

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA PARALISIA CEREBRAL **

Léo Mário Mabilde *

1 — Conceito de tratamento cirúrgico

Na realidade, o tratamento do paralítico cerebral é um problema tão complexo, que mais exato seria substituí-lo por “tratamento de um caso determinado de paralisia cerebral”, de um caso concreto, isolado, específico, já que considerados em conjunto todos são diferentes. Com efeito, os pacientes de PC suscetíveis de serem tratados, deverão sê-lo graças a um esforço de conjunto no qual pode intervir também o cirurgião ortopedista.

Falar em tratamento cirúrgico da PC sugere o desconhecimento do problema em seus aspectos mais importantes, a tal ponto que se possa supor que uma operação de alongamento de tendão faça caminhar um paciente que até então não o havia feito.

Seria mais prudente e mais verdadeiro perguntar-se que intervenção possui o tratamento cirúrgico no plano geral de reabilitação desses doentes, o que nos conduziria a uma primeira conclusão importante: “as únicas indicações do tratamento cirúrgico constituem exclusivamente naquelas para os paralíticos cerebrais capazes de entrar num plano total de reabilitação”.

A opinião do cirurgião ortopédico será uma nota a mais no concerto que constitui a equipe de reabilitação.

Não se pretenda curar e sim procurar tornar apto, de adestrar, de capacitar, de habilitar crianças que nunca foram hábeis. Talvez, mesmo, seja mais

correto falar num “plano de habilitação” do que num “plano de reabilitação”.

Compreende-se assim porque não pode haver tentativas isoladas, não pode haver — e muito menos a cirúrgica — essa atitude, posto que o cirurgião não aspira na realidade que um paralítico cerebral tenha um pé ou um joelho em atitude correta, senão que ele venha a caminhar.

A atitude viciosa se deve e se pode corrigir quando ela é obstáculo a função pela dor ou pela deformação. Porém, o que se busca num plano de reabilitação de um paralítico cerebral é que ele se ponha de pé e que caminhe e, às vezes, para que isso seja possível é necessário uma atitude viciosa.

O propósito da intervenção cirúrgica não deve ser nesses casos a melhoria da aparência física. Este não é o fim. O objetivo é proporcionar a função, a qual, repetimos, muitas vezes se beneficia de uma má aparência física.

Não devemos esquecer o lugar importante que ocupa o diagnóstico no plano geral do tratamento. A clínica de avaliação proporcionará com a colaboração de todos os membros da equipe a decisão final: “é o paciente reabilitável”?

É preciso não incorrer no erro de considerar isoladamente a atitude viciosa segmentária mais do que a função perturbada, isto é, que melhorada a atitude criada pelo espasmo muscular, quer dizer desaparecida a deformação, a função se faria favorável.

* Professor Adjunto e responsável pela disciplina de Ortopedia e Traumatologia. Departamento de Cirurgia — FMPA/UFGRS.

O membro inferior em seu conjunto deve ser considerado como um sistema sob ponto de vista estático no qual os transtornos ao nível de um dos seus segmentos repercutem nos demais, fazendo-os adotar determinadas atitudes que são, na realidade, compensadoras.

Temos que ter sempre em mente que uma operação não ensina a uma vítima da PC a fazer algo que ela não sabia fazer antes da intervenção, o que deixa bem claro a importância fundamental da reeducação e, por conseguinte, do diagnóstico mais ou menos seguro da possibilidade de educação de um paralítico cerebral antes de pretender tirar benefício de um plano de tratamento e, menos ainda, de um tratamento cirúrgico que só pode ser concebido como parte do plano geral de tratamento e não de maneira individual.

O conceito de unidade, acima citado, nos traz imediatamente a noção de alteração primitiva e secundária (compensadora). Qual dessas atitudes viciosas tão específicas do paralítico cerebral: no pé, no joelho, no quadril, é a primitiva e qual é a secundária cu compensadora?

Uma atitude viciosa de um membro inferior num paralítico cerebral pode ser provocada por três grandes circunstâncias:

1.1 — Espasticidade predominante de um grupo muscular.

1.2 — Hipotonia ou paralisia do grupo muscular antagonico ou por um músculo ou grupo muscular que termine por retrair-se e tornar-se rígido.

1.3 — Por necessidade estática ou funcional (função compensadora).

2 — Indicações para a cirurgia do paralítico cerebral

As crianças com PC apresentam um tipo de anormalidade muscular, da qual a grande maioria é espástica ou atetósica, se bem que a combinação de ambas coexistam em aproximadamente 10-25% dos casos.

