

CASO CLÍNICO 3

Trastorno de la marcha de origen inferior

Dra. Carmen Pablos Hernández
Complejo Asistencial Universitario de Salamanca

VALENCIA, 14 DE JUNIO DE 2013

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SALAMANCA**



Sociedad Española
de Geriatria y Gerontología

**55 Congreso Nacional de la Sociedad Española
de Geriatria y Gerontología**



CASO CLÍNICO

Paciente de 89 años de edad y **A.P.:**

- NRAMC.
- Sin FRCV conocidos.
- Hipotiroidismo en tratamiento.
- VPPB ocasional (sedantes vestibulares).
- Trastorno del ánimo de perfil ansioso-depresivo.
- Poliartrosis.
- IQx: fauquetomía bilateral. Dacriocistectomía.

Dedo en martillo de pie derecho. PTC izquierda (Furlong).

Tratamiento: Levotiroxina 25µgr, Sertralina 50mg, Lorazepam 1mg, Paracetamol 1gr, Omeprazol 20mg



CASO CLÍNICO

Situación Funcional:

- Barthel 85/100.
- CRF: 1-2/5.
- Lawton:4/4.

Situación Mental: sin deterioro cognitivo.

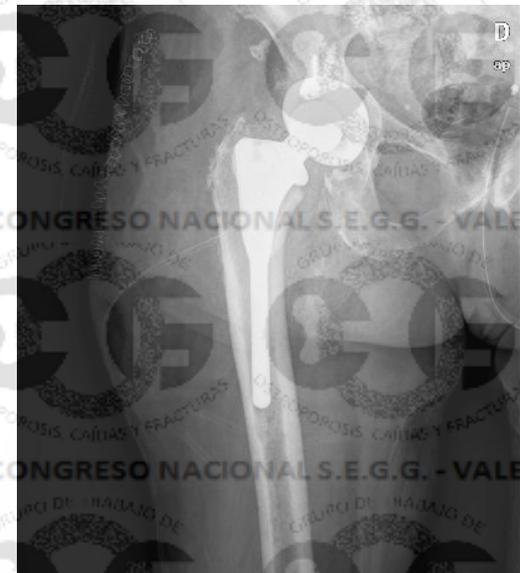
Situación Social: casada, sin hijos. No ASD ni Ley de Dependencia.

Enfermedad actual: intervenida hace 72 horas de forma programada por coxartrosis derecha (PTC Furlong no cementada). Refiere, coincidiendo con la autorización de la carga, dificultad para la deambulación por culpa del miembro no intervenido.



CASO CLÍNICO

Enfermedad actual: intervenida hace 72 horas de forma programada por coxartrosis derecha (PTC Furlong no cementada). Refiere, coincidiendo con la autorización de la carga, dificultad para la deambulacion por culpa del miembro no intervenido.



VALORACIÓN DE LA FUERZA EN EEII (VÍDEO)



Taller de Valoración de la Marcha – Valencia, 15 de junio de 2013

ACOTANDO LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA...

