



MEDICINA HUMANA

Jhair Osmar Roblero Díaz

Dr. Sergio Jiménez Ruiz

control de lectura

PASIÓN POR EDUCAR

medicina física y rehabilitación

5°

“B”

Comitán de Domínguez Chiapas a 18 de noviembre de 2022

Polineuropatía

describe a 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. 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 o retrógrada. Este fenómeno consiste en la destrucción axonal progresiva y centripeta

Espina bífida

Espina bífida abierta quística o mielodisplasia, se caracteriza porque hay un defecto de cierre a la piel, arco posterior vertebral y médula. Puede localizarse a nivel tóraco-lumbar, lumbar o sacro. El déficit neurológico dependerá del nivel y de la gravedad de la falta de cierre del tubo neural.

Mielocèle o mielosquisis la placa neural está abierta y expuesta a la intemperie, el LCR sale espontáneamente y hay un déficit neurológico completo por debajo de la lesión. El fallo en el cierre sucede antes del día 28, mielomeningocele el tubo neural está casi cerrado, pero hay una zona quística epitelizada en comunicación con el espacio subaracnoides, no sale el LCR y se produce menor alteración neurológica por debajo de la lesión. En ocasiones las raíces de la cola de caballo sobrenadan en la cavidad quística, sucede después del día 28 de gestación. Meningocele hay sólo taquisquisis falta de cierre del arco posterior vertebral, el contenido es únicamente LCR recubierto por duramadre y por la piel, manteniendo la comunicación con el espacio subaracnoides, la médula en estos casos no presentan alteraciones, por lo que la lesión neurológica mínima si existe, todas estas malformaciones se asocian con descenso de amígdalas cerebelosas

Arnold Chiari

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz
Jharr

Consiste en una elongación e introducción del cerebelo (amígdalas cerebelosas) en el agujero magno y canal vertebral.

Clasificación de 4 tipos, Tipo I. - sólo están descendidos las amígdalas cerebelosas.

Tipo II. - Descienden las amígdalas más la parte inferior del vermis e incluso la parte inferior del IV ventrículo.

Se asocia siempre con espina bífida abierta e hidrocefalia, aparece en niños.

Tipo III. - Todo el cerebelo está descendido y existe encefalocele occipital. Tipo

IV. - Hipoplasia del cerebelo. En la actualidad se distinguen solamente 2 entidades.

Chiari tipo I. - se presenta clínicamente en la edad adulta, Chiari tipo II - se presenta en niños asociados con espina bífida e hidrocefalia. Ambas entidades

es frecuente que se asocien con otras malformaciones neurales, entre las que destacan la siiringomielina y la siiringobulbia, así como malformaciones óseas ya descritas (impresión basilar, occipitalización del atlas, Klippel-Feil).

Patogenia para explicar la aparición del Chiari I y II, existencia de tracción a nivel del mielomeningocele, hidrodinámica de Gardner el retraso en la apertura de los agujeros de Luschka y Magendie hace que la presión del LCR desplaza el cerebelo hacia el canal vertebral. Clínica por sí sola

Compresión medular

La compresión es causado con mayor frecuencia por lesiones que se encuentran fuera de la medula, 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, traumatismo como fractura por aplastamiento vertebral de los fragmentos de la fractura, hernia discal aguda, lesión ósea o ligamentos 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 se debe un tumor extramedular metastásico, un absceso o un hematoma subdural o epidural, hernia del disco cervical o rara vez torácica. La compresión crónica aparece en meses a años se debe por las prominencias óseas en el canal medular cervical, torácica o lumbar por ejemplo debidas a osteofitos y espondilofitos, sobre todo cuando el canal vertebral es estrecho, como ocurre en la estenosis

Bibliografía

Rubin, M. (Mayo de 2021). *manual MSD* . Obtenido de Compresión medular: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/trastornos-de-la-m%C3%A9dula-espinal/compresi%C3%B3n-medular>

Rubin, M. (s.f.). *manual MSD* . Obtenido de Polineuropatía: <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/trastornos-del-nervio-perif%C3%A9rico-y-trastornos-relacionados/polineuropat%C3%ADa>

Kasper, F. H. (19° edición). Harrison principios de medicina interna . Mc Graw Hill education.

R, L. N. (7° edición). Thomson & Thomson genética humana . ELSEVIER.