



Universidad del sureste

Campus: Tuxtla Gutiérrez

Nombre: Frida Citlali Hernández Pérez

Materia: Medicina física y de rehabilitación

Docente: Dra. Mónica Gordillo Rendón

Tema: Síndromes medulares

Unidad 4

Medicina humana

5to semestre

Fecha: 03/ 01/ 2022

Síndrome	Características	Causas	Signos y síntomas
Brown-sequard	Por debajo del nivel lesional se encontrará un déficit motor y de la sensibilidad vibratoria y artrocinética ipsolateral a la lesión (vía piramidal y cordonal posterior), y una pérdida de la sensibilidad termoalgésica (haz espinotalámico) contralateral a la lesión. En el nivel de la lesión puede haber una zona ipsolateral de disminución de todas las sensibilidades (por lesión de la raíz posterior) y paresia con arreflexia y atrofia en los músculos del miotoma afectado (por lesión de la segunda motoneurona).	Traumatismos penetrantes o lesiones extramedulares.	Paresia homolateral Pérdida homolateral de la sensación de tacto, posición y vibración Pérdida contralateral de la sensibilidad termoalgésica
Medular anterior	La arteria espinal anterior irriga los dos tercios anteriores de la médula. Su oclusión afecta a los cordones laterales y anteriores de forma bilateral. Se produce, por tanto, una pérdida de la sensibilidad termoalgésica y un síndrome piramidal bilateral por debajo del nivel lesional, con preservación de la sensibilidad dependiente del cordón posterior.	Diseción y cirugía de aorta, aterosclerosis, fractura-dislocación espinal, vasculitis.	Disfunción de todos los tractos excepto de las columnas posteriores; por lo tanto, respeto de la sensación de posición y de vibración
Centro medular	Se lesionan las fibras que se decusan por delante del epéndimo y que vehiculan la sensibilidad térmica y algésica. Las fibras que se decusan por encima y por debajo de la lesión permanecen indemnes. Se asiste así a un síndrome sensitivo disociado (se respeta la sensibilidad táctil y profunda) y suspendido (no hay afección de dermatomas por encima o por debajo de la lesión).	Aunque se informa que el síndrome centromedular ocurre con mayor frecuencia entre personas mayores con espondilosis cervical que tienen una lesión de hiperextensión, puede producirse en personas de cualquier edad y puede estar asociado con diversas etiologías, mecanismos de lesión y factores predisponentes. Es el síndrome de lesión incompleta de médula espinal más común.	Paresia que tiende a ser más grave en las extremidades superiores que en las inferiores y las regiones sacras. Tendencia a perder la sensibilidad termoalgésica en una distribución en capa sobre la parte superior del cuello, los hombros y la parte superior del tronco, con la sensación de tacto leve, posición y vibración relativamente preservados (pérdida disociada de la sensibilidad)

Bibliografía: Ferreras, P. & Rozman, C. (2016). Medicina interna. Barcelona, España: Elsevier España.

Dávila, P., Cruz, A., Gandía, L., Torres, C. & Franco, E. (2013). Médula espinal. AMIR, 6a edición, P. 26.

Brenes, Y. (2016). LESIONES MEDULARES AGUDAS. REVISTA MEDICA DE COSTA RICA Y CENTROAMERICA LXXIII, Vol. 620, Pp. 645-652.