

# HIPOTONÍA

## MITOS Y REALIDADES

**Stella Parra**

Es frecuente la remisión de niños a consulta de fisioterapia con un diagnóstico de niño hipotónico, enviados por el profesor del colegio, el educador físico, la terapeuta ocupacional, el psicólogo o por otros miembros del área de la salud o de la educación. Así, poco a poco, ha venido creciendo un paradigma cada vez más popular: el de que el niño no logra alcanzar sus objetivos en las tareas y exigencias del colegio – o al menos no logra rendir al mismo nivel que los demás compañeros del niño - a causa de su “hipotonía”. Se aduce como principales dificultades la dificultad para el mantenimiento de una correcta postura y la poca efectividad en habilidades de educación física por no poder realizar 60 abdominales en un minuto, 60 flexiones de pecho en 60 segundos o calificarle con la menor nota por llegar entre los últimos cuando corren alrededor del patio o del parque, o por no poderse parar sobre las manos con los pies hacia arriba en contra de la acción de la gravedad.

Pero realmente, ¿en qué posición debemos vencer la acción de la gravedad? De igual forma, que importancia darle a esa supuesta hipotonía si observamos un buen rendimiento conceptual de este niño en sus materias teóricas, o si analizamos cómo practica una melodía en un piano, o con otro instrumento musical y cuál es su rendimiento en habilidades frente al computador y encontramos que presentan un desempeño de excelente calidad

Pero la realidad más importante, radica en un buen estudio practicado por el neuropediatra, o médico competente para establecer el verdadero diagnóstico etiológico. Igualmente, para evitar rotular a los niños equivocadamente el dictamen de una hipotonía, solo puede ser dado por un médico. Ninguna otra persona de otra disciplina puede establecer un diagnóstico médico.

Son muchas las patologías que cursan con una serie de alteraciones, que comparten la hipotonía (Medina Malo, 2.005), pero el análisis debe establecerse con características que ayuden a determinar su verdadera identidad, refiriéndonos a postura, actividad refleja, reacciones automáticas de enderezamiento, equilibrio y calidad de ejecución motora. Desde el punto de vista médico existen otros medios para sustentar el diagnóstico diferencial.

Gravita en el “inconsciente colectivo” una preocupación importante en torno a la hipotonía muscular, y se parte de la convicción de que “todos sabemos cuando un niño es hipotónico”. Esas concepciones populares no se sostienen cuando revisamos los trabajos de quienes han dedicado décadas de trabajo al tema. En efecto, al

revisar los últimos escritos del doctor Václav Vojta publicados en su libro: "Alteraciones motoras cerebrales infantiles" (Madrid, julio 2.005), refiriéndose a la importancia del concepto que el tono muscular tiene para algunos autores, como recurso que ayuda a determinar el grado de anormalidad o de patología de un recién nacido o de un lactante, encontramos afirmaciones del estilo "los defensores del tono muscular muestran una gran consternación cuando nos oyen decir que un tono muscular tan alterado como el de un "floppy child" -aparte de la humedad del aire, la temperatura externa, la presión barométrica y la altitud – se puede normalizar en unos segundos al activar el control postural". Es común también en nuestra práctica - aún en los casos de bebés con hipertonía muscular grave - lograr en la misma sesión, adoptar una postura y tono normales como respuesta a la intervención terapéutica en los primeros meses de vida.

Cabe afirmar que no es tan determinante la importancia que se le brinda al tono muscular por una razón elemental: debemos convencernos que no existe hasta hoy ninguna posibilidad de medir objetivamente el tono muscular (Vojta, 2.005). Si se concibe el tono muscular como un parámetro de la función motora habríamos de interesarnos más por el control automático de la postura y por los patrones posturales y motores. Por otra parte, es claro – como arriba se dijo - que el tono muscular es función de muchas variables que nunca se controlan; de nuevo, citando a Vojta "para evitar las oscilaciones del tono muscular habría que mantener una determinada temperatura en la sala de exploración como condición para que la prueba sea válida".

"El tono muscular puede oscilar a lo largo del día en las primeras semanas de vida. El hecho que dependa del estado general del lactante ha inducido a Prechtl a evaluar dicho estado según las distintas situaciones de vigilia ".

El estado del tono muscular del recién nacido con patología evoluciona progresivamente en la medida en que se mieliniza el sistema nervioso. Según la clasificación del tono muscular de Bobath solo un 10% de los niños hipotónico con lesiones cerebrales permanecen con este tono y el 90% evolucionan a espasticidad, o atetosis o ataxia o son mixtas.

