



Universidad del sureste

Propedéutica, Semiología y diagnóstico físico

Asesora: Mónica Gordillo Rendón

“Tipos de marchas”

Mi Universidad

Alumno: Noé Agustín Nájera Zambrano

Medicina humana

<p>Marcha hemiparética</p>	<p>Este tipo de marcha se origina por una lesión de la vía piramidal. El paciente camina lentamente, apoyando el peso del cuerpo sobre el miembro no afectado, desplazando el parético en arco («marcha del segador»), al tiempo que el brazo afectado permanece pegado al cuerpo en semiflexión.</p>
<p>Marcha en puntillas</p>	<p>El paciente camina sobre las puntas de los dedos («marcha digitada o en puntillas»). Se relaciona con situaciones diversas: lesión piramidal, lesiones medulares, miopatías con retracción del tendón de Aquiles (distrofia muscular tipo Becker, por ejemplo); en la paraplejía espástica, la contractura de los extensores obliga a caminar sobre los dedos y, por aproximación de los muslos, al avanzar, las rodillas rozan entre sí por su cara interna («marcha en tijeras»)</p>
<p>Marcha atáxica</p>	<p>La ataxia se define como una alteración de la coordinación de los movimientos voluntarios y del equilibrio. Este tipo de marcha se origina por alteraciones que pueden asentar a diversos niveles: cerebelo, vías cerebelo-vestíbulo-espinales, cordones posteriores.</p>
<p>Marcha parkinsoniana</p>	<p>El parkinsonismo es un síndrome hipocinético-hipertónico en relación con una lesión del paleoestriado; en esta marcha, el paciente camina envarado, con el cuerpo inclinado hacia delante, con pasos cortos y rápidos (como si persiguiera su centro de gravedad). Es muy rara en la infancia, pudiendo relacionarse con síndrome postencefalítico o situaciones, como la enfermedad de Hallevorden-Spatz, desmielinización palidal.</p>
<p>Marcha estepante</p>	<p>El paciente muestra una dificultad para realizar la flexión dorsal del pie por lo que, para no arrastrarlo durante la marcha, levanta exageradamente la rodilla y al apoyar el pie lo hace tocando primero el suelo con la punta. Se produce por afectación del grupo muscular inervado por el nervio ciático poplíteo externo (las originadas postinyección son las más habituales).</p>

<p>Marcha miopatica</p>	<p>. En este tipo de marcha el paciente, por afectación de los músculos de la cintura pélvica, camina balanceando el cuerpo (hacia uno y otro lado), con exageración de la lordosis lumbar («marcha de pato»). Este tipo de marcha puede ser de aparición aguda, con abolición, no constante, de los reflejos rotulianos, como sucede en una polirraculoneuritis o, sin abolición de los reflejos, en una polimiositis</p>
<p>Otros tipos de marcha</p>	<p>Marcha coreica, acompañada de movimientos bruscos de gran amplitud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marcha parapléjica de instauración brusca, que debe hacer pensar en un tumor medular, mielopatía aguda, enfermedad genética progresiva (paraplejías espásticas familiares). • Marchas de origen psicossomático, que no muestran una característica concreta, tal vez de lejos a una ataxia, una claudicación, un trastorno del equilibrio, una distonía. La exploración neurológica es normal, lo que ayuda al diagnóstico así como el hecho de que «no recuerda a nada» y que puede modificarse su semiología con la persuasión. Su terapéutica debe de abordarse recordando que la somatización es la expresión de trastornos psicológicos internos.