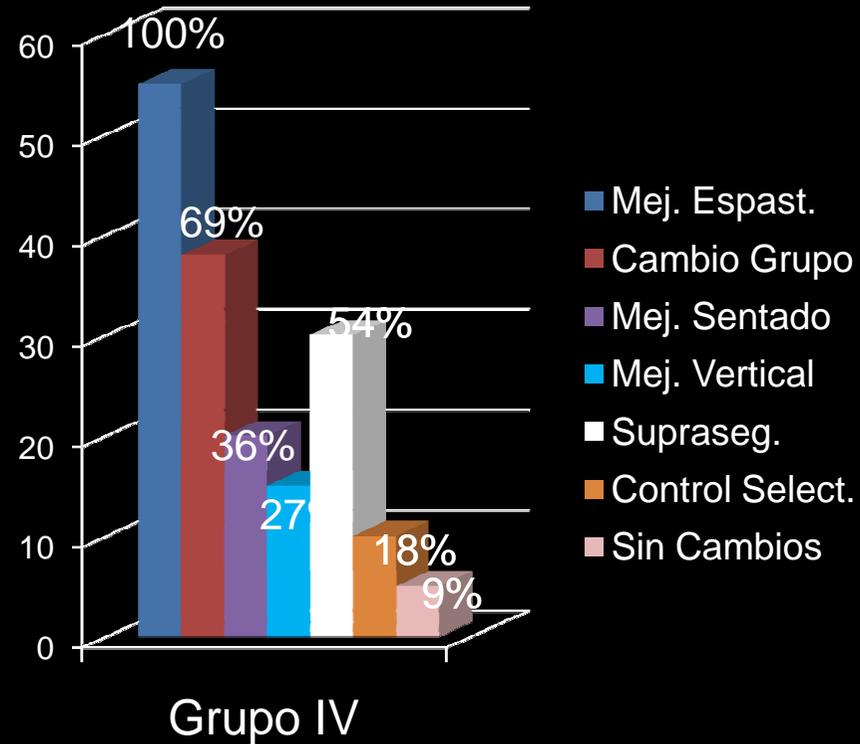
Radicelectomía. GMFCS. IV

N= 55. (♂37. ♀18.)

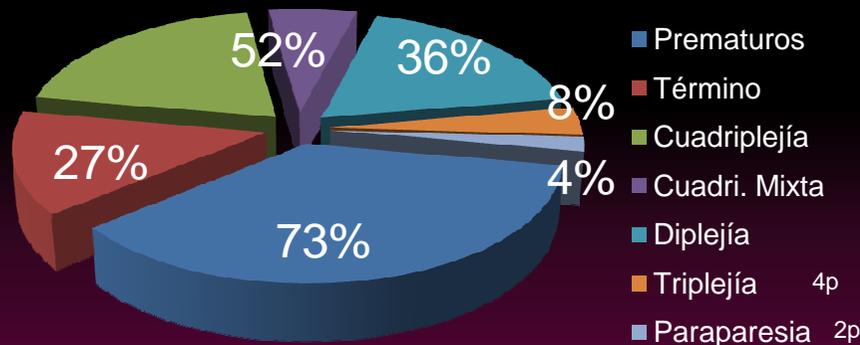
Edad promedio 9.3^a (>4^a, <35^a)

GMFCS nivel IV: Los niños podrían continuar caminando por cortas distancias con un andador o permanecer más en movilidad sobre ruedas en la casa y en la escuela y en la comunidad. Los niños podrían alcanzar movilidad autónoma usando una silla de ruedas a motor.

GMFCS nivel III: Los niños caminan dentro y fuera de su hogar sobre superficies a nivel y con dispositivos de asistencia para su movilidad. Los niños podrían subir escaleras sosteniéndose del pasamanos. Los niños podrían propulsar una silla de ruedas manualmente o ser transportados cuando viajan distancias largas o fuera del hogar o sobre superficies irregulares.



Categorías Clínicas



Otras Etiologías.