Os seguintes princípios devem ser levados em conta quando se vai decidir qualquer cirurgia ortopédica em ambos os tipos de pacientes, espásticos e atetósicos:

2.1 — A cirurgia não é um substituto para a reeducação muscular e o treinamento, senão somente um processo adjunto a tal terapia e talvez menos importante para a reabilitação do que a reabilitação e os aparelhos. Uma avaliação cuidadosa do tipo de PC, o deficit associado e a causa da função retardada ou anormal das extremidades deve preceder a qualquer processo cirúrgico.

2.2 — Pacientes com PC, especialmente crianças em crescimento não devem ser operadas se o mesmo resultado pode ser obtido por meio de fisioterapia e prescrição de aparelho. A patogênese ou o mecanismo da deformidade deve ser conhecida antes de determinar o tipo de cirurgia para:

2.2.1 — Verificar se a deformidade é causada por desequilíbrio muscular cu contratura fixa das estruturas periarticulares.

2.2.2 — Verificar a severidade do espasmo no grupo muscular dominante e a condição funcional dos antagonistas.

2.3 — A cirurgia deve ser dirigida contra os fatores dominantes e não contra os secundários ou deformidades compensatórias. Por exemplo: se uma criança possui uma contratura em flexão do joelho freqüentemente desenvolverá uma contratura em flexão do quadril como fator secundário. A correção cirúrgica da deformidade no quadril não será benéfica e a deformidade recidivará rapidamente se não houver sido operada a flexão do joelho previamente.

2.4 — Depois da cirurgia, o paciente deve ser enviado a um bom serviço de reabilitação para a prescrição de aparelhos apropriados e supervisão dos mesmos, porque é nesse tempo que os maiores problemas surgem e somente um pessoal bem treinado poderá manejá-los.

3 — Oportunidade do tratamento cirúrgico para o paralítico cerebral

É necessário estabelecer primeiro o diagnóstico preciso da forma de PC, o deficit funcional, as atitudes consideradas em geral e em particular, o tipo de lesão muscular em uma articulação dada: espástica, paralítica ou rígida. A existência de outras manifestações ou

de outros sinais além da espasticidade, do quociente intelectual, do grau de educabilidade, do estado social, do ambiente familiar e da possível colaboração dos pais.

Tudo isso conduz ao diagnóstico da elegibilidade para a reabilitação, isto é, afirmar ou negar a sua possibilidade, diagnóstico que é feito graças a intervenção de uma equipe de trabalho coordenada. Não cremos que o tratamento cirúrgico desses pacientes deva proceder a outro tipo de tratamento. Ele deverá fazer parte e em geral sucede a um plano de reabilitação que já está instituído desde a um tempo atrás e que constitui ele mesmo um dos elementos mais importantes para estabelecer a necessidade da intervenção cirúrgica.

Na maioria dos casos, as operações cirúrgicas deverão ser precedidas por treinamento muscular e outros aspectos do tratamento físico, psíquico e educativo que não só são capazes de estimular como também botam em relevo as aptidões potenciais e as reservas do paciente.

A maior parte das operações cirúrgicas não devem ser consideradas até que o progresso da reabilitação se detenha de maneira perfeitamente certificada e a causa esteja em determinada atitude viciosa ou grupo muscular espástico que obrigue o seu tratamento. O cirurgião ortopedista não poderá nem deverá aconselhar uma operação até que os outros membros da equipe estejam de acordo, de que o obstáculo ao progresso da reabilitação persiste e que a cirurgia é o único processo que tem possibilidades de eliminar o obstáculo para permitir o progresso do tratamento.

4 — Métodos de tratamento cirúrgico

Os métodos de tratamento cirúrgico têm como objetivo fundamental a modificação de uma atitude ou deformidade que se opõe a função pela sua persistência.

4.1 — Operações sobre os nervos

4.1.1 — Secção da raiz sensitiva posterior com o objetivo de quebrar o

arco reflexo da tensão incontrolável (Albee e Foerster).

4.1.2 — Ramisectomia simpática (Royle e Hunter). Secção dos ramos comunicantes cinzentos entre a cadeia simpática cervical e lombar e o plexo correspondente.

4.1.3 — Neurectomia motora periférica (hiponeurotização). Stoefell.

4.2 — Operações sobre músculos e tendões

4.2.1 — Tenotomia simples: adutores.

4.2.2 — Tenotomia com alongamento. Aquiles.

4.2.3 — Translocação tendinosa. Eggers.

4.2.4 — Modificação da capacidade funcional do músculo. Osteotomia do ponto de inserção. Chandler.

4.3 — Operações sobre o esqueleto

4.3.1 — Osteotomia sub-trocantérica. Anteversão do colo do fêmur. Rotação interna da coxa.

