

¿Es necesario hacer una «exploración neurológica básica» completa a todos los pacientes?

M. ARIAS¹ Y R. ALBERCA²

¹Servicio de Neurología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, La Coruña

²Servicio de Neurología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla

Kranion. En la última edición del tratado *Neurología clínica*, de Bradley WG, Daroff RB, Fenichel G y Jankovic J¹, puede leerse lo siguiente: «Los médicos en fase de aprendizaje han de entender bien y ser capaces de realizar una exploración neurológica completa, en la que se lleve a cabo una evaluación de todas las regiones del sistema nervioso central, los nervios periféricos, los trastornos sensoriales y los reflejos. Sin embargo, en la práctica la realización de una exploración neurológica completa implicaría demasiado tiempo. En lugar de ella el neurólogo utiliza la denominada exploración neurológica dirigida, mediante la cual examina con detalle las funciones neurológicas más significativas para la anamnesis, y asimismo hace una exploración neurológica de cribado para valorar las partes restantes del sistema nervioso [sic]». Dicha exploración neurológica básica o de cribado se muestra en la tabla 1. La información al respecto de otros importantes tratados de neurología y semiología neurológica es similar.

¿Se hace habitualmente esta exploración básica o de cribado al completo? ¿Es necesario hacerla en todos los pacientes que acuden al neurólogo, al menos en la primera visita? ¿Puede obviarse el fondo de ojo o las respuestas plantares en el paciente cuya anamnesis no sugiere ningún padecimiento neurológico? ¿Qué puede aportar la evaluación de la sensibilidad profunda y la coordinación cerebelosa en las piernas en alguien que camina y salta perfectamente? ¿Es conveniente restar tiempo a la anamnesis para usarlo en la exploración? ¿Cuáles son los riesgos de no hacer una exploración básica al completo?

Se ha solicitado a M. Arias y R. Alberca, experimentadísimos neurólogos, que debatan sobre estas cuestiones. Se recuerda a los lectores que la revista *Kranion* es quien propone a los autores el tema a discutir y les sugiere qué postura adoptar. En consecuencia, los argumentos de los expertos pueden ser retóricos y no reflejar necesariamente lo que en realidad piensan.

M. Arias. La neurología es la especialidad médica que tiene por objeto investigar, diagnosticar, tratar y prevenir las enfermedades del sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal), del sistema nervioso periférico, de la unión neuromuscular y del músculo. Como se deduce de esta definición, la neurología presenta áreas de confluencia con diversas especialidades, la mayoría de ellas incluidas dentro de las neurociencias (psiquiatría, psicología, neurocirugía, neurofisiología, neurogenética...) y otras ajenas como la reumatología (estudio de miopatías inflamatorias, por poner un ejemplo concreto). En los últimos años se han ido configurando diversas subespecialidades –en mi opinión, sería mejor denominarlas «áreas de especial competencia»–, que han enriquecido el panorama general de la neurología.

El denominado método neurológico constituye una especie de cordón umbilical que está detrás del quehacer de la práctica clínica diaria y habitual de todo neurólogo. En síntesis, el método neurológico podría estructurarse sucintamente en varios apartados: a) búsqueda de los antecedentes (personales y familiares) y realización de la anamnesis (síntomas de dis-

Tabla 1. Exploración neurológica de cribado¹

| | |
|---|--|
| Estado mental: evaluación al hacer la anamnesis | |
| Pares craneales | |
| I | No se examina |
| II | Agudeza visual aproximada de cada ojo |
| | Examen de los campos por confrontación, incluidos los estímulos simultáneos dobles |
| | Examen del fondo de ojo |
| III, IV, VI | Movimientos horizontales y verticales de los ojos |
| | Respuesta de las pupilas a la luz |
| | Presencia de nistagmo |
| V | Pinchazo y sensación al tacto en la cara |
| | Reflejo corneal |
| VII | Cerrar los ojos y enseñar los dientes |
| VIII | Percepción en cada oído de la voz cuchicheada o del frotamiento de los dedos. Si hay alteraciones, inspeccionar los conductos auditivos externos y utilizar en diapasón para valorar la lateralización y la conducción ósea o aérea del sonido |
| IX, X | Elevación del paladar en la línea media |
| | Presencia de reflejo nauseoso |
| XI | Encogerse de hombros |
| XII | Sacar la lengua |
| Extremidades: examinar cada extremidad por separado | |
| – Presencia de movimientos involuntarios | |
| – Examen de la masa muscular (atrofia, hipertrofia) | |
| – Descartar la presencia de fasciculaciones | |
| – Tono muscular en respuesta a la flexión y extensión pasivas | |
| – Fuerza de los principales grupos musculares | |
| – Coordinación: maniobras dedo-nariz y talón-espina, realización de movimientos alternantes rápidos | |
| – Reflejos tendinosos | |
| – Respuestas plantares | |
| – Pinchazo y sensación al tacto en manos y pies | |
| – Estímulos simultáneos dobles en manos y pies | |
| – Sensación de posición de las articulaciones en el índice y el dedo gordo del pie | |
| – Sensación de las vibraciones en el índice y el tobillo | |
| Marcha y equilibrio | |
| Prueba de Romberg | |