Atrofia medular	2
Mielomeningocele	2
Sépsis	2
Anoxia	1
Encefalomiелitis	1

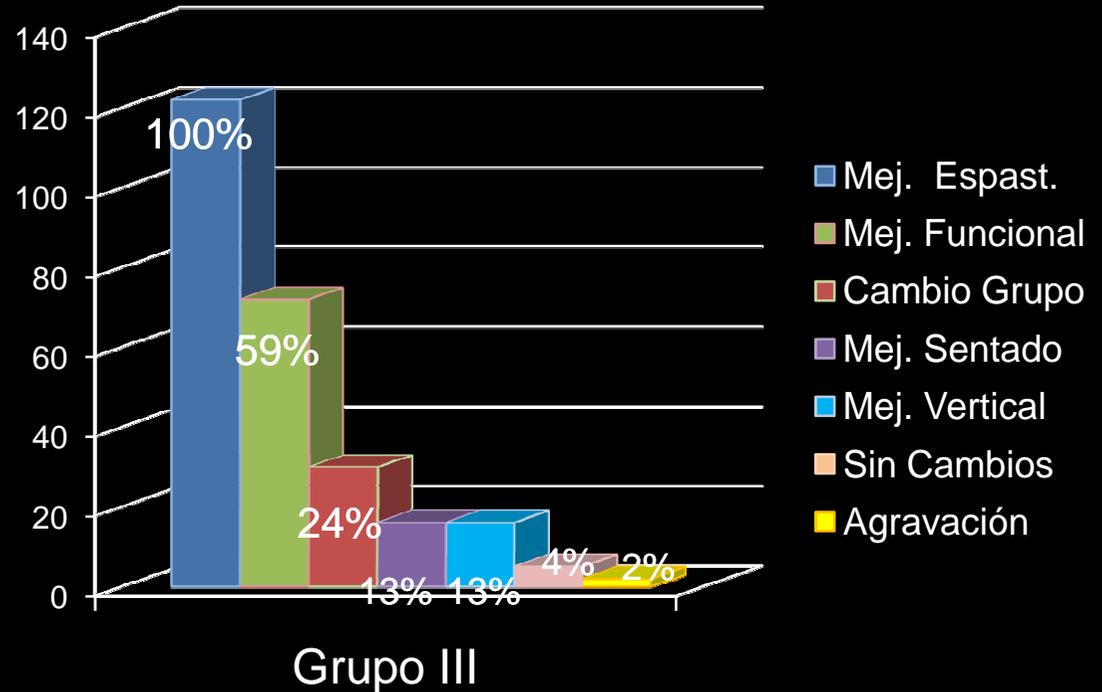
Radicelectomía. GMFCS. III

N= 122. (♂77. ♀45.)

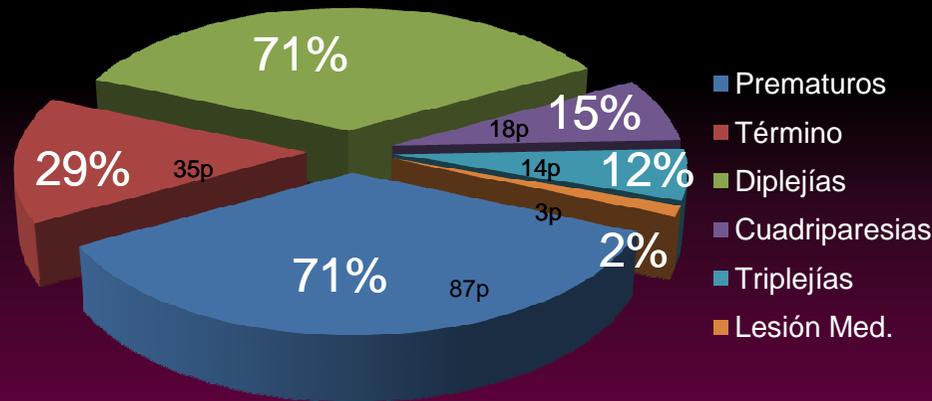
Edad promedio 10^a (>3^a, <50^a)

GMFCS nivel III: Los niños caminan dentro y fuera de su hogar sobre superficies a nivel y con dispositivos de asistencia para su movilidad. Los niños podrían subir escaleras sosteniéndose del pasamanos. Los niños podrían propulsar una silla de ruedas manualmente o ser transportados cuando viajan distancias largas o fuera del hogar o sobre superficies irregulares.

