

Trastornos de la marcha

C. Moreau, L. Defebvre

La marcha se desarrolla siguiendo un ciclo repetitivo, y el encadenamiento de las diferentes acciones musculares hace intervenir numerosas estructuras del sistema nervioso central (corticales, subcorticales, medulares) y periférico. Muchas enfermedades neurológicas pueden ser responsables de trastornos de la marcha y el equilibrio, que pueden ser reveladoras de ellas o el testimonio de su evolución. Al ser una causa frecuente de discapacidad, estos trastornos provocan a veces caídas que constituyen un importante problema de salud pública en términos de hospitalización, morbilidad y coste. La orientación diagnóstica se basa principalmente en la anamnesis y los datos de la exploración física (análisis semiológico de la marcha, signos neurológicos asociados). La existencia de un déficit motor central o periférico de las extremidades inferiores, de trastornos del equilibrio, de dolor o de una marcha con pasos cortos son los cuatro puntos esenciales que hay que buscar para determinar la etiología de los trastornos de la marcha. La práctica de exploraciones complementarias, en particular radiológicas y electrofisiológicas, se considera en función del diagnóstico etiológico sospechado.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Trastornos de la marcha; Trastornos del equilibrio; Anciano; Caídas; Síndrome poscaída

Plan

■ Introducción	1
■ Anamnesis	1
■ Exploración física	2
Marcha	2
Equilibrio	2
Análisis clínicos complementarios	2
■ Orientación diagnóstica	2
Marcha deficitaria	2
Marcha desequilibrada	3
Marcha con pasos cortos	4
Marcha dolorosa	5
Trastornos de la marcha de origen psicógeno	5
■ Caídas	5
Factores intrínsecos	5
Factores extrínsecos	5
Consecuencias médicas y psicosociales de las caídas	5
Factores predictivos de recidiva de las caídas en los ancianos	6
Medidas preventivas de las caídas en los ancianos	6
Actitud terapéutica	6
■ Exploraciones complementarias en caso de trastorno de la marcha	6

■ Introducción

La marcha es una actividad rítmica voluntaria, automática y refleja (Fig. 1) [1]. Se genera por un centro locomotor espinal

identificado a partir de estudios en animales, bajo el control de estructuras supraespinales: los circuitos procedentes de la formación reticular, el núcleo rojo y el núcleo vestibular, las áreas locomotoras del tronco cerebral, el cerebelo, los núcleos grises centrales y el córtex. Las informaciones propioceptivas integradas por el generador espinal y el cerebelo desempeñan un papel determinante en el desencadenamiento de respuestas posturales reflejas, y las informaciones vestibulares y visuales aseguran en paralelo el mantenimiento del equilibrio.

La marcha depende de la estrecha colaboración entre postura, equilibrio y movimiento. En una concepción modular de la postura, cada segmento del cuerpo tiene su propio sistema central de control y periférico y sirve de referencia para organizar los movimientos de los segmentos supra y subyacentes. El mantenimiento del equilibrio está garantizado por el hecho de tener en cuenta señales detectoras de error y por el desencadenamiento de mecanismos correctores en forma de reacciones posturales anticipadas, respuestas posturales reflejas, reacciones de emergencia adecuadas y reacciones de protección.

■ Anamnesis

Es esencial para orientar la exploración neurológica y debe precisar:

- antecedentes personales, sobre todo neurológicos, así como antecedentes familiares si se sospecha una enfermedad degenerativa hereditaria (por ejemplo, en el ámbito de las ataxias);
- antigüedad y modo de inicio: agudo en cuestión de minutos, subagudo en cuestión de horas o días, crónico en semanas o meses;

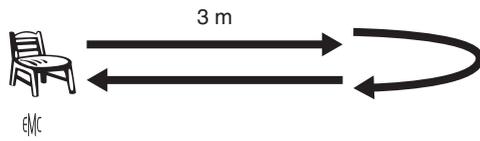


Figura 1. Prueba «levántate y anda».

- progresión;
- carácter permanente o paroxístico;
- asociación de semiología dolorosa (extremidades inferiores, columna vertebral, articulaciones) determinando sus características (topografía, irradiación, factor desencadenante, etc.);
- grado de invalidez, valorado por la necesidad o no de asistencia para desplazarse;
- aparición de caídas, su frecuencia, sus circunstancias (estado de pie inmóvil, al pasar a la posición ortostática, al encontrar un obstáculo), su tipo (en retroimpulsión, hacia delante, caída lateralizada, caída de rodillas), existencia de pródromos (episodio de lipotimia, pérdida de conocimiento, sensación de vértigo), sus consecuencias, sobre todo desde el punto de vista traumático y psicológico (síndrome poscaída);
- administración de fármacos (psicótrópos, antihipertensivos).

■ Exploración física

Marcha

El estudio de la marcha debe practicarse a lo largo de unos 10 metros sobre un suelo duro, en ropa interior y con los pies descalzos. Se analizan sucesivamente la actitud en posición ortostática (polígono de sustentación, trastorno espontáneo del equilibrio) y en los desplazamientos, el movimiento automático de los brazos y su simetría, la posición del tronco y la cabeza, las diferentes etapas del ciclo de la marcha (iniciación, desarrollo de los pasos y su longitud, fase de oscilación y fase de apoyo), la velocidad de desplazamiento, la ejecución de la media vuelta, las amplitudes de las diferentes articulaciones.