función de los órganos, estructuras y sistemas que constituyen el campo de la neurología, con sus peculiares connotaciones patocrónicas, es decir, modo de instauración, evolución, intensidad y fluctuaciones); b) realización de la exploración neurológica; c) formulación de diversas hipótesis diagnósticas sobre los pilares de localización lesional y mecanismos etiopatogénicos; d) indicación de distintas pruebas complementarias para corroborar o descartar las hipótesis del apartado anterior, y e) instauración de las adecuadas medidas terapéuticas y preventivas, si hubiese lugar. En bastantes ocasiones se puede establecer un diagnóstico neurológico sin necesidad de indicar ningún tipo de medio complementario: migraña y enfermedad de Parkinson podrían ser dos ejemplos principales.

Llegados a este punto, podemos afirmar, de un modo general, que la atención neurológica debe ser

individualizada y, por ende, la extensión y detalle de la exploración neurológica será la adecuada para cada caso. Es evidente que el especialista en neurología debe saber realizar una exploración completa y conocer los signos anormales que lleven a sentar hipótesis de localización lesional y etiopatogénica, pero también debe subrayarse que muchas veces la anamnesis correctamente desarrollada alcanza un peso crítico que puede superar a la propia exploración (pensemos en las distintas variedades de migraña y crisis comiciales). No es lo mismo la práctica clínica diaria que el estudio de un enfermo para una publicación o ensayo; un día escuché a una primera figura nacional del «movimiento» (téngase en cuenta que va escrito con minúsculas) que él ya no recordaba haber pasado la UPDRS. Por lo tanto y en mi particular opinión, la extensión de la exploración neurológica que realizo depende de cada paciente y del motivo que le trae a la consulta (la

anamnesis tiene un significado especial, y muchas veces aún pienso si un robot podría realizar la exploración). Por ejemplo, si la queja principal del paciente es una lumbociatalgia, habitualmente no habría que detenerse en la exploración del lenguaje, la memoria, fondo de ojo y campos visuales..., pero sí sería de capital importancia el comprobar si existen alteración de reflejos, sensibilidad y debilidad muscular que nos lleven a concretar un compromiso radicular completo.

La comunidad neurocientífica sostiene actualmente que los ganglios basales ejercen una función de embudo-tamiz sobre la información que reciben constantemente de la corteza cerebral, no sólo en forma de patrones motores, sino también en relación con aspectos ejecutivos, emocionales y proposicionales, entre otros, con un papel destacado de la dopamina. El neurólogo, dependiendo del enfermo que reciba, de los datos claves de la anamnesis, de sus experiencias pasadas y habilidades adquiridas, de su particular tono vital en ese momento y lugar, decidirá –decidirá su sistema supervisor central de toma de decisiones– si realizar una exploración neurológica completa, parcial o incluso obviarla... Recuerdo un caso en el pasillo del servicio de psiquiatría (acceso restringido): charlaba con un colega psiquiatra, cuando de pronto una joven pasó a mi lado y me miró con una expresión especial (hoy, pasados varios años, sé que era de súplica); le pregunté al colega por el motivo de su «encierro» y me contestó que estaba como una... «Acaba de dar a luz y en vez de cuidar de su bebé se dedica a dar gracias por el fruto de su vientre a tres vírgenes que se le aparecen continuamente y por doquier»; «tío, hazle una RM, que tiene una trombosis del seno longitudinal superior», le dije. Me equivoqué a medias, pues el seno estaba permeable pero la sustancia blanca encefálica tenía numerosas áreas de hiperseñal indicativas de lesiones desmielinizantes, que como sabemos tienden a ser perivenosas y tienen también predisposición por asomar el hocico en ese especial periodo vital puerperal. No hubo exploración neurológica aquel día, pero sí otras muchas veces en las que Julia nunca se olvida de recordar la situación de esta guisa: «*Dr. Arias, graças a vostede voltei do mundo dos tolos ó dos cordos, e Deus quera que sexa para sempre*». Mi contestación no suele diferir de algo parecido a «*e eu que o vexa, Xulia*».