GMFCS nivel II: los niños caminan dentro y fuera de su hogar y suben escaleras tomándose del pasamanos pero presentan limitaciones caminando en superficies desniveladas y rampas y caminando en un gángi o en espacios limitados. Los niños tienen en los mejores casos sólo mínima habilidad para desarrollar habilidades motoras gruesas como correr y saltar.



Categorías Clínicas



Otras Etiologías.

Mielomeningocele	2
Sépsis	1
Mielomalacia cerv.	1
Microcefalia	1

Radicelectomía. GMFCS. II

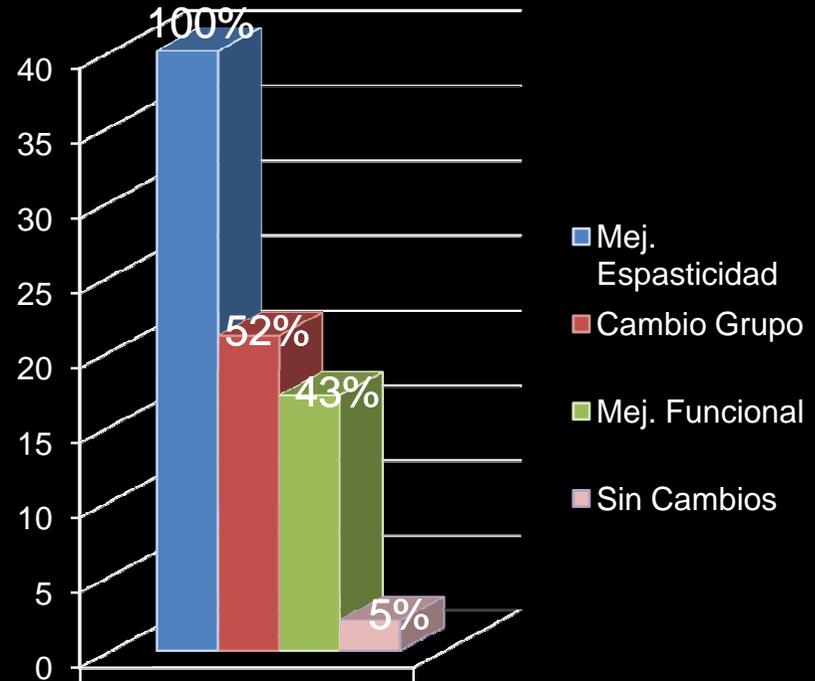
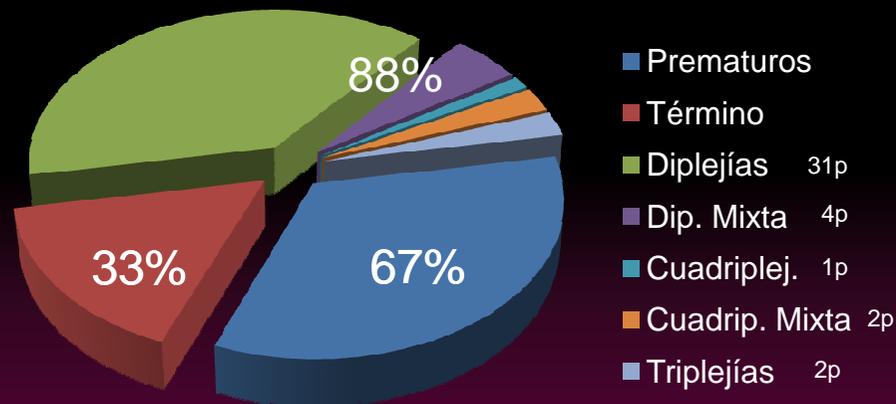
N= 40. (♂23. ♀17.)

Edad promedio 14^a (>4^a, <26^a)

GMFCS nivel II: los niños caminan dentro y fuera de su hogar y suben escaleras tomándose del pasamanos pero presentan limitaciones caminando en superficies desniveladas y rampas y caminando en un gentío o en espacios limitados. Los niños tienen en los mejores casos sólo mínima habilidad para desarrollar habilidades motoras gruesas como correr y saltar.

