

CASO CLÍNICO

Marcha anómala en un niño como primera manifestación de monoplejía infantil.**Abnormal march in a child as first manifestation of child monoplegia.****Laia Morata Alba¹, Julia Morata Alba²**

1. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Enguera. Dpto. Xàtiva-Ontinyent (Valencia).
2. Médico Especialista en Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Correspondencia: Dra. Laia Morata. laiamorata@yahoo.es.

Citar como: Morata Alba L, Morata Alba J. Marcha anómala en un niño como primera manifestación de monoplejía infantil. fml. 2013; 17(21):3p

Recibido el 18/07/2013
Aceptado el 01/09/2013
Publicado el 25/11/2013

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

*Palabras clave (MeSH): trastornos de la marcha, Pediatría***Resumen**

La persistencia de una marcha anómala en un niño, aunque habitualmente responde a causas benignas y banales, debe alertarnos de una posible patología ósea, muscular y/o neurológica. En el caso descrito se detecta una monoplejía infantil a partir de la persistencia de una marcha anómala en un niño de 2 años.

*Keywords (MeSH): Gait disorders, Pediatric***Abstract**

The persistence of abnormal motion in a child, but usually responds to benign and banal causes, should raise a possible bone, muscle and / or neurological pathology. In the case described a childhood monoplegia is detected from the abnormal persistence in a 2 years old child.

Introducción

En los niños, las alteraciones al inicio de la marcha, como un apoyo en puntillas o una discreta cojera, son relativamente frecuentes. El patrón de marcha adulta se adquiere a los 5-7 años de edad. Las alteraciones en la marcha son un motivo de consulta frecuente en pediatría de Atención Primaria, sus causas habitualmente son benignas y muchas veces tan banales como un calzado inapropiado. Una persistencia de dicha alteración debe alertarnos sobre un posible problema ortopédico, óseo, muscular o neurológico. En este caso clínico se detecta una monoplejía infantil a partir de una marcha anómala.

Descripción del caso clínico

Se presenta el caso clínico de un niño de 22 meses de edad que acude acompañado por sus padres a consulta de pediatría de Atención Primaria por haber objetivado una marcha anómala, asimétrica. El niño presenta una marcha con apoyo en antepié o punta de pie izquierdo, sin apoyo del talón. El apoyo con el pie derecho es normal. Desde hacía unos meses, la madre había observado esta alteración en la marcha, pero no consulta hasta el momento actual por pensar que era debida a diferentes causas inespecíficas (tipo de calzado...). Tras la anamnesis se concluye que esta alteración es constante excepto cuando se le hace imitar la marcha del soldado que entonces apoya correctamente el talón. La madre destaca que es demasiado inseguro, para su edad, al realizar actividades físicas como bajar de un tobogán o ir en triciclo.

Antecedentes personales: Primer hijo de madre y padre sanos de 30 años. Embarazo de bajo riesgo, sin incidencias constatadas durante el control del embarazo y tampoco que recuerden los padres. Nacido a término por parto vaginal instrumentalizado sin incidencias. Presentación cefálica. Al nacimiento se objetivó hematoma parietal con desaparición espontánea en unas semanas. Familia normo funcional. Lactancia materna hasta los 12 meses de edad. Desarrollo ponderal y psicomotor normal, con inicio del habla a los 9-12 meses e inicio de la marcha a los 15 meses. En el momento de la consulta el paciente acudía a guardería con buena integración y normal comportamiento para su edad.

En la exploración clínica no se detecta alteración alguna aunque se corrobora la alteración en la marcha descrita anteriormente. Se trata de una marcha asimétrica, únicamente por el diferente apoyo durante la marcha, no se aprecia diferente balanceo de brazos ni basculación del cuerpo alguna. No se aprecia una focalidad neurológica y los reflejos osteotendinosos son normales. No existen dismetrías de miembros inferiores, la

exploración de caderas y resto de articulaciones es normal. El estudio analítico en sangre periférica no presenta alteraciones.

El paciente es valorado en consultas de Traumatología y Ortopedia y tras la exploración clínica se sugiere un dudoso e inhabitual caso de acortamiento del tendón de Aquiles unilateral, descartándose cualquier otro proceso de etiología traumática u ortopédica. Se pautan ejercicios de fisioterapia y control evolutivo.

En consultas de Neuropediatría objetivan una exploración clínica normal a excepción de la alteración en la marcha descrita. Se solicita una RMN cerebral donde se describe una alteración en la intensidad de señal que compromete la sustancia blanca periventricular de predominio derecho, sugestiva de leucoencefalopatía, por lo que habría que descartar antecedentes perinatales.

De esta manera, mediante la RMN cerebral, se llega al diagnóstico de monoplejía izquierda, pautando rehabilitación y ortesis correctora. A pesar de una anamnesis completa, no es posible llegar a conocer la causa de esta leucoencefalopatía dado que tanto el embarazo, el parto, como el desarrollo psicomotor del niño posterior había sido normal y sin incidencias.

Actualmente acude a un centro de fisioterapia especializado donde se realizan y pautan ejercicios para practicar en domicilio. De modo paulatino se van objetivando progresos a pesar de que la colaboración del paciente, ahora con 4 años, no es constante.

El niño acude a su centro escolar con plena integración, con comportamiento normal y sin ninguna limitación aparente.

Diagnóstico diferencial

Las alteraciones de la marcha en la edad preescolar y escolar son frecuentes. Para realizar un buen diagnóstico diferencial es necesario una correcta anamnesis y exploración clínica completa. Existen causas banales como el uso de calzados inapropiados, cuerpos extraños en el calzado o lesiones cutáneas y en tejidos blandos superficiales del pie que impiden un correcto apoyo plantar. Una vez descartado esto, nos debemos centrar en estudiar las causas traumáticas, ortopédicas y neurológicas que son responsables de un porcentaje importante de casos.

