



Johana Nazareth Vázquez Flores

Dr. Sergio Jiménez Ruiz

Control de lectura

Medicina física y de rehabilitación

5to "A"

Licenciatura en Medicina Humana

Comitán de Domínguez Chiapas a 18 de Noviembre del 2022

# Compresión med

Aspecto general, la compresión de la médula espinal o de las raíces nerviosas que forman la cola de caballo, es la 2da complicación neurológica más frecuente en tumores metastásicos. Entre las ocasionadas por la metástasis cerebral, es una urgencia oncológica con elevada morbilidad e impacto en calidad de vida, tiene una frecuencia global aproximada del 5% (CA de pulmón, mama & próstata las de mayor incidencia). Su fisiopatología de la afectación neurológica es la compresión directa por la masa tumoral, edema secundario del plexo venoso circundante e isquemia por infección de las arterias espinales anteriores que produce demielinización de la zona que se hará permanente por la falta de riego sanguíneo. En la clínica el paciente presenta el dolor, déficit motor, alteraciones de la sensibilidad & alteraciones del sistema nervioso autónomo. El dolor es el más frecuente, que puede ser único & de larga evolución, el grado de afectación motora en el momento del diagnóstico es el factor pronóstico más importante en cuanto a recuperación funcional, el déficit mayor es el más frecuente que el déficit sensitivo por la afectación anterior, presente en el 76% de los pacientes, 15% parapléjicos al inicio, progresa rápidamente & es flácido con (hipotonía / arreflexia) o con signo de piramidalismo (hipertonía e hiperreflexia) en los de inicio lento. La mayoría de las formas de compresión medular ocurre por afectación de la columna vertebral (85-90% de los casos) generalmente las lesiones son osteolíticas 70% & se presenta en el cuerpo vertebral, lo cual desarrolla compresión anterior de la médula espinal, otra forma de compresión es la producida por neoplasias paravertebrales (linfoma / sarcoma / neuroblastoma), que generalmente se extiende por el foramen intervertebral un compromiso vertebral 10% & 15% de los casos & en estudios de imagen no se evidencia

# espina bifida

La espina bifida (EB) o dirofirmo 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 & se asocia a compromiso multifuncional. Se sabe que existen 2 tipos de espina bifida: 1) Oculta: La forma más común, en donde una o más vértebras están malformadas & están cubiertas por una capa de piel & 2) Abierta: Esta forma consiste en un grupo diverso de los defectos espinales en los que la columna vertebral está marcada por una malformación de gria, hueso & de las membranas, siendo las principales expresiones el mielomeningocele, donde las meninges sobresalen de la apertura espinal & la malformación puede o no estar cubierta por una capa de piel, & el mielomeningocele, en el cual la médula espinal está expuesta a través de la apertura de la columna. En las manifestaciones neurológicas asociadas a espina bifida en los adultos, la hidrocefalia es un trastorno en el que una cantidad excesiva de líquido cefalorraquídeo (LCR) se acumula en la parte de adentro de los llamados ventrículos cerebrales &/o espacio subaracnoideo, producto de un desequilibrio entre el flujo de entrada & el flujo de salida intracraneal. Puede ser causada por diversos mecanismos: Obstrucción de la circulación del LCR, inadecuada absorción de LCR &/o sobreproducción del LCR. La hidrocefalia está asociada a la presencia del 20% a 30% de los pacientes con mielomeningocele al nacer, aumentando hasta el 80% después del cierre quirúrgico de la espina bifida. Generalmente, se presenta secundario a la anomalía de Arnold Chiari, en donde el descenso anormal del cerebro por debajo del foramen de magno obstruye la circulación del LCR, & origina hidrocefalia, esta anomalía congénita