FOCAL

DIFUSA

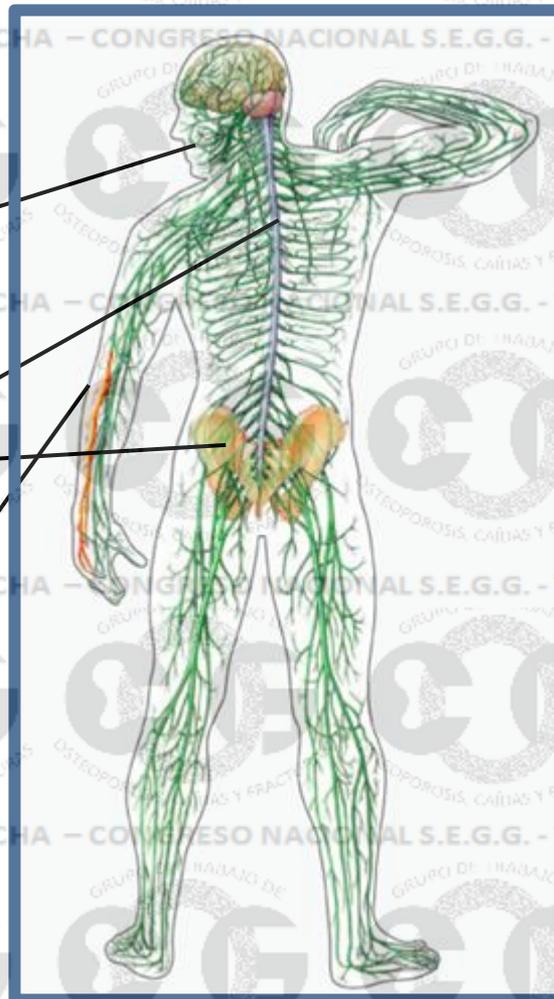


Taller de Valoración de la Marcha – Valencia, 15 de junio de 2013

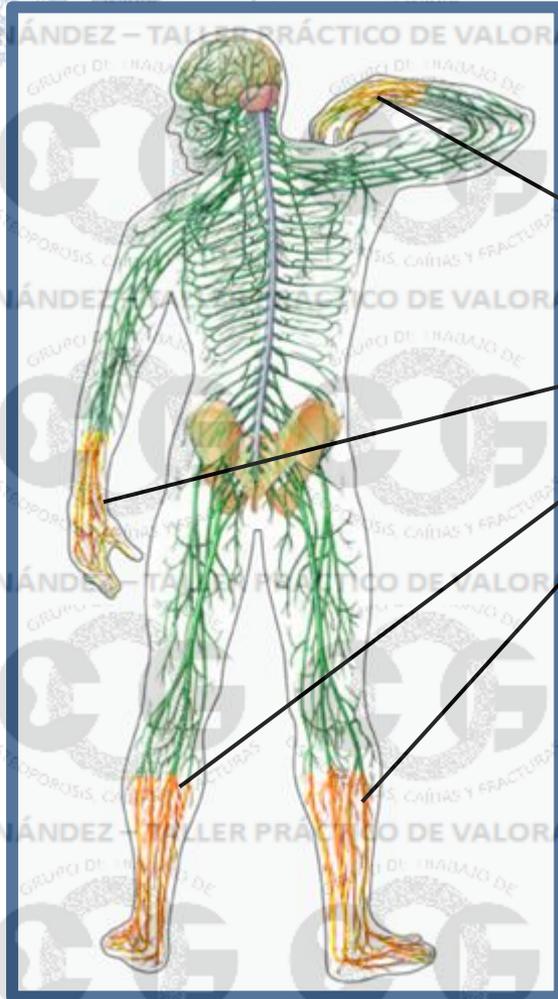
ACOTANDO LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA...

FOCAL

- CRANEANA
- RADICULOPATÍA
- PLEXOPATÍA
- MONONEUROPATÍA



ACOTANDO LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA...



DIFUSA

• POLINEUROPATÍA



ACOTANDO LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA...

FOCAL

**MONONEUROPATÍA
MÚLTIPLE**

DIFUSA

- CRANEANA
- RADICULOPATÍA
- PLEXOPATÍA
- MONONEUROPATÍA
- VASCULITIS
- NP DIABÉTICA
- SARCOIDOSIS
- HIPOTIROIDISMO
- POLINEUROPATÍA



