



## ¿Cuál es el reflejo de Babinski?

El **reflejo de Babinski**, denominado también como signo de Babinski, es una **reacción refleja que se manifiesta en la extremidad del pie en respuesta a la estimulación táctil de la planta de este**. Este reflejo es llevado a cabo principalmente para evaluar la integridad del sistema nervioso central, específicamente del tracto corticoespinal, que se extiende desde la corteza cerebral hasta la médula espinal.

Joseph Jules François Félix Babinski, un neurólogo francés, fue quien describió este fenómeno a finales del siglo XIX, y desde entonces, ha sido incorporado como una herramienta fundamental en el examen neurológico. La observación del reflejo es sencilla, pero aporta información valiosa sobre posibles lesiones o alteraciones en las vías nerviosas mencionadas.

Para provocar este reflejo, el médico o profesional de salud raspa o estimula con un objeto romo, como el mango de un martillo reflejo, la planta del pie desde el talón hacia los dedos. La respuesta normal en adultos y niños mayores es la flexión de los dedos hacia abajo. Sin embargo, la aparición del signo de Babinski se identifica cuando el dedo gordo del pie se extiende hacia arriba y los otros dedos se abren en abanico.

Es fundamental entender que la presencia del reflejo de Babinski en neonatos y bebés menores de dos años es completamente normal. Esto se debe a que las vías nerviosas no están completamente mielinizadas o desarrolladas. La mielina es una sustancia que recubre el sistema neuronal y todo el sistema nervioso, permitiendo una transmisión eficiente de los impulsos nerviosos “sinapsis”. Con el desarrollo y crecimiento, este reflejo debería desaparecer y convertirse en la respuesta de flexión mencionada anteriormente.

Si el reflejo de Babinski se manifiesta en niños mayores de dos años o en adultos, puede ser indicativo de una lesión o disfunción en el sistema nervioso. Las causas pueden ser variadas, incluyendo lesiones traumáticas, enfermedades degenerativas como la esclerosis múltiple, tumores, meningitis, accidentes cerebrovasculares, entre otras.

REANIMAYENTRENA.CL

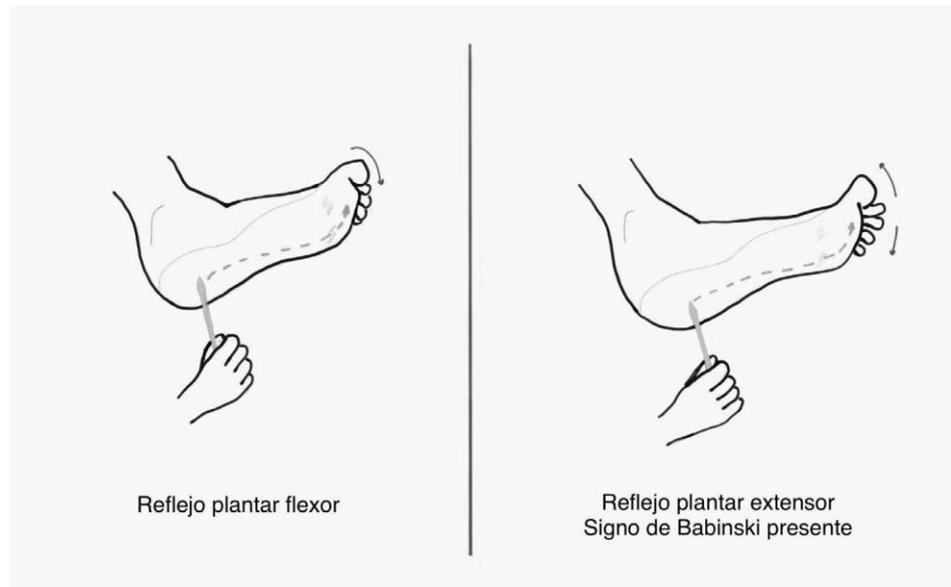
Es esencial que el profesional de salud realicen esta prueba con la técnica adecuada sobre todo los equipos “prehospitalarios”. Una estimulación inadecuada podría no provocar la respuesta refleja esperada, lo que podría llevar a interpretaciones erróneas. Además, es vital considerar el contexto clínico completo, ya que el reflejo de Babinski es solo una pieza dentro del amplio panorama del diagnóstico neurológico.

