



Consideraciones sobre la técnica “fibrotomía o miotenofasciotomía múltiples” empleada en la parálisis cerebral infantil

Durante más de una década cirujanos rusos han venido realizando en nuestro país la técnica promovida por el Dr. Ulzibat en pacientes afectos de parálisis cerebral¹. Muchos de estos pacientes han sido intervenidos mediante esta técnica y transcurrido cierto tiempo la Sociedad Española de Ortopedia Pediátrica (SEOP) ha considerado oportuno ofrecer una serie de reflexiones acerca del tratamiento, sus resultados y del circuito en el que se desarrolla su actividad.

Como sociedad científica, la SEOP entiende que debe ofrecer una respuesta consensuada que sirva de guía a los padres y a otros profesionales de la salud, como Rehabilitadores y/o Fisioterapeutas implicados en el cuidado de estos niños.

SOBRE LA TÉCNICA

Las incisiones sobre los músculos y fascias se practican tras ponerse a tensión la zona que se va a seccionar. La técnica en sí, es tan sencilla que su realización ha sido contemplada por profesionales de la salud no poseedores de la formación adquirida por cirujanos ortopédicos.

Los argumentos esgrimidos a favor de esta técnica son: cicatrices casi inapreciables, la no necesidad de inmovilización con yesos y el menor dolor, asociado con una recuperación más rápida¹.

Son varios los interrogantes que surgen al emplear esta técnica: 1. ¿Qué sucede con la debilidad muscular que genera la elongación muscular? y 2. ¿Por qué no se tratan las deformidades óseas asociadas a esta enfermedad?². Por tanto, no parece tan inocua, o al menos es incompleta.

Es posible que un cierto número de pacientes puedan beneficiarse de su aplicación, pero resulta llamativa la indicación masiva que hemos detectado a lo largo de los últimos años y más aún si tenemos en cuenta la enorme variabilidad clínica que existe en la parálisis cerebral.

Otro aspecto controvertido es la absoluta falta de implantación de esta técnica en centros internacionales de reconocido prestigio en el manejo de los pacientes con parálisis cerebral como la Universidad de Pellenberg (Bélgica), el Sick Kids Hospital (Canadá), la Universidad de Oxford (Reino Unido), el DuPont Institute o el Gillette Hospital (Estados Unidos). Resulta sorprendente que ninguno de estos centros, pioneros y líderes en el tratamiento de esta enfermedad incluyan la técnica en su arsenal terapéutico.

En la medicina actual el aprendizaje de una técnica quirúrgica se basa en la realización tutelada de la misma con el material necesario y esta circunstancia es evidente que se evita en este entorno. La difusión y formación de otros especialistas en una técnica quirúrgica es parte sustancial del progreso y altruismo de la actividad médica y desgraciadamente estas circunstancias no se da en este caso. No se ha facilitado ni dado a conocer el bisturí que se emplea, ni se han realizado cursos de formación, práctica habitual en el campo de la medicina. El procedimiento es breve, de coste elevado y además se recomienda realizar en más de una ocasión. Por todo ello, podemos entender que su interés comercial prevalece sobre la necesidad de expandir el conocimiento que mejore la calidad de vida de las personas.

Otro aspecto a destacar en cuenta es la nula adhesión a los protocolos de manejo recogidos en la literatura médica actual^{3,4,5,6,7} y seguidos desde hace años por muchos centros de nuestro país y que han ofrecido resultados de mejoría funcional muy apreciados por pacientes y familiares.

En la mayoría de los países occidentales la cirugía esquelética multinivel, con o sin análisis tridimensional del movimiento^{8,9}, es la práctica más avanzada en el manejo de los trastornos de la deambulación en el paciente con parálisis cerebral, y también se realiza en nuestro país. Han sido los propios familiares de pacientes a los que previamente se les había realizado fibrotomías, los que nos han expuesto la consecución de mayores logros funcionales tras nuestras cirugías.⁷

El aprendizaje activo de las indicaciones y la consecución de las habilidades quirúrgicas lo promovemos y siempre lo pueden conseguir todos aquellos especialistas que quieran mejorar el cuidado de sus pacientes. Es por tanto, otra actitud.

Otro aspecto cuestionable, es el de que las fibrotomías se basen en una técnica patentada, lo que impide su difusión universal a la comunidad científica. La declaración de Tel-Aviv de la Asociación Médica Mundial de 1.999, es contundente en la negación de esta posibilidad. En doce puntos se esgrime la inconsistencia moral que supone patentar una terapia y específica que:

“Es contrario a los principios éticos y los valores del profesionalismo que deben guiar tanto el servicio que el médico presta a sus pacientes, como las relaciones que mantiene con su colegas”.

SOBRE LOS RESULTADOS

En lo referente al aparato locomotor podemos afirmar que:

1. La mejoría de la movilidad observada en la primera sesión existe, pero es a menudo temporal. Ello con frecuencia motiva que en torno al año deban repetirse nuevas sesiones que paulatinamente van siendo menos efectivas. No podemos negar que

todos los tratamientos exhiben tasas de resultados favorables y desfavorables, no obstante en nuestra opinión los primeros se hipertrofian y actúan como agentes publicitarios, y los segundos no se tienen en igual consideración.

