

Mesa Redonda: Alternativas del tratamiento de la espasticidad

Tema: Radicelectomía selectiva posterior en el niño espástico

Autor: Lic. Noemí Ledesma

Fecha: jueves 9 de agosto

SABEMOS QUE LA LESION CEREBRAL EN EL NIÑO ESPASTICO NO ES PROGRESIVA, SIN EMBARGO EL DESORDEN MOTOR PROGRESA CON EL CRECIMIENTO

JAMES GAGE DESTACA LA DIFERENCIA ENTRE LAS ANORMALIDADES PRIMARIAS (DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON LA LESIÓN), LAS SECUNDARIAS Y LAS TERCARIAS O COMPENSATORIAS

ANORMALIDADES PRIMARIAS: 1) PÉRDIDA DE CONTROL MOTOR SELECTIVO

2) TRASTORNOS DEL BALANCE

3) ALTERACIONES DEL TONO MUSCULAR

ANORMALIDADES SECUNDARIAS: 1) CONTRACTURAS MUSCULARES 2) ANORMALIDADES DEL CRECIMIENTO ÓSEO 3) DISFUNCIONES DE LOS BRAZOS DE PALANCA

ANORMALIDADES TERCARIAS: -1) INCLINACIÓN DEL TRONCO 2) INCLINACIÓN DE LA PELVIS 3) CIRCUNDUCCIÓN DEL MIEMBRO

ESPASTICIDAD

- INCREMENTO DE LA RESPUESTA DEL REFLEJO TÓNICO DE ESTIRAMIENTO DEBIDO A DÉFICIT EN LA REGULACION DEL TONO DESDE CENTROS SUPERIORES (Síndrome de la motoneurona superior)
- SE MANIFIESTA CLÍNICAMENTE COMO LA RESISTENCIA DEL MÚSCULO A LA MOVILIZACIÓN PASIVA RAPIDA (velocidad dependiente)
- FRENA EL SISTEMA DE MOVIMIENTO AUMENTANDO EL COSTO ENERGÉTICO
- INHIBE EL CONTROL MOTOR VOLUNTARIO
- INTERFIERE EN LA ELONGACIÓN NORMAL DE LOS MÚSCULOS, INHIBIENDO SU CRECIMIENTO Y FAVORECIENDO DEFORMIDADES.

LA RIZOTOMIA CONSISTE EN SECCIONAR PARCIALMENTE LA RAÍZ POSTERIOR, CON EL FIN DE DISMINUIR LOS IMPULSOS AFERENTES Y POR LO TANTO LA EXCITABILIDAD DE LA MOTONEURONA, ACTÚA DIRECTAMENTE SOBRE EL REFLEJO MIOTÁTICO.

LOS OBJETIVOS FUNCIONALES SON: Disminuir el **GASTO ENERGETICO / Mejorar el control motor selectivo / Mejorar la fuerza y longitud muscular / Modificar el esquema de movimiento** (gran desafío –borrar memoria motora) / **Mejorar el patrón de marcha** / Lograr **agilidad**

ABORDAJE: Se efectúa a la altura del Cono medular (previamente identificado por RNM habitualmente en L1) / Laminotomía, (3 niveles D11- D12- L1) / Estimulación intraoperatoria de las raíces / Identificación de respuestas - Kinesiólogo- (observación y palpación) / Sección (según la evaluación kinésica prequirúrgica).

LOS MÚSCULOS MÁS COMPROMETIDOS SUELEN SER LOS **BIARTICULARES**, SON MÚSCULOS **DÉBILES** Y SUELE HABER UNA POBRE INHIBICIÓN ANTAGONISTA, PRESENCIA DE **CO-CONTRACCIÓN**.

CRITERIOS DE SELECCIÓN: Evaluación física (determinar la presencia de hipertono, su grado y distribución) / **FUNCIONALIDAD**/ Posibilidades concretas de **rehabilitación postquirúrgica** / El **candidato ideal** es el niño dipléjico espástico, pretérmino, (leucomalacia periventricular)

DEFORMIDADES OSTEOARTICULARES: SE DEBE REALIZAR UN CONTROL PERIÓDICO DEL NEUROORTOPEDISTA DURANTE EL CRECIMIENTO Y PLANIFICAR LAS CIRUGÍAS ORTOPÉDICAS EN TIEMPO Y FORMA. **LA CORRECCIÓN DE LAS DISFUNCIONES DE LOS BRAZOS DE PALANCA PERMITEN OPTIMIZAR LA FUERZA MUSCULAR, DE LO CONTRARIO LOS MÚSCULOS CONTINÚAN TRABAJANDO EN DESVENTAJA MECÁNICA**