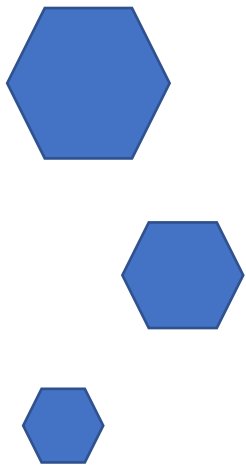



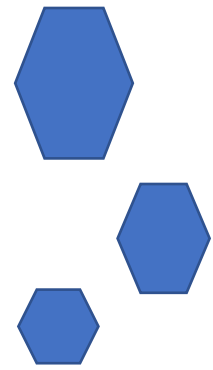
UNIVERSIDAD DEL SURESTE LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA



**MATERIA:
MEDICINA FISICA
Y DE REHABILITACION
“CARACTERÍSTICAS DE LAS
POLINEUROPATÍAS”**

**DOCENTE:
DRA. GORDILLO RENDON MONICA**

**ALUMNO:
DIEGO LISANDRO GÓMEZ TOVAR.**



**TUXTLA
GUTIÉRREZ,
CHIAPAS
CHIAPAS A; 15
DE NOVIEMBRE
DE 2021**

CARACTERÍSTICAS DE LAS POLINEUROPATÍAS

POLINEUROPATÍAS

<p>Síndrome de G-B</p>	<p>endocrinas renales y</p>	<p>Predominio motor y mixto</p>	<p>Debido a la pérdida axonal se encuentra una disminución de la amplitud del CMAP. Con la pérdida axonal se pierden también las fibras que conducen con mayor velocidad. Por ello, la latencia motora distal (DML) se puede encontrar en parámetros normales o ligeramente prolongada (pero <120% del límite normal) y la velocidad de conducción nerviosa (VCN) ligeramente disminuida (>80% del límite normal).</p>	<p>los reflejos están ausentes pero su retención durante las primeras horas de la enfermedad ha permitido que se califique a muchos como histéricos. Una vez que el paciente pierde su habilidad para caminar y desarrolla debilidad facial y bulbar el diagnóstico llega a ser obvio. La rápida progresión del déficit motor o sensorial requiere una investigación de emergencia. Usualmente los pacientes deben ser hospitalizados por el peligro de falla respiratoria.</p>
<p>PNP diabética</p>	<p>Neuropatías inflamatorias o mediadas inmunológicamente</p>	<p>Predominio sensitivo</p>	<p>El daño a las fibras nerviosas es desmielinizante, segmentario con remielinización secundaria, así como daño axonal crónico a medida que progresa la enfermedad. Las formas electroneurográficas son la desmielinización</p>	<p>La degeneración axonal es un dato específico tardío. Hasta en un 20% de los casos se puede encontrar datos electroneurográficos normales o que no cumplen los criterios axonal o desmielinizante⁹. La lesión desmielinizante es más común en los</p>

			segmentaria y la forma mixta (desmielinizante y axonal).	miembros superiores, y la axonal en los miembros inferiores.
PNP alcohólica	(nutricionales de neuropatías, toxica y por deficiencia vitamínica) no es sistema, pero ahí está clasificado	Mixto, y predominio sensitivo	se presenta como una polineuropatía sensitivomotora con síntomas autonómicos, con predominio de los síntomas sensitivos caracterizado principalmente por dolor. Es de predominio axonal.	(neuropatías desmielinizantes) la mayoría del daño ocurre sobre la mielina, aunque a menudo ocurre degeneración axonal secundaria a medida que la enfermedad avanza.
PNP paraneoplásica	Polineuropatía inflamatoria crónica.	Mixta y predominio sensitivo.	polineuropatía sensitivomotora con síntomas autonómicos, con predominio de los síntomas sensitivos caracterizado principalmente por dolor. Es usualmente una polineuropatía simétrica, de predominio distal que afecta principalmente las extremidades inferiores y los músculos respiratorios. Los estudios electrofisiológicos muestran una polineuropatía axonal motora y	Con frecuencia precede a la encefalopatía por sepsis. incluyen presencia de debilidad en las extremidades o dificultad para extubar al paciente excluyendo una enfermedad cardiaca o pulmonar como causa

			sensitiva, con disminución de la latencia motora distal, de las amplitudes con una velocidad de conducción nerviosa (NCV) normal o ligeramente disminuida	
--	--	--	--	--

