



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ALUMNO: MARTIN HERNÁNDEZ ROSALES

DR. GUILLERMO DEL SOLAE VILLAREAL

MATERIA: FISIOPATOLOGÍA

FECHA: 04 DE JUNIO DEL 2023

INTRODUCCIÓN

Bueno en este parcial lo que vimos fue sobre las enfermedades en lo que consiste con el tema de fisiopatología, vimos lo que son sus puntos de las enfermedades, lo que sucedía entorno a esto, desde sus formas científicas, sus razonamientos de complejidad de cada una de éstas. También se vio sobre sus causas, síntomas y posibles tratamientos para poder ayudar estos malestares.

MIASTENIA GRAVIS

¿QUÉ ES?

Es una enfermedad neuromuscular autoinmune y crónica caracterizada por grados variables de debilidad de los músculos esqueléticos (los voluntarios) del cuerpo. La segunda denominación proviene del latín y el griego, y significa «debilidad muscular grave».



Empieza con un cuadro insidioso de pérdida de fuerzas, que rápidamente se recuperan con el descanso pero que reaparece al reiniciar el ejercicio. Suele iniciarse en los músculos periorculares. En pocas ocasiones el inicio es agudo.

La característica principal de la miastenia grave es una debilidad muscular que aumenta durante los períodos de actividad y disminuye después de períodos de descanso. Ciertos músculos -como los que controlan el movimiento de los ojos y los párpados, la expresión facial, la masticación, el habla y la deglución (tragar)-, a menudo se ven afectados por este trastorno. Los músculos que controlan la respiración y los movimientos del cuello y de las extremidades también pueden verse afectados, pero, por fortuna, con un control médico se puede controlar tal enfermedad.



MIASTENIA GRAVIS

ETIOLOGÍA

¿QUÉ ES?

La miastenia grave es causada por un defecto en la transmisión de los impulsos nerviosos a los músculos. Ocurre cuando la comunicación normal entre el nervio y el músculo se interrumpe en la unión neuromuscular, el lugar en donde las células nerviosas se conectan con los músculos que controlan.



Normalmente, cuando los impulsos recorren el nervio, las terminaciones nerviosas secretan una sustancia neurotransmisora llamada acetilcolina. La acetilcolina se difunde a través del espacio sináptico en la unión neuromuscular, y se une a los receptores de acetilcolina, en la membrana post-sináptica. Los receptores se activan y generan una contracción muscular.

En la miastenia grave, los anticuerpos bloquean, alteran, o destruyen los receptores de acetilcolina en la unión neuromuscular, lo cual evita que ocurra la contracción muscular.

Estos anticuerpos son producidos por el propio sistema inmunitario del cuerpo. Por ende, la miastenia grave es una enfermedad autoinmune, porque el sistema inmunitario, que normalmente protege al cuerpo de organismos externos, se ataca a sí mismo por error. Además, se ha demostrado que los pliegues post-sinápticos están aplanados o "simplificados", disminuyendo la eficacia de la transmisión. La acetilcolina es liberada normalmente, pero los potenciales generados son de intensidad inferior a la necesaria.



MIASTENIA GRAVIS (MANIFESTACIONES CLÍNICAS)



- El síntoma inicial es típicamente debilidad muscular específica y fatiga en lugar de debilidad generalizada
- La debilidad empeora con el ejercicio y a medida que avanza el día
- Generalmente, la debilidad a menudo afecta a los músculos del ojo, a los músculos faciales y luego a los músculos de las extremidades
- Problemas oculares como párpados caídos y visión doble
- Problemas para hablar, tragar (lo que lleva a ahogarse fácilmente) y masticar

Síntomas comunes y su gravedad según lo informado por las personas en [Patientslikeme](#)

Esto está traducido automáticamente y puede no ser traducido con precisión o puede contener errores. La traducción se proporciona para comodidad del usuario y se proporciona "tal cual". Para ver el texto original, [Por favor, haga clic aquí.](#)

Síntomas

Gráfico de gravedad

- [Fatiga](#)
- [Dolor](#)
- [Estado de ánimo deprimido](#)
- [Estado de ánimo ansioso](#)
- [Párpado caído \(ptosis\)](#)



MIASTENIA GRAVIS (DIAGNOSTICO)

¿QUÉ ES?