SINTOMATOLOGÍA DE LA NPP

MOTORA

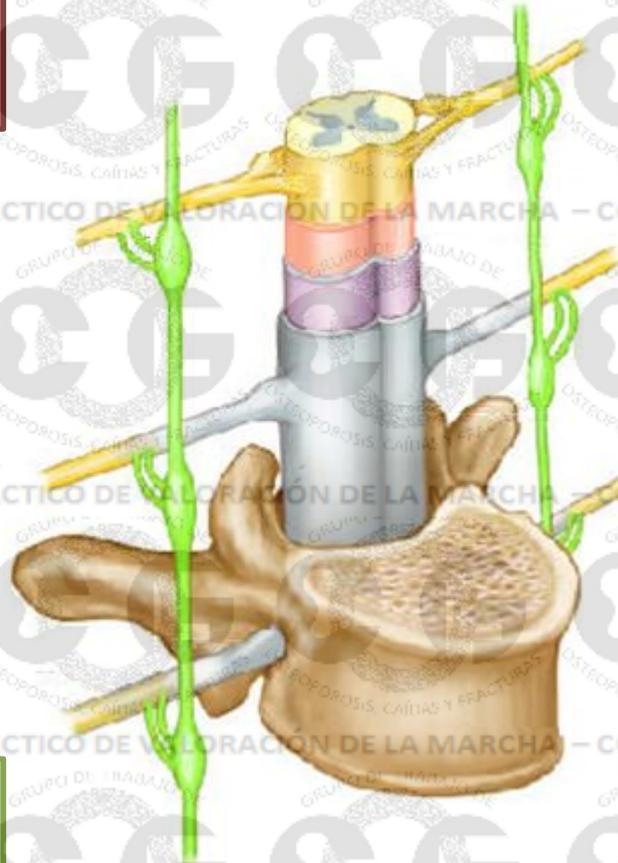
- Debilidad muscular
- Atrofia
- Fasciculaciones
- Calambres
- Anhidrosis, hipotensión postural, alteraciones vesicales, impotencia

± SNA

SENSITIVA

- Disestesia
- Dolor
- Alodinia
- Hiperalgnesia
- Ataxia sensitiva

MIXTA



VALORACIÓN DE LA MARCHA (VÍDEO)



Taller de Valoración de la Marcha – Valencia, 15 de junio de 2013

EXPLORACIÓN FÍSICA

BALANCE ARTICULAR: cadera y rodilla funcional.

