

MARCHA ANORMAL POR DEBILIDAD ASIMÉTRICA DE DORSIFLEXORES

Autor: Martha Vanessa Ortiz Calderón, Residente Medicina Física y Rehabilitación, Universidad Nacional de Colombia.

Paciente de 18 años, sexo femenino, procedente de Bogotá, quien vive en un hogar del instituto Colombiano de Bienestar Familiar desde los 3 años de edad; Dominancia: diestra; Ocupación: oficios varios; Nivel educativo: bachiller, cursa sexto de bachillerato.

Cuadro clínico de larga data, (lo recuerda desde los 6 años), consistente en imposibilidad para la dorsiflexión de pie izquierdo, con alteración para la marcha, lo cual le ocasiona múltiples caídas por tropiezos constantes, niega otros síntomas.

ANTECEDENTES

- Patológicos: “hepatitis” a los 10 años, varicela a los 11 años, “soplo cardiaco”.
- Quirúrgicos: cirugía cardiaca por soplo cardiaco a los 6 años.
- Otros: niega.
- Familiares: desconocidos por la paciente.

EXAMEN FÍSICO

Paciente en buen estado general, cabeza y cuello, cardiopulmonar y abdomen sin alteración evidente; Osteomuscular: Escoliosis dorsal de convexidad izquierda. Miembros simétricos, trofismo adecuado, longitud de Miembros inferiores: 80 cm bilateral. Movilidad articular activa: con limitación para la Dorsiflexión de pies: Movilidad activa de pie derecho llega a 15° de plantiflexión, pie izquierdo caído no realiza dorsiflexión y queda en 30° de plantiflexión; Movilidad pasiva: cuellos de pie llegan a neutro, 0° de dorsiflexión. Resto de arcos de movilidad sin alteración. Neurológico: pares craneales sin alteración, esfera mental sin déficit; Fuerza Muscular: Miembros superiores 4/5 en todos los movimientos, Miembro inferior izquierdo: cadera y rodilla 5/5, dorsiflexores y evertores pie: 1/5, plantiflexores 4/5, Miembro inferior derecho: cadera y rodilla 5/5, dorsiflexores 2+/5 y plantiflexores 4/5; Hiporeflexia generalizada, Babinsky y Hoffman negativos bilateral, fenomenos miotónicos sutiles en región tenar de mano izquierda y en gastrocnemios de miembro inferior derecho, sensibilidad conservada, control de prensión palmar normal. Marcha: con aumento de

flexión de cadera y rodilla, limitación de dorsiflexión de pie durante fase de balanceo y arrastre de puntas bilateral con mayor severidad en miembro inferior izquierdo.



Gráfica N°1. Pie caído bilateral

ESTUDIOS ELECTROFISIOLÓGICOS:

1. **NEUROCONDUCCIONES:** (Tabla 1.): Neuroconducciones de nervio peroneo y tibial izquierdo con latencia, amplitud y velocidad de conducción normales.

TABLA 1. NEUROCONDUCCIONES MOTORAS			
1. NERVIOS PERONEO IZQUIERDO (Ext Dig Brev)			
ESTIMULO	LATENCIA (ms)	AMPLITUD (mV)	VELOCIDAD (m/s)
Tobillo	4.8	5.1	44
Detrás cabeza peroné	11.0	5.2	
2. NERVIOS TIBIAL IZQUIERDO (Abd Hall Brev)			
ESTIMULO	LATENCIA (ms)	AMPLITUD (mV)	VELOCIDAD (m/s)
Tobillo	5.2	10.5	43
Rodilla	12.0	10.5	

2. **ELECTROMIOGRAFÍA DE AGUJA** (Tabla 2.): presencia de signos de inestabilidad de membrana, unidades de corta duración y baja amplitud, se evidenció una descarga miotónica en el musculo tibial anterior derecho

Tabla 2. ELECTROMIOGRAFÍA DE AGUJA									
LADO	MUSC	ACT INSER	FIBRILA	ONDAS AGUDOS	AMPLI	DURAC	RECLUT	PAT INTER	COMENTAR
IZQ	Tibial ant	Nml	2+	2+	Dism	Corta	Nml	Nml	
DER	Tibial ant	Nml	2+	2+	Nml	Nml	Nml	Nml	DESCARGA MIOTÓNICA
DER	Gastro	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	
IZQ	Abd PolBre	Incr	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	Nml	
IZQ	Biceps	Nml	Nml	Nml	Dism	Corta	Nml	Nml	

ANÁLISIS/

La marcha con pie caído es una alteración neurológica frecuente. Dentro de las causas más comunes están las lesiones por atrapamiento del nervio peroneo y la neuropatía del nervio ciático, sin embargo la anormalidad bilateral es muy rara.

Dentro de los diagnósticos diferenciales están: las polineuropatías que son el principal diagnóstico diferencial, las neuropatías adquiridas y hereditarias como las neuropatías por susceptibilidad a la presión (tomaculosa), alteraciones en columna como el disrafismo espinal o los tumores intrarraquídeos, las enfermedades de la placa neuromuscular que rara vez se manifiestan con pie caído, por último se deben tener en cuenta las distrofias de predominio distal.

Los hallazgos obtenidos en los estudios de electrodiagnóstico son unidades de corta duración y de pequeña amplitud compatibles con unidades miopáticas, que corresponden a una enfermedad primaria de la fibra muscular.

Dentro de las patologías con unidades miopáticas asociadas a descargas miotónicas (evidenciado con el fenómeno miotónica en clínica y por la descarga miotónica en la electrofisiología) están: 1. los desórdenes Miotónicos (Distrofia miotónica 1 y 2 y las Canalopatías), 2. las miopatías inflamatorias que son cuadros más agudos asociado a síntomas locales, 3. las miopatía congénita tipo miofibrilar y tipo miotubular que afecta principalmente músculos proximales de miembros y músculos de la cara, 4. las miopatías metabólicas como: Déficit de enzima desramificante de glucógeno, enfermedad de Pompe, las cuales tienen una presentación clínica de alteración de músculos proximales, 5. las miopatías endocrinas como el hipotiroidismo y las miopatías tóxicas.

La paciente tiene un cuadro clínico de alteración de musculatura distal predominantemente; dentro de las miopatías que tiene presentación clínica distal están: 1. Miopatías distales: su presentación es poco frecuente, al examen clínico no presentan fenómenos miotónicos, 2. Desórdenes Miotónicos como la distrofia miotónica tipo 1 y 2 y las canalopatías.

Los diagnósticos más aproximados al cuadro clínico (presentación distal y con fenómeno miotónico) y a los estudios electrofisiológicos (descarga miotónica y unidades miopáticas), son: Desórdenes Miotónicos (distróficos y no distróficos), la paciente se remitió a manejo por junta de enfermedades neuromusculares para diagnóstico etiológico.

REFERENCIAS/

1. A. Guerrero; enfermedades miotónicas; En: E. Gutiérrez et al; manual de electromiografía clínica; 2° edición, España, 2007.
2. P. Siao; Practical approach to electromyography; Demosmedical, Estado Unidos, 2011
3. A. Mankodi; Myotonic disorders; Neurology India, July-september 2008; vol 56, issue 3
4. H. Royden, D. De Vivo, B. Darras; Neuromuscular disorders of infancy, childhood and adolescence a clinician's approach; El servier, 2003