POLINEUROPATÍA	SISTEMA	FIBRA	DISTRIBUCIÓN	EVOLUCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Síndrome de G-B 	<p>SENSITIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disestesias con hormigueos Sensibilidad dolorosa y térmica Dolor sordo en músculos debilitados Piernas de "Goma" <p>MOTOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> Debilidad Simétrica Progresiva Ataxia Arreflexia o Hiporreflexia Parálisis ascendente <p>Autonómico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disfunción vesical Hipotensión postural Arritmias cardíacas Hipoxemia/falla respiratoria 	<p>Desmielinizante:</p> <ul style="list-style-type: none"> Reducción de la velocidad de conducción motora y sensitiva Latencias distales motoras prolongadas Disminución de la amplitud del potencial de acción Bloqueo parcial de la conducción <p>Axonal</p> <ul style="list-style-type: none"> Axonopatías Afectación predominante en fibras gruesas Perdida neuronal en ganglios 	<p>Distal:</p> <ul style="list-style-type: none"> De comienzo distal hipoestesia distal leve. Latencia distal motora <p>Proximal:</p> <ul style="list-style-type: none"> De avance proximal 	<ul style="list-style-type: none"> Se manifiesta como un cuadro de parálisis motora arrefléxica de evolución rápida, con o sin alteraciones sensitivas. Las piernas son afectadas con mayor intensidad que los brazos. Hasta 30% necesita asistencia ventilatoria en algún momento. Es frecuente el daño al SNA y puede ocurrir incluso en GBS leve.

POLINEUROPATÍA	SISTEMA	FIBRA	DISTRIBUCIÓN	EVOLUCIÓN
<p style="text-align: center;">PNP</p> <p style="text-align: center;">DIABÉTICA</p>	<p>Sensitivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alteración de la sensibilidad térmica, algesia, vibratoria y propioceptiva, que suele pasar desapercibida por la pérdida del reflejo doloroso, siendo en muchas ocasiones la úlcera el primer síntoma de la enfermedad. <p>Motor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - inicia con dolor en muslos, caderas o glúteos - Debilidad en los músculos proximales de los miembros inferiores con incapacidad para levantarse desde la posición sedente <p>Autonómico</p> <ul style="list-style-type: none"> - -disminución de la tolerancia al esfuerzo - y perturbación de la respuesta presora al frío - hipoglucemia asintomática - Gastroparesia - Cambios en la forma en que los ojos se adaptan a la luz o a la oscuridad 	<p>Desmielinizante</p> <ul style="list-style-type: none"> • se presenta generalmente con síntomas motores, debilidad tanto en los músculos proximales como en los distales con reflejos globalmente disminuidos o ausentes. • el contenido de proteínas en líquido cefalorraquídeo es elevado y existe pleocitosis linfocitaria <p>Axonales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con la hiperglicemia, la glucosa que entra al axón y a la célula de Schwann, bajo la acción de la aldosa-reductasa se transforma en sorbitol, produciendo hiperosmolaridad y edema 	<p>Distal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afecta fibras sensitivas, motoras y autonómicas del sistema nervioso periférico de forma distal en extremidades inferiores. <p>Proximal</p> <ul style="list-style-type: none"> • La neuropatía proximal es un tipo raro e incapacitante de daño en los nervios de la cadera, glúteo o muslo. Este tipo de daño en los nervios generalmente afecta un lado del cuerpo y en raras ocasiones puede extenderse al otro lado. 	<p>Aguda</p> <ul style="list-style-type: none"> • El dolor en la neuropatía diabética dolorosa se percibe como el resultado de la integración de dos sensaciones: una en la dimensión física o sensorial, a la que da soporte el aparato fisiológico y otra en la dimensión psíquica o afectiva-emocional que aporta dos tipos de sentimientos: uno de repulsión y rechazo, de carácter inmediato, que genera un deseo irresistible de escapar del estímulo rápidamente y otros ligados a las consecuencias inmediatas y tardías del daño. <p>Crónica</p> <ul style="list-style-type: none"> • La NFP crónica aparece luego de varios años de evolución de diabetes mellitus, con dolor que persiste más de seis meses, tornándose debilitante. Ninguna modalidad de tratamiento suele ser eficaz para controlarla. Como luego veremos la hiperglicemia parece contribuir. a

	- Disminución de la respuesta sexual.			la patogenia del dolor en la NFP.
--	---------------------------------------	--	--	-----------------------------------