El diagnóstico se sustenta con base en la clínica, niveles de anticuerpos contra receptor de acetilcolina y estudio electrofisiológico, siendo estos dos últimos los que otorgan la mayor precisión



- Normal Clínica: con base en los signos y síntomas y según la gravedad se encuentran:
 - La caída de uno o ambos párpados (ptosis).
 - Visión nublada o doble (diplopía) a consecuencia de la debilidad de los músculos que controlan los movimientos oculares.
 - Marcha inestable o irregular, debilidad en los brazos, las manos, los dedos, las piernas y el cuello.
 - Dificultad para subir escaleras.
 - Cambio en la expresión facial, dificultad para sonreír y gesticular.
 - Dificultad para deglutir alimentos (sólidos: ya sea por la falta de fuerza para masticar y líquidos, como el agua por ejemplo, en consecuencia a la falta de fuerza para tragar).
 - Dificultad para respirar.
 - Trastornos en el habla (disartria).
 - Modificaciones en la voz.
 - Estrabismo caracterizado.

Prueba farmacológica: Principalmente se utiliza la prueba con bromuro de edrofonio (prueba de Tensilon) endovenoso la cual tiene una sensibilidad del 80 a 95 % en pacientes con miastenia grave presentando mejoría inmediata sobre todo ante su facies característica. La dosis inicial es de 1 mg, seguida de 2,3 y 5 mg, en intervalos de 3 a 5 minutos.

Para poder controlar síntomas gastrointestinales (o en casos menos frecuentes bradicardia e hipotensión) es necesario tener a mano una jeringa con atropina. Un 20 % de los pacientes con MGO tiene una prueba falsa negativa



MIASTENIA GRAVIS (TRATAMIENTO)



La timectomía o extirpación quirúrgica del timo está ganando aceptación en el tratamiento de la miastenia grave, debido a los resultados, eficacia y consecuencias observados en su utilidad para el tratamiento de los timomas.⁶⁷⁸ Está indicada en todos los pacientes con miastenia generalizada entre la pubertad y los 55 años, y aún no hay consenso en su uso para otros grupos de edad, o en pacientes con debilidad limitada a la musculatura ocular. Debe llevarse a cabo en un hospital con experiencia en esta técnica quirúrgica. Antes de la timectomía suele realizarse la plasmáferesis, que es la renovación del plasma para obtener mejores resultados en el paciente en conjunto con la operación.

Fármacos inmunosupresores[editar]

- El uso de fármacos inmunosupresores (sobre todo glucocorticoides y azatioprina) se ha demostrado eficaz en el tratamiento de la miastenia grave. La elección del tipo de fármaco debe estar basada en el balance riesgo-beneficio, así como en la urgencia del tratamiento. Es útil establecer un planteamiento a corto, medio y largo plazo.
- Para conseguir una mejoría inmediata, se puede realizar plasmáfesis o administrar inmunoglobulina intravenosa (IVIg). A medio plazo, resulta útil el uso de glucocorticoides y ciclosporina, útiles en un plazo de unos 3 meses. Para el efecto a largo plazo (en torno a un año), los fármacos de elección son la azatioprina y el micofenolato mofetilo (MMF). Para el tratamiento de pacientes ocasionales refractarios al tratamiento, un ciclo de ciclofosfamida a altas dosis puede resultar útil, e incluso curativo, por reestimulación del sistema inmunitario.
-



GUILLAIN BARRE



Un trastorno del sistema inmunitario en el que los nervios son atacados por células inmunitarias que causa debilidad y tejidos en brazos y piernas.

El síndrome de Guillain-Barré puede ser mortal. Las personas con síndrome de Guillain-Barré necesitan tratamiento, a veces en cuidados intensivos, y seguimiento



GUILLAIN BARRE (ETIOLOGÍA)



es una polineuropatía inflamatoria aguda y por lo general rápidamente progresiva pero autolimitada caracterizada por debilidad muscular e hipoestesia distal leve. La causa se considera autoinmunitaria. El diagnóstico es clínico.



