

Editorial

¿Claudicar o no claudicar?: Un dilema

Dr. Roberto Coronado Zarco,* Dra. Tania Inés Nava Bringas

La descripción de la marcha es una de las actividades que caracteriza a los especialistas de medicina de rehabilitación de otras especialidades. Debido a que cada vez es más importante la práctica de medicina en forma multidisciplinaria, es necesario homologar términos de tal forma que se logre un lenguaje médico común.

Uno de los términos más empleados en nuestra especialidad durante la descripción de la marcha es el de **claudicación**. Sin embargo, la definición de dicho término puede tener una connotación distinta para otras especialidades, e incluso dentro de la misma especialidad.

¿De donde proviene dicho término? Surós señala que el término **claudicación intermitente** fue descrito inicialmente en 1831 por el veterinario Boullay, siendo incorporado a la medicina por Charcot. Este último define un síndrome consistente en una cojera súbita unilateral, que es producido durante la marcha y cede con reposo. Se acompaña de dolor, parestesias o sensación de calambre en los miembros inferiores. Y el pie suele tornarse pálido y frío.¹

¿Qué significa claudicar? Según la Real Academia Española la palabra **claudicar** proviene del latín *claudicare*, cojear, aunque el término claudicar, de acuerdo a la definición previa, se considere en desuso. Así mismo lo define como proceder y obrar defectuosa o desarregladamente, también en desuso. Fallar por flaqueza moral en la observancia de los propios o normas de conducta o ceder, rendirse, generalmente a una presión externa. En cuanto al término **claudicación**, también del latín *claudicationi*, acción y efecto de claudicar. Intermitente, en medicina, síntoma caracterizado por la cojera dolorosa, producida por el acto de andar. Aparece principalmente en la tromboangiitis obliterante.²

Se ha señalado el término **cojear**. La Real Academia Española lo define como andar inclinando el cuerpo más a un lado que a otro, por no poder sentar con regularidad e igualdad los pies. Dicho de una mesa o de cualquier

otro mueble: Moverse por tener algún pie más o menos largo que los demás, o por desigualdad del piso. Faltar a la rectitud en algunas ocasiones. Adolecer de algún vicio o defecto.²

Algunos de los textos de semiología médica y de análisis de marcha indican que el término cojear correspondería a una deficiencia unilateral de la marcha,^{3,4} sugiriendo que los términos cojear, claudicar y renquear evocan la inclinación del cuerpo hacia un lado y el apoyo asimétrico de los miembros pélvicos.

Hasta ahora, por lo previamente señalado, se puede interpretar que la claudicación pudiera corresponder a un fenómeno eminentemente de etiología vascular.

Sin embargo, existe otra condición en la que también se ha descrito claudicación.⁵ En 1803, Portal realizó la primera descripción de la estenosis vertebral.⁶ Verbieste, entre 1949 y 1957, realizó una descripción anatómo-patológica de dicha condición y la asoció a sus características clínicas,⁷ estableciendo el término claudicación neurogénica (o pseudoclaudicación, claudicación neurogénica intermitente), que define a los síntomas que se manifiestan como incomodidad y/o dolor en caderas, piernas o pies durante la marcha, y obligan al paciente a detenerse y flexionar el tronco, con lo que se limita la sintomatología, permitiendo la continuación de su actividad.⁸ Podemos considerar este fenómeno como un proceso neurovascular, debido al incremento de la presión intradural de los segmentos vertebrales lumbares, que asociado a la disminución de la luz del conducto vertebral o radicular condiciona la sintomatología descrita,⁹⁻¹² permitiendo la presentación de la deficiencia en forma unilateral, bilateral o alterna.

En la revisión realizada por Porter se presentan diversos diagnósticos diferenciales para claudicación: Claudicación intermitente de origen vascular, claudicación neurogénica, claudicación ciática debida a insuficiencia de la arteria glútea inferior, pacientes de Crock o por disrupción discal interna¹³ y patología neurológica central como esclerosis múltiple, mixedema, mielitis transversa, etc.¹⁴

Al realizar una búsqueda dirigida en distintos navegadores médicos, al igual que lo descrito por Varcoe,¹⁴ quien reportó 128 artículos asociados al término claudicación

** Jefe de Servicio Rehabilitación Columna INR.

** Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación en Curso de Postgrado Rehabilitación Ortopédica.

intermitente, se observa que los resultados encontrados sobre el término en cuestión se refieren a los dos aspectos descritos previamente, claudicación intermitente vascular o neurogénica.

Por lo que la interacción con otras especialidades puede causar confusión, el empleo de dicho término para describir una cojera (andar inclinando el cuerpo más a un lado que a otro, por no poder sentar con regularidad e igualdad los pies).²

Tal vez la descripción de la marcha debería describirse en un contexto más funcional, y empleando el término deficiencia. De acuerdo a los criterios de la OMS que establecen a la deficiencia como resultado *de problemas en las funciones o estructuras corporales, tales como una desviación significativa o una pérdida*.¹⁵

Lo previamente establecido nos permite hacernos una pregunta: ¿En un contexto actual será válido continuar utilizando el término claudicación como sinónimo de cojera o deficiencia durante la marcha?

Referencias

1. Surós J. *Semiología médica y técnica exploratoria*. 4ª Ed. Barcelona: Salvat Editores, 1968: pp. 313-314.
2. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima primera edición 1995.
3. Ducroquet R, J y P. *Marcha normal y patológica*. 1ª. Barcelona: Ed. Toray-Masson. 1972: 84.
4. Whittle MW. *Gait analysis*. 2nd Ed. Oxford: Butterworth Heinemann, 1996: pp. 108-109.
5. Coronado R, Caballero C, Miranda A y cols. Factores de riesgo asociados al conducto lumbar estrecho: Estudio de casos y controles. *Acta Ortop Mex* 2007; 21(2): 105-110.
6. La Ban MM, Imas A. Young lumbar spinal stenotic: review of 268 patients younger than 51 years. *Am J Phys Med Rehabil* 2003; 82(1): 69-71.
7. Verbiest H. A radicular syndrome from development narrowing of the lumbar vertebral canal. *J bone Joint Surg Br* 1954; 36-B(2): 230-237.
8. Porter RW. Spinal stenosis and neurogenic claudication. *Spine* 1996; 21(17): 2046-2052.
9. Devereaux MW. Anatomy and examination of the spine. *Neurol Clin* 2007; 25: 331-351.
10. Arbit E, Pannullo S. Lumbar spinal stenosis: A clinical review. *Clin Orthop* 2001; 384: 137-143.
11. Sengupta DK, Herkowitz HN. Lumbar spinal stenosis. Treatment strategies and indications for surgery. *Orthop Clin N Am* 2003; (34): 281-295.
12. Takahashi K, Kagechika K, Takino T et al. Changes in epidural pressure during walking in patients with lumbar spinal stenosis. *Spine* 1995; 15(24): 2746-2749.
13. Schwarzer AC, Aprill CN, Derby R et al. The prevalence and clinical features of internal disc disruption in patients with chronic low back pain. *Spine* 1995; 20(17): 1878-1883.
14. Varcoe R, Taylor CF, Anett P et al. The conundrum of claudication. *ANZ Journal Surgery* 2006; 76(10): 916-927.
15. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). OMS (<http://www.who.int/classifications/icf/site/index.cfm>) acceso 12 Oct 207.