



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Marcha estepante de origen postural en niña de 10 años



Steppage gait in a 10 year-old girl

K. Schmitz*, S.C. Daza Aguilar, J.J. Alcón Saez y M.E. Montesinos Sanchis

Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

Disponible en Internet el 10 de agosto de 2014



Figura 1 A) Imposibilidad para la extensión del primer dedo y debilidad para la flexión dorsal del pie derecho. B) Postura usual de la paciente al sentarse.

Niña de 10 años, con marcha estepante (elevación exagerada de rodilla evitando arrastrar el pie) de 24 h de evolución¹. Salvo leve lumbalgia, no otros síntomas, traumatismo ni infección.

Presenta incapacidad de extensión del hallux derecho, paresia para extensión del resto de los dedos y dorsiflexión del pie (fig. 1A), imposibilidad para la eversión, hiposte-

sia en lateral de pierna y dorso del pie. Inversión y flexión plantar del pie; y abducción de muslos conservadas. Reflejo aquileo derecho abolido, resto normales. No deformidades, atrofia ni antecedentes familiares patológicos.

Resonancia magnética lumbar normal. Electromiograma sugiere neuroapraxia selectiva del peroneo común derecho en la cabeza peroneal: amplitud del potencial motor disminuida, con velocidad de conducción conservada; no alteraciones sensitivas significativas, ni denervación de músculo tibial anterior. Estudio contralateral y de miembros superiores normal (fig. 2).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: katjaksc@gmail.com (K. Schmitz).

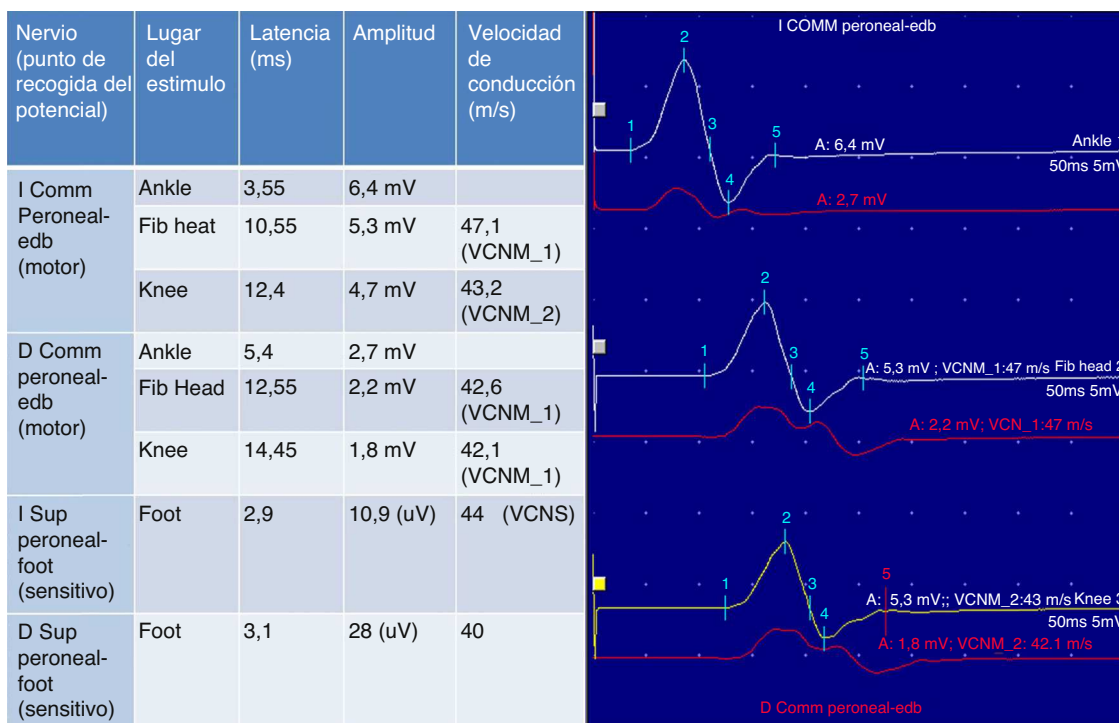


Figura 2 Electromiograma. A: amplitud; COMM: común; D: derecho; EDB: músculo extensor digitorum brevis; I: Izquierdo; ms: milisegundos; m/s: metros por segundo; mV: milivoltios; μ V: microvoltios; VCNM: velocidad de conducción nerviosa motora; VCNM_1: velocidad de conducción nerviosa motora por debajo de la cabeza peroneal; VCNM_2: velocidad de conducción nerviosa motora a través de la cabeza peroneal; VCNS: velocidad de conducción nerviosa sensitiva.

Rehistoriando, encontramos sedestación prolongada con piernas cruzadas (fig. 1 B).

El nervio peroneo común se divide, distal a la cabeza peroneal, en profundo y superficial (sensitivo), encargados respectivamente de la dorsiflexión del pie y la extensión de los dedos, y sensibilidad lateral distal de la pierna, el dorso del pie y los dedos. Traumatismos directos y compresión extrínseca son causas de neuropatía.

El diagnóstico diferencial incluye neuropatías hereditarias sensitivo-motoras «Charcot-Marie-Tooth»², especialmente la hereditaria sensible a la presión, que cursa con parálisis troncular indolora relacionada con fenómenos compresivos, con hallazgos electromiográficos de polineuropatía sensitivo-motora desmielinizante³.

Se decidió actitud expectante quedando asintomática antes de 6 meses y sin incidencias tras un año de

seguimiento, diagnosticándose de neuroapraxia secundaria a compresión postural.

Se trata eliminando los agentes causales, fisioterapia y, en casos graves, ortesis⁴.

Bibliografía

1. Palencia R. Trastorno de la marcha. Protocolo diagnóstico. *Bol Pediatr.* 2000;40:97-9.
2. Colomer J. Polineuropatías sensitivo-motoras. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica. 2ª ed. 2008, tomo 1: 88-94.
3. Ortega E, García G. Neuropatía hereditaria con predisposición a la parálisis por presión. *Rehabilitación (Madr).* 2001;35:315-7.
4. Baima J, Krivickas L. Evaluation and treatment of peroneal neuropathy. *Curr Rev Musculoskeletal Med.* 2008;1:147-53.