



Arguello Tovar Avilene Del Rocío

Dr. Jiménez Ruíz Sergio

Controles de lectura

Medicina Física y de Rehabilitación

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 5 B

Comitán de Domínguez Chiapas a 18 de diciembre del 2022

Arnold Chiari

- Patología Raquimedular Congénita.

El foramen magno es una apertura en el hueso Occipital. Usualmente solo la médula espinal atraviesa por él. Las malformaciones de Chiari, son un grupo de desórdenes neurológicos heterogéneos caracterizados por alteraciones dentro de las regiones del cerebelo, tallo cerebral y la unión craneocervical, todo a resultado en un desplazamiento inferior del cerebro / cerebelo hacia el canal espinal por el foramen magno, sea en conjunto con la médula inferior o no.

Tipos de Arnold Chiari.

- Malformaciones de Chiari tipo I: amígdalas cerebrales de forma anómala que se desplazan debajo del nivel del foramen magno. Se considera cuando existe un descenso de más de 5mm de (Su patogenesis) la punta caudal de las amígdalas.
- Malformaciones de Chiari tipo II, conocida también como malformación de Arnold Chiari: desplazamiento inferior del vermis cerebelar y las amígdalas cerebrales, malformación del tallo cerebral y mielomeningocele espinal.
- Malformación de Chiari tipo III: Es rara. Es una combinación de una fosa posterior pequeña con una encefalocele cervical u occipital; usualmente con desplazamiento de las estructuras cerebrales dentro del encefalocele y con desplazamiento inferior del tallo cerebral en el canal espinal.

Anteriormente se describía un cuarto tipo de malformación, correspondiente a hipoplasia cerebral; pero se considera un término obsoleto dado que no se relaciona a las otras malformaciones de Chiari. Existen adicionalmente a esta caracterización

Polineuropatía

24.10.22 U3

Avilene del Rocio A1

Las polineuropatías (PNP) afectan al 2-8% de la población, tienen numerosas causas y no todas pueden tratarse. A la hora de estudiar una PNP, es recomendable comenzar clasificando la PNP en patrones, cada uno con diagnóstico diferencial redado. Para ello es necesario definir adecuadamente la PNP adecuadamente mediante la valoración de una serie de características clínicas que pueden determinarse mediante una adecuada revisión de la historia clínica y una exploración minuciosa.

Describe aquellas enfermedades que, bien por trauma externo, bien por agresión desde el medio interno, cursan con lesión de nervios periféricos. La prevalencia en ancianos ronda el 5-10%. La causa más habitual que se implica es la diabetes mellitus, aunque se relaciona con múltiples etiologías. Un hecho característico en la PNP es la diversidad de síntomas que presentan, probablemente relacionada con la multifuncionalidad del nervio, lo que provoca un abanico de expresiones clínicas, desde simples déficits sensitivos o motores hasta inhabilidad para mantener el control motor, la postura o la marcha.

El diagnóstico es difícil en ancianos y puede suponer un reto para el geriatra en pacientes con deterioro funcional; el estudio electrofisiológico es la principal herramienta diagnóstica. Se aporta una descripción de las PNP más habituales en el anciano basándose en la fisiopatología, así como una propuesta práctica de clasificación clínica.

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. Las PNP axonales mayoritariamente comparten un tipo particular de agresión, la degeneración axonal retrógrada o dying back. Este fenómeno consiste en la destrucción axonal progresiva y centripeta por causa de procesos no del todo bien conocidos, aunque aparentemente relacionados con el metabolismo neuronal, conflictos en el transporte axonal como -axón distal y/o tóxicos, en cualquier caso causantes de desintegración axonal distal. Lógicamente, la lesión se localizará en las regiones más comprometidas para una adecuada rotación y recambio de elementos estructurales, en concreto, por la mayor longitud, los distales de miembros inferiores.

31/10 / 22

Avilene Arguello

ESPINA BÍFIDA

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz

La mayoría de los efectos congénitos de la médula espinal se deben a la falta de fusión de uno o más arcos neurales de las vértebras en desarrollo durante la cuarta semana. Los defectos del tubo neural (DTN) afectan a los tejidos que cubren la médula espinal: meninges, arcos neurales, músculos y piel. Los defectos congénitos que afectan a los arcos neurales embrionarios se agrupan bajo el concepto de espina bifida; los subtipos de espina bifida depende del grado y el patrón del DTN. El término «espina bifida» refleja la falta de fusión de las mitades de los arcos neurales embrionarios, un problema que es común a todos los tipos de espina bifida.

Las malformaciones graves también puede tener una relevancia clínica, y puede afectar a la médula espinal, las meninges y el neurocráneo. La espina bifida tiene relevancia clínica importante o constituir defectos de carácter menor que carecen de importancia funcional. Avances recientes en cirugía fetal prometen el éxito de las intervenciones quirúrgicas intraútero destinadas a cerrar estos defectos, mejorando así las secuelas neurológicas.

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.

Existen dos tipos de espina bifida: 1) Oculta: es la forma más común, en donde una o más vértebras están malformadas y esta anomalía está cubierta por una capa de piel; y 2) abierta: esta forma consiste en grupo diverso de defectos espinales en los que la columna vertebral está marcada por una malformación.

Compresión Medular

La compresión medular es una urgencia oncológica y neurológica, cuyo diagnóstico y tratamiento precoz son los factores clave para evitar el daño neurológico severo e irreversible. La parálisis, la pérdida de la sensibilidad y la alteración del control de los esfínteres, son la consecuencia final del proceso, y supone una fuente de morbilidad importante del paciente oncológico, además de estar relacionado con un menor tiempo de supervivencia.

La invasión del cuerpo vertebral por diseminación hematogénica, es la causa más frecuente de la compresión medular. En ocasiones llega a crear inestabilidad mecánica vertebral que supone una verdadera urgencia ortopédica.

El dolor es el síntoma más precoz y frecuente. Los signos y síntomas van apareciendo a medida que el proceso avanza, pasando por la debilidad motora, alteración en la sensibilidad hasta llegar a la parálisis e incontinencia de esfínteres, como consecuencia del daño neurológico completo.

La historia clínica y exploración física deben hacer sospechar el nivel donde se puede estar desarrollando la compresión medular, y la exploración complementaria más importante es la RM de la columna completa, que debe ser solicitada de inmediato para decidir e iniciar el tratamiento.

El tratamiento es individualizado y debe de instaurarse con precocidad. En general, los corticoides en combinación con el tratamiento oncológico radioterápico y/o la cirugía son las armas terapéuticas a utilizar.

Bibliografía

Polineuropatía. Anales de Pediatría Continuada Salas, Ana Camacho 16962818 10.1016/S1696-2818(14)70168-4 10.1016/S1696-2818(14)70168-4 <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-polineuropatia-S16>. (s.f.).

Espina Bífida. Genética Inicio Referencia . 2016; <http://www.ghr.nlm.nih.gov/condition/Spine-bifida>. (s.f.).

Arnold Chiaría. Medicina Integral Pericot, I. M.-r.-m.-i.-6.-a.-e.-m.-1. (s.f.).

Compresión Medular. Medicina quirúrgica. SEMERGEN 2018 Martínez Torre, S. G.-r.-m.-f.-s.-4. (s.f.).