



**Jhoana Guadalupe Arreola Mayorga**

**Sergio Jiménez Ruíz**

**Controles de lectura**

**Medicina física y rehabilitación**

**5to semestre de Medicina Humana**

Comitán de Domínguez Chiapas a 18 de noviembre del 2022

# Polineuropatías

Las neuropatías periféricas son un grupo diverso de trastornos que afectan los nervios periféricos. Pueden ser adquiridas o hereditarias, de origen sistémico o restringidas a los nervios periféricos. La polineuropatía es un término específico que se refiere a un proceso generalizado que afecta varios nervios periféricos, generalmente los nervios distales. Los datos epidemiológicos son demasiado limitados, debido en gran parte porque la enfermedad es muy variable en su severidad, etiología, formas de presentación, dentro de una misma población. La prevalencia mundial es cerca de 2400 por 100000 (2.4%) habitantes aumentando con la edad a 8000 por 100000 (8%). Dentro de las polineuropatías agudas más frecuentes se encuentra el síndrome de Guillain Barré. La neuropatía diabética es la causa más frecuente de polineuropatías periféricas crónicas. El tipo más frecuente es la parálisis facial periférica idiopática o de Bell, seguida del síndrome del túnel del carpo; sin embargo, debe resaltarse otras causas frecuentes como la antes mencionada diabetes mellitus. Tras la evaluación clínica, los estudios de conducción nerviosa (ECN) nos permiten clasificar y dirigir la evaluación diagnóstica de forma más concreta del paciente con un síndrome polineuropático. El síndrome polineuropático es un síndrome complejo que involucra múltiples síntomas y signos clínicos. Los síntomas suelen ser muy variados e involucrar motores, sensitivos o autónomos. Los síntomas motores que se manifiestan, generalmente culminan en alteraciones de la marcha; estos síntomas pueden ser: parestesia de las extremidades afectadas, hipotrofia o atrofia de los músculos involucrados, además de debilidad muscular. El daño a los nervios sensitivos puede dar como resultado síntomas muy variados como lo son las parestesias, disestesias, pérdida de la sensibilidad,

## Espina bifida

Se trata de una afección de una frecuencia moderada de carácter congénito. La espina bifida (EB) o disrafismo espinal es una anomalía congénita que forma parte de los defectos de cierre de tubo neural. Esta anomalía congénita ocurre antes del día 27 de gestación y se asocia a compromiso multisistémico. La espina bifida corresponde a la malformación más común secundaria a defectos de cierre del tubo neural. Sin embargo, previamente a hablar del tema como tal, es necesario adentrarnos a las malformaciones congénitas. Durante el desarrollo embrionario, se lleva a cabo el cierre del tubo neural en torno a las seis semanas tras la fecundación. Los que llamamos defectos del tubo neural se originan a partir de las alteraciones en el cierre del mismo o simplemente no cerrar en lo absoluto, con lo que se incluye que la gravedad y aparición de los síntomas serán interpretadas como directamente dependientes de la intensidad de las alteraciones del cierre del tubo, y pueden tener lugar a dos niveles: cerebro y columna vertebral. Este defecto del cierre a nivel de columna vertebral constituye la espina bifida. Cuya característica más común es una herniación a nivel de la columna vertebral que puede ir acompañada de un prolapso de las meninges, lo que se denomina meningocele o incluso de la médula espinal originando el mielomeningocele. Queda completamente claro que esta afección corresponde a una embriopatía. Desde el día 16 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 fenó

## Malformación de Arnold Chiari

La malformación de Arnold-Chiari es una enfermedad poco frecuente, caracterizada por la presencia de síntomas inespecíficos que pueden llegar a suponer un retraso en el diagnóstico; esta patología consiste en una aglomeración de las estructuras nerviosas de la fosa posterior (cerebelo, protuberancia y bulbo raquídeo), que tienden a ser desplazadas a través del agujero occipital. El foramen magno es una apertura en el hueso occipital que se rodea anteriormente por el clivus, en la región lateral por los cóndilos occipitales y en la parte posterior por la porción escamosa del hueso occipital. Generalmente, simplemente la médula espinal atraviesa por él. Las malformaciones de Chiari, hacen referencia a un grupo de enfermedades o desórdenes de tipo neurológicos heterogéneos caracterizados por alteraciones dentro de las regiones del cerebelo, tallo cerebral y la unión craneocervical; la consecuencia del desplazamiento inferior del cerebelo hacia el canal espinal justo por el foramen magno, ya sea en conjunto con la médula inferior o no. Se trata de una malformación del desarrollo de los somitas mesodérmicos occipitales, que se puede asociar a sirringomelia o hidrocefalia. La forma más extrema consiste en la herniación de estructuras de la porción más baja del cerebelo, amígdalas cerebelosas, y del tronco cerebral a través del foramen magnum, de modo que algunas partes del cerebro alcanzan el canal espinal engrosándolo y comprimiéndolo. La aparición de los síntomas comúnmente se da en la adolescencia o en la edad adulta y no suele acompañarse de hidrocefalia; los pacientes afectados regularmente padecen de cefalea recurrente, dolor cervical y espasticidad progresiva de las extremidades inferiores. Su patogénesis aún no se ha visto esclarecida.

