

Rudy Ángel Osvaldo Vázquez
Zamorano

Dr. Sergio Jiménez Ruiz

“Control de lectura”

5-º. Semestre.

“A”

Comitán de Domínguez Chiapas a 18/11/20

Polineuropatía (PNP)

Dr. Sergio
Jiménez Ruiz

Ruiz.

El término polineuropatía (PNP) describe las enfermedades que, bien por trauma externo, bien por agresión desde el medio interno, cursan con lesión de nervios periféricos. La amplia distribución en el organismo, su situación frecuentemente expuesta y el grado extremo de especialización funcional hacen que el nervio se convierta en una estructura muy vulnerable. La prevalencia en ancianos en países desarrollados ronda el 5-10%, parecida a la del accidente cerebrovascular, lo que proporciona una alta repercusión en la morbimortalidad socio-sanitaria. La causa más habitual que se implica es la diabetes mellitus, aunque se relaciona con múltiples etiologías, incluso algunos autores refieren una despreciable proporción de causa idiopática. Un hecho característico en la PNP es la diversidad de síntomas que presentan los pacientes, probablemente relacionada con la multifuncionalidad del nervio, lo que provoca un abanico de expresiones clínicas, desde simples déficits sensitivos o motores hasta problemáticas de mayor complejidad como inhabilidad para mantener el control motor, la postura o la marcha. La implicación fisiopatológica es muy determinante en la evolución de estos procesos, de tal manera que la axonopatía en esta población es el mecanismo más involucrado, así como la mayor causa de secuelas funcionales. La PNP axonal mayoritariamente comparte un tipo particular de agresión, la degeneración

del paciente, la sensibilidad más comprometida es la vibratoria, aunque la progresión incluye todas con el tiempo, lo que no deja de ser llamativo cuanto las fibras más afectadas suelen ser las pequeñas, con escasa o ninguna mielina. En algunos casos, sobre todo con la evolución, pueden asociar dolor en miembros inferiores de tipo prurítico o lancinante.

Referencia

Fernández, M. J. P. (2008, 1 diciembre), polineuropatías en la población anciana. (clasificación y revisión teórica) / Revista española de Geriatria y Gerontología.

Espina Bífida

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz
Rudy.

La espina Bífida es una afección de relativa frecuencia en nuestro medio y podemos definirla en forma práctica, como una entidad de tipo congénito caracterizada por la ausencia de cierre de uno o más arcos vertebrales posteriores, a lo que pueden acompañar otras anomalías cutáneas, meníngeas, nerviosas. En la presente revisión haremos saber acerca de Raquisquisis: es la forma más grave de la Espina Bífida y consiste en una ausencia completa de cierre de tubo neural y falta la parte posterior de médula, meninge y vértebras. Se puede observar en el centro del defecto el cono medular de color rojizo descubierto y una zona translúcida que si se rompe da saliva.

Patogenesis, es indudable que esta afección corresponde a una embriopática, desde el 16 día de gestación se produce la formación de la placa neural, que origina un canal y luego un tubo neural. Posteriormente entre este tubo neural y el epiblasto se interpone el mesenquima, que constituye la meninge, el arco posterior, plano aponeurótico y muscular.

Todas estas etapas se deben a fenómenos de inducción notocordal y neural, que podrían ser afectados por diferentes toxas y producir la falla del cierre del estuche raquídeo y por consiguiente la formación de la espina bífida en uno de sus tipos. Otro aspecto que debemos tomar en cuenta, es el que a partir del tercer mes de gestación el canal raquídeo se

Puede haber esteososis del 51 y 14 puede ser a bloque del espacio sub-aracnoideo por una meningitis. También la hidrocefalia puede presentarse luego de cerrado el defecto por una hiperproducción de L.C.R. o por la posición de que el saco cierra un papel de resolución de L.C.R., lo que impide al eliminarlo.

Referencia:

Sanhueza, D. C. (2018, 1 mayo). Manifestaciones neurológicas asociadas a espina bífida en adultos / medicina de familia. Semergen.

Arnold Chiari...

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz
Rud y

La malformación de Chiari es una enfermedad generalmente congénita, que consiste en una alteración anatómica de la base del cráneo, en la que se produce herniación del cerebelo y del tronco del encéfalo a través del Foramen Magnum hasta el canal cervical. Durante varias décadas, los apótonimos Arnold y Chiari han sido utilizados como sinónimos para definir los casos con ectopia de las amígdalas del cerebro debajo del nivel indicado por el borde posterior del Foramen Magnum. En cuanto a su clasificación de la malformación de Chiari comprende cinco subtipos:

- Malformación de Chiari tipo 0: existe alteración de la hidrodinámica del líquido cefalorraquídeo (LCR) o nivel del foramen magnum. Los pacientes tienen siringomielia con mínimos datos de herniación amigdalor o sin ellas.
- Malformación Chiari tipo I: herniación caudal de las amígdalas cerebelosas mayor de 5mm por debajo de foramen magnum. Característicamente está asociado a hidro siringomielia. No suele acompañarse de descenso del tronco del encéfalo o del cuarto ventrículo ni hidrocefalia.
- Malformación de Chiari tipo II: herniación caudal a través del foramen magnum del vermis cerebeloso, tronco del encéfalo y cuarto ventrículo. Se asocia con mielomeningocele e hidrocefalia, y

Se caracterizan por carecer de distribución
vascular y estar acompañadas de molestias
confinadas, urentes y profundas, localizadas en los
hombros la nuca, el pecho y las extremidades
superiores que típicamente aumentan con maniobras
de Valsalva.

Referencia.

La malformación de Arnold chiari (5f).
Elsevier Connext, Recuperado 2 de noviembre
de 2022.

Compresión Medular...

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz
Rud y

La compresión es causada con mayor frecuencia por lesiones que se encuentran fuera de la médula espinal (extramedulares) que por lesiones dentro de ella (intramedulares). La compresión puede ser aguda, subaguda, crónica, la compresión aguda se desarrolla en minutos a horas. A menudo se debe a:

- Traumatismo (p.ej., fractura por aplastamiento vertebral con desplazamiento de los fragmentos de la fractura, hernia discal aguda, lesión ósea o ligamentaria grave que produce un hematoma, subluxación o luxación vertebral).
- Tumor metastásico en ocasiones, se debe a un absceso; pocas veces, a un hematoma epidural espontáneo. La compresión aguda puede seguir a una subaguda y crónica, sobre todo si la causa es un absceso o un tumor.

La compresión subaguda aparece en días a semanas. Por lo general se debe a:

- Un tumor extramedular metastásico,
- Un absceso o un hematoma subdural o epidural,
- Hernia del disco cervical o, rara vez, torácico.

La compresión crónica aparece en meses a años. Con frecuencia se debe a:

- Protrusiones óseas en el canal medular cervical, torácico o lumbar (p.ej., debidas a osteofitos o espondilolisis, sobre todo cuando el canal vertebral es estrecho, como ocurre en la estenosis vertebral).

La compresión puede ser aguda y subaguda por un disco herniado y por la hipertrofia del ligamento amarillo. Las causas menos frecuentes incluyen malformaciones arteriovenosas y tumores extramedulares.

Referencia...

Rubin, M. (2022, Octubre 6). *Compresión medular. Manual MS6 versión para profesionales.*