GUILLAIN BARRE (MANIFESTACIONES CLÍNICAS)



El síndrome de Guillain-Barré es un trastorno poco frecuente en el cual el sistema inmunitario del organismo ataca los nervios. Los primeros síntomas suelen ser debilidad y hormigueo en las manos y los pies.

Sus causas no son bien conocidas, pero se ha visto que en una buena parte de los casos existe una infección gastrointestinal o faríngea en los días previos a la aparición de la patología.



GUILLAIN BARRE (DIAGNOSTICO)



El síndrome de Guillain-Barré puede ser difícil de diagnosticar en las primeras fases. Los signos y síntomas son similares a los de otros trastornos neurológicos y pueden variar según la persona.

Es probable que tu médico comience con una historia clínica y con una exploración física minuciosa.

- Punción lumbar (punción medular). Se extrae una cantidad pequeña de líquido del conducto vertebral de la parte inferior de la espalda. Ese líquido se analiza para detectar un tipo de cambio que con frecuencia ocurre en las personas que padecen síndrome de Guillain-Barré.
- Electromiografía. Se insertan electrodos de aguja delgada en los músculos que el médico quiere analizar. Los electrodos miden la actividad de los nervios de los músculos.
- Estudios de la conducción nerviosa. Los electrodos se colocan en la piel que se encuentra sobre los nervios. Se transmite una pequeña descarga a través del nervio para medir la velocidad de las señales nerviosas.



GUILLAIN BARRE (TRATAMIENTO)

- 
- **El Intercambio de plasma (plasmaféresis).** La porción líquida de parte de la sangre (plasma) se extrae y se separa de las células sanguíneas. Luego, las células sanguíneas se vuelven a colocar en el cuerpo, el cual produce más plasma para compensar lo que se extrajo. La plasmaféresis puede funcionar liberando al plasma de ciertos anticuerpos que contribuyen al ataque del sistema inmunitario a los nervios periféricos.

- **Terapia de inmunoglobulina.** La inmunoglobulina que contiene anticuerpos sanos de donantes de sangre se administra a través de una vena (por vía intravenosa). Las dosis altas de inmunoglobulina pueden bloquear los anticuerpos perjudiciales que podrían contribuir al síndrome de Guillain-Barré.
- 

NEUROPATÍAS PERIFÉRICAS (DEFINICIÓN)



La neuropatía periférica, una consecuencia del daño a los nervios fuera del cerebro y la médula espinal (nervios periféricos), a menudo causa debilidad, entumecimiento y dolor, generalmente en las manos y los pies. También puede afectar a otras áreas y funciones corporales, como la digestión, la orina y la circulación.

El sistema nervioso periférico envía información desde el cerebro y la médula espinal (sistema nervioso central) hacia el resto del cuerpo. Los nervios periféricos también envían información sensorial al sistema nervioso central.

La neuropatía periférica puede ser el resultado de lesiones traumáticas, infecciones, problemas metabólicos, causas hereditarias y exposiciones a tóxicos. Una de las causas más comunes es la diabetes.



SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO (DEFINICIÓN)



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.

La anatomía de la muñeca, los problemas de salud y los posibles movimientos repetitivos de la mano pueden contribuir al síndrome del túnel carpiano.

SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO (ETIOLOGÍA)



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).

Cualquier cosa que apriete o irrite el nervio mediano en el espacio del túnel carpiano puede provocar el síndrome del túnel carpiano. Una fractura de muñeca puede estrechar el túnel carpiano e irritar el nervio, al igual que la hinchazón e inflamación causada por la artritis reumatoide.



SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO (MANIFESTACIONES CLÍNICAS)



Hormigueo o entumecimiento. Puedes sentir hormigueo y entumecimiento en los dedos o en la mano. Generalmente, los dedos afectados son el pulgar, el índice, el medio o el anular, pero no el dedo meñique. Podrías sentir una sensación parecida a una descarga eléctrica en estos dedos.