4.3.2 — Osteotomia supra-condiliana do fêmur. Geno flexo.

4.3.3 — Osteotomia desrotatória. Torção tibial.

4.3.4 — Osteotomia do rádio. Atitude permanente em pronação.

4.4 — Operações sobre as articulações

4.4.1 — Capsulotomia.

4.4.2 — Artrorize.

4.4.3 — Artrodese extra-articular. Grice.

4.4.4 — Artrodese.

5 — Resumo da nossa experiência

5.1 — Membros inferiores

5.1.1 — Casos de gravidade média: equino do pé, joelho em extensão sem desvios laterais. Indicações: alongamento do tendão de Aquiles mais capsulotomia. Reeducação. Brace.

5.1.2 — Casos de gravidade média: equino do pé, joelho em flexão discreta. Indicação: desinserção dos gastrocnêmios. Reeducação. Grice.

5.1.3 — Casos de gravidade média: equino do pé, joelho em flexão discreta, quadril em flexão discreta. Indicação: operação de Eggers com ou sem alongamento do tendão de Aquiles. Reeducação. Grice.

5.1.4 — Casos de gravidade média: equino do pé com desvios laterais ou varo. Idade óssea atingida. Indicação: tríplice artrodese do pé combinada com a desinserção dos gastrocnêmios ou alongamento do tendão de Aquiles segundo exista ou não flexão do joelho.

5.1.5 — Casos de gravidade média: flexão de joelho maior que persiste apesar da reeducação. Indicação: osteotomia supra-condiliana preferível a operação de Chandler.

5.1.6 — Casos de gravidade média: flexão e adução da coxa sempre que depois de melhorada essa atitude a função o global melhoraria por sua vez. Indicação: tenotomia dos adutores combinada com a neurectomia do obturador. Se, além disso, existir um componente de rotação interna está indicada a osteotomia subtrocantérica que, corrigindo a anteversão exagerada do colo, evitará a luxação posterior do quadril, que se pode observar utilizando somente o primeiro método.

5.2 — Membros superiores

5.2.1 — Casos de contratura espástica em pronação em crianças maiores de 10-16 anos. Indicação: operação de Green ou de Steindler.

5.2.2 — Casos de atitude permanente em pronação mais severa do antebraço. Indicação: osteotomia do rádio.

5.2.3 — Casos graves de atitude permanente em flexão da mão. Indicação: artrodese do pulso.

6 — Comentários

A análise dos resultados à distância obtidos pelas tenotomias e tenotomias com alongamento mostra que eles são invalidados pela recidiva da atitude viciosa proporcionada pelo crescimento. Parece um fato demonstrado pelas estatísticas que o tendão de um músculo espástico não cresce na proporção normal como o osso ou ossos nos quais está

inserido. Por outro lado, os alongamentos realizados em pacientes em fase final de crescimento não recidivam. Assim, seria necessário adiar a indicação das tenotomias até a vizinhança do término do período de crescimento, o que evitaria as recidivas, senão também mais de uma intervenção que a evolução espontânea faz desnecessária.

Os resultados das translocações tendinosas realizadas nos membros superiores (Green e Steindler) têm sido bons, particularmente quando o quociente intelectual do paciente é satisfatório, é jovem e o treino pósoperatório é adequado e prolongado. Em contraposição a análise dos resultados das translocações tendinosas dos membros inferiores não tem sido satisfatória.

Tais resultados que se observam empregando as plastias tendinosas não se observam utilizando os processos que atuam sobre o osso, quer sejam osteotomias ou artrodeses.

A cirurgia óssea, sob o ponto de vista estatístico, oferece uma mais alta porcentagem de bons resultados à distância. As operações orientadas para a estabilização articular sem modificar a função dos músculos e atuando sobre a articulação para suprimi-la tem indicações perfeitamente estabelecidas e a análise dos resultados através da evolução mostra que eles são uniformemente bons, pois não somente não se observam recidivas como tampouco são de temer as atitudes de hipercorreção.

7 — Conclusões

7.1 — Todo o paralítico cerebral tem o direito de receber a oportunidade de ser avaliado.

7.2 — Os pais devem ser educados para aceitar o paralítico cerebral.

7.3 — Se nós queremos ajudar as crianças com PC e a seus pais será necessário que todos os médicos reconheçam cedo os sinais do dano cerebral e façam programas de tratamento.

7.4 — Para levar avante programas de tratamento se requer pessoal treinado nos métodos de avaliação das incapacidades neuro-musculares causadas pela lesão cerebral e facilidades fí-