Por ejemplo: Un usuario que sufrió caída de 2 metros, impactando con su cabeza.

Otro aspecto para considerar es que, aunque el signo de Babinski es un indicador valioso y de poca especificidad, no siempre está presente en personas con lesiones del tracto corticoespinal. Por lo tanto, un reflejo positivo no siempre excluirá una lesión en alguna de las áreas mencionadas. De igual manera, en ocasiones, el reflejo puede ser difícil de interpretar en personas con alteraciones en el pie o con disminución de la sensibilidad en la planta del mismo.



<b>Reflejos Patológicos</b>	
<b>Definición</b>	<p>Respuestas reflejas integradas a nivel medular, que en el adulto se hallan inhibidas por estructuras rostrales, salvo el reflejo de flexión. Por ello, su presencia se considera patológica, y se observa a menudo en lesiones medulares completas o incompletas.</p> <p>Son reflejos polisinápticos generados de manera inespecífica por estímulos heterogéneos: pinchazo, compresión, rascado o calor aplicados en áreas más o menos extensas y poco definidas.</p>
<b>Reflejos específicos y su exploración</b>	
<b>Reflejo flexor de la extremidad superior</b>	<p>La aplicación de un estímulo relativamente intenso en la parte distal del miembro inferior produce la flexión de la cadera, la rodilla y el tobillo (reacción de triple flexión) y, subsidiariamente, de los ortejos del pie.</p> <p>Esta respuesta puede ser monofásica, cuando se limita a la flexión de la extremidad, o bifásica, cuando la flexión es seguida por la extensión de todas las articulaciones. Esta última se observa en lesiones medulares incompletas.</p> <p>Normalmente, el estímulo de la planta del pie se origina solo la flexión del tobillo y los dedos. Cuando la respuesta se obtiene estimulando otras áreas o involucra otras articulaciones se considera patológico.</p>
<b>Reflejo cruzado en extensión</b>	<p>Cuando, después de la aplicación de un estímulo similar al que genera la respuesta flexora del miembro inferior, se observa simultáneamente la extensión del otro. También aparece en lesiones medulares incompletas.</p>
<b>Impulso extensor</b>	<p>Se coloca la pierna en flexión pasiva y se empuja la parte distal del pie súbitamente hacia arriba. Se produce una respuesta en extensión del pie que puede ser seguida por flexión y estar acompañada por movimientos opuestos contralaterales.</p>
<b>Contracción abdominal</b>	<p>Corresponde a una contracción más o menos extensa de la pared abdominal que sigue a estímulos aplicados sobre esta o sobre los miembros inferiores. Requiere la existencia de lesiones ubicadas por encima de T12.</p>
<b>Reflejo cutáneo plantar extensor</b>	<p>Después de la aplicación del estímulo, se produce la flexión de los miembros inferiores asociada con una respuesta vegetativa intensa: sudoración en los segmentos intralesionales, erección, evacuación de orina, heces y semen.</p>



**Figura: Reflejo cutáneo plantar flexor o fisiológico y su versión patológica**

<b>Reflejo de succión</b>	Presionando ligeramente los labios con el pulpejo de un dedo se produce un movimiento similar a la succión.
<b>Reflejo de hociqueo</b>	En este caso comprimiendo un dedo preferentemente sobre la línea media, sea en el labio superior o en el inferior, se produce un movimiento de protrusión de los labios. Estos dos reflejos pueden aparecer normalmente en el niño, y luego se extinguen, para reaparecer en patologías que involucran los lóbulos frontales o en los cuadros pseudobulbares.
<b>Reflejo de prensión forzada</b>	El desplazamiento de un objeto cualquiera, o aun de la mano del explorador, sobre la palma del paciente en sentido proximal-distal ocasiona la flexión de los dedos con el cierre de la mano sobre el objeto en cuestión; la respuesta aumenta al tratar de retirar el objeto que la desencadenó. Reconoce un primer estímulo táctil que origina el cierre de la mano y otro propioceptivo que ocasiona la segunda fase. Se observa en las patologías que involucran al lóbulo frontal y sus conexiones. Puede ser bilateral o unilateral, en este caso, usualmente contralateral a la lesión responsable.

## BIBLIOGRAFÍA

1. I. Fonseca - (2024) aprobado por el comité de profesionales multidisciplinario y la academia americana Training Help USA y reanima y entrena Chile.

