

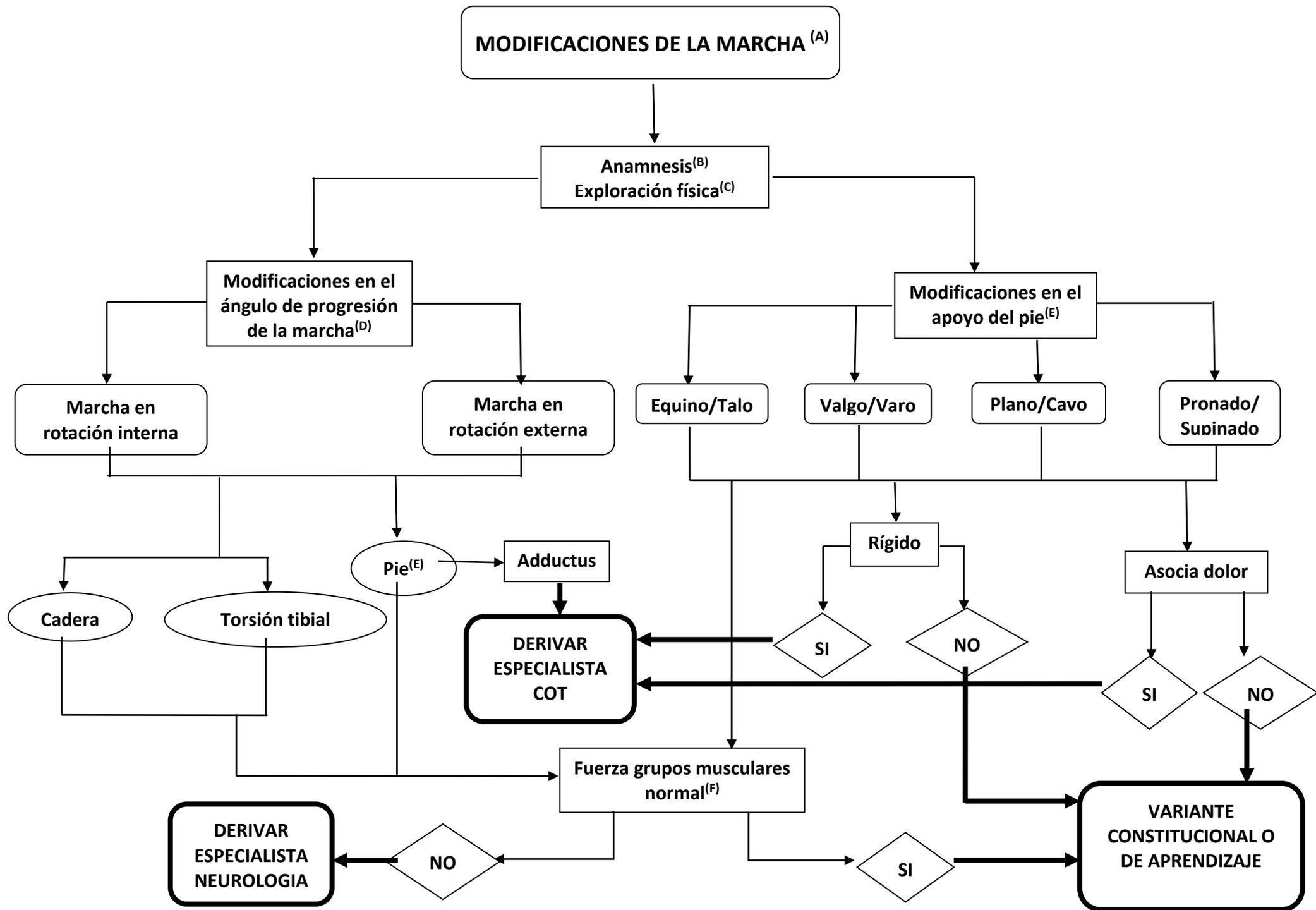
MODIFICACIONES DE LA MARCHA

Ana María Bueno Sánchez

Servicio de Traumatología Infantil. Hospital Universitario de Getafe. Madrid

Email: anabuenosanchez@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Bueno Sánchez AM. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Modificaciones de la marcha en el niño. AEPap. 2019 (en línea) consultado el dd/mm/aaaa. Disponible en algoritmos.aepap.org



A. Modificaciones en la marcha

Hablamos de modificaciones y no de trastornos en la marcha, porque partimos del hecho de que nos referimos a un paciente sin patología de base que ocasione un verdadero trastorno en la marcha, caso por ejemplo la marcha derivada de una parálisis cerebral espástica o la de un mielomeningocele.

Hablamos, pues, de una progresión de la marcha que preocupa a familiares más que a médicos y que supone en muchas ocasiones una variante de la normalidad según la edad y constitución de cada niño.

Aun partiendo de esta idea, a veces nos sorprende el hallazgo de un problema locomotor más profundo (por ejemplo, una esquizoencefalia) que se manifiesta por un auténtico trastorno en la marcha.

