

Neuroortopedia y Distrofia Muscular de Duchenne

Bases del tratamiento

FISIOKINESIOTERAPIA

La terapia física se encarga de la evaluación y tratamiento de estos pacientes en las siguientes áreas: nivel de desarrollo psicomotor, movilidad y pasajes, fuerza muscular, rango de movimiento articular y alineación corporal, función respiratoria, independencia en actividades de la vida diaria e Interacción con el equipo.

El tratamiento Kinésico se empieza ni bien se hace el diagnóstico.

Tempranamente se indican:

- Movilizaciones pasivas en los músculos acortados, principalmente flexores y abductores de cadera, flexores de rodilla y flexores plantares del pie;
- Ejercicios activos generales sin fatigar ni usar resistencia pretendiendo mantener rangos de movilidad articular normales;
- Ejercicios respiratorios.

Uno de los objetivos principales en un programa de mantenimiento es el de proveer el apoyo familiar ante la progresividad de la enfermedad.

Debe evitarse la sobrecarga de actividades terapéuticas porque genera cansancio y muchas veces frustración familiar, que puede llevar al abandono de las terapias. Este apoyo debe extenderse al ámbito escolar y comunitario.

EQUIPAMIENTO

Los niños se equipan en forma temprana con ortesis cortas (valvas) termoplásticas, iniciando el uso nocturno, en el momento que se insinúa el equino (pie en punta) aún reductible, pasando a uso permanente (marcha y reposo) cuando la deformidad comienza a mostrar algún grado de irreductibilidad. Las valvas deben ser de contacto total porque de su adaptación perfecta depende el control que puedan o no ejercer para prevenir la aparición de deformidades y para mantener las correcciones logradas luego de un evento quirúrgico.

Por debilidad de miembros superiores suele haber bastante resistencia al uso de asistentes de la marcha como sucede con los bastones.

MEDICACIÓN

Manejada principalmente por médicos neurólogos, fisiatras y endocrinólogos, busca controlar o al menos enlentecer, la evolución natural de la enfermedad (corticoides), mejorar la función ventilatoria y bajar el riesgo de fracturas por osteopenia (difosfonatos, vitamina D y calcio).

Con los años, los pacientes tratados muestran una mejor evolución (en relación a los no tratados) y consecuentemente logran mayor tiempo de deambulación independiente.

CIRUGÍA

El momento indicado para las intervenciones quirúrgicas de miembros inferiores es aquel en el que no podemos controlar las deformidades progresivas especialmente la abducción de cadera y pierna por retracción del Tensor de la Fascia Lata (TFL) y el equino y equino-varo por retracción del complejo gemelo-sóleo más el tibial posterior.

Comprobadas estas deformidades, no se debe esperar hasta que el niño esté a punto de perder la marcha o ya lo haya hecho. Debe tenerse presente que si hubo abandono de marcha difícilmente esta podrá ser reiniciada.

El paciente se para dentro de las 24hs de operado, siendo esto una condición indispensable, que se conversa con el paciente y su familia, para asegurar una rápida recuperación del nivel de función preoperatorio. Este punto es fundamental, y decimos: "Entra caminando y sale caminando".

Con el objeto de prevenir o postergar la aparición de escoliosis (desviación de la columna en sentido lateral) se insiste en el cumplimiento de las medidas indicadas. Sabida es su relación temporal debido a la debilidad muscular progresiva.

El presente artículo fue escrito en base a las publicaciones de reconocidos autores como: Arendar GM; Canelo S; Casini E; Dubrovsky A; Paladino D; Drenan JC; Vignos PJ y Hsu JD; entre otros.

Dra. Alejandra Andermann
Médica MN108250
Especialista en Ortopedia y Traumatología Infantil
Neuroortopedia

CONCLUSIONES GENERALES

La actividad del médico ortopedista pediátrico general o del neuroortopedista en la atención de las enfermedades neuromusculares debe imprescindiblemente ser como partícipe de un equipo multidisciplinario.

Cualquier duda ante una consulta esporádica de un niño previamente no diagnosticado obligadamente debe llevar a la derivación para evitar errores diagnósticos.

Es difícil establecer parámetros comparativos para analizar resultados en un grupo de pacientes con evolución tan variada...

Trabajar con el concepto de enfermedades incurables pero tratables, permitirá que estos niños y adolescentes se incorporen a actividades familiares, educacionales y sociales en las mejores condiciones posibles, es decir mejorando su calidad de vida.

Los recursos actuales para equipamientos, pasajes, transporte y comunicación han cambiado ciertamente esta calidad de vida.

Dr Gregorio M. Arendar. Tesis de doctorado "Tratamiento Ortopédico de las Miopatías. UBA. Facultad de Medicina. Año: 2000.