2. La manera de andar en aquellos que caminan de puntillas, mejora al principio. Esto visualmente impacta como resultado. Sin embargo es necesario señalar, que el mismo objetivo puede obtenerse con otros métodos no quirúrgicos, habitualmente utilizados por los especialistas que tratan estos pacientes en nuestro sistema de salud.^{3,10}
3. Llama la atención que no se tiene en cuenta en medida alguna la alineación esquelética, aspecto fundamental en el manejo de estos pacientes, y que no se resuelve mediante estas incisiones percutáneas.⁵
4. Circunstancia parecida sucede con el manejo de la espasticidad del músculo psoas, elemento de enorme relevancia en la aparición de deformidades en estos pacientes y que dada su ubicación profunda e inabordable mediante técnicas percutáneas deja de tener trascendencia para los seguidores de este método.
5. Tras más de una década del uso de esta técnica en nuestro país no hemos podido recopilar aval científico alguno que soporte este método. Resulta extraordinariamente llamativa la falta absoluta de publicaciones de índole científica relativas a la técnica.

En lo referente a otros aspectos como son la mejora de la salivación, el estreñimiento o el insomnio, hay experiencias contradictorias, por lo que son necesarios otros estudios que enfoquen estos aspectos y la calidad de vida relacionada con ellos.

Como en todas las terapias con algunos aspectos positivos, podría buscarse su validez científica con un estudio multicéntrico, realizado en distintos hospitales. En el campo de la medicina, es la manera de progresar y perfeccionar los tratamientos. Por desgracia tenemos la impresión de que se prioriza el aspecto económico al del bienestar de los pacientes.

ACERCA DE LOS CIRCUITOS COMERCIALES

Podemos comprender que algunos padres paguen lo que estimen conveniente, para que a su hijo se le practique una técnica poco invasiva, realizada por especialistas extranjeros y que además se publicita como patentada. Ya hemos aportado información sobre estos aspectos. Los cirujanos vinculados a esta técnica, se mantienen alejados de la tutela y control de calidad que supone estar en contacto con las sociedades científicas médicas, y en ocasiones la metódica empleada para captar pacientes resulta llamativa.

La única razón que justificaría a un especialista extranjero operar en España sin tener la homologación del título, es la de enseñar a fondo las técnicas que maneja a los profesionales nacionales. Ello permitiría desarrollar mejor algunos aspectos del tratamiento en la sanidad

pública, pero iría en detrimento del negocio que posiblemente ya les ha generado en esta década millones de euros.¹

Por otro lado, aún teniendo la convalidación del título de médico, que no la de especialista en cirugía ortopédica, alguno de ellos prepara visitas a distintas regiones asociándose con centros de rehabilitación o con fundaciones locales.

Compartimos habitualmente nuestras experiencias con especialistas de otros países (Estados Unidos, Inglaterra, Francia, Bélgica, etc.) y nos han transmitido su inquietud por estos tratamientos.

¿Y QUE OPCIONES TENEMOS?

Respecto al manejo de la enfermedad en los países más avanzados hay que recordar que la Parálisis Cerebral Infantil se entiende como una enfermedad crónica para la que se busca mejorar la calidad de vida del paciente y sus cuidadores. Las cinco categorías funcionales de menor a mayor dependencia tienen definidas metas y hojas de ruta con tratamientos diferentes.³ Sin embargo, todos ellos son combinables y no excluyentes.¹¹

Éstos abarcan la fisioterapia, el uso de ortesis adecuadas, las infiltraciones con toxina botulínica, a veces complementada con breves periodos de yesos de estiramiento, el tratamiento global de la espasticidad con medicamentos o cirugía y sólo de ser necesaria, la cirugía ortopédica.¹²

Históricamente metas como la bipedestación han sido discutidas por algunos profesionales, pero la bibliografía del siglo XXI, ha subrayado la conveniencia de poner de pie a los pacientes, incluso de manera asistida.¹³

Si la adecuada forma de un segmento anatómico precede a su función, hemos de buscarla y la cirugía de realineación esquelética es eficaz para ello.¹³ La toma de decisiones se puede complementar añadiendo la información que aporta el análisis tridimensional del movimiento.⁹ Hoy en día el control de dolor ha aportado mucha calidad en el manejo post-quirúrgico y la protocolización de la rehabilitación posterior con movilización más precoz, permite ver que los periodos de recuperación, aunque largos, merecen la pena. La tasa de complicaciones es baja y el resultado es apreciado por la mayoría de los padres.^{6,7,8}

CONSIDERACIONES FINALES

La formación constante y la experiencia de los profesionales dedicados a esta patología son factores críticos para obtener los mejores resultados posibles.³ El manejo adecuado de estos pacientes, en nuestro sistema de salud es una realidad y para ello la labor multidisciplinar donde cada profesional tiene una misión definida y una responsabilidad concreta, es garantía del mejor tratamiento posible.^{3,11}

No obstante, nos preguntamos si en todo el gran arsenal del que ya disponemos ¿hay sitio para algo más? Es posible. No debemos estar ajenos a la innovación, pero para desarrollar y perfeccionar abordajes diferentes, se necesita su uso generalizado. Es justo lo que celosamente se ha evitado desde hace más de diez años.

