



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura
Medicina Humana

Materia
Fisiopatología I

Docente
Dr. Guillermo del solar Villareal

Trabajo
Neoplasias y Síndromes lobares

Estudiante
Kevin Jahir Kraul Borrallés

Grado y grupo
2 semestre
Grupo "B"

2do parcial
Tapachula, Chiapas
24 de mayo de 2023

NEOPLASIA

KEVIN JAHIR KRAUL BORRALLES
UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Neoplasia significa «crecimiento nuevo».

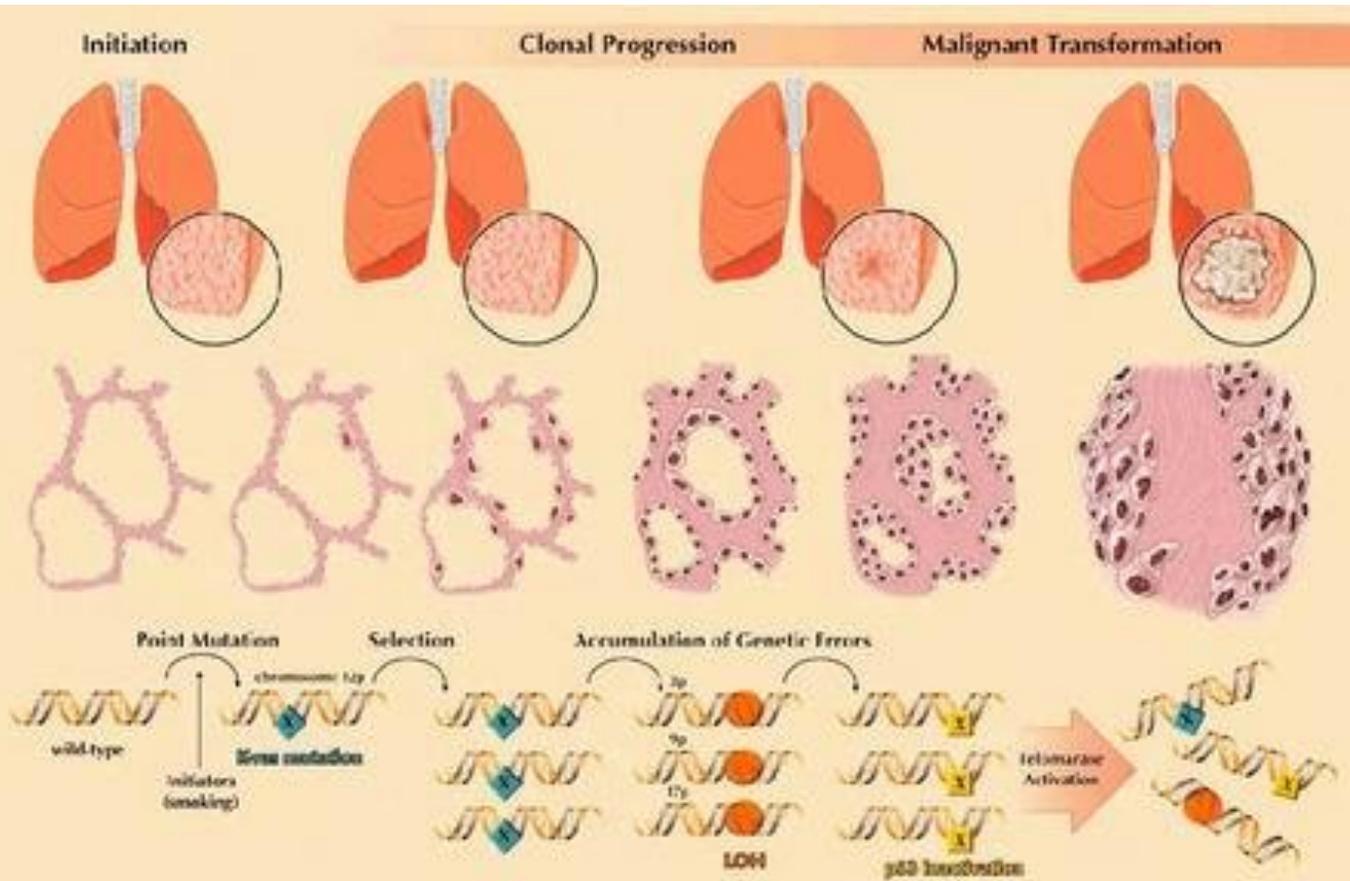
Oncología (del griego oncos, tumor) es el estudio de los tumores o neoplasias.



