

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Escuela de medicina

Materia:

Medicina física y de rehabilitación

Trabajo:

Control de lectura 2.1

Catedrático:

Dr. Sergio Jiménez Ruiz

Presenta:

Juan Pablo Sánchez Abarca

Semestre y grupo:

5°B

Comitán de Domínguez, Chiapas
21 de septiembre de 2021

Distrofias musculares

Las miopatías son trastornos con cambios estructurados o deficiencia funcional de tales órganos que se pueden diferenciar de otras enfermedades de la unidad motora.

El aspecto más importante de la valoración de los individuos con trastornos musculares es realizar una anamnesis minuciosa de los síntomas, progresión de la enfermedad, antecedentes médicos y familiares, y un examen neurológico detallado. Basándose en la evaluación y en las pruebas de laboratorio, casi siempre es posible localizar el sitio de la lesión del músculo y el patrón del compromiso muscular. Este patrón de compromiso muscular es lo más útil para estrechar el diagnóstico diferencial. La mayor parte de las miopatías se manifiestan con debilidad muscular simétrica proximal de las extremidades, con reflejos y sensibilidad conservados. Sin embargo se puede observar debilidad asimétrica y predominante distal en algunas miopatías. Si se agrega pérdida sensitiva, esto sugiere lesión del nervio periférico o del sistema nervioso central. En ocasiones los trastornos que afectan a los cuerpos celulares de las neuronas motoras de la médula espinal, a la unión neuro-muscular o a los nervios periféricos pueden simular el cuadro clínico de la miopatía.

Los síntomas de debilidad muscular pueden ser intermitentes o persistentes. Los trastornos ocasionan debilidad intermitente son miastenia grave, parálisis periódicas y cuadros de déficit energético metabólico de la glucólisis de la utilización de los ácidos grasos y algunas miopatías mitocondriales. Las situaciones de déficit energético provocan ruturas de

las fibras musculares debidas a la actividad física, a com-
pañadas de mioglobinauria.

La mayor parte de las enfermedades musculares causan debi-
lidad persistente. En gran parte de ellas, incluidas casi
todas las formas de distrofia muscular, polimiositis y
dermatomiositis, los músculos proximales presenta mayor
debilidad simétrica que los distales, y los músculos faciales
se mantienen intactos, una tipología que se denomina de
cinturas. El diagnóstico diferencial se limita más bien a
otras características de la debilidad de los músculos de
la cara y la escápula que son características de la dis-
trofia facioescapulohumeral. La debilidad de los músculos de
la cara y el área distal de las extremidades asociado
con miofonía en la presión manual es virtualmente diag-
nósticada de distrofia miotónica del tipo I. Cuando hay
debilidad en otros músculos inervados por las pares crane-
ales, con ptosis o debilidad de músculos extraoculares, los
principales trastornos a considerar incluyen alteraciones de
la unión neuromuscular, distrofia muscular oculofaríngea, mio-
patías mitocondriales o alguna de las miopatías congé-
nitas. Un modelo patognomótico de la miositis con cur-
pos de inclusión es el de atrofia y debilidad de los
músculos flexores del antebrazo y del cuádriceps, que me-
nudo es simétrico. Aunque menos frecuente, tiene gran importan-
cia diagnóstica a la presencia de un síndrome de cabe-
za caída, indicativo de debilidad selectiva de los
músculos extensores del cuello. Las enfermedades neuro-
musculares más importantes manifestadas con este patrón

de debilidad incluyen miastenia grave, esclerosis lateral amiotrófica, miopatía nemelina de inicio tardío, hiperparatiroidismo, miositis focal y algunas formas de miopatía con cuerpos de inclusión. Otro patrón reconocido por la debilidad preferencial en la parte distal de las extremidades, es típico de las miopatías distales.

Es importante la exploración física de la capacidad funcional para identificar el patrón de la debilidad. El signo de Gowers es especialmente útil. La observación de la marcha del paciente puede poner de manifiesto una postura lordótica debida a la combinación de debilidad en tronco y en cadera, a menudo exagerada porque el paciente camina de puntillas. La "marcha de pato" se debe a la incapacidad de los músculos de la cadera de impedir la caída de la propia cadera. La hiperextensión de la rodilla es característica de la debilidad del cuádriceps; la marcha polineurítica o marcha de gallo, debida a pie pónulo, acompaña a la debilidad distal.

Todo trastorno que causa debilidad muscular se puede acompañar de fatiga dada la imposibilidad de mantener la fuerza. Este trastorno se debe diferenciar de la astenia, un tipo de fatiga ocasionada por el cansancio excesivo o la falta de energía. Los síntomas asociados pueden ser útiles para diferenciar la astenia y la fatiga patológica. La astenia suele acompañarse de tendencia del paciente a evitar las actividades físicas, somnolencia diurna con necesidad de siestas frecuentes y dificultad de concentración de actividades como la lectura. El paciente también puede presentar

estrés intenso y depresión. Por el contrario, la fatiga patológica también se observa en enfermedades de transmisión neuromuscular y en trastornos de la producción de energía como efectos negativos en la glucólisis, en el metabolismo lipídico o en la producción energética mitocondrial. La fatiga patológica se observa en las miopatías crónicas debido a la dificultad del paciente de realizar una tarea con su masa muscular disminuida. La fatiga patológica se acompaña de alteraciones clínicas o en los pruebas de laboratorio. La fatiga sin estas características casi nunca indica una enfermedad muscular primaria.

Algunas miopatías se acompañan de dolor muscular, calambres, contracturas, rigidez muscular o incapacidad para relajar los músculos. Los calambres musculares son de inicio súbito, cortos, desencadenados por la contracción muscular voluntaria y pueden producir una postura anormal en la articulación. Los calambres musculares suelen aparecer en trastornos neurológicos, en particular la enfermedad de motoneurona, radiculopatías y polineuropatías, pero no constituyen un signo característico de muchas de las miopatías primarias.

La contractura muscular es diferente de los calambres musculares. En ambos procesos el músculo presenta endurecimiento, pero la contractura se debe a un fracaso energético en los trastornos de la glucólisis, el músculo no puede relajarse tras la contracción muscular activa. En la EMG se observa silencio eléctrico. Existe confusión debido al que el término "contractura" también se refiere a un músculo que no se distiende normal por fibrosis.

Referencia:

- Kasper., D. (2019). HARRISON PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA (19.a ed., Vol. 2) [Libro electrónico]. La Leo.