



Marcha em Pontas (MP)

Definição: Marcha com falta de apoio do calcanhar.

Prevalência em crianças saudáveis: É uma característica do início da marcha. A prevalência da MP rondará os 5%, com cerca de 2% das crianças a persistirem com MP aos 5,5 anos de idade.¹

Significado: Em mais de 90% dos casos trata-se de uma variante do normal, que se resolve, em regra, até aos 3 anos de idade. Mas pode ser uma manifestação de variadas patologias, nomeadamente paralisia cerebral, disrafismo espinhal oculto, distrofias musculares, perturbações do espectro do autismo, encurtamento do tendão de Aquiles, artrite idiopática juvenil. Quando não é identificada nenhuma patologia em crianças com MP acima dos 2-3 anos, pode ser designada de MP idiopática. Este é um diagnóstico de exclusão.

História clínica detalhada, com especial atenção a antecedentes gestacionais e perinatais, marcos no desenvolvimento e idade em que estes foram atingidos, história familiar de MP ou doenças neuromusculares;

- Idade de aquisição e características da marcha nessa altura e como é presencialmente; quando começou MP;
- Se é contrariada a pedido (criança consegue fazer marcha normal);
- Continência de esfíncteres (quando esta foi adquirida / incontinência);
- Sintomas relativos aos membros inferiores: dor, incapacidade, instabilidade;
- Avaliar impacto nos cuidadores e na própria criança; a MP é um problema?

Exame objetivo: deve ser detalhado e incluindo sempre

- Avaliação da marcha com/sem ortóteses, com/sem calçado, com/sem meias;
- Exame musculo-esquelético;
- Dismorfismos;
- Exame neurológico, incluindo força muscular, tónus, reflexos miotáticos e sensibilidades (termoálgica e proprioceptiva);
- Avaliação coluna/dorso: hiperlordose, alterações cutâneas;
- Na presença de manifestações neurológicas, musculares e/ou do desenvolvimento, está indicada a referência precoce à Neuropediatria e/ou ao Neurodesenvolvimento.

Tratamento: deve ser adequado à causa.

Orientação: No caso da MP idiopática, a maioria dos casos irá ter resolução espontânea. Se persistir após os 3 anos ou

Crítérios de Referência às consultas de Pediatria Geral, Neurologia, Desenvolvimento e/ou Ortopedia (basta uma):

- Mais de 75% do tempo de ortostatismo com os pés em pontas e/ou mais de 25% do tempo quando a criança está parada
- Unilateral
- Membro superior homolateral comprometido (hemiparésia)
- Perturbação do desenvolvimento:
 - Atraso global do desenvolvimento psicomotor
 - Atraso na marcha
 - Perturbação da área social e da linguagem (doença do espectro do autismo)
 - Perturbação significativa da linguagem
- Outras alterações no exame objetivo:
 - Criança que não consegue fazer apoio do calcanhar a pedido
 - Lesões da linha média, sobretudo na coluna lombo-sagrada
 - Marcha com base alargada
 - Hiperlordose lombar
 - Hipertrófia dos músculos gêmeos (pseudohipertrófia muscular)
 - Aumento do tónus muscular
 - Fraqueza muscular / Hipotonia generalizada, axial ou periférica
 - Presença de calos plantares (unilateral ou bilateral)
 - Alteração dos reflexos miotáticos (hiperreflexia ou hiporreflexia)
 - Limitação da mobilidade das articulações tibiotársicas, com observação com os joelhos fletidos
- Antecedentes pessoais relevantes:
 - Doença neonatal com internamento prolongado
 - Prematuridade inferior a 32 semanas de gestação
 - Traumatismo e/ou cirurgia prévia do sistema nervoso central
- História familiar relevante:
 - Neuropatia periférica
 - Miopatia congénita
 - Doença invalidante
 - Incapacidade musculoesquelética na adolescência ou adulto jovem
- Enzimas musculares aumentados (realizada apenas nos casos com suspeita de miopatia - pela clínica do doente e/ou da história familiar)
- Evolução anómala:
 - MP adquirida (após marcha normal)
 - Agravamento progressivo (em duas avaliações sucessivas com intervalo superior a 3 meses)
- Idade superior a 36 meses.

causar problemas funcionais poderá ser indicado o uso de ortóteses, gessos seriados ou cirurgia. Nessas situações poderá ser necessário referenciar à Ortopedia Pediátrica.

Na presença de manifestações neurológicas, musculares e/ou do desenvolvimento, está indicada a referência precoce à Neuropediatria e/ou ao Neurodesenvolvimento.

Ana Isabel Martins¹, Manuel Salgado²

Bibliografia

1. Engstrom P, Tedroff K. The prevalence and course of idiopathic toe-walking in 5-year-old children. *Pediatrics* 2012;130:279-84. doi:10.1542/peds.2012-0225.
2. Sivaramakrishnan S, Seal A. Fifteen-minute consultation: A child with toe walking. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2015 Oct;100(5):238-41. DOI: 10.1136/archdischild-2014-307852.
3. Ruzbarsky JJ, Dodweel E. Toe walking: causes, epidemiology, assessment, and treatment. *Curr Opin Pediatr* 2016, 28:40-6. DOI:10.1097/MOP.0000000000000302.
4. Baber A, Michalitsis J, Fahey M, Rawicki B, Haines T, Williams C. A Comparison of the Birth Characteristics of Idiopathic Toe Walking and Toe Walking Gait Due to Medical Reasons. *J Pediatr* 2016;171:290-3; DOI: 10.1016/j.jpeds.2015.12.069.
5. Morozova OM, Chang TF, Brown ME. Toe walking: when do we need to worry? *Curr Probl Pediatr Adolesc HealthCare* 2017;47:156-60. DOI: 10.1016/j.cpedp.2017.06.004 .

¹ Médica Interna - Hospital Pediátrico - CHUC; ² Assistente Graduado de Pediatria, Hospital Pediátrico - CHUC