GMFCS nivel I: Los niños caminan dentro y fuera de su hogar y suben escaleras sin limitación. Los niños desarrollan habilidades motoras gruesas incluyendo correr y saltar, pero la velocidad, el balance y la coordinación están restringidos.

Categorías Clínicas



Grupo II

Otras Etiologías.

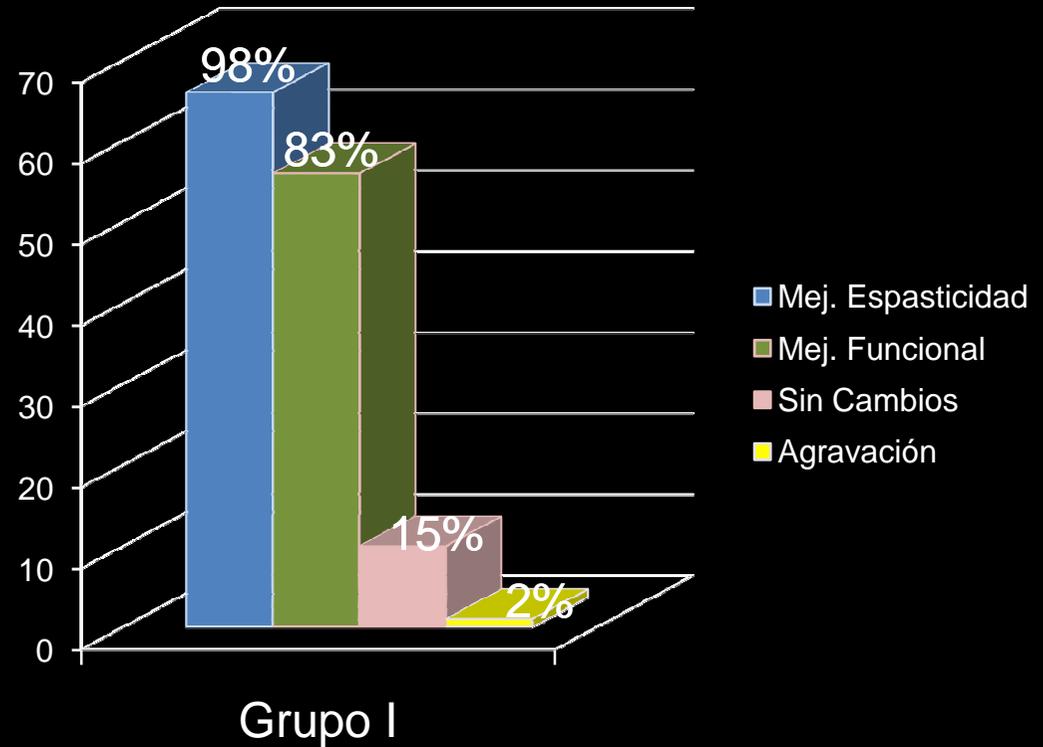
Paraparesia Hered. Familiar	2
HIV	1
Asfixia	1

Radicelectomía. GMFCS. I

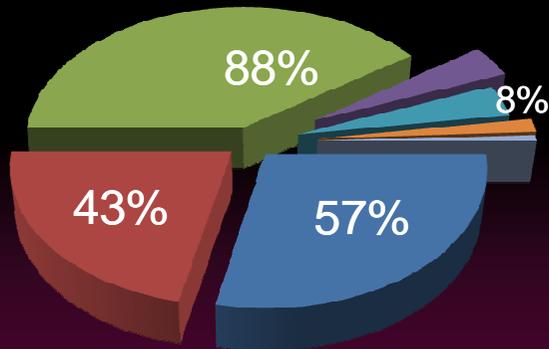
N= 67. (♂41. ♀26.)

Edad promedio 15ª (>3ª, <42ª)

GMFCS nivel I: Los niños caminan dentro y fuera de su hogar y suben escaleras sin limitación. Los niños desarrollan habilidades motoras gruesas incluyendo correr y saltar, pero la velocidad, el balance y la coordinación están restringidos.



