



**NOMBRE DEL ALUMNO:**

**UZIEL DOMINGUEZ ALVAREZ**

**DOCENTE:**

**DR. GUILLERMO DEL SOLAR VILLAREAL**

**ASIGNATURA:**

**FISIOPATOLOGIA**

**ACTIVIDAD: ESQUEMAS,**

- 1. MIASTENIA GRAVIS.**
- 2. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ.**
- 3. NEUROPATÍAS PERIFÉRICAS.**
- 4. SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO**

**UNIVERSIDAD:**

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**CARRERA:**

**MEDICINA HUMANA**

**LUGAR Y FECHA:**

**TAAPACHULA CHIAPAS A 26/05/2023**

## **INTRODUCCION**

**La miastenia gravis, Esta enfermedad es ocasionada por una interrupción en la comunicación entre los nervios y los músculos. Los síntomas incluyen debilidad en los músculos de los brazos y las piernas, visión doble y dificultades para hablar y masticar. Los medicamentos, la terapia y la cirugía pueden ayudar.**

**El síndrome de guillian barre es una Afección en la que el sistema inmunológico ataca los nervios. La enfermedad puede producirse por una infección bacteriana o viral aguda. Los síntomas comienzan como debilidad y hormigueo en los pies y las piernas que se extienden a la parte superior del cuerpo. También se puede producir parálisis. Los tratamientos especiales para la sangre (el intercambio de plasma y la terapia de inmunoglobulina) pueden aliviar los síntomas. Se necesita fisioterapia**

**La neuropatía periférica presenta Debilidad, entumecimiento y dolor, generalmente en las manos y los pies, ocasionado por un daño neurológico.**

**El síndrome del túnel carpiano por problemas del nervio puede presentar estos síntomas como, entumecimiento y hormigueo en la mano y el brazo ocasionados por el pinzamiento de un nervio en la muñeca.**

# miastenia gravis

Elaborado por: Uziel Domínguez Álvarez

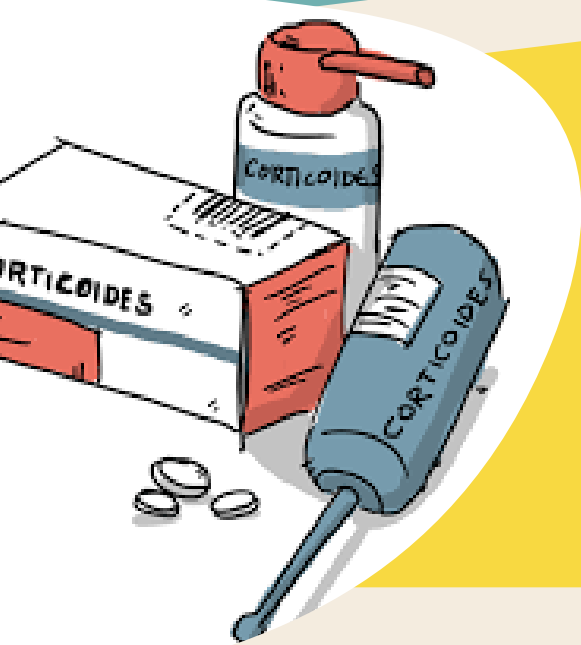
**1** **¿QUE ES?**  
Es una enfermedad mediada por los linfocitos T, con anticuerpos ocasionadas por anticuerpos contra estructuras de la unión neuro muscular.  
En un 85-90% existen anticuerpos dirigidos contra los receptores nicotínicos de acetilcolina (ACh).



**MIASTENIA**  
Debilidad y **FATIGA** muscular  
Caída de **PARPADOS**  
Visión **DOBLE**

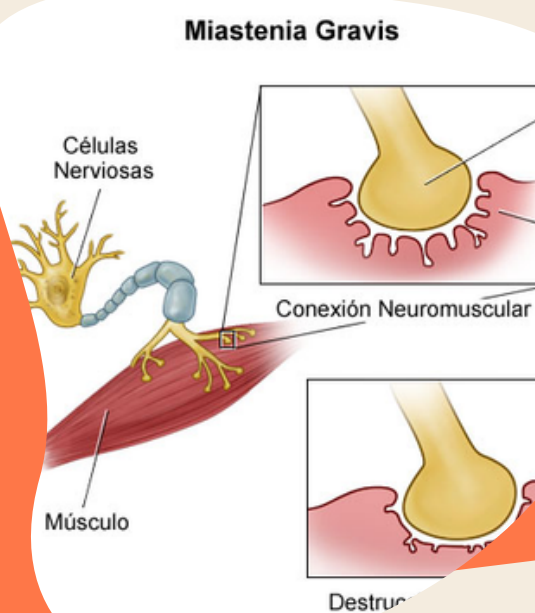
**CLINICA** **2**  
El 75% de los pacientes inician con síntomas oculares pero de estos el 80% progresarán a miastenias gravis generalizadas. se caracteriza principalmente por fatigabilidad muscular.