B. Anamnesis

Nos permite descartar un problema locomotor previo: sufrimiento perinatal, edad de inicio de la marcha, patología congénita en miembros inferiores, antecedentes neurológicofamiliar etc.

Los casos con patología motórica de diagnóstico previo, no se incluirán en el algoritmo

C. Exploración física¹

Nos permitirá objetivar el ángulo de progresión de la marcha, el apoyo del pie y su origen: cadera, torsión del muslo, pierna, pie...

D. Exploración del perfil rotacional

El mejor método y más fiable es hacerlo en decúbito prono (figura 1).

En esta situación se valora, por un lado la rotación de las caderas, que describirá el grado de anteversión o retroversión de las mismas; el ángulo muslo-pie, que determina el grado de torsión tibial, y el pie, valorando su eje plantar (figura 2).

En el adulto, el plano coronal de los miembros inferiores y el plano del cuello femoral, forma un ángulo rotado a externo que se denomina ángulo de anteversión femoral anatómico, fisiológico. Mide unos 15°. Pero en el niño, según la edad y otras características, puede llegar a 40 o más grados. Este ángulo aumentado obliga a llevar el eje del miembro inferior y al pie en rotación interna (RI). La retroversión (un ángulo disminuido), lleva a lo contrario y la marcha sería en rotación externa (RE).

Si la marcha en RI puede ser fisiológica en los niños la marcha en RE puede ser constitucional, una variante del amplio intervalo de la normalidad.

Con el tiempo el ángulo aumentado de anteversión femoral se modifica² hasta llegar a la situación del adulto corrigiéndose progresivamente la rotación de la marcha. En ocasiones la evolución no corrige este ángulo y evoluciona hacia una torsión femoral interna que mantiene la marcha en RI, de alto componente genético, o hacia un aumento de la torsión tibial externa compensadora de componente familiar importante³.

Existe algún estudio del análisis de la marcha⁴ en 3D en el que tratan de asociar las desviaciones en la cinemática de las articulaciones con afecciones físicas y un desarrollo acelerado de la osteoartritis. El estudio se realiza en una población muy reducida y nada concluyente

Respecto a la torsión tibial que anatómicamente es externa, unos 20º en el adulto, en los niños puede variar a interno más grados, y a externo, provocando una marcha en RI o en RE.

El eje del pie debe ser neutro y pasar por el primer espacio interdigital. Si pasa más a externo el pie es patológicamente adductus y también haría una marcha en RI. A veces, a pesar de presentar un eje normal, el niño al caminar utiliza asimétricamente los músculos dorsiflexores del pie, tirando más del tibial posterior. En esta situación simula una marcha en RI.

E. El pie

Por sí sólo puede producir modificaciones en la marcha. Bien por una alteración del eje, o bien por un apoyo diferente (figura 3)

En general, las alteraciones del eje del antepié se deben derivar al especialista en traumatología infantil, pues se trata de una malformación congénita, más leve o más grave, que requiere a veces tratamiento con ortesis, yesos o incluso tratamiento quirúrgico.

Respecto al apoyo, es importante valorar si el pie es rígido o no y si es doloroso o no. Cuando la respuesta en ambas cuestiones es sí, debe remitirse al traumatólogo infantil pues requerirá tratamiento específico de cada caso⁵. Igualmente es importante que las alteraciones en el apoyo no sean de origen neurológico, es decir, que no presenten debilidad muscular o espasticidad. En este caso debe derivarse al neurólogo infantil para su diagnóstico y seguimiento

F. Fuerza grupos musculares normal

La detección de un aumento o disminución de la anteversión femoral, un aumento o disminución de la torsión tibial o una asimetría en la elevación del pie, pero constatando una fuerza de todos los grupos musculares del miembro inferior normal, debemos considerarlo constitucional, fisiológico o de mal aprendizaje. De lo contrario deberá ser valorado por el neurólogo infantil.

BIBLIOGRAFIA

1. Gómez García MS. Historia Clínica y Exploración en Ortopedia Infantil. Ed. Ignacio Martínez Caballero. Ortopedia y Traumatología Infantil. Madrid, Ediciones Ergón 2014; 3-14
2. Blackmur JP, Murray AW. J Pediatr Orthop B. Do children who in-toe need to be referred to an orthopaedic clinic? 2010; 19:415-7.
3. Fabry G, Cheng LX, Molenaers G. Normal and abnormal torsional development in children. Clin Orthop Relat Res. 1994; 302:22-6.
4. Bruderer-Hofstetter M, Fenner V, Payne E, Zdenek K, Klima H, Wegener R. Gait deviations and compensations in pediatric patients with increased femoral torsion. J Orthop Res. 2015;33:155-62.
5. Staheli Lynn T. Ortopedia Pediátrica. Madrid, Ed. Marbán Libros S.L. 2003