BALANCE MUSCULAR: Psoas 2/5

Cuádriceps 1/5

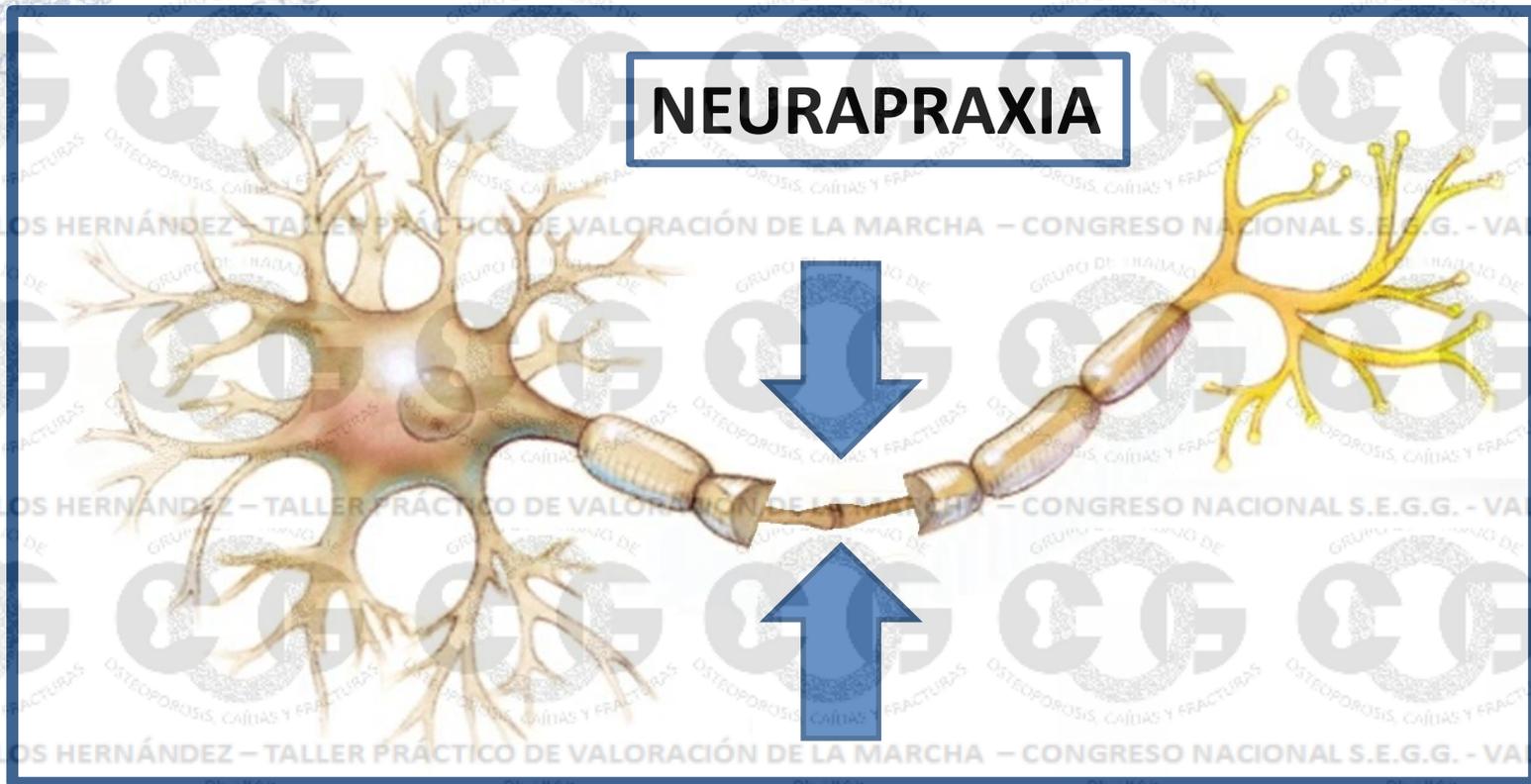
Tibial anterior 5/5

Triceps Sural 5/5

SENSIBILIDAD TACTOALGÉSICA: preservada.