Equilibrio

El equilibrio se analiza mediante la maniobra de Romberg (posición de firmes con los ojos cerrados, oscilaciones o caída inmediata o retardada), mediante la posibilidad de mantener un apoyo monopodal durante más de 5 segundos y mediante los reflejos posturales apreciados probando la resistencia a un empujón contra los hombros: el paciente se sitúa de pie y se le advierte de la maniobra, el examinador le da un empujón fuerte en antepulsión advirtiéndolo al paciente; a continuación, se realiza la misma prueba en la retroimpulsión.

Análisis clínicos complementarios

Algunas pruebas pueden exteriorizar un trastorno de la marcha o del equilibrio: levantarse del asiento; caminar con los ojos cerrados sucesivamente hacia adelante y luego hacia atrás (búsqueda de la marcha en estrella del síndrome vestibular), marcha del funámbulo perturbada en el síndrome cerebeloso, marcha rápida, marcha hacia atrás o en sentido lateral, superación de obstáculos, parada repentina, subir o bajar escaleras, marcha sobre los talones o de puntillas. Observar al paciente sin su conocimiento permite a veces un análisis más objetivo de los desplazamientos, que son así más naturales. Una prueba cronometrada (prueba «levántate y anda», *get up and go test*) permite cuantificar el enlentecimiento de la marcha de una consulta a otra (levantarse, andar, dar media vuelta, sentarse) (Fig. 1).

A menudo es indispensable buscar un déficit motor o sensitivo y una modificación de los reflejos con el fin de apreciar la existencia de un síndrome neurogénico periférico, de un síndrome piramidal y o de afectación muscular, así como de un síndrome vestibular, cerebeloso o parkinsoniano, o la presencia de movimientos invo-

luntarios. Una exploración física completa se justifica a menudo en función de la orientación diagnóstica: búsqueda de dolor al movilizar la columna lumbar o diferentes articulaciones (caderas, rodillas, tobillos), verificación de la presencia de los pulsos periféricos, investigación de una hipotensión ortostática.

■ Orientación diagnóstica [2, 3]

La naturaleza estereotipada de los trastornos de la marcha y el equilibrio permite establecer generalmente la orientación diagnóstica en función del tipo de afectación del sistema nervioso. Se pueden distinguir cinco grandes ámbitos.

Marcha deficitaria (Fig. 2)

Con espasticidad

Intermitente: claudicación medular

Se manifiesta por una sensación de pesadez y rigidez no dolorosas de las extremidades inferiores, que se producen después de andar una cierta distancia (el perímetro de marcha) cada vez más corta. La exploración constata el empeoramiento o la aparición de signos piramidales que desaparecen o remiten tras el reposo, haciendo posible la marcha en las mismas condiciones. Se instaura progresivamente una paraparesia espasmódica. Hay que pensar, entre otras causas, en una compresión medular lenta, consecuencia frecuente de una cervicoartrosis en ancianos, o en una enfermedad inflamatoria en pacientes más jóvenes (esclerosis múltiple).

Permanente

La marcha del segador es consecutiva a una hemiplejía espástica o a una monoparesia espástica. El paso queda enlentecido, con un sonido rítmico por roce del borde externo y la punta del pie contra el suelo, la extremidad inferior describe un arco de concavidad interna y el movimiento se efectúa a nivel de la cadera. En caso de hemiplejía, la actitud de la extremidad superior es característica: aducción, pronación, flexión.

En la paraparesia espasmódica, la hipertonía piramidal fija en extensión las extremidades inferiores, que se colocan alternativamente hacia delante mediante una inclinación de rotación del tronco del lado opuesto (marcha gallinácea). Si la aducción de los muslos provoca en cada paso el cruce de las extremidades inferiores, la marcha se denomina en tijera. Se denomina pendular cuando el paciente parapléjico debe utilizar muletas proyectando el tronco y las extremidades hacia delante; las extremidades inferiores sólo desempeñan un papel de apoyo. Se busca sistemáticamente una compresión lenta; un síndrome raquídeo y/o dolor radicular permiten precisar su topografía: cervical (cervicoartrosis) o dorsal (meningioma). La paraparesia espasmódica es frecuente en las formas avanzadas de esclerosis múltiple.

Con signos neurogénicos periféricos

Intermitentes: claudicación radicular

Se traduce en dolor radicular unilateral, en báscula o bilateral, cuya desaparición al pararse o en posición anteflexionada sugiere un canal lumbar estrecho adquirido. El déficit motor, sensitivo y reflejo adopta una topografía radicular.

Permanentes

De topografía distal. El estepaje es el resultado de un déficit de los músculos del compartimento anteroexterno. La punta del pie, que cuelga, provoca que el pie se sitúe en equinvaro tan pronto como abandona el apoyo; el paciente debe efectuar una flexión compensatoria del muslo sobre el abdomen para evitar golpear el suelo. El estepaje puede ser unilateral; la compresión del nervio ciático peroneal al nivel del cuello del peroné es la etiología más frecuente. Debe pensarse en la afectación de la raíz L5 en caso de lumbalgia, dolor radicular asociado y déficit de los músculos glúteos. El paciente presenta una marcha saltarina, el apoyo sobre la pierna es breve y provoca la flexión de la rodilla y el tronco. El estepaje bilateral, la amiotrofia de los compartimentos anteroexternos, la hipoestesia distal en calcetín de todo tipo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757887>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757887>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)