

PATOLOGÍAS Y PRESTACIONES

Tratamiento de espasticidad discapacitante

La espasticidad es una tensión muscular anormal debido a una contracción muscular prolongada que puede presentar espasmos constantes y frecuentes.

Es un síntoma asociado con lesiones cerebrales, de la médula espinal o de los nervios raquídeos, y se presenta en personas afectadas con condiciones neurológicas como la parálisis cerebral infantil, tumores, ACV hemorrágico, ACV isquémico, hidrocefalia, enfermedad desmielinizante, infecciones, etcétera.

La presencia de espasticidad en algunas ocasiones puede resultar beneficiosa para mantener la masa muscular, pero en la mayoría de los casos se torna discapacitante porque es excesiva e interfiere con las funciones o el confort produciendo posturas anormales, contracturas, úlceras de presión y dolor que deterioran o hacen imposible la marcha y la postura. Los casos severos evitan que el paciente asuma una posición para usar una silla de ruedas.

Cuando la espasticidad no responde adecuadamente al tratamiento farmacológico vía oral ni a la fisioterapia se puede recurrir a terapias neuroquirúrgicas.

Todos los pacientes con espasticidad requieren de un tratamiento multidisciplinario para el estudio detallado de su caso, para luego poder valorar los potenciales beneficios de los diferentes tratamientos.

Tratamientos

Rizotomía Dorsal Selectiva (SDR)

Es una técnica microquirúrgica funcional ablativa e irreversible, mínimamente invasiva, efectiva y segura para el control de la espasticidad difusa en las extremidades inferiores.

Tiene como objetivos:

- Reducir a largo plazo la espasticidad, aumentando el rango de sus movimientos activos y pasivos y mejorando su posicionamiento.
- Mejorar la función, reducir el dolor y aumentar la independencia para los cuidados de la vida diaria.

Esta técnica se realiza bajo anestesia general y con monitoreo neurofisiológico intraoperatorio. Se procede abriendo una pequeña ventana en la estructura ósea en la columna dorsal para tratar y operar las raíces de los nervios afectados en la columna lumbar. Bajo un microscopio quirúrgico y guiados por neuroestimulación intraoperatoria, se identifica las radículas sensitivas de los segmentos comprometidos y se procede a una ablación parcial de aquellas que fueron identificadas como anormales, para interrumpir la actividad refleja anormal sin alterar aquella que funciona normalmente.

Requiere una internación de 5 a 7 días. Luego de 15 días se puede comenzar la rehabilitación postquirúrgica, que no debe interrumpirse durante los siguientes 12 a 18 meses a la cirugía.

De existir deformidades osteoarticulares se indica la rizotomía como paso previo a una cirugía ortopédica.

Neurotomía Selectiva

Es una técnica microquirúrgica ambulatoria efectuada con un microscopio quirúrgico que, guiada por neuroestimulación intraoperatoria, permite reducir esta afección en forma significativa mediante la ablación parcial de las fibras motoras de la rama nerviosa (identificada como responsable de la espasticidad), ya sea en miembros superiores o inferiores. Se realiza cuando existe una espasticidad focal grave como pie en garra, pie equino, clonus inagotable, Babinski espontáneo, exceso de espasticidad en aductores, mano en garra, etcétera. No requiere inmovilización con yesos o férulas y el paciente debe continuar con rehabilitación para reeducación funcional pocos días después de la intervención.

Previo a realizar la intervención quirúrgica tenemos la posibilidad de realizar una prueba para aproximar la respuesta que tendrá el paciente a la cirugía, realizando un bloqueo anestésico motor. Este consiste en identificar por medio de una punción y el uso de neurolocalización el nervio o grupo de nervios que han sido evaluados para realizar este procedimiento. Posteriormente se instila un anestésico y se evalúa la respuesta que tiene para bloquear la espasticidad. De ser satisfactorio esta prueba, realizamos la neurotomía con seguridad.

La neurotomía debe ser practicada antes de que ocurran alteraciones osteoarticulares o capsuloligamentarias, que harían que los resultados sean incompletos.

Tiene por objetivos:

- Reducir la espasticidad.
- Restaurar el equilibrio del tono muscular.
- Mejorar las capacidades funcionales y prevenir las deformidades.
- Mejorar el confort para el paciente y familiares, y reducir el dolor que resulta de las posturas anormales.

Terapia intratecal con baclofeno por medio de bomba de infusión continua (IBIT) implantada

Esta terapia es una forma de neuromodulación ajustable, no destructiva y reversible, que ofrece dosis terapéuticas de Baclofeno, un relajante del músculo esquelético indicado para pacientes crónicos que presentan espasticidad severa discapacitante. Este tratamiento no eliminará la fuente de la espasticidad, no curará la enfermedad que la provoca, pero ayuda a mejorar significativamente la calidad de vida del paciente.

Previo al procedimiento de implantación, si el cuadro del paciente cumple con los criterios de aceptación, se le realizará una prueba de infusión de baclofeno intratecal para determinar el potencial de mejora de su espasticidad. Si los resultados son positivos se decidirá y definirá la implantación quirúrgica del equipo junto con el paciente y su familia buscando un entendimiento de todo el entorno familiar del paciente.

Cirugía

Sus objetivos son:

- Reducir la espasticidad
- Mejorar el tono muscular
- Reducir el dolor que resulta de las posturas anormales
- Mejorar la calidad de vida, optimizando su rehabilitación y facilitando cuidados personales e higiene.

Este tratamiento se basa en el envío de baclofeno, a la médula espinal, por medio de una bomba de infusión continua (IBIT) multiprogramable implantada que administra la droga a través de un catéter.

La dosificación es ajustada por el médico según las necesidades del paciente, que varían a lo largo del día, según etapas de su crecimiento y estaciones climáticas.

Este tratamiento comprende una cirugía de baja complejidad, que puede ser bajo sedación o anestesia general según la condición del paciente. Mediante una punción lumbar se realiza la colocación de un catéter, que es tunelizado bajo la piel hacia la pared del abdomen, donde a través de una incisión se conecta a la bomba que se implanta allí (también bajo la piel). La bomba es llenada en quirófano con la medicación antes de realizar el implante. Requiere 24 horas de internación. A los 10-15 días luego de retirar los puntos de sutura se puede retomar su rehabilitación habitual, en la que durante los primeros 60 días se deben evitar los movimientos de flexión de tronco o rotación.