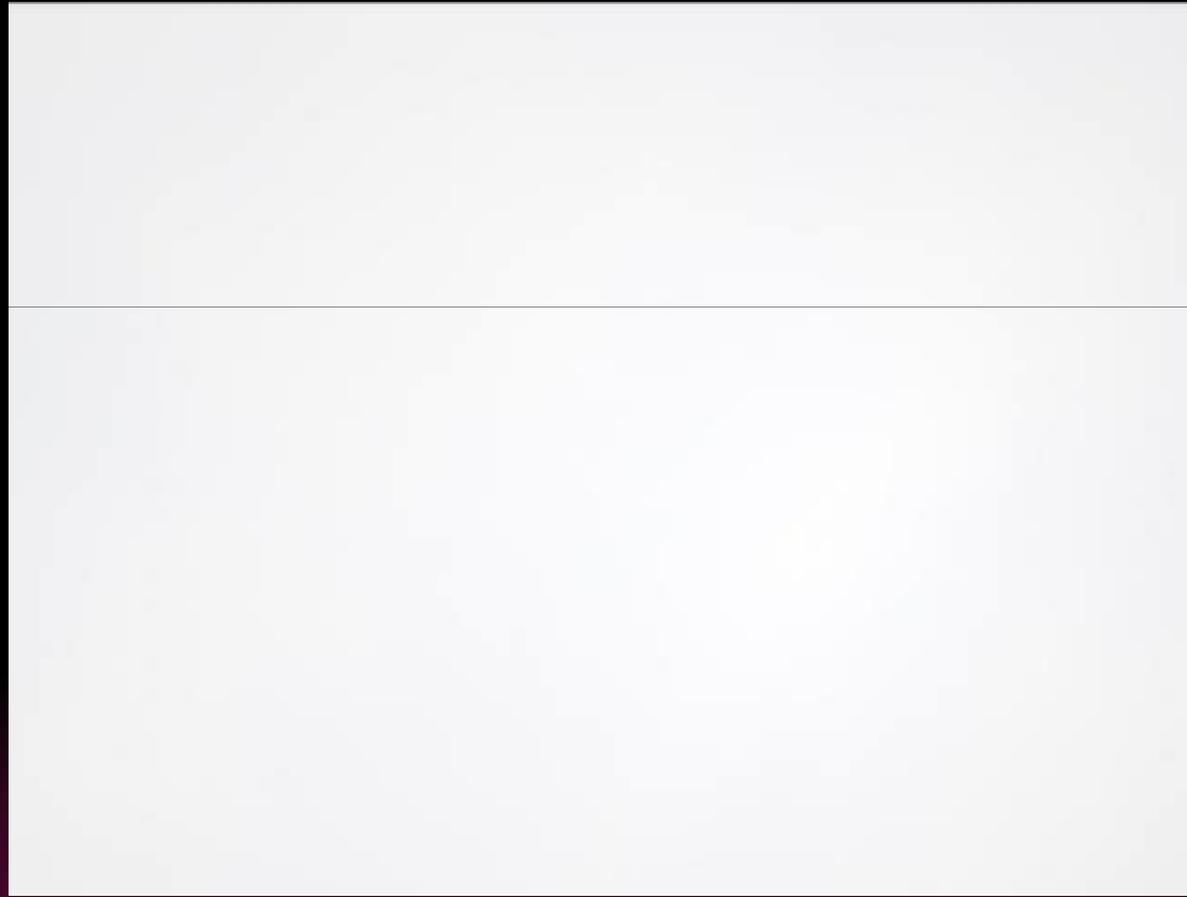
Categorías Clínicas



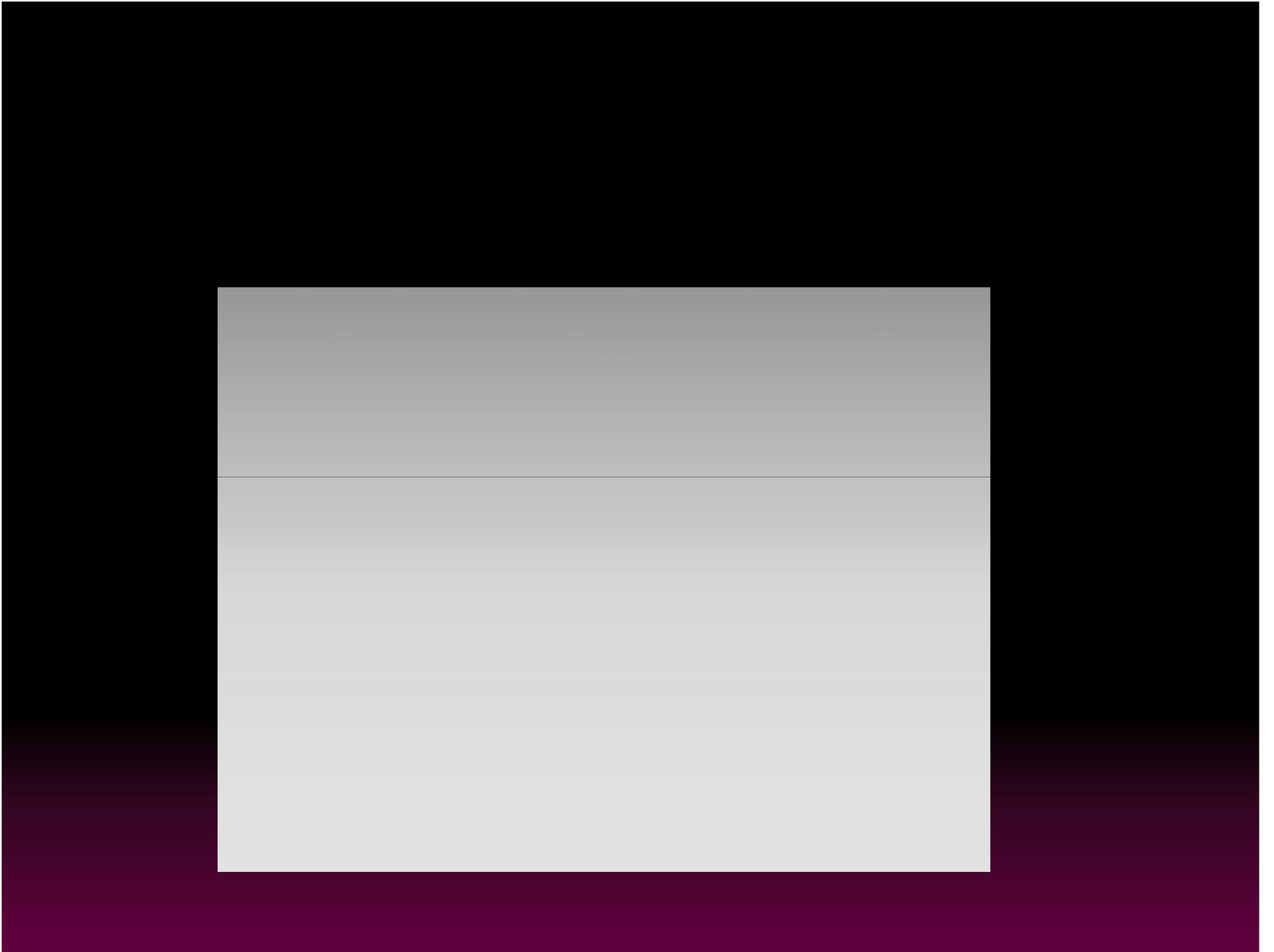
- Prematuros 38p
- Término 29p
- Diplejías 54p
- Diplej. Mixta 5p
- Triplejías 5p
- Hemiplejías 2p
- Cuadrip. Mixta

