

Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Materia:

MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION

Tema:

Afección de los plexos y nervios periféricos

Docente:

Dr. SERGIO JIMÉNEZ RUIZ

Alumno: Oswaldo Morales Julián

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 04/10/2021.

Neuropatías Periféricas

Las enfermedades pueden afectar el cuerpo celular de las neuronas, sus prolongaciones periféricas (axones) o las vainas de mielina que los recubren.

La motoria de los nervios pueden dividirse en tres clases principales: mielinizados grandes, mielinizados pequeños y no mielinizados pequeños.

Los axones motores casi siempre son fibras mielinizadas grandes que conducen con rapidez (alrededor de 50 m/s).

Las fibras sensitivas pueden ser de cualquier de los tres tipos.

Los nervios autónomos también son de diámetro pequeño. Por lo tanto, las neuropatías periféricas pueden afectar la función sensitiva, motora o autónoma, ya que de manera individual o combinada.

Además las neuropatías periféricas se clasifican en las que afectan sobre todo el cuerpo celular (p.ej. neuropatía o gangliopatía), mielina (mielopatía) o al axón (axonopatía). Estas distintas clases de neuropatías periféricas tienen características clínicas y electrofisiológicas distintas.

Valoración General

Cuando el médico valora a un paciente con una neuropatía tiene tres objetivos: 1) identificar el sitio de lesión, 2) identificar la causa y 3) determinar el tratamiento adecuado. El primer objetivo se logra mediante anamnesis minuciosa, exploración neurológica, estudios electrodiagnósticos y otras pruebas de laboratorio.

Para la obtención de esta información se formulan siete preguntas claves cuyas respuestas casi siempre permiten identificar las clases de alteraciones existentes.

A pesar de la valoración amplia en casi la mitad de los pacientes nunca se encuentra una causa.

Es importante determinar si los síntomas y signos de los pacientes son motores, sensitivos, autónomos o una combinación entre ellos. Si el individuo solo tiene debilidad sin evidencia de disfunción sensitiva o autónoma, debe considerarse una neuropatía motora, una anomalía de la uniones neuromuscular o una miopatía.

Algunas neuropatías periféricas se acompañan de disfunción considerable del sistema nervioso autónomo.

Los síntomas de afección autónoma incluye ataques de desmayo, o mareos ortostáticos; intolerancia al calor o cualquier disfunción intestinal, vesicular o sexual.

Por lo general ocurren disminución de la presión sanguínea sin aumento adecuado en la frecuencia cardiaca.

La disfunción autónoma en ausencia de diabetes.

Distribución de la debilidad
Cuando existe debilidad, es indispensable tipificarla para el diagnóstico; con tal objetivo deben formularse dos preguntas adicionales:

- 1) ¿La debilidad afecta sólo la parte distal de la extremidad o el trastorno es proximal y distal?
- 2) ¿La debilidad es focal y asimétrica o simétrica?

La debilidad simétrica proximal y distal es el rasgo distintivo de las polineuropatías desmielinizantes inmunitarias adquiridas, en su forma aguda (polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda [AIDP], también conocida como síndrome de Guillain-Barre [GBS]) y crónica (polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica [CIDP]).

Los hallazgos de una configuración asimétrica o multifocal de la debilidad reduce el diagnóstico diferencial.

Algunos trastornos neuropáticos pueden manifestarse con debilidad unilateral en la extremidad.

Si no existiera síntomas y signos sensitivos, dicha debilidad que evoluciona durante semanas o meses sugiere la posibilidad preocupante de una enfermedad de la neurona motora, pero sería crucial destacarla y descartar la neuropatía motora multifocal que es tratable.

¿De que tipo es la afectación sensitiva?

Es factible que el paciente tenga pérdida de la sensibilidad (parestesia), alteración de la sensibilidad táctil (**hiperpatia o alodinia**) o sensaciones espontáneas incómodas (**hormigueo, ardor o doloramiento**)

El dolor neuropático puede ser ardoso, sordo y mal localizado.

La pérdida propioceptiva intensa también es estrechada para el diagnóstico diferencial. Las personas afectadas perciben desequilibrio sobre todo en las oscuridad.

"Hay debilidad evidencia de afectación de la neurona motora superior"

Si el paciente presenta síntomas sensitivos distales simétricos y signos sugestivos de una neuropatía sensitiva simétrica de neuronas motoras superiores.

La causa más frecuente de este patrón clínico es la deficiencia de la vitamina B12, aunque deben considerarse otras causas de degeneración sistémica combinada con neuropatías (p. ej. deficiencia de cobre, infección de VIH, enfermedades hepáticas graves).

“Bibliografía”

JAMESON, L. A. R. Y. (2018). Harrison: Principios de medicina interna (1.a ed., Vol. 2). McGraw-Hill Education.

J. (2020a). *Harrison. Manual de Medicina* (20.^a ed.). McGraw-Hill.