# Compresión medular

Distintas lesiones pueden comprimir la médula espinal y ocasionar déficits sensitivos, motores, reflejos y esfinterianos secundarios. El diagnóstico se realiza mediante resonancia magnética (RM). El tratamiento está dirigido a aliviar la compresión. La compresión es causada frecuentemente por lesiones que se encuentran fuera de la médula espinal (lesiones extramedulares) que por lesiones dentro de ella (lesiones intramedulares). Esta compresión puede ser de tres tipos: aguda, subaguda y crónica. La compresión aguda se refiere a un desarrollo en minutos a horas, generalmente por: 1) Traumatismos (tales como una luxación vertebral, fractura por adelantamiento vertebral con desplazamiento de los fragmentos de la fractura, lesión ósea o ligamentaria grave que produce un hematoma, hernia discal aguda), y 2) Un tumor metastásico. La compresión aguda puede seguir a subaguda y crónica. La compresión medular subaguda aparece en días a semanas. Por lo general se debe a: un tumor extramedular metastásico, un absceso o un hematoma subdural o epidural, una hernia del disco cervical o torácico. Por otro lado, la compresión crónica aparece en meses a años, con frecuencia se debe a prominencias óseas en el canal medular cervical, torácico o lumbar. La compresión puede agravarse por discos herniados y la hipertrofia del ligamento. El cuadro clínico de la compresión de la médula espinal aguda o avanzada puede presentar déficits segmentarios, paraparesia o cuadriparesia, hiporreflexia, respuestas plantares extensoras, pérdida del tono del esfínter y alteraciones sensitivas. Mientras que la compresión de médula espinal subaguda o crónica puede manifestarse de manera inicial como un dolor dor-

## Referencias

Domínguez J., Flores Villegas R., Lazcano Mendoza B., y Flores Lazcano M. (2016) Abordaje clínico y electrofisiológico del paciente con polineuropatía. Revista Mexicana de Neurociencia. 17(3): 100-112

Pradilla G. (s.f.) Diagnóstico y tratamiento de las neuropatías periféricas. Recuperado de: <https://www.acnweb.org/guia/g5cap14.pdf>

Díaz Sanhueza C., Pardo Vargas A., y Bustos P. (2017) Manifestaciones neurológicas asociadas a espina bífida en adultos. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.

Guiñez Gahona R. (2015) Espina bífida, prevención, diagnóstico y manejo prenatal. Revista Pediatría Electrónica. Universidad de Chile Facultad de Medicina. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil. Vol 12, N° 1. ISSN 0718-0918

Jaramillo M. (2018) La malformación de Arnold Chiari. Elsevier. Recuperado de: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/malformacion-arnold-chiari>

Vega Lorenzo Y., Aparicio Álvarez F., Hidalgo Ávila M., Carmenate Mendoza C., Falcón Abreu A., y García Martín D. (2016) Malformación de la unión cráneo-cervical de Chiari. Presentación de un caso. Vol 22. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2016/mdc162j.pdf>

Romero, P., Manterola, A., Martínez, E., Villafranca, E., Domínguez, M.A., & Arias, F.. (2004). Compresión medular. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 27(Supl. 3), 155-162. Recuperado en 19 de noviembre de 2022, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=SI137-66272004000600015&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI137-66272004000600015&lng=es&tlng=es).

Bautista-Hernández M., y Medina-Villaseñor E. (2011) Síndrome de compresión medular por cáncer. ELSEVIER. Gaceta Mexicana de Oncología. Vol. 10. Núm. 5. Páginas 295-302. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-sindrome-compresion-medular-por-cancer-X1665920111894309>