



Mi Universidad

Encuesta.

Nombre del Alumno: Nohemí Judith escobar ramos

*Nombre del tema: **Trastornos de la sensibilidad general***

Parcial: 2°

Nombre de la Materia: fisiopatología

Nombre del profesor: Manuel Eduardo López Gómez

Nombre de la Licenciatura: medicina humana

Cuatrimestre: 2°

Trastornos de la sensibilidad general.

Introducción.

Los trastornos de la sensibilidad se pueden manifestar como fenómenos negativos por ejemplo (disminución o ausencia de una o más modalidades de sensibilidad) y/o fenómenos positivos (sensaciones anómalas en forma de parestesias, como hormigueo o entumecimiento, o bien en forma de hipersensibilidad a los estímulos sensitivos, ya sea como dolor o hiperestesia.

Desarrollo.

Los procesos patológicos son las causas que dañan a los receptores periféricos localizados en varios tejidos y órganos, las fibras sensitivas de los nervios periféricos, las vías ascendentes de la médula espinal y del tronco encefálico, o el tálamo y los centros corticales del lóbulo parietal.

La interrupción de otras vías sensitivas y la destrucción de la corteza parietal tienen también un efecto profundo sobre la motilidad. En mayor extensión, la actividad motora humana depende de un arribo constante de impulsos sensitivos (la mayoría de ellos imperceptible de manera consciente). Por lo tanto, la integración sensitiva y motora es necesaria para que funcione normalmente el sistema nervioso, pero las enfermedades pueden afectar una u otras funciones.

Independientemente. Puede haber pérdida o trastorno de la función sensitiva, que llega a representar la manifestación principal de la enfermedad neurológica.

Toda la sensación depende de impulsos producidos mediante estimulación adecuada de los receptores y transmitidos hacia el sistema nervioso central por fibras aferentes o sensitivas. Los receptores sensitivos son de dos tipos generales: los situados en la piel, que median la sensación superficial (*exteroceptores*), y los de los órganos somáticos más profundos (*propioceptores*). Los receptores cutáneos son particularmente numerosos y transducen cuatro tipos de experiencia sensitiva: tales como calor, frío, tacto y dolor.

Hay 3 tipos de receptores de información sensitiva: los exteroceptores, que recogen información del mundo exterior al organismo. Están localizados en la piel, los Interoceptores, que transmiten información de los diferentes órganos y estructuras, lo que permite regular el medio interno. Y los propioceptores, localizados a nivel de músculo, tendones y articulaciones, para dar información de la posición en el espacio de cada zona de nuestro cuerpo y de su conjunto.

Hay receptores que dejan de emitir información, aunque persista el estímulo. Un ejemplo más característico es la sensación táctil del reloj o la ropa. Son receptores de adaptación rápida (fásicos). Otros emiten información mientras persiste el estímulo. Son receptores de adaptación lenta (tónicos). Los nociceptores son un ejemplo de este último tipo de receptores

Los receptores exteroceptivos o de contacto transmiten información de: Tacto, Presión, Temperatura (frío y calor), Vibración y Dolor. Recordemos los conocidos Discos de Merkel, Corpúsculos de Meissner, de Paccini o de Ruffini, situados en las diferentes zonas de la epidermis y dermis. Los receptores propioceptivos son de dos tipos. Los que dan información de la posición de la cabeza, integrados en el sistema vestibular. Y los colocados en músculo, tendones y articulaciones. Los representante más característicos son los husos musculares o el órgano tendinoso de Golgi, Dan información de la posición y del movimiento (cinestésicos).

Las Vías Sensitivas Ascendentes Hay dos grandes grupos: A) Sistema aferente somático general, que lleva la información del Tacto, Posición-Vibración, Temperatura, Dolor y Acortamiento muscular.

B) Sistema aferente visceral general, con información de Presión y Dolor.

Vía Antero-Lateral.- Lleva información dolorosa, de temperatura, táctil no discriminativa y presión, Comprende los haces **ESPINO-TALÁMICO**, Espinoreticular, Espino-mesencefálico, Espino-tectal y Espino-hipotalámico. El haz espino talámico lateral es el que va a tener mayor trascendencia.

Los Cordones Posteriores.- Llevan información del Tacto discriminativo fino, de la Posición y Vibración. Están formados por los fascículos Grácil y Cuneiforme.

Las Vías Espino-Cerebelosas.- Llevan información propioceptiva y algo de sensación táctil y presión.

Los diferentes tipos de información sensitiva se pueden explorar y diferenciar, de manera que podamos obtener una idea clara del tipo de alteración existente y a qué nivel se ha producido. El tacto grosero, no discriminativo se explora pasando un algodón por la piel. Mientras que el tacto discriminativo, fino, se explora con un objeto punzante, que no pinche (una aguja despuntada, por ejemplo), contactando suavemente con la piel, sin que produzca dolor. Con este mismo objeto podemos dibujar en la piel un número o letra para que el paciente lo reconozca (estereognosia). Si tenemos dos objetos con punta, podremos apreciar la capacidad del paciente en distinguir que se le está tocando con dos objetos (discriminación). La distancia mínima a la que hemos de situar estas puntas es mayor en el tronco que en la cara o mano.

La sensibilidad propioceptiva se explora de tres formas. La primera, cogiendo el primer dedo del pie por sus zonas laterales y flexionándolo-extendiendo en movimientos rápidos, finalizando en una posición en extensión o flexión que el paciente ha de reconocer y acertar. La segunda forma se realiza colocando la punta de un diapasón especial sobre rebordes óseos, debiendo notar claramente la vibración. La tercera es mediante la maniobra de Romberg. En ésta el paciente está de pie, con los pies juntos y manos pegadas al tronco. Se observa que es capaz de mantener el equilibrio. A continuación se le ordena cerrar los ojos y el explorador ha de cuidar de lo que ocurra a continuación. En el caso de afectación de cordones posteriores bilaterales, el paciente pierde el equilibrio y se cae si no abre los ojos (Romberg +). En el caso de afectación cerebelosa, el paciente tiende a oscilar y perder el equilibrio, cayendo hacia el lado de la afectación cerebelosa, aunque antes separa los pies para tener una mayor base de sustentación.

Conclusión.

La afectación sensitiva la podemos explorar a nivel de las zonas cutáneas correspondientes a cada nervio periférico

Lo mismo se hace de un lado hacia otro, para observar si se tiene hipoestesia o anestesia en un lado del cuerpo y no en el otro. Hay que tener en cuenta que el déficit sensitivo se produce una vez pasada la línea media. De manera que es de sospechar un trastorno de tipo histérico o simulación en la persona cuya falta de sensibilidad netamente se produce netamente cuando se cruza la línea media. Hay que tener en cuenta, recordando la distribución de las vías espinotalámica y cordones posteriores.