La sensación puede ir desde la muñeca hasta el brazo. Estos síntomas suelen presentarse mientras se sostiene el volante, el teléfono o el periódico, o pueden despertarte cuando estás durmiendo.

Debilidad. Puedes sentir debilidad en la mano y dejar caer objetos. Esto puede deberse al entumecimiento de la mano o a la debilidad de los músculos del dedo pulgar, los cuales también controla el nervio



SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO (DIAGNOSTICO)



Antecedentes de los síntomas. El proveedor de atención médica revisará el patrón de tus síntomas. Por ejemplo, debido a que el nervio mediano no aporta sensibilidad al dedo meñique, los síntomas en ese dedo podrían indicar un problema distinto al síndrome del túnel carpiano.

Los síntomas del síndrome del túnel carpiano suelen aparecer mientras sostienes un teléfono o un periódico, o cuando estás al volante. También suelen ocurrir por la noche y pueden despertarte, o puedes notar el entumecimiento cuando te despiertas por la mañana.

Examen físico. El proveedor de atención médica te hará una exploración física. Examinará la sensibilidad en los dedos y la fuerza de los músculos de la mano.

Flexionar la muñeca, golpear sobre el nervio o simplemente presionar el nervio puede desencadenar los síntomas en muchas personas.



SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO (DIAGNOSTICO)



Radiografías. Algunos proveedores de atención médica recomiendan radiografías de la muñeca afectada para descartar otras causas del dolor en esa zona, como la artritis o una fractura. Sin embargo, las radiografías no son útiles para diagnosticar el síndrome del túnel carpiano.

Ecografía. El proveedor de atención médica puede recomendarte una ecografía de la muñeca para obtener un panorama completo de los huesos y nervios. Esto puede ayudar a determinar si el nervio está comprimido.

Electromiografía. Esta prueba mide las pequeñas descargas eléctricas que se producen en los músculos. Durante la prueba, el proveedor de atención médica inserta un electrodo de aguja delgada en músculos específicos para evaluar la actividad eléctrica cuando los músculos se contraen y descansan. Esta prueba puede identificar el daño en los músculos que controla el nervio mediano, y también puede descartar otras afecciones.

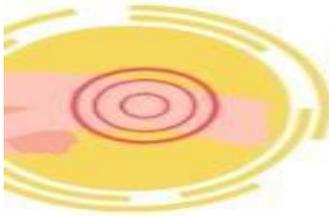
Estudio de conducción nerviosa. En una variación de la electromiografía, dos electrodos se pegan con cinta a la piel. Se trasmite una pequeña descarga a través del nervio mediano para comprobar si los impulsos eléctricos son más lentos en el túnel carpiano. Esta prueba puede usarse para diagnosticar la afección y descartar otras.



SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO (TRATAMIENTO)

MR

Tratar el síndrome del túnel carpiano lo antes posible después de que empiecen los síntomas. En las primeras etapas, cosas simples que puedes hacer por ti mismo pueden hacer que el problema desaparezca. Por ejemplo:



Haz pausas más frecuentemente para descansar las manos.
Evita las actividades que empeoren los síntomas.
Aplica compresas frías para reducir la hinchazón.

Férula en la muñeca. Una férula, que mantiene la muñeca inmóvil mientras duermes, puede aliviar los síntomas nocturnos de hormigueo y entumecimiento. Aunque solo uses la férula por la noche, también puede ayudar a prevenir los síntomas durante el día. El uso de la férula por la noche puede ser una buena opción si estás embarazada, ya que no requiere el uso de ningún medicamento para que sea eficaz.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Los antiinflamatorios no esteroideos, como el ibuprofeno (Advil, Motrin IB y otros), pueden ayudar a aliviar el dolor del síndrome del túnel carpiano a corto plazo.

Sin embargo, no existe evidencia de que estos medicamentos mejoren el síndrome del túnel carpiano.

Corticoides. El proveedor de atención médica puede inyectar un corticoide como la cortisona en el túnel carpiano para aliviar el dolor. A veces, el proveedor de atención médica usa una ecografía como guía para aplicar estas inyecciones.