**3** **DIAGNOSTICO**  
Aparece en un 85-90% de los pacientes con miastenia generalizada y en un 50% de las miastenias oculares.  
Su presencia es diagnóstica pero su presencia no excluye el diagnóstico no son patogénicos de miastenia gravis.



**TRATAMIENTO** **4**  
consiste en esteroides los medicamentos, la terapia y la cirugía pueden ayudar. transfusión de sangre, fortalecedor muscular, esteroides. cirugía: timectomía.

**5** **ETIOLOGIA**  
La miastenia gravis es una enfermedad de la unión neuromuscular de etiología autoinmune y caracterizada por debilidad muscular variable que aparece tras la realización de actividad física.





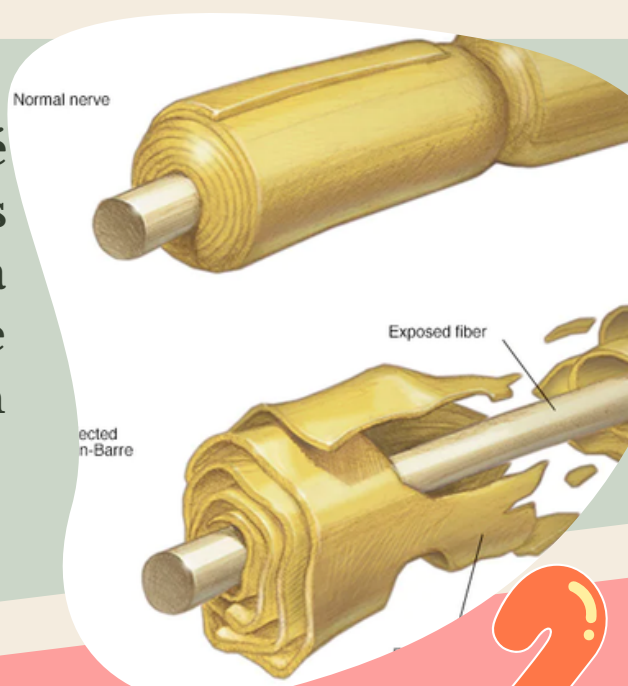
# síndrome de guillain-barré

Elaborado por: Uziel Domínguez Álvarez

# 1

## ¿QUE ES?

El síndrome de Guillain-Barré (GBS, Guillain-Barré síndrome) es una poli radiculoneuropatía aguda, con frecuencia grave y de evolución fulminante, de origen autoinmunitario.



## CLINICA

# 2

El GBS se manifiesta como un cuadro de parálisis motora arrefléxica de evolución rápida, con o sin alteraciones sensitivas. El patrón habitual de presentación es una parálisis ascendente con sensación de acorchamiento en las piernas. Lo habitual es que la debilidad evolucione en un lapso de horas a pocos días. Las piernas se afectan con mayor intensidad que los brazos y en 50% de los pacientes se observa paresia facial.

# 3

## DIAGNOSTICO

Isquemia del tronco del encéfalo. También es habitual el dolor en el cuello, hombro, espalda o difuso en toda la columna en las etapas iniciales del GBS y ocurre en cerca del 50% de los casos. En la mayoría de los pacientes es indispensable la hospitalización.



## TRATAMIENTO

# 4

Puede iniciarse inmunoglobulina intravenosa (IVIg) a dosis altas o plasmaféresis, ya que tienen la misma eficacia para el GBS típico. Los datos anecdóticos también sugieren que la IVIg es preferible a la plasmaféresis (PE, plasma exchange) para las variantes AMAN y MFS del síndrome. La IVIg se administra en cinco infusiones diarias hasta una dosis total de 2 g/kg de peso corporal.



# 5

## ETIOLOGIA

La biopsia suele revelar poca inflamación y formación de capas de cebolla (capas imbricadas de prolongaciones atenuadas de las células de Schwann alrededor de un axón) debido a las fases recurrentes de desmielinización y remielinización. La respuesta al tratamiento sugiere que la CIDP es mediada por mecanismos inmunitarios; la CIDP responde a los glucocorticoides no es así el GBS.



