

Rizotomía dorsal selectiva

La **rizotomía** dorsal selectiva (RDS) permite, gracias a un riguroso y detallado estudio previo, determinar qué grupos de músculos han de tratarse. Basada en estudios y monitorización neurofisiológica intraoperatoria y con técnica microquirúrgica, la rizotomía dorsal resulta muy selectiva tras la perfecta identificación de las raicillas que se han de preservar.

Resultados

Los resultados posoperatorios tras la valoración cualitativa y cuantitativa de diversos parámetros, muestran mejorías significativas en el rendimiento funcional del niño al año de la intervención, que se mantienen e incrementan en los años siguientes.

Postoperatorio

Se precisa un riguroso programa de fisioterapia y rehabilitación.

Técnica

Se trata de una intervención quirúrgica que se realiza sobre las raíces posteriores de los nervios raquídeos que transcurren en la cola de caballo, en la parte más baja del conducto raquídeo.

Mediante un monitoreo electromiográfico intraoperatorio realizado por un médico especialista en neurofisiología, se determinan cuales son las raíces nerviosas que forman parte de “circuitos anormales” que producen y mantienen la espasticidad.

La identificación de estas raíces se realiza mediante la estimulación individual de cada una de las raicillas que forman las raíces posteriores de los segmentos lumbosacros destinados a los miembros inferiores. La respuesta clínica “normal” a la estimulación de una raíz posterior (sensitiva), es una contracción muscular en el mismo nivel del estimulado. Por ejemplo, si se estimula la raíz posterior Lumbar 2 (L2) sólo hay respuesta en los aductores del muslo (inervados por L2). Al mismo tiempo, se observa una respuesta electromiográfica “normal”, con un patrón característico de tipo “decremental”.

Una respuesta clínica “anormal” es aquella por la cual se obtiene una difusión del estímulo a otros niveles del estimulado. Por ejemplo, si se estimula la raíz, posterior L2 se obtiene como respuesta no sólo la contracción de los aductores sino también la de otros músculos (isquiotibiales, tríceps sural, etc.), inervados por otros segmentos del estimulado. La facilitación que existe en estos casos motiva que la contracción muscular persista aunque haya cesado el estímulo radicular, lo que no ocurre en las respuestas “normales”. La respuesta electromiográfica “anormal” se caracteriza por tener un patrón de tipo “incremental”.

Esta difusión del estímulo y la persistencia de la contracción muscular, sumada al patrón electromiográfico “incremental” muestra que la raíz estimulada forma parte de un “circuito excesivamente facilitado” por la misma, así como las demás raíces con respuestas “anormales” son selectivamente seccionadas bajo microcirugía interrumpiéndose así los circuitos anormales causantes

de la espasticidad.

Las raíces que muestran respuestas “normales” no son interrumpidas y, por lo tanto, no existe posibilidad de que se produzcan alteraciones sensitivas. Tampoco son interrumpidas las raíces anteriores -motoras-, lo cual evita toda posibilidad de parálisis muscular postoperatoria. El fundamento de la Rizotomía Dorsal Selectiva radica en que, bajo condiciones normales, el tono muscular resulta de un equilibrio entre la acción inhibitoria o “frenadora”, que sobre dicho tono muscular ejerce la vía piramidal, y la acción excitatoria o “facilitadora” transmitida por las raíces posteriores de los nervios raquídeos desde los músculos a la médula espinal.

La lesión piramidal que existe en pacientes con lesiones cerebrales o medulares, como las mencionadas, rompe ese equilibrio, el que es restablecido mediante la Rizotomía Dorsal Selectiva al interrumpir selectivamente la acción de las raíces posteriores de los nervios raquídeos.

Candidato ideal

Está entre 4 y 6 años de edad.

Tiene espasticidad pura sin otros tipos de problemas del tono muscular (disonías) y tampoco alteraciones en el equilibrio (ataxias).

Haber realizado un tratamiento neurorehabilitador previo a la cirugía no menor de 6 meses con estabilización en los resultados.

Tiene control del movimiento (puede mover el músculo pero su tono evita usarlo efectivamente).

Tiene músculos espásticos, ante todo en las piernas (diplejía espástica), espasticidad en las piernas y en los brazos con las piernas más afectadas (cuadriplejía espástica), o espasticidad que afecta un brazo y una pierna del mismo lado del cuerpo (hemiplejía espástica).

No tiene una escoliosis severa (curva deformante de la columna) o no ha tenido una fusión vertebral en el área lumbar (espalda baja) por escoliosis.

Está bien motivado y tiene la capacidad de cooperar en el programa de terapia a largo plazo.

Tiene una familia que entiende el compromiso a largo plazo con la terapia física intensiva.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - Neurocirugía Contemporánea ISSN
1988-2661

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=rizotomia_dorsal_selectiva

Last update: 2025/05/03 23:57