El Oncólogo **Rupert Allan Willis**

«La neoplasia es una masa anormal de tejido, con un crecimiento excesivo y descoordinado, en relación con el del tejido sano, que persiste de forma exagerada cuando cesan los estímulos que indujeron dicho cambio».

EN LA ERA MODERNA, LA NEOPLASIA SE PUEDE DEFINIR:



como una alteración del crecimiento celular desencadenada por una serie de mutaciones adquiridas

Todos los tumores poseen dos componentes esenciales:

1) las células neoplásicas, que constituyen el parénquima tumoral

2) el estroma reactivo, compuesto por tejido conjuntivo, vasos sanguíneos y un número variable de células del sistema inmunitario adaptativo e innato.

Se clasifican en:

Tumores benignos.

Tumores malignos.

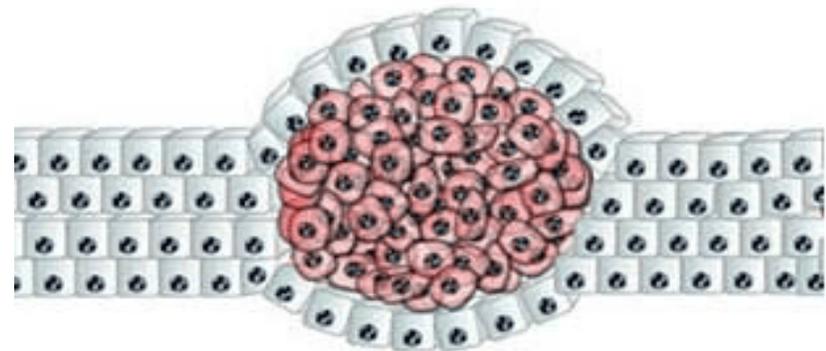
Tumores mixtos.

TUMORES BENIGNOS.

Se dice que un tumor es benigno cuando su aspecto macroscópico y microscópico parece relativamente inocente, es decir, **se queda localizado, sin propagarse hacia otros lugares y es susceptible de extirpación quirúrgica local.**

los tumores benignos se designan agregando el sufijo **-oma** al nombre del tipo celular originario.

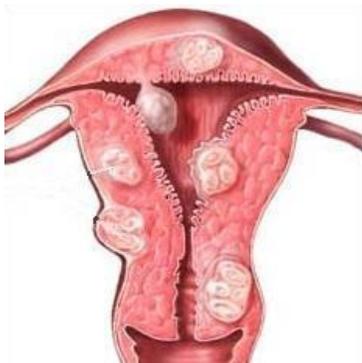
Tumor Benigno



SE CLASIFICAN EN:

Fibroma

- **TEJIDO FIBROSO**



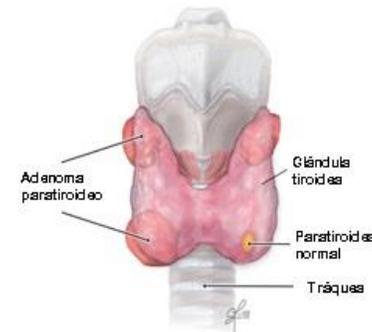
Condroma

- Un tumor **CARTILAGINOSO**



Adenoma

- **Glándula.**



Papiloma

- Epiteliales
- proyecciones digitales o verrugosas



TUMORES MALIGNOS

Los tumores malignos se denominan, en conjunto, cáncer, que proviene de una palabra latina que significa cangrejo, porque tienden a adherirse de forma obstinada a la zona donde se asientan.