**FUENTE DE INFORMACIÓN:** Harrison principios de la medicina interna.



# "Neuropatía periférica"

Elaborado por: Uziel Domínguez Álvarez

1

## ¿QUE ES?

Los nervios periféricos están compuestos por elementos sensitivos, motores y autónomos. Las enfermedades pueden afectar el cuerpo celular de una neurona, sus prolongaciones periféricas (axones) o las vainas de mielina que los recubren. La mayor parte de los nervios periféricos son mixtos y contienen fibras sensitivas, motoras y autónomas. Los nervios pueden dividirse en tres clases principales: mielinizados grandes, mielinizados pequeños y no mielinizados pequeños. Las neuropatías periféricas se clasifican en las que afectan sobre todo al cuerpo celular (neuronopatía o angliopatía), mielina (mielinopatía) o al axón (axonopatía).



## CLINICA

2

La valoración electrodiagnóstica (EDx) de los pacientes con sospecha de neuropatía periférica consiste en estudios de conducción nerviosa (NCS, y electromiografía (EMG) con aguja. Además, los estudios de la función del sistema nervioso autónomo pueden ser valiosos. Los datos electrofisiológicos aportan información adicional sobre la distribución de la neuropatía que apoyan o refutan los hallazgos del interrogatorio y la exploración física; pueden confirmar si el trastorno neuropático es una mononeuropatía, mononeuropatía múltiple, radiculopatía, plexopatía o polineuropatía generalizada.

3

## DIAGNOSTICO

Es factible que el paciente tenga pérdida de la sensibilidad (parestias), alteración de la sensibilidad táctil (hiperpatía o alodinia) o sensaciones espontáneas incómodas (hormigueo, ardor o dolorimiento). El dolor neuropático puede ser ardoroso, sordo y mal localizado (dolor protopático), al parecer transmitido por fibras nociceptivas polimodales C o puede ser agudo y lancinante (dolor epicrítico), transmitido por fibras A-8. Si se pierden la percepción del dolor y la temperatura.



## TRATAMIENTO

4

El tratamiento sintomático consiste en la administración de supresores vestibulares y antieméticos. Durante el episodio intenso los fármacos supresores vestibulares (antihistamínicos o benzodiacepinas) se suelen administrar generalmente por vía intramuscular (sulpirida, 100 mg/8-12 h).

5

## ETIOLOGIA

La neuropatía periférica puede ser el resultado de lesiones traumáticas, infecciones, problemas metabólicos, causas hereditarias y exposición a toxinas. Una de las causas más comunes es la diabetes. Las personas con neuropatía periférica, por lo general, describen el dolor como punzante, urente u hormigueante a síntomas sensitivos distales simétricos y signos sugestivos de una neuropatía sensitiva distal, pero existe evidencia adicional de afectación simétrica de neuronas motoras superiores el médico debe considerar un trastorno como la degeneración del sistema combinada con neuropatía.



**FUENTE DE INFORMACIÓN:** Harrison principios de la medicina interna.

# "síndrome del túnel carpiano"

Elaborado por : Uziel Domínguez Álvarez

1

## ¿QUE ES?

El síndrome del túnel carpiano se debe a la presión en el nervio mediano. El túnel carpiano es un pasaje estrecho rodeado de huesos y ligamentos ubicado en la palma de la mano. Cuando el nervio mediano se comprime, los síntomas pueden incluir entumecimiento, hormigueo y debilidad en la mano y el brazo.



## CLINICA

2

- 1) Hormigueo o entumecimiento. Puedes sentir hormigueo y entumecimiento en los dedos o en la mano.
- 2) Debilidad. Puedes sentir debilidad en la mano y dejar caer objetos

3

## DIAGNOSTICO

El síndrome del túnel carpiano se debe a una presión en el nervio mediano.

El nervio mediano se extiende desde el antebrazo hasta la mano, a través de un conducto en la muñeca (túnel carpiano). Proporciona sensibilidad a la parte de la palma del pulgar y los dedos, excepto el meñique. También emite las señales nerviosas para mover los músculos que rodean la base del pulgar (función motora).



## ETIOLOGIA

4

En varios estudios se evaluó la posible relación entre el uso de la computadora y el síndrome del túnel carpiano. Algunas pruebas sugieren que el problema puede ser el uso del ratón y no el uso del teclado. Sin embargo, la evidencia no ha sido suficiente en términos de calidad ni de consistencia para apoyar la idea de que el uso prolongado de la computadora es un factor de riesgo del síndrome del túnel carpiano

5

## TRATAMIENTO

- 1- inmovilización de la muñeca o con la inyección de corticoides. En casos más avanzados, la solución siempre es quirúrgica
- 2- Reducir la fuerza y relaja el agarre.
- 3- Tomar descansos cortos y frecuentes.
- 4- Prestar atención a tu posición.
- 5- Mejorar tu postura.
- 6- Cambiar el ratón de la computadora.
- 7- Mantener las manos calientes.