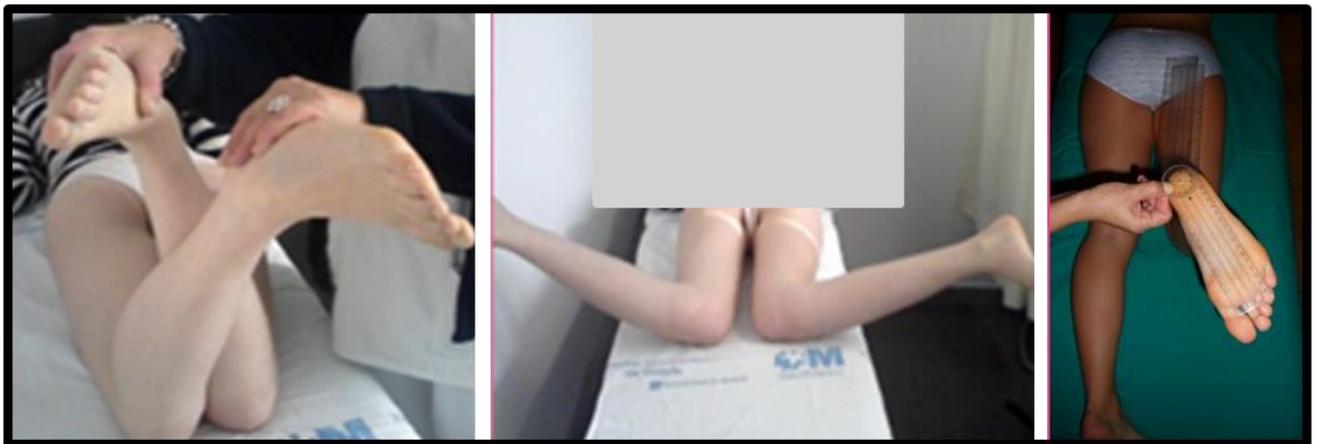


Figura 1. Exploración de perfil rotacional

Evaluación

- Perfil rotacional de Lynn Staheli

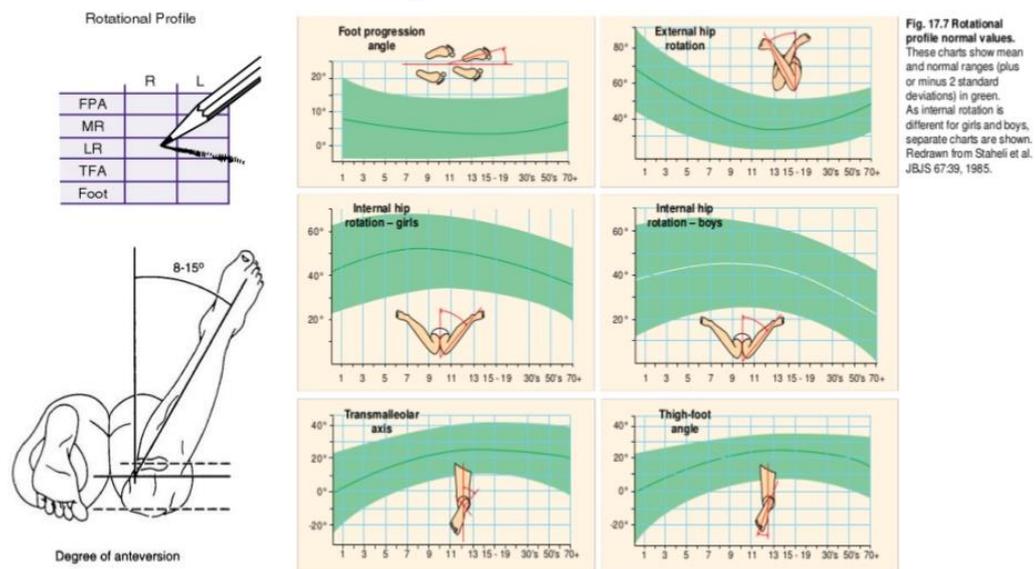
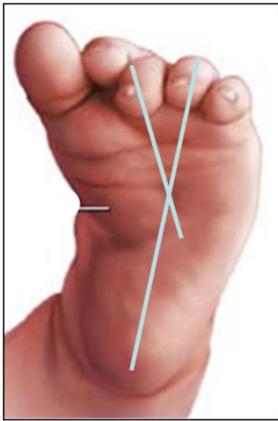
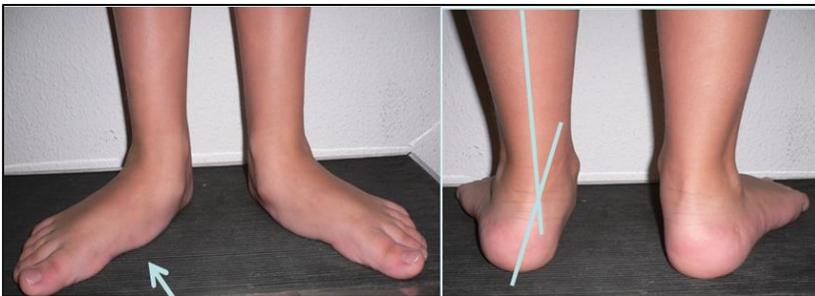


Figura 2. Perfil rotacional.



Antepié adductus



Pie plano valgo

Figura 3. Valoración del pie