

# Melhora da marcha após Rizotomia Dorsal Seletiva em paciente com espasticidade secundária a Paralisia Cerebral

Marília Cristina Silva Morais ([marilizinmed@gmail.com](mailto:marilizinmed@gmail.com))

**Co-autores:** Joyce Laíse Silva Duarte, Ana Mariza Teixeira Almeida, Elis Raquel da Silva Araújo, Jordano Leite Cavalcante de Macêdo, Ana Patrícia de C. Petillo Rodrigues, Francisco José Alencar, Josione Rêgo Ferreira.  
CEIR Avenida Higino Cunha, Nº 1515, Bairro Ilhotas. CEP: 64.014-220. Teresina - Piauí.

## 1. INTRODUÇÃO

A paralisia cerebral (PC) é uma causa frequente de deficiência física grave em crianças, e decorre de uma lesão não progressiva sobre o sistema nervoso central, resultando em alterações funcionais diversas. A PC é classificada em 5 níveis segundo a *Gross Motor Function Classification System* (GMFCS).<sup>3</sup> Na PC espástica apresenta-se a hipertonia muscular velocidade-dependente, que pode causar deformidades nos membros afetados e comprometer a qualidade de vida destes pacientes.<sup>1</sup> A rizotomia dorsal seletiva (RDS) é um procedimento cirúrgico eficiente, quando outros tratamentos não apresentam resultados satisfatórios, como medicações orais, aplicação de toxina botulínica e neurotomia.<sup>2</sup> Um tratamento enérgico e precoce, baseado em terapia física, reabilitação e procedimentos médicos, melhora a funcionalidade dessas crianças e é objeto de estudo deste trabalho, que se apresenta sob forma de relato de caso.

## 2. MÉTODOS

Estudou-se parâmetros de melhora funcional (escalas Ashworth M e avaliação da marcha) em 2 momentos (pré RDS e pós RDS) em uma paciente com PC GMFCS nível 3 (anda no domicílio com auxílio de muletas e andadores), acompanhado por equipe multidisciplinar no ambulatório de espasticidade do Centro Integrado de Reabilitação (CEIR – Piauí).

## 3. RESULTADOS

Paciente M.L.O.M.B., 11 anos, feminino, PC GMFCS nível 3. Na avaliação inicial deambulava com auxílio de andador posterior e órtese suropodálica, necessitava de auxílio para despir a parte inferior do corpo, hipertonia (Ashworth 3 MMII). Por meio da eletromiografia de superfície e Ashworth, foi detectado hiperatividade de raízes medulares correspondentes aos músculos pluriradiculares e em um primeiro momento, foi documentado através da Tabela 1.

Sem apresentar melhora funcional com diferentes terapêuticas para espasticidade (baclofeno oral 25mg/dia, toxina botulínica IM e reabilitação), submeteu-se ao procedimento neurofuncional de RDS, em virtude de importante espasticidade em MMII com padrão flexor.

Após 6 meses, notou-se mudanças de acordo com a interpretação da escala de Ashworth M e no *Gross Motor Function Measure* – GMFM 66, são elas: sentada em banco pequeno, antes da cirurgia, paciente iniciava a tentativa em assumir a postura bípede. Após criança passou a assumir a postura bípede utilizando ambos os braços; ajoelhada, paciente iniciava a tentativa em assumir a posição em pé passando pela posição semiajoelhada sobre o joelho esquerdo e/ou direito. Após, passou a atingir tal troca postural com auxílio dos braços; em pé, antes criança andava de 3 a 9 passos para frente com uma mão segurada.

Após passou a andar 10 passos para frente com uma mão segurada; em pé, segurando no corrimão, criança era incapaz de subir e descer degraus. Após, passou a subir e descer 4 degraus, se segurando, alternando pés inconsistentemente.

Na Tabela 1, é perceptível a evolução no tratamento e melhora da espasticidade em questão.

SEGMENTO MEDULAR	GRUPO MUSCULAR	ESCALA DE ASWORTH (inicial)	ESCALA DE ASWORTH (final)
L1 – L2	Flexores de quadril	Grau 2	Grau 0
L2 – L3	Adutores de quadril	Grau 3	Grau 0
L3 – L4	Flexores de joelho	Grau 3	Grau 0
L4 – L5	Extensores de joelho	Grau 1	Grau 0
L5 – S1	Flexores dorsais	Grau 1	Grau 0
S1 - S2	Flexores plantares	Grau 3	Grau 0

**Tabela 1.** Avaliação de espasticidade através da escala de Ashworth dividida por grupo muscular e segmentos medulares realizada antes e depois da RDS.

Ratificando-se o sucesso da terapêutica aplicada, após 1 ano de cirurgia, realizou-se 3º GMFM, evidenciando-se ainda melhora da atividade funcional da paciente: em pé, segurando-se em um banco grande, antes criança era capaz de levantar o pé esquerdo por 3 segundos segurando-se com ambas as mãos. Hoje o faz segurando-se apenas com uma mão.

## 4. CONCLUSÕES

Neste estudo observa-se que a RDS lombar, paciente apresentou melhora na velocidade e cadência da marcha, funcionalidade em trocas posturais com menor gasto energético. Visto que espasticidade foi reduzida e fraqueza se tornou mais evidente.

## 5. REFERÊNCIAS

- ALBRIGTH, A. L. Neurosurgical treatment of spasticity: selctuve posterior rhizotomy and intrathecal baclofen. *Stereotact Funct Neurosurgery*. v. 58, n. 1-4, p. 3- 13, 1992
- KISS, A, ET AL. Rizotomia dorsal seletiva(RDS) para espasticidade: técnica minimamente invasiva no cone medular. *Arq Bras Neurocirurgia*. v.33, n. 3, p. 170-175, 2014.
- VAL, J. A. C., LIMA, A. L. O., MARTINS, A. O. O impacto da rizotomia dorsal seletiva na qualidade de vida de crianças espásticas portadoras de paralisia cerebral. *J. Arq. Bras .Neurocirurgia* v. 27, n. 1, p. 7-11, 2008.