Continuando con los mitos y realidades y haciendo una revisión de los últimos artículos publicados en revistas indexadas se encuentran las siguientes afirmaciones:

1. (Congreso de Pediatría 2.000) "Se analiza la hipotonía como signo guía del diagnóstico diferencial de un amplio abanico de posibles patologías neurológicas centrales y periféricas.
2. (VeriMed Helth Care Mayo 2.002) "La hipotonía es a menudo un signo de una anomalía preocupante y puede sugerir la presencia de una disfunción del sistema nervioso central ".
3. No debe confundirse con la HIPERLAXITUD O HIPERMOBILIDAD ARTICULAR, característica de frecuente motivo de consulta (Bravo Silva Jaime, Enero 2.006), en Chile el 50% de los pacientes en cualquier clínica

reumatológica, en España el 80%, en poblaciones latinas el 25% de las consultas reumatológicas, en Inglaterra se consulta como primera causa de dolor en la comunidad, y afecta a más del 10% de la población mundial.

La hiperlaxitud o hiper movilidad articular no constituye síntoma neurológico; se caracteriza por poca estabilidad especialmente para facilitar la coordinación durante el gateo, haciendo que el niño omita esta etapa. Igualmente se observa dificultad para iniciar la marcha a consecuencia de la laxitud de los ligamentos estabilizadores del pie, motivo por el cual el niño mantiene voluntariamente hiperflexión de los dedos de los pies ayudando al arco del pie para sostenerse, y demora en la adquisición de la marcha.

Más tarde, los niños pueden ser ágiles para participar como malabaristas, bailarines, músicos, pero con dificultades para mantener la postura del cuerpo estable y erecta desde los 5 años, cuando en el mecanismo postural normal se integran las reacciones de enderezamiento que lo mantenían bien alineado y edad a partir de la cual prevalecen las reacciones de equilibrio por el resto de la vida.

Esta situación es tan frecuente que podríamos llamarla prevalente. Es común en nuestro medio, encontrar estudiantes de la carrera de Fisioterapia de los distintos semestres, a alumnos que muestran hiperlaxitud. A manera de anécdota cabe referir que - en el último grupo de estudiantes - 17 de 23 que se evaluaron, presentaron, entre otras características clic articular en caderas bilateralmente durante la marcha, hiperlordosis lumbar, escoliosis, hiperextensión de rodillas, subluxaciones voluntarias de dedos de pies y manos, de codo, muñeca, dolor frecuente en piernas, columna, hombros, tendinitis, inestabilidad de cuello de pie, fatiga crónica, artrosis precoz.

Frecuente como es, esta condición del tejido conectivo puede tener algún impacto sobre la vida cotidiana. Revisando la literatura de Reumatología, España, 2.006 se encuentra en estas personas en general, la tendencia a presentar temor, ansiedad y miedo al hacer ejercicio, deportes de contacto (fútbol, volibol y otros), gimnasia y esfuerzo por inestabilidad, lesiones a repetición, desgaste articular, fragilidad de los cartílagos, discopatías, tendinitis y laxitud de tejidos al caer. En algunas personas se encuentra debilidad de los tejidos, debido a una alteración de la fibra colágena, que forma parte de la estructura de sostén de la mayoría de los tejidos. Se observa más en mujeres que en hombres, los niños son más laxos que los adultos. Se piensa que la mitad de los casos se debe a herencia autosómica dominante y los otros a nuevas mutaciones genéticas. Los síntomas son variados haciendo difícil el diagnóstico y varían de persona a persona, algunos muestran el problema en pequeñas articulaciones de mano y en otros en todo el cuerpo. Prevenir es la clave del éxito en esta alteración del colágeno, es característica de personas normales y no forma parte de patologías claras de la fibra colágena (Ehlers-Danlos).

Distingamos bien entre hipotonía e hiperlaxitud.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bravo Silva, Jaime, Reumatología, Madrid, Enero 2.006
2. Bobath, Bertha. Neurodevelopmental Treatment of Cerebral Palsy , Londres 1.982
3. Medina Malo, Carlos. Neuropediatría. Revisiones. Vol. 3, 2.005
4. Prechtl, H.F.R. The Optimality Concept. Early Human Developmen, 1.980 p.201
5. Vojta, Václav. Alteraciones motoras cerebrales infantiles. Diagnóstico y tratamiento precoz, Madrid, 2.005.