



**Nombre del alumno:** Hugo Gerardo Morales Gordillo.

**Nombre del docente:** Dr. Sergio Jiménez Ruiz

**Materia:** Medicina física y de rehabilitación

**Grado:** Quinto

**Grupo:** B

## = Patología raquímedular Congénita =

El síndrome de Klippel, es un trastorno genético de la columna vertebral que está presente en el nacimiento. Dicha enfermedad puede estar presente en una o dos vértebras de la columna vertebral superior pero en esta patología están como tipo fusionadas por decirlo de esta manera.

Esto puede ser sintomático o no, la causa exacta de dicho síndrome aún no es muy clara. Algunos niños están más propensos a tenerlo pero dependiera demasiado de su genética que tener, aunque también debemos tomar en cuenta que algunos de los casos que se presentan suelen ser hereditarios, es decir que se pasa de un padre a su hijo.

En algunas ocasiones los niños que presentan la dicha enfermedad presentan un tipo de rigidez en el cuello, también suele verse a las personas con esto con el cuello un poco más corto de lo normal y una línea baja de nacimiento en el mismo. El SKT es una causa infrecuente de cervical, se trata de una enfermedad congénita del grupo de las llamadas malformaciones de la columna craneocervical.

Tiene una característica por la fusión de 2 áreas vertebrales, como antes habíamos mencionado, es una enfermedad clínica compleja que puede ser acompañada de alguna afección ósea y visceral. Únicamente surge con una implantación baja del arco vertebral, platis y fusión de vértebras cervicales (que limita la movilidad cervical) por esto los signos del cuello corto en las personas, ahora bien hablando de la fisiología

patología se debe a un fallo de la segmentación que se produce entre la tercera y octava semana de la embriogénesis.

El síndrome SKF se clasifica en 3 tipos más:  
el tipo I: Fusión congénita masiva de las vértebras cervicales en un único bloque que puede incluir también vértebras torácicas. Clínicamente se asocia con cervicalgia y restricción de la movilidad cervical de tipo II: fusión congénita de espacios intervertebrales (habitualmente uno o 2) no contiguos puede incluir una fusión occipitatlántica y también puede asociarse a otras anomalías vertebrales por decir un ejemplo rápidamente padnamea mencionar la hemivertebra.

El tipo III: fusión congénita de múltiples segmentos cervicales contiguos de vértebras cervicales y torácicas o incluso lumbares. Los tipos II y III se asocian con mayor frecuencia a síndromes radiculares y mielopatía en la edad adulta, cervicalgia crónica o compresión medular caudal principalmente.

La sobrecarga producida favorece el desarrollo de cambios espondilolíticos en los discos y articulaciones interapofisarias en los discos que pueden crear engrosamiento extenso del área central aforaminal. Las alteraciones anatómicas cervicales de estos pacientes también predisponen a la aparición de secuelas neurológicas espontáneas y progresivas y de

Seruelas graves tras traumatismos cervicales leves. El tratamiento del SKF está dirigido a prevenir la aparición de inestabilidad cervical y artropatía degenerativa. El tratamiento óptimo depende de la reductibilidad de los tejidos blandos, de la posibilidad de restaurar el alineamiento vertebral para reducir la compresión de la unión cervicomedular de los mecanismos de compresión de presencia de anomalías de los centros de clasificación, y también las placas de crecimiento epifisario, las malformaciones consisten en una alteración del desarrollo de las semitas mesencefalicas occipitales que se pueden asociar a la sinquimelia e hidrocefalia la herniación de estructuras del cerebro y del cerebro a través de foramen magno. No existe una teoría universalmente aceptada que explique la morfología de Chiari y sus anomalías asociadas.

Se admiten formas adicionales de herniación cingular como en el caso de derivaciones lumbocingulares como el caso de derivaciones lumbopontocitales, punciones lumbares repetidas etc.

También se han comenzado a hallar ciertos factores genéticos en algunos subtipos de Chiari por lo tanto, que serían la asociación familiar observada y la consistencia con anomalías genéticas. En la actualidad, se proponen también otros factores fisiopatológicos como son las referidas a una alteración del desarrollo embrionario.

Estas malformaciones se deben a un fallo en la formación de la flexura pontina en la sexta semana de gestación, clara que es ahí cuando se produce un acortamiento del tronco cerebral. Se debe también según otras autoras a posiblemente a un efecto del desarrollo del mesodermo, con un aumento de la presión en la fosa posterior y consecuencia de esto, se induce una herniación de las amígdalas cerebrales, casi como un desplazamiento superior del tentorio, los pacientes que tienen surcos y fendas con mínimos grados de herniación amigdalocelular sin ellos y esto ocurre porque existe alteración de la hidrodinámica del líquido cefalorraquídeo a nivel del foramen magnum, debido probablemente a un menor tamaño de la fosa posterior de estos pacientes, también se dice que tiene una característica por el desplazamiento caudal de las amígdalas cerebrales mayor a 5mm. no deficiente que se un descenso menor. No incluye un diagnóstico se diagnostica habitualmente en la segunda o tercera década de la vida, son muy poco frecuentes entre las mujeres de 60 años y algo más predominantemente en las mujeres, se produce una herniación caudal cerebral del foramen magnum por una cerebra, tronco del encéfalo y cuarto ventrículo. El 90% de los MCH se asocian a cisterna bifida. Es el más raro y el más grave de todos es el tipo III consiste en un aracnoidocelocelo occipital sin herniación asociada con aplasia del fondo del cerebro.