POLINEUROPATÍA	SISTEMA	FIBRA	DISTRIBUCIÓN	EVOLUCIÓN
PNP ALCOGÓLICA	<p>SENSITIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> En consecuencia, la mayoría de los casos serán de tipo sensorial El compromiso sensitivo puede ser la única manifestación en más de la mitad de los casos y se manifiesta con parestesias y algias. <p>MOTOR:</p> <ul style="list-style-type: none"> en grados más avanzados, de tipo mixto sensitivo-motriz Desde el punto de vista motor, lo más importante es la pérdida de fuerza en la musculatura anterolateral de ambas piernas, que compromete luego los músculos de las pantorrillas llevando a discreta atrofia muscular e hipotonía. 	<p>AXONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> la NA es una neuropatía axonal primaria, caracterizada por degeneración walleriana de los axones, con reducción de mielinización de las fibras nerviosas. Es una polineuropatía a predominantemente axonal, sensitivo-motora, distal y simétrica. 	<p>DISTAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> La Sinología clínica involucra siempre a los miembros y nunca se ha encontrado participación esfinteriana, de tronco, abdominal o torácica. También es característico que haya predilección por los miembros inferiores donde la sintomatología aparece en un 65-75% de los casos, pero también puede afectar los cuatro miembros en un 25- 35% de los pacientes Es conocido también el hecho que el cuadro sigue la evolución de un ataque polineurítico, es decir: es simétrico, bilateral y de 	<p>AGUDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las manifestaciones clínicas se dan con debilidad muscular, alteraciones sensitivas y abolición de reflejos osteotendinosos, pero su participación y evolución es variable dependiendo directamente del grado y extensión de la lesión. Otras veces los síntomas son larvados y lentos, o pueden debutar como un cuadro agudo rápidamente progresivo Es importante recalcar que la administración de soluciones glucosadas sin vitamina puede desencadenar una neuropatía aguda en un paciente alcohólico. <p>CRONICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> Surgen síntomas clínicos de insuficiencia de tipo autónomo por lo común cuando la polineuropatía es grave y coexiste a

	<ul style="list-style-type: none"> La participación motora es en grados avanzados y siempre se acompaña de arreflexia y alteraciones de la sensibilidad <p>AUTONOMICO:</p> <ul style="list-style-type: none"> El ataque del sistema autónomo puede contribuir a los índices altos de mortalidad propios del alcoholismo 		<p>predominio distal.</p> <p>PROXIMAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las anomalías clínicas son generalmente simétricas y afectan predominantemente a la parte final de las extremidades (manos y pies). 	<p>menudo con encefalopatía de Wernicke</p> <ul style="list-style-type: none"> La polineuropatía crónica es la complicación más frecuente en pacientes alcohólicos. En cuanto a la etiología, de manera reciente hay mayor evidencia de que es un proceso multifactorial mediado principalmente por el efecto tóxico del alcohol modulado por otros factores como la predisposición genética, la deficiencia de tiamina, la malnutrición y otras enfermedades sistémicas
--	---	--	--	---

POLINEUROPATÍA	SISTEMA	FIBRA	DISTRIBUCIÓN	EVOLUCIÓN
<p style="text-align: center;">PNP</p> <p>PARANEOPLÁSICA</p>	<p>SENSITIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ataxia sensitiva. • Debilidad secundaria a mielitis. • Parestesias asimétricas. • Ataxia cerebelar <p>MOTOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Debilidad progresiva. • Parestesias asimétricas • Pie péndulo. • Disminución de fuerzas y reflejos. <p>AUTONÓMICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anisocoria. • Gastroparec ia. • Lipotimia. <p>Ojo y Boca secas</p>	<p>DESMIELINIZANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuropatía sensitiva: Ausencia de potenciales sensitivos • Mielopatía necrotizante subaguda: La lesión es en la médula espinal torácica, que presenta alta señal en secuencias con información • T2 y realce con el gadolinio • Degeneración cerebelosa: La anatomía patológica muestra una pérdida difusa de células de Purkinje y adelgazamiento de las capas molecular y granulosa. <p>AXONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuropatía motora: Signos e denervación y bloqueos multifocales de la conducción motora. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asimétrica y ataxia temprana. • Distal a manos y pies • Distal y simétrica 	<p>AGUDA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Por infiltración o por compresión directa de los nervios, o por un proceso paraneoplásica. • Progresiva gradual o con remisiones y exacerbaciones. <p>SUBAGUDA (SEMANAS O MESES)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ataxia sensitiva • Debilidad • Confusión, pérdida de memoria, depresión, convulsiones o ataxia cerebelar. <p>Neuropatía sensitiva: Degeneración de los ganglios de las raíces dorsales y pérdida sensitiva progresiva con ataxia.</p> <p>Degeneración cerebelosa: causa ataxia progresiva bilateral de piernas y brazos, disartria y, en ocasiones, vértigo y diplopía. Los signos neurológicos pueden consistir en demencia, oftalmoplejía, nistagmo y signos plantares extensores, con disartria y compromiso de brazos prominentes.</p> <p>Neuronopatía motora: Se presenta en pacientes con linfoma de Hodgkin u otros linfomas. Suele observarse mejoría espontánea.</p> <p>La mielopatía necrosante subaguda:</p>

				Se observa pérdida rápida que provoca paraplejía.
--	--	--	--	---

Bibliografía

- Jiménez-Domínguez, R. f. (2016). Revista Mexicana de Neurociencia, . *Revista Mexicana de Neurociencia, Publicación oficial de la Academia Mexicana de Neurología A.C.*, 1-15.
- Pradilla, G. (2002). Diagnóstico y tratamiento de las Neuropatías periféricas. *Diagnóstico y tratamiento de las Neuropatías periféricas*, 131-143.