Entre las causas traumáticas u ortopédicas podemos destacar fractura, artritis, dismetría de miembros inferiores, acortamiento del tendón de Aquiles unilateral, y luxación o subluxación de cadera mal tratada.

Entre las causas neurológicas la neuropatía o daño cerebral son las más importantes. Se estudian y evalúan con una correcta y completa anamnesis, exploración clínica y en la mayoría de los casos es imprescindible y necesaria una prueba de imagen como la RMN cerebral para confirmar el diagnóstico.

Discusión

Como ya hemos comentado las alteraciones en la marcha en niños son motivo frecuente de consulta en atención primaria y pueden existir varias causas. En nuestro caso desde el punto de vista traumatológico se descartan de inicio problemas relacionados con el calzado dado que el paciente presentaba esta sintomatología con diferentes calzados y sin calzado. Quedan descartadas causas que cursen con dolor como fracturas, así como causas inflamatorias dada la ausencia de fiebre, dolor y la normalidad de las pruebas de laboratorio sin alteraciones de los reactantes de fase aguda. Se plantea como diagnóstico una posible dismetría de miembros inferiores pero la medida desde cresta ilíaca externa hasta el maleolo interno de ambos miembros es idéntica en bipedestación y tampoco se aprecian diferencias en esta medida en decúbito supino por lo que queda descartado. Otro diagnóstico posible es un caso raro de acortamiento del tendón de Aquiles unilateral. Incluso se llega a plantear una luxación o subluxación de cadera mal tratada. Este último diagnóstico queda también finalmente descartado dado que la exploración de caderas siempre había sido normal, no presentaba factores de riesgo al nacimiento para luxación de cadera y en todo caso, la marcha que produce una luxación de caderas, es diferente, hay retardo en la iniciación de la marcha, que puede ser claudicante, describiéndose el signo de Trendelenburg, marcha de pato, en las luxaciones bilaterales. Tras descartar causas traumatológicas y ortopédicas queda pendiente la valoración neuromuscular. Se debería descartar un pie equino secundario a una neuropatía. En este caso se llega al diagnóstico a partir de la RMN cerebral donde se objetivan imágenes compatibles con leucoencefalopatía. Por tanto se comprueba la importancia y necesidad de la RMN, como prueba de imagen complementaria a la exploración clínica para el correcto diagnóstico de algunas alteraciones en la marcha en pediatría.

Enlaces web de interés

<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/cojera.pdf>

<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/36-pci.pdf>

<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/13-polineurop.pdf>

http://www.aepap.org/avalpap/exploracion_eeii.pdf

http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_cadera.pdf

Bibliografía

1. Gascó Gomez de Membrillera J, Gascó Adrien J, Barra Pla A. La cojera en el niño. Orientación diagnóstica. *Pediatr Integral* 2001; 6(4): 305-314.
2. Garrido R, Luaces C. Cojera en la infancia. Protocolos diagnósticos y terapéuticos de Urgencias Pediátricas. *Reumatología y Urgencias. AEP.* 2002;139-146.
3. Pallás Alonso, CR; de la Cruz Bértolo, J; Medina López, MC; Bustos Lozano, G; de Alba Romero, C; Simón de los Heros, R. Edad de sedestación y marcha en niños con peso al nacer de 1500gr y desarrollo motor normal a los dos años. *An Esp Pediatr.* 2000;53:43-47.
4. Staheli LT. *Fundamentals of pediatric orthopedics.* 2th ed. New York Philadelphia; Lippincott Raven; 1998.p. 29-40.
5. Flynn JM, Windmann RF. The Limping Child: Evaluation and Diagnosis. *J Am Acad Orthop Surg.* 2001 Mar-Apr;9(2):89-98.
6. Póo Argüelles P. Parálisis cerebral infantil. Protocolos Diagnósticos Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica. 2008.
7. Póo P, Campistol J. Parálisis cerebral infantil. Cruz M et al. *Tratado de Pediatría.* 9ª edición. Madrid: Ergon, 2006.
8. Bax M, Goldstein M, Rosenbanm P, Leviton A, Paneth N. Proposed definition and classification of cerebral palsy, april 2005. *Dev Med Child Neurol* 2005; 27: 571-576.
9. Macías L, Fagoaga J. *Fisioterapia en Pediatría.* 1ª ed. Madrid, Ed Mc Graw-Hill/ Interamericana de España, S.A.U. 2002.
10. Shaffer DR. *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia.* Thomson Learning; 2000.
11. Collado Vazquez S. Desarrollo de la marcha. *Revista Biociencias.* 2005.
12. Vaquerizo J, Díaz-García C. State of bilateral opercular disorder and pseudobulbar paralysis of late onset in unilateral perisylvian dysplasia. *Rev Neurol.* 1997 Dec;25(148):1934-6.
13. Gorrotxategi P, Reguilón MJ, Gaztañaga R, Hernández Abenza J, Albisu Y. Moya-moya disease in a child with multiple malformations. *Rev Neurol.* 1995 Mar-Apr;23(120):403-5.
14. Pascual-Castroviejo I, Roche MC, Martínez Fernández V, Pérez-Romero M, Escudero RM, García-Peñas JJ, Sánchez M. Incontinentia pigmenti: MR demonstration of brain changes. *Am J Neuroradiol.* 1994 Sep;15(8):1521-7.
15. Pascual Pascual SI, Pascual Castroviejo I, Vélez A. Ischemic cerebrovascular accidents in childhood. *An Esp Pediatr.* 1988 Apr;28(4):279-85.