Los tumores malignos pueden invadir y destruir las estructuras adyacentes, y propagarse hacia sitios remotos (metastatizar), causando la muerte

SE CLASIFICAN:

Sarcomas

- Tejidos mesenquimatosos sólidos

Linfomas Leucemias

- células formadoras de la sangre

Carcinoma epidermoide (de células escamosas), si las células tumorales recuerdan al epitelio escamoso estratificado

Adenocarcinoma, si las células epiteliales

Sangre normal

Leucemia

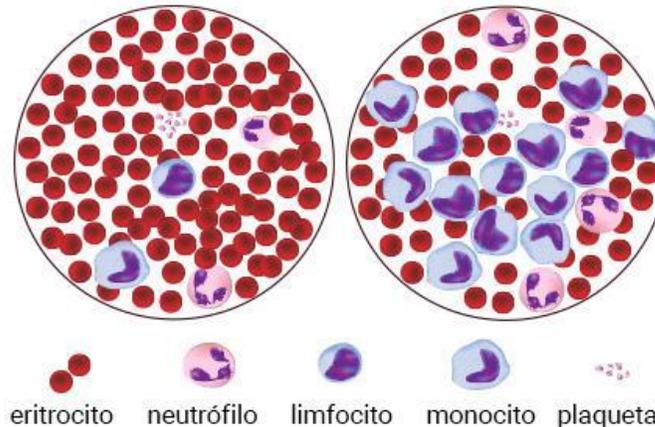


Fig. 1. Carcinoma epidermoide en trigono retromolar. Por cortesía del Dr. Antonio Bascones Martínez.

TUMORES MIXTOS.

La diferenciación divergente de un solo clon neoplásico origina un tumor mixto, como el tumor mixto de las glándulas salivales.

Estos tumores contienen componentes epiteliales dispersos en el seno de un estroma mixoide que puede albergar islotes de cartílago o hueso.

Todos estos elementos se originan en un solo clon, capacitado para producir células tanto epiteliales como mioepiteliales

Adenoma pleomorfo

- glándulas salivales y parótidas.

Figura 1. Adenoma pleomórfico en el lado derecho del paladar

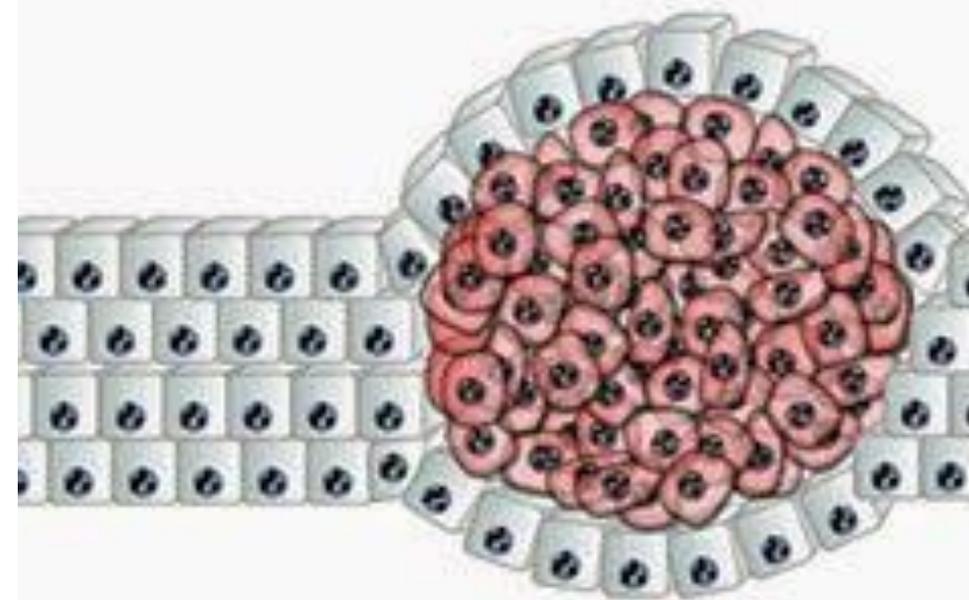


Teratoma