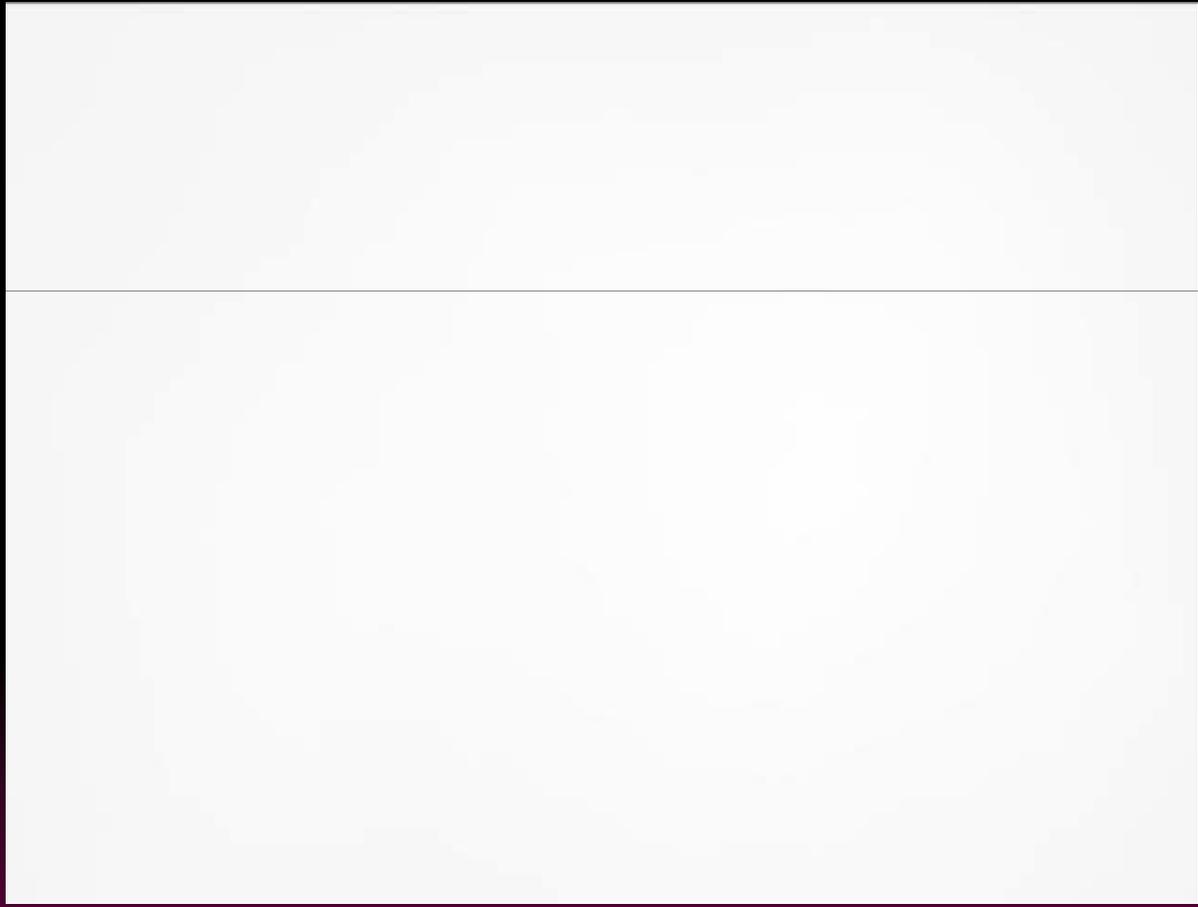
Otras Etiologías.

