

UNIVERSIDAD DEL SURESTE LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA



MATERIA:
MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN.
**“CARACTERÍSTICAS DE SÍNDROMES
MEDULARES”**

DOCENTE:
DRA. GORDILLO RENDON MÓNICA

ALUMNO:
DIEGO LISANDRO GÓMEZ TOVAR.



**TUXTLA
GUTIÉRREZ,
CHIAPAS**

**CHIAPAS A;03
DE ENERO DE
2021**

“CARACTERÍSTICAS DE SÍNDROMES MEDULARES”

BROWN-SEQUARD

- Debilidad ipsilateral (fascículo corticoespinal), pérdida del sentido de posición articular y la vibración (columna posterior).
- Manifestaciones:
- Debilidad o parálisis
 - Déficits propioceptivos en el lado del cuerpo ipsilateral a la lesión
 - Pérdida de la sensación de dolor y temperatura en el lado contralateral.
- Forma poco común de lesión de la médula espinal incompleta que se produce después de un daño en un solo lado de la médula espinal (hemisección).
- Las estimaciones indican que, entre todas las causas traumáticas, el 4% de las lesiones de la médula espinal son el síndrome de Brown- Séquard.
- Es necesario un examen cuidadoso del sitio de la herida porque puede revelar una lesión de:
- Los sistemas de la columna dorsal
 - Los tractos espinotalámicos
 - Los tractos espinocerebelosos dorsal y ventral
 - Los tractos corticoespinales
 - El síndrome de Horner (si la lesión está por encima o al nivel de T1).

CENTROMEDULAR

El más común de las lesiones medulares incompletas, ocurre en los niveles cervicales y se caracteriza por mayor debilidad en los miembros superiores que en los inferiores y preservación al menos parcial sacra.

Afecta a la sustancia gris central y a tractos espinotalámicos que se cruzan en el centro medular.

Manifiesta alteración sensitiva ocasionando:

- Pérdida de la sensibilidad dolorosa y térmica de forma suspendida.
- Sensibilidad propioceptiva y vibratoria: Se preservan intactas las ambas modalidades de sensibilidad profunda, así como la sensibilidad táctil.

Disfunción motora: Va a aparecer, posteriormente, al afectarse la segunda motoneurona en dicho nivel.

Por lo tanto, se va a poder localizar el nivel de una lesión centro medular por los signos de segunda motoneurona, (atrofia, fasciculaciones, debilidad e hiporreflexia) que serán diferentes según la situación craneocaudal.

La actividad motora asociada a los segmentos sacros va a estar preservada, al igual que ocurre con la clínica sensitiva, debido a la organización somatotópica de las vías largas ascendentes y descendentes, según la cual los segmentos sacros se sitúan en la parte más lateral de la médula.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico ya que es difícil ver la contusión mediante resonancia magnética.

<p>MEDULAR ANTERIOR</p>	<ul style="list-style-type: none">• El síndrome de la arteria espinal anterior es la presentación clínica más común, misma que se puede presentar con una pérdida de la función motora, y disminución de la vibración y propiocepción por debajo del lugar de la lesión.• Alteraciones en el tono muscular, hiperreflexia y disfunción autonómica.• Alteraciones en el electrocardiograma también han sido reportados.• es un trastorno isquémico de presentación poco frecuente que obedece generalmente a una obstrucción no traumática de alguna arteria extra vertebral. Su presentación constituye un verdadero desafío clínico para el abordaje diagnóstico y terapéutico.• En su presentación clínica destaca la instauración súbita y progresiva de minutos a pocas horas de dolor dorsal y distintos grados de déficit motor en las extremidades inferiores según el nivel medular comprometido, y que van desde leves hasta una verdadera parálisis flácida, además de alteraciones de la sensibilidad.• El diagnóstico definitivo fue por resonancia magnética, considerado el mejor estudio según distintas publicaciones, ya que permite un mejor detalle del parénquima medular, así como de estructuras adyacentes.• En este caso, la RMN con gadolinio evidenció alteraciones compatibles con infarto medular espinal anterior desde t1 a t8.• El pronóstico de este trastorno es generalmente malo, aunque dependerá de ciertos factores como la severidad del cuadro al inicio de su presentación, la causa que ocasiona la isquemia medular, el tiempo de instauración y de la recuperación o no del flujo sanguíneo medular.
-------------------------	---

Bibliografías:

- Guía para el manejo integral del paciente con LM.
- Dirección General de Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Karla Strassburguer Lona. Médico Rehabilitador Fundación Lesionado Medular. Yolanda Hernández Porras. Terapeuta Ocupacional ASPAYM Madrid. Eva Barquín Santos. Fisioterapeuta ASPAYM Madrid., 8 de junio de 2004