R. Alberca. Probablemente, una posición maximalista nunca es absolutamente cierta, de ahí que decantarse a favor del «sí» (hay que hacer a todo enfermo una

exploración básica completa) o del «no» (nunca hay que hacer una exploración básica completa, sino dirigida a la enfermedad que indica la historia clínica) sea realmente difícil. Digamos que, si tuviera que elegir, estaría a favor del «sí».

La primera razón por la que estoy a favor se refiere al tiempo. Se suele aducir que una exploración adecuada consume un tiempo del que no se dispone en la sanidad pública (quizás incluso tampoco en la privada). Sin embargo, este argumento podría ser falaz porque la sanidad pública (e igualmente la privada) está obligada a proporcionar el tiempo que se considere necesario para cada enfermo. Aceptar *a priori* que no se va a disponer de algo necesario es, simplemente, dar por bueno la posibilidad de cometer errores.

La segunda razón se refiere a la maestría del profesional. Necesitamos continuamente reverdecer nuestros conocimientos y aptitudes, a lo que la exploración neurológica, sin duda, contribuye. Ver un fondo de ojo o una marcha normales permite luego diferenciar sin dificultad lo patológico. Y no siempre resulta fácil. Realmente, creo que todos somos conscientes de que si nos acostumbramos a no historiar y a no explorar podemos acabar siendo incapaces de hacerlo apropiadamente cuando sea imprescindible. De hecho, sabemos que acaba sucediendo, en especial cuando polarizamos toda nuestra actividad a una sola parcela de la neurología.

La tercera depende del propio enfermo, que no siempre cuenta todo, o lo refiere mal o no es consciente de lo que sucede o, simplemente, engaña o miente. No es tan infrecuente descubrir que el paciente ocultó información importante por estar relacionada con enfermedades transmisibles genéticamente que no desea que su pareja o sus descendientes conozcan. En cualquier supuesto –oculte, se equivoque, no sepa o mienta– es nuestra obligación descubrirlo y ayudarlo y la exploración puede contribuir a ello.

La cuarta razón para hacer una exploración básica completa es que la historia no siempre recoge todos los datos, y los hallazgos de la exploración pueden ayudar a orientar el diagnóstico de la enfermedad. Así sucede, por ejemplo, con alteraciones sensitivas objetivas cuya intensidad no es suficiente para alterar la vida normal de la persona, o con problemas visuales que pasaron desapercibidos durante años.

La quinta razón, como el quinto mandamiento, es la más importante. El fin del acto médico no es diagnosticar, sino curar. Esta aparente perogrullada suele olvidarse, y más aún hoy, cuando la medicina se basa en la «evidencia». J. Ortega y Gasset, entre otros muchos, advirtió que la medicina es justamente lo contrario de la ciencia, porque la ciencia es duda, y para curar no puede uno andar dudando. Es cierto que el progreso científico ha sido de gran ayuda para curar, y también es cierto que la «medicina basada en la evidencia» suministra datos que nos han permitido mejorar nuestras actuaciones. Pero curar, lo que se dice curar a un enfermo concreto, no es un acto científico. Realmente, se nos escapa todo lo que interviene en la curación de nuestros enfermos, pero me parece que aquel paciente que se siente adecuadamente explorado piensa, probablemente, que el médico conoce mejor su enfermedad, lo que le transmite seguridad y confianza. En este sentido, la exploración neurológica es paradigmática, y el enfermo la percibe como un acto de profunda lógica, cuya secuencia despierta admiración porque evalúa sistemáticamente aquello por lo que su sistema nervioso se manifiesta. Los pacientes están enfermos, pero no son tontos. Por todo ello, la exploración neurológica es parte de la acción terapéutica, eficaz incluso en algunos pacientes psiquiátricos –se dan cuenta de que no están locos–, y todo ello sin considerar que, como todo contacto físico, la exploración permite mejorar la comunicación que tiene que existir entre quien intenta curar y quien debe ser curado.

Finalmente, un neurólogo experimentado tarda realmente muy poco, unos cuantos minutos, en hacer la exploración básica. No creo que sólo por unos minutos merezca la pena discutir tan prolíficamente sobre algo que puede contribuir sobremedura a la autoestima que procura la labor bien hecha, a mejorar el contacto con tu enfermo y a contribuir a su diagnóstico y curación en una medida que, por lo general, no somos capaces de discernir. Aún más, ni siquiera nos detenemos a pensar en ello mientras exploramos a nuestro enfermo y procuramos curarlo.

