

NEUROMUSCULAR

GENERALIDADES

Observar de pie y en acciones que el paciente comente.

Pruebas por grupos o músculos: recordar la ley de músculos antigravitatorios y de los músculos en acortamiento.

Palpar los músculos

Oponer músculos similares. Percutir: normal (irritabilidad pero no reflejo, aumenta en motoneurona inferior), mioedema, mionía

REFLEJOS Maseterino Bicipital Tricipital Estilorradial

Flexión de los dedos: Trommer y Hoffman Rotuliano Aquileo

REFLEJOS 0: arreflexia
1: hiporreflexia 2: normorreflexia

Arriflexia, hiporreflexia, reflejos vivos, hiperreflexia

ATROFIA

Desuso, Denervación, Miopática

Clonus: serie de reflejos miotáticos seguidos. Solo vale el sostenido.

Hipotonía Hipertonía: espasticidad y rigidez.

PATRONES CLINICOS
Funcional: motor, sensitivo o autonómico

Anatómico: 1- mmss vs mmii vs craneal, 2- distal vs proximal, 3- simétrico vs asimétrico

Elementos temporales: 1- curso (agudo, crónico, episódico, hereditario), 2- fatiga, 3- edad de inicio

NEUROMUSCULAR

MUSCULO

Clínica: debilidad proximal simétrica; más debilidad que wasting; sensibilidad normal; ROT disminuidos si pérdida de fuerza; otros (miotonia, rabdomiólisis, etc)

EMG: PUM (menor amp, polifásico, breve) si inflamación fibrilaciones y ondas agudas

Clínica: debilidad de distribución proximal y distal, afectación cara y m extraoculares; variable a lo largo del día; sensibilidad normal; ROT normal

Nervio

Cuerpo celular

Clínica: habitualmente una modalidad: motor (debilidad, fasciculaciones, atrofia), sensibilidad (severo, propiocepción), autonómico.

Distribución proximal y distal, afectación temprana mmss, cara y bulbar, asimétrico. Evolución subaguda, persistente, pobre respuesta a la terapia

Mielina

Clínica: distal y proximal, wasting tardío, afectación sensitiva leve, simétrica, hiporreflexia temprana y difusa.

EMG: disminución de velocidades de conducción, bloqueo de la conducción, latencias aumentadas y ondas F alteradas.