

RECUPERAÇÃO DA MARCHA APÓS RIZOTOMIA DORSAL SELETIVA UNILATERAL EM PACIENTE COM SEQUELA DE TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO

José Lucas Talles Ferreira Luz (lucas_talles25@hotmail.com)

(July Lima Gomes, Maria Clara Chaves Monteiro, Allana Rodrigues César Araújo Luz, Jordano Leite Cavalcante de Macêdo, Ana Patrícia de C Petillo Rodrigues, Francisco José Alencar, Josione Rêgo Ferreira)

Centro Integrado de Reabilitação – CEIR, Avenida Higino Cunha, Nº 1515, Bairro Ilhotas. Teresina - Piauí

1. INTRODUÇÃO

A Espasticidade é uma alteração motora caracterizada por hipertonia e hiperreflexia, sendo um dos distúrbios mais frequentes e incapacitantes observados nos indivíduos com lesão do sistema nervoso central, quando esta afeta o neurônio motor superior ao longo da via córtico-espinal^(2,5). Dentre os tratamentos existentes para o controle da espasticidade, podemos citar: medicações orais (baclofeno, tizanidina, etc.), aplicação de toxina botulínica ou fenol, neurotomia, bomba de infusão contínua de baclofeno intratecal e rizotomia dorsal seletiva (RDS), sempre associados à reabilitação física por equipe de saúde multidisciplinar⁽³⁾. Na RDS, a avaliação da fisioterapia neurofuncional seleciona as radículas sensitivas relacionadas aos grupos musculares com maior participação no mecanismo espástico para serem seccionadas na região do cone medular^(1,4).

2. MÉTODO

Estudou-se parâmetros de melhora funcional (escalas Ashworth M e avaliação da marcha) em 2 momentos (pré RDS e pós RDS) em um paciente com sequelas de traumatismo crânioencefálico, acompanhado por equipe multidisciplinar no ambulatório de espasticidade do Centro Integrado de Reabilitação (CEIR – Piauí)

3. RESULTADOS

A.A.C.R., masculino, 25 anos, vítima de traumatismo crânioencefálico há 1 ano. Na avaliação inicial estava cadeirante, apresentava Glasgow 15, hemiparesia espástica completa e proporcionada à direita, Ashworth 3 MSD/MID, com redução de amplitude do movimento para extensão do cotovelo e para flexão/abdução do ombro e principalmente, extensão de joelho direito, incapacitando a bipedestação. Sem apresentar melhora funcional com diferentes abordagens terapêuticas para espasticidade (baclofeno oral 30mg/dia, toxina botulínica intramuscular e reabilitação física), foi submetido à RDS lombar unilateral à direita que resultou em melhora significativa da espasticidade em membro inferior direito (Ashworth zero MID) com recuperação da marcha domiciliar.

4. CONCLUSÕES

Neste caso clínico observa-se que a espasticidade resulta de uma alteração funcional e complexa e seu adequado manejo terapêutico deve ser individualizado mediante as diversas opções de tratamento disponíveis, sendo a RDS uma alternativa viável também para adultos, com resultados satisfatórios de melhora funcional e qualidade de vida.

5. IMAGENS PRÉ-RDS



6. IMAGENS PÓS-RDS



7. REFERÊNCIAS

1. ABBOTT R, JOHANN-MURPHY M, SHIMINSKY-MAHER T et al.: Selective dorsal rhizotomy: outcome and complications in treating spastic cerebral palsy. *Neurosurgery* 33:851-7, 1993.
2. GREVE, J. A. Fisiopatologia da espasticidade. *Physiopathology of the spasticity*, Med. Reabil, 1997. p. 17-19.
3. KUMAGAI, N.Y.; ZONTA, M.B. Espasticidade-Tratamento. *Fisioterapia em Movimento* 10, p123-127, 1998.
4. PARK TS, JOHNSTON JM. Surgical techniques of selective dorsal rhizotomy for spastic cerebral palsy. *Neurosurg Focus* 2006; 21:e7.
5. THILMANN AF, FELLOWS SJ, GARMS E: The mechanism of spastic muscle hypertonus. Variation in reflex gain over the.