# Arnold Chiari

Las malformaciones de la unión cráneo-cervical son numerosas. El Chiari tipo I, no es un síndrome nuevo, en 1883 John Cleland es quien describe por primera vez una malformación congénita del cerebro & el cerebelo con herniación de la médula espinal. Posteriormente Hans von Chiari, en 1891 & Julius Arnold, en 1894 completan esta descripción. Se trata de una malformación del desarrollo de los territorios mesodérmicos occipitales que se pueden asociar airingomelia & hidrocefalia. La forma más extrema consiste en la herniación de la estructura de la porción más baja del cerebro, amígdalas cerebelosas & del tronco cerebral, a través del foramen magnum, de modo que algunas partes del cerebro, amígdalas cerebelosas & del tronco cerebral a través del f. de modo que algunas partes del cerebro alcanzan el canal espinal, engrosándola & comprimiéndola. El típico la aparición de síntomas durante la adolescencia o la edad adulta & no suele acompañarse de hidrocefalia, los ptes en general padecen cefalea recurrente, dolor cervical & espasmo progresivo de las extremidades inferiores. 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 & del tronco del encéfalo a través del foramen magnum, hasta el canal cervical. La clasificación de la malformación de Chiari comprende 3 tipos: (1) Malformación de Chiari tipo 0: existe alteración de la hidrodinámica del líquido cefaloraquídeo (LCR), a nivel del foramen magnum. Los ptes tienen iringomelia con mínima dorsal de herniación amigdalar o in ella. (2) Malformación de Chiari tipo 1: herniación caudal de las amígdalas cerebelosas mayor de 5mm por debajo del foramen magnum. Característicamente esta asociado a hidroiringomelia, no suele acompañarse de descenso del tronco del encéfalo o del cuarto ventrículo ni de hidrocefalia. (3) Malformación de Chiari tipo 2: herniación caudal a través del foramen magnum del vermis cerebeloso

25/0ct/2022

# Polineuropatía

Las neuropatías periféricas constituyen una patología neurológica frecuente & las polineuropatías son neuropatías en las que se presenta más frecuentemente una afectación distal, difusa, sincrónica & simétrica de los nervios periféricos en los cuatro miembros. Se estima una prevalencia de neuropatías periféricas en la población general que se acerca al 2% & en los adultos mayores de 55 años & en la población anciana de entre un 8% & 54% según la fisiopatología & estudio electrodiagnóstico, se clasifican en axonales o de los demielinizantes, las axonales presentan una evolución subaguda o crónica, la demielinizante presentan un entorpecimiento de la velocidad de conducción, uniforme, crónico, o un entorpecimiento no uniforme, bloqueo de conducción, agudo, subagudo, crónico. Las agudas (días a 4 semanas) & subagudas (4-8 semanas) se relacionan con enfermedades infecciosas o inmunomediadas. El inicio lento e insidioso de las crónicas (>8 semanas) indica principalmente un origen hereditario, metabólico, tóxico o idiopático. También generalmente se pueden clasificar en hereditarias, parte principal o única de la enfermedad, como enfermedad de Charcot-Marie-Tooth (CMT), neuropatía tomacular, neuritis amiotrófica hereditaria, neuropatías sensitivas hereditarias (HSN), neuropatías hereditarias exclusivamente motoras (HMN). Las hereditarias forma parte de un cuadro más amplio (neurológico o sistémico). En raras, Polineurop. amiloideótica familiar, porfirias, enfermedad de Tietz & adrenomieloneuropatía. La CMT es la más frecuente de este grupo 28 casos x 100.000 habitantes. De inicio en la primera o segunda década de la vida. Se genera pérdida motora & sensitiva progresiva, atrofia muscular distal, hiporreflexia o areflexia & deformidades esqueléticas. También dentro de la clasificación contamos con las adquiridas según su etiología, enfermedad específica / asociada), como las polineurop. asociadas a paraproteinemia como mieloma múltiple, como mieloma

## **Referencias bibliográficas**

**Benavides Orgaz M. & Haya C. (2018).Compresión medular.Fecha de consulta 17de de Noviembre del 2022**

**Rosero J. & Garzón N (s/f). Neuropatias periféricas. Fecha de consulta 17 de Noviembre del 2022**

**Nazar N. & Nazar D (s/f). Espina bífida. Fecha de consulta 17 de Noviembre del 2022**

**Jaramillo J. (2018). Arnold Chiari. Fecha de consulta 17 de Noviembre del 2022**