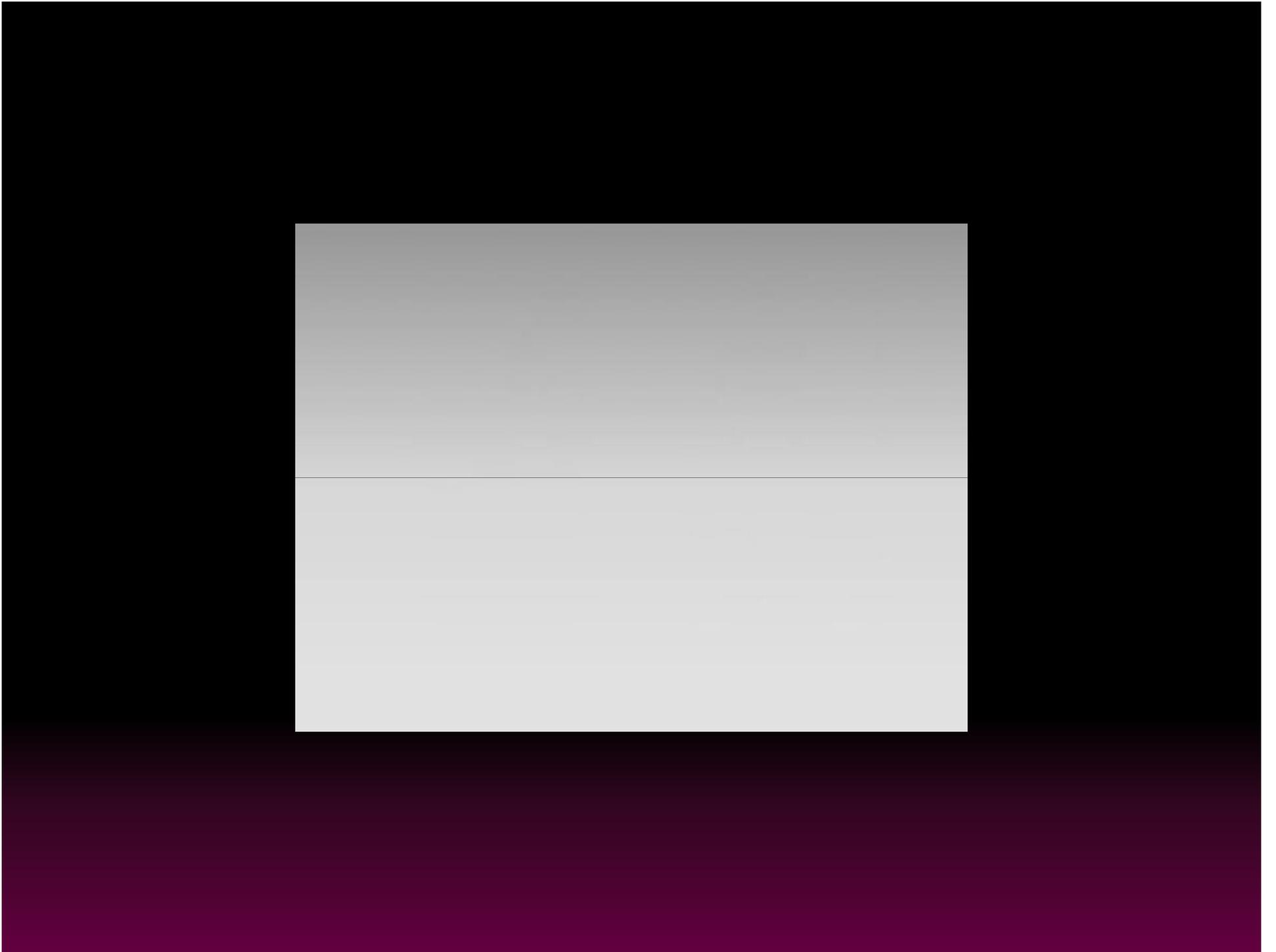
- Tumor 2
- Lesión medular 2
- Mielitis Transv. 1
- ACV 1
- Mielomalacia 1
- Sepsis 1
- Anoxia 1
- Meningitis 1
- HIV 1













Radicelectomía posterior selectiva.
Resultados. Período 1992–2010. (N= 300, ♂ = 194 ♀ = 106).
Seguimiento: 10 años - 6 meses.

SIN CAMBIOS:

27 pacientes. 9%

AGRAVACIÓN:

3 pacientes. 1%

SIN RESULTADO: 2%

Lesiones medulares traumáticas: 2

Mielomeningocele: 1

Hemiplejía predominio crural: 1

Mielomalacia cervical por canal estrecho. 1

HALLAZGOS:

30% de las PC presentaban signos microscópicos de atrofia del cono medular.

COMPLICACIONES:

Infección: 10

epiduritis: 1.

meningitis: 1.

cutáneas: 8.

Escoliosis: 40.

Escoliosis quirúrgicas: 15

Fístula: 6.

Isquemia medular: 1.

Trastorno psiquiátrico: 1.

Pie inestable: 2.

Espondilolisis: 2

Radicelectomía Posterior Selectiva. Conclusiones.

- Las discrepancias entre segmentos medulares, radicela y raíz expresa la gran variabilidad y complejidad en la organización de circuitos y redes neuronales en las lesiones del SNC.
- Mejor ubicación del psoas en radicelas D11 y D12.
- La diplejía es la forma clínica más beneficiada.
- Mejores resultados funcionales sobre la espasticidad leve y moderada.
- La distonía distal de m. sup. no comprometió el resultado. Dificulta la rehabilitación.
- Los resultados funcionales dependen de la intensidad de la rehabilitación.
- Compromiso familiar y motivación.