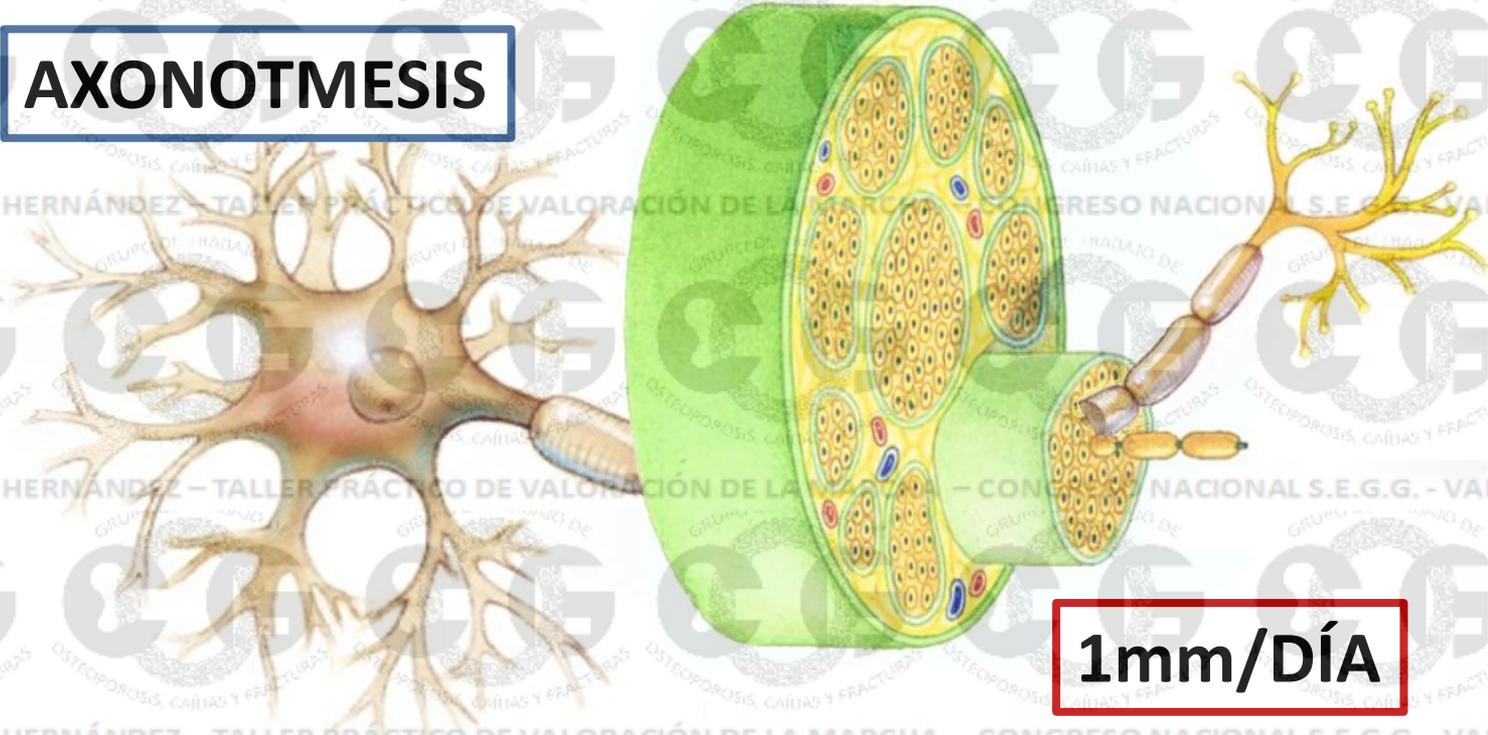


TIPOS DE LESION – CLASIFICACIÓN DE SEDDON



TIPOS DE LESION – CLASIFICACIÓN DE SEDDON

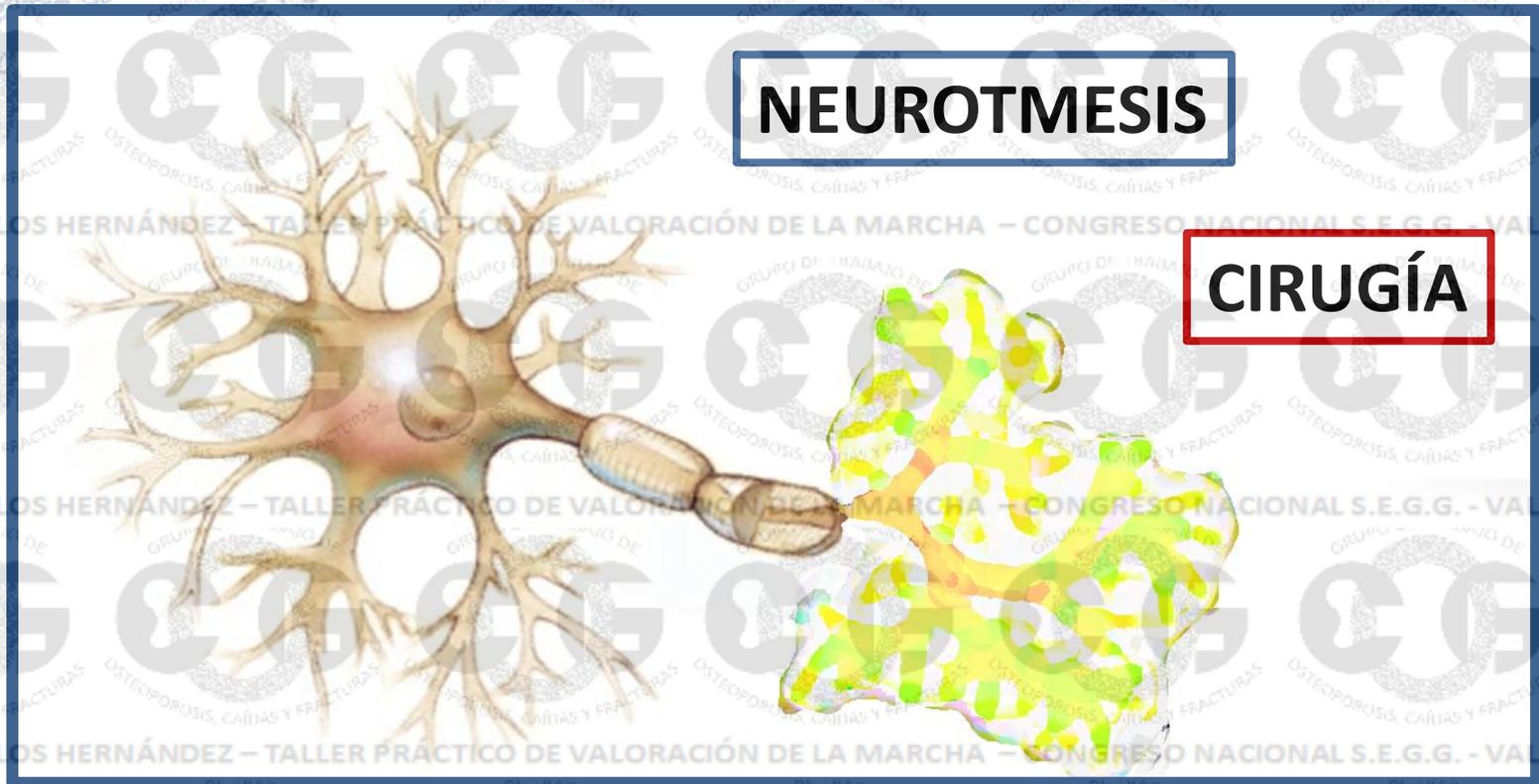
AXONOTMESIS



1mm/DÍA



TIPOS DE LESION – CLASIFICACIÓN DE SEDDON



ELECTROMIOGRAMA

ESTUDIO ELECTROFISIOLÓGICO: músculo psoas iliaco y cuádriceps (recto anterior) derechos en ausencia de actividad espontánea en reposo, voluntaria o tras la estimulación del nervio femoral. Músculo aductor mayor normal.

ESTUDIO COMPATIBLE CON MONONEUROPATÍA FEMORAL DERECHA (PROBABLE AXONOTMESIS COMPLETA)



MONONEUROPATÍA FEMORAL

- **PREVALENCIA DE LESIONES NEUROLÓGICAS: 0,6-7,5 %**
- **CIÁTICO (79%)>FEMORAL (13.2%)>OBTURADOR (1.6%)**
- **FR: SEXO FEMENINO, REVISIÓN DE UN IMPLANTE, SANGRADO INTRAOPERATORIO, PERICIA DEL CIRUJANO**
- **VÍA MÁS HABITUAL DE LESIÓN: ANTEROLATERAL**
- **LO MÁS FRECUENTE: TRAUMATISMO CON SEPARADOR**
- **RECUPERACIÓN FUNCIONAL: BUENA/EXCELENTE (76%)**



