

## PROPOSICION DE UN NUEVO SUCEDANEO DEL SIGNO DE BABINSKI

\* Dr. José de Js. Jiménez Olavarrieta

Dentro de los reflejos superficiales de los miembros inferiores se encuentra el reflejo plantar. Se pone de manifiesto excitando con un alfiler la planta del pie, en su lado externo, medio o interno, con escasa o mucha presión, según las circunstancias. El reflejo plantar normal consiste en la flexión de los dedos luego de esa maniobra.

Pero en ciertas condiciones, en lugar de ocurrir esto, se produce la extensión del dedo gordo y la flexión de los demás, o bien éstos se abren en abanico. Este fenómeno constituye el signo de Babinski, nombre del gran neurólogo francés que lo dio a conocer en una comunicación de apenas 30 líneas a la Sociedad de Biología de París el 22 de febrero de 1896.

El signo de Babinski tiene un gran valor semiológico. Revela una lesión de la neurona motora central, o sea, de la corteza o del fascículo piramidal. Existe en todas las hemiplejías (en las que generalmente es unilateral), en las paraplejías espásticas y las paraplejías flácidas de origen central (en las que generalmente es bilateral). En el lactante existe normalmente hasta el final del segundo año.

El signo de Babinski es uno de los constituyentes del llamado síndrome piramidal. Este síndrome está constituido por espasticidad, hiperreflexia osteotendinosa y clonus.

La espasticidad o hipertonia piramidal se limita por lo general a los miembros, no participando los músculos de la cara ni los de la nuca. Afecta más a los músculos distales de los miembros.

La exageración de los reflejos osteotendinosos o profundos da lugar a la hiperreflexia. Como se sabe, la vía piramidal ejerce un efecto inhibitorio sobre los centros reflejos medulares y cuando dicha vía está lesionada, aparece hiperreflexia.

El último elemento de este síndrome señalado es el clonus. El clonus (del griego klonos = agitación) consiste en una serie de contracciones involuntarias, rítmicas, determinadas en un grupo muscular, por la extensión brusca y pasiva de los tendones. Representa fisiopatológicamente una hiperexcitabilidad del arco reflejo por supresión de la acción frenadora o reguladora que ejerce la vía piramidal cuando está intacta o normal.

El clonus del pie o trepidación epileptoidea del pie se busca flexionando la pierna sobre el muslo y tomando a plena mano el pie del paciente por su cara plantar, provocando una flexión forzada pasiva. Se inicia entonces una serie de sacudidas rítmicas. El clonus patológico es muchas veces inagotable. El clonus de la rótula se busca con el miembro en extensión, tomando la rótula entre los dedos mayor y pulgar de una mano, dando un pequeño golpe seco, como si se quisiera llevar bruscamente dicha rótula a

(\*) Médico en el ejercicio de la profesión. Santiago, R.D.

tocar el dedo gordo del pie. En casos positivos se produce una trepidación epileptoidea de la misma.

Todo lo señalado, repetimos, forma parte del síndrome piramidal.

En cuanto al signo de Babinski de nuevo, algunas veces puede ser indiferente, es decir, no haber respuesta luego de excitar la planta del pie con un alfiler. En esos casos puede despertarse el signo de Babinski realizando otras maniobras que se describen a continuación y que constituyen "los sucedáneos de Babinski". Son ellos:

1. El signo de Oppenheim: se obtiene la extensión del dedo gordo del pie presionando con el pulgar o con un objeto como la cara interna de la tibia desde arriba hacia abajo.

2. Signo de Schafer: la misma respuesta al tirar o comprimir el tendón de Aquiles.

3. Maniobra de Gordon: idéntica respuesta al comprimir las masas musculares de la pantorrilla.

Hay otras maniobras descritas con la misma finalidad, aunque la verdad es que ninguna iguala en sensibilidad a la técnica de Babinski.

Nosotros hemos notado que un buen grupo de pacientes con lesiones piramidales hacen el signo de Babinski cuando se trata de buscar el clonus de la rótula, con la maniobra señalada más arriba. Hay que sostener la rótula hacia abajo Fig. No. 1

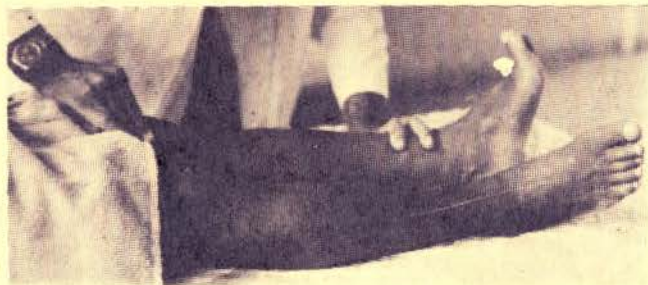


Figura No. 1

Hemos revisado una amplia literatura (ver bibliografía) y en ninguna de las señaladas obras se hace mención "de este nuevo sucedáneo de Babinski". Quisiéramos por tanto proponer este nuevo signo, que en sí no es nada trascendental pero que no podemos dejar pasar por alto.

Las bases de la semiología de hoy en día se han cimentado por el aporte pacienzudo de los médicos a través de los siglos.

## BIBLIOGRAFIA

Biblioteca de Semiología. Directores: Cossio y Padilla. Sistema Nervioso por los Drs. Dassen y Fustinoni. Quinta edición. Librería y Editorial El Ateneo. Florida 340, Córdoba 2099. Buenos Aires 1949. Pags. 247 y 257.

Propedéutica Médica. Drs. Prior y Silberstein. Tercera edición. Traducida al español por Dr. José Blengio. Nueva Editorial Interamericana. 1973. Cedro 512. México 4, D.F. México. The C.V. Mosby Company. Impreso en México. Pág. 337.

Propedéutica Médica de Major. Dres. Delp y Manning. Séptima edición. Traducido al español por Dr. Homero Vela. Nueva Editorial Interamericana. Cedro 512, México 4, D.F. Traducción de la obra Major's Physical Diagnosis. 1968. Saunders Company, Philadelphia. Impreso en México. Pág. 293.

Métodos Clínicos. Hutchison y Hunter. Undécima edición. Versión castellana por el Dr. Felipe Jiménez. Diagonal Norte 615, Buenos Aires. 1948. Págs. 536 y 541.

Semiología Clínica por Bariety y Bonniot. Versión española de la Dra. Bozzi de Peláez. Título original de la obra: Semiologie. Editores: Masson et Cie, Paris VIe. Toray Masson S.A. Barcelona 1965. Pág. 300.

Semiología Médica y Técnica Exploratoria. Juan Suros Forns. Salvat Editores S.A. 1978. Mallorca 43, Barcelona, España. Pág. 780.