M. Arias. El neurólogo es él y sus circunstancias, que cambian continuamente y modifican su comportamiento y, por lo tanto, la exploración clínica que realiza. No se puede bañar uno en el mismo río, decía Heráclito, ni es posible realizar dos veces la misma exploración neurológica. Sostiene mi colega y «discrepante» (*ma non troppo*), R. Alberca, que la quinta razón sería curar. Para mí sigue siendo primordial el

no empeorar las cosas (*primum non nocere*): ¿Deberían testarse los signos de irritación meníngea en un paciente traído a urgencias después de sufrir un accidente? Todos sabemos que no.

Es evidente que una faena prolija y adornada puede levantar pasiones, pero un poco más allá termina por engendrar hastío. La medida y el punto justo son la base de la belleza y la armonía. El enfermo sometido a una extensa exploración neurológica puede sentir que sus expectativas de mejoría o curación crecen, es decir, la exploración actúa, a la luz de los conocimientos actuales, potenciando la función de los circuitos cerebrales ligados a la recompensa e incrementando el efecto placebo. Sin embargo, todo tiene su término medio, y la dulzura excesiva puede tornarse empalagosa: hay que saber detectar lo que el enfermo piensa y espera del neurólogo. La *Theory of mind*, que hace alusión a las capacidades de saber reconocer (quizás sólo se pueda atisbar) lo que los otros piensan-esperan-desean, tiene una importancia capital en la sociedad actual. La «cenicienta» amígdala (neurológicamente hablando) y sus conexiones con la corteza orbitofrontal son vías importantes en este asunto. Quizás pueda residir aquí parte del éxito pero no todo: recordemos cómo M. Gibson, en el filme *En qué piensan las mujeres*, acabó hartado de su extraordinario poder mental.

En mi opinión, la anamnesis es fundamental en la historia clínica neurológica: ella debe centrar el problema que trae al paciente a la consulta y descubrir repercusiones del mismo en el conjunto de la funcionalidad del sistema nervioso, sin olvidarse de áreas tan importantes como el sueño, el estado de ánimo y, aun si se quiere, los anhelos. Hay, como ocurre con toda regla, una excepción: en el enfermo en coma lo primero a realizar no es la anamnesis sino la exploración, pero ni siquiera la exploración neurológica, sino la exploración-valoración-atención de la función respiratoria y cardiocirculatoria.

¿Exploran igual los neurólogos jóvenes que los experimentados? Seguramente no. Es de dominio público que el quehacer médico, y mucho más el neurológico, tiene una parte científica (la medicina basada en la evidencia intenta dar brillo y resplandor...), y otra más cercana a parámetros relacionados con el intimismo, la subjetividad..., es decir, el arte. El neurólogo debe procurar, en cada momento y ante cada enfermo determinado, tener claro qué exploración neurológica debe realizar. Por ejemplo, un paciente con unos datos exploratorios extraños indicativos de

un probable trastorno psicógeno deberá ser reexplorado, e incluso reinterrogado, buscando aquellos signos sutiles que apoyen la hipótesis diagnóstica, sin repetir inútilmente maniobras exploratorias que nada podrán aportar.

Personalmente, creo que uno de los más implacables y temidos jueces es «uno mismo»: si algo que haces no lo ves de utilidad, no lo hagas. En la teoría de la práctica médica cotidiana las cosas son un poco distintas, y muchas veces nos quedamos más bien con la sensación de falta más que de exceso. Así las cosas, en el momento final de mi intervención, me siento feliz al comprobar que la distancia entre Santiago de Compostela y Sevilla no es tanta como parece.

R. Alberca. En efecto, me parece que la discrepancia entre M. Arias y yo no es excesiva. Creo que han quedado expuestos los argumentos con claridad y

que cualquier lector puede discernir lo que de positivo haya en ellos.

No me resisto a recordar la famosa anécdota, creo que de Rafael, *el Gallo*. En una de las frecuentes tertulias del primer tercio del siglo pasado, alguien le comentó: «Hay que ver lo lejos que está Sevilla de Santiago de Compostela», a lo que el Gallo respondió de inmediato: «Lo que está lejos es Santiago de Compostela, Sevilla está donde tié qu'estar». Gracias al correo electrónico, se ha demostrado no sólo que Sevilla y Santiago de Compostela son exactamente equidistantes, sino también absolutamente cercanas, lo que me ha permitido el placer de dialogar sobre neurología con M. Arias una vez más.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bradley WG, Daroff RB, Fenichel G, Jankovic J. Neurología clínica. 4.ª ed. Elsevier; 2004.