Por tanto, mientras se mantenga el oscurantismo existente en torno a su metodología y la literatura científica no avale su uso la Sociedad Española de Ortopedia Pediátrica no recomienda el tratamiento mediante fibrotomías o miotenofasciotomías para el manejo de la parálisis cerebral.

Finalmente, consideramos que se debe acercar la opinión de las sociedades profesionales a las asociaciones de familias que tengan algún miembro afectado por la enfermedad. Ofrecer de manera oficial nuestros conocimientos y los de especialistas extranjeros de primer nivel, como guía para afrontar el reto que les ha tocado vivir, debe ser parte de nuestra misión social.

Bibliografía-Webgrafía

1. Información publicada en la página web del método en Madrid. url: <http://www.serviciosmedicosecon.com/fibrotomia.html>.
2. Lerma Lara, S., Martínez Caballero, I., Castillo Sanz, A., Pérez-Somarrriba Moreno, A.. Análisis cuantitativo de resultados en pacientes intervenidos mediante fibrotomías percutáneas en múltiples niveles. I Congreso Hispano-Brasileño de fisioterapia en Pediatría. EU Fisioterapia ONCE (UAM). Abril 2009.
3. Heinen F, Desloovere K, Schroeder AS, Berweck S, Borggraefe I, van Campenhout A, Andersen GL, Aydin R, Becher JG, Bernert G, Caballero IM, Carr L, Valayer EC, Desiato MT, Fairhurst C, Filipetti P, Hassink RI, Hustedt U, Jozwiak M, Kocer SI, Kolanowski E, Krägeloh-Mann I, Kutlay S, Mäenpää H, Mall V, McArthur P, Morel E, Papavassiliou A, Pascual-Pascual I, Pedersen SA, Plasschaert FS, van der Ploeg I, Remy-Neris O, Renders A, Di Rosa G, Steinlin M, Tedroff K, Valls JV, Viehweger E, Molenaers G. The updated European Consensus 2009 on the use of Botulinum toxin for children with cerebral palsy. *Eur J Paediatr Neurol*. 2010 Jan;14(1):45-66.
4. Martínez Caballero, I., Fole López, R., Ramírez Barragán, A., Lerma Lara, S., García Coiradas, J., Castillo Sanz, A.. Distal Femoral Extension Osteotomy For Knee Fixed Flexion Deformity In Cerebral Palsy Patients: A Comparative Study Between The AO Blade Plate and The LCP Pediatric Condylar 90-Degree Plate. In press: *J. Ped. Orthop*.
5. Rodda JM, Graham HK, Natrass GR, et al. Correction of severe crouch gait in patients with spastic diplegia with use of multilevel orthopaedic surgery. *J Bone Joint Surg Am*. 2006; 88: 2653–2664.
6. Thomason P, Baker R, Dodd K, Taylor N, Selber P, Wolfe R, Graham K. Single-event multilevel surgery in children with spastic diplegia. *J Bone Joint Surg Am*. 2011; 93: 451-60.
7. Martínez Caballero I., Lerma Lara, S., Ramírez Barragán, A.. Optimización biomecánica de las alteraciones de la deambulación en la PCI guiada por el análisis cuantitativo del movimiento. Valoración de resultados. Reunión anual de la Sociedad Española de Ortopedia Pediátrica (SEOP). 2011.
8. Thomasson P, Rodda J, Sangeux M, Selber P, Graham K. Management of children with ambulatory Cerebral palsy: An evidence-based Review. Commentary by Hugh Williamson Gait laboratory Staff. *J Pediatr Orthop*. 2012; 32, S182-S186.
9. Chang FM, Rhodes JT, Flynn KM, Carollo JJ. The role of gait analysis in treating gait abnormalities in cerebral palsy. *Orthop Clin N Am*. 2010. 489-506.
10. Lerma Lara, S., Martínez Caballero, I., Castillo Sanz, A., Epeldegui Torre, T. Kinematic comparative study for spastic equinus conservative treatment. A new option to consider. *Gait & Posture* 1. Nov 2009. vol. 30. Pages S5-S6.
11. Bache, C., Selber, P., Graham, HK. The management of spastic Diplegia. *Curr. Orthops*. 2003. 17,88-104.
12. Narayanan UG. Management of children with ambulatory cerebral palsy: an evidence-based review. *J Pediatr Orthop*. 2012 Sep;32 Suppl 2:S172-81.
13. Murphy KP. The adult with cerebral palsy. *Orthop Clin North Am*. 2010 Oct;41(4):595-605. doi: 10.1016/j.ocl.2010.06.007.