TRATAMIENTO DE LA LESIÓN

- **MASAJE DE DRENAJE, IONTOFORESIS Y PRESOTERAPIA**
- **MOVILIZACIÓN PASIVA ARTICULAR**
- **ESTIRAMIENTO DE MÚSCULOS ANTAGONISTAS**
- **CORRIENTES EXCITOMOTORAS**
- **REHABILITACIÓN ACTIVA (EJERCICIOS EXCÉNTRICOS – DESBORDAMIENTO – TRABAJO ESTÁTICO Y DINÁMICO – TÉCNICAS PROPIOCEPTIVAS – HIDROCINESITERAPIA – ERGOTERAPIA).**
- **FÉRULA POSTERIOR**



CORRECCIÓN CON ORTESIS (VÍDEO)



Taller de Valoración de la Marcha – Valencia, 15 de junio de 2013

MENSAJES PARA LLEVAR A CASA

- EL DIAGNÓSTICO DE LAS PNP PRECISA DE AMPLIOS CONOCIMIENTOS TANTO DE LA ANATOMÍA COMO DE LA FUNCIÓN DEL SNP
- ES IMPORTANTE DEFINIR LOS SÍNTOMAS DE LA PNP (SENSITIVOS / MOTORES / MIXTOS / \pm DISAUTONOMÍA)
- LA CLASIFICACIÓN DE SEDDON NOS AYUDA TANTO EN EL DIAGNÓSTICO COMO EL PRONÓSTICO DE LA LESIÓN
- LA LESIÓN DEL NERVIIO FEMORAL CONDICIONA EN GRAN MEDIDA LA RECUPERACIÓN TRAS PTC



