

Tratamiento de la Escoliosis Neuromuscular, Espasticidad y Luxación Dolorosa de Caderas en un Tiempo Quirúrgico. Instrumentación Espino Pélvica, Rizotomía y Drezotomía

Reunión intermedia de la WSSFN 2025. Resumen 0113.

Yamila Basilotta, Beatriz E Mantese.
FLENI. Argentina.

Autor para correspondencia: Yamila Basilotta email: yamibasilottamarquez@gmail.com

Como citar: Basilotta Y, E Mantese B. Tratamiento de la Escoliosis Neuromuscular, Espasticidad y Luxación Dolorosa de Caderas en un Tiempo Quirúrgico. Instrumentación Espino Pélvica, Rizotomía y Drezotomía: Reunión intermedia de la WSSFN 2025. Resumen 0113. NeuroTarget. 2025;19(2):87.

Resumen

Introducción: La escoliosis neuromuscular, la espasticidad y la luxación dolorosa de caderas afectan hasta al 80 % de los pacientes con Encefalopatía Crónica No Evolutiva (ECNE) en sus formas más severas. El tratamiento quirúrgico de estas condiciones combinadas representa un gran desafío, especialmente en presencia de múltiples comorbilidades. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en el abordaje quirúrgico simultáneo de la escoliosis neuromuscular y la luxación espástica dolorosa de caderas, en el marco de un tratamiento multidisciplinario. Según nuestro conocimiento, se trata del primer reporte que describe esta estrategia combinada.

Método: Estudio retrospectivo y analítico de 5 pacientes con ECNE y cuadriparesia espástica (GMFCS V), con edad promedio de 11,2 años, que presentaban escoliosis, espasticidad y luxación dolorosa de caderas, todas con indicación quirúrgica. Se realizó, en un solo tiempo quirúrgico, artrodesis espino pélvica instrumentada para corregir la deformidad espinal, asociada a rizotomía y drezotomía para el control del dolor y la espasticidad. Se evaluaron radiografías pre y postoperatorias, así como niveles de dolor y espasticidad.

Resultados: Se obtuvo una corrección significativa de la escoliosis con buen balance espino pélvico en los planos coronal y sagital. La combinación de rizotomía y drezotomía permitió un control efectivo del dolor y la espasticidad en miembros inferiores. Estas mejoras facilitaron la sedestación, la higiene y los procesos de rehabilitación, impactando positivamente en la calidad de vida.

Discusión: El tratamiento de pacientes con ECNE GMFCS V requiere un abordaje interdisciplinario, dada la coexistencia de dolor, deformidades ortopédicas, espasticidad severa, compromiso neurológico y otras comorbilidades que afectan la calidad de vida. En casos extremos con luxación dolorosa de caderas, escoliosis y espasticidad generalizada, las técnicas ortopédicas aisladas o el control del tono mediante toxina botulínica o bomba de baclofeno resultan insuficientes. En nuestra experiencia, la combinación de drezotomía y rizotomía dorsal selectiva, junto con la fusión espinal y la cirugía de caderas en un mismo tiempo quirúrgico, ofrece un aborda-

je integral y de alta complejidad que reduce la espasticidad, alivia el dolor y mejora de forma significativa el confort y la calidad de vida, incluso en los pocos casos que requirieron cirugía de rescate de caderas.

Conclusiones: Este enfoque multidisciplinario representa una alternativa terapéutica integral y eficaz para pacientes con ECNE y alta complejidad clínica.

Referencias

1. Lipton GE, Miller F, Dabney KW, et al. Factors predicting postoperative complications following spinal fusions in children with cerebral palsy. *J Spinal Disord.* 1999;12:197-205.
2. Tsirikos AI. The development and treatment of spinal deformity in patients with cerebral palsy. *Indian J Orthop.* 2010;44:148-158.
3. Edebol-Tysk K. Epidemiology of spastic tetraplegia cerebral palsy in Sweden. I. Impairments and disabilities. *Neuropediatrics.* 1989;20:41-45.
4. Vialle R, Thévenin-Lemoine C, Mar P. Neuromuscular scoliosis. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2013;99(Suppl):S124-S139. Graham HK. Classifying cerebral palsy. *J Pediatr Orthop.* 2004;25:127-129.
5. Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, et al. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 1997;39:214-223.
6. Miller A, Temple T, Miller F. Impact of orthoses on the rate of scoliosis progression in children with cerebral palsy. *J Pediatr Orthop.* 1996;16:332-335.
7. Terjesen T. The natural history of hip development in cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2012;54(10):951-957.
8. Kolman SE, Ruzbarsky JJ, Spiegel DA, Baldwin KD. Salvage options in the cerebral palsy hip: a systematic review. *J Pediatr Orthop.* 2016;36(6):645-650.
9. Sindou M. Etude de la jonction radiculo-médullaire postérieure. [Thèse de Médecine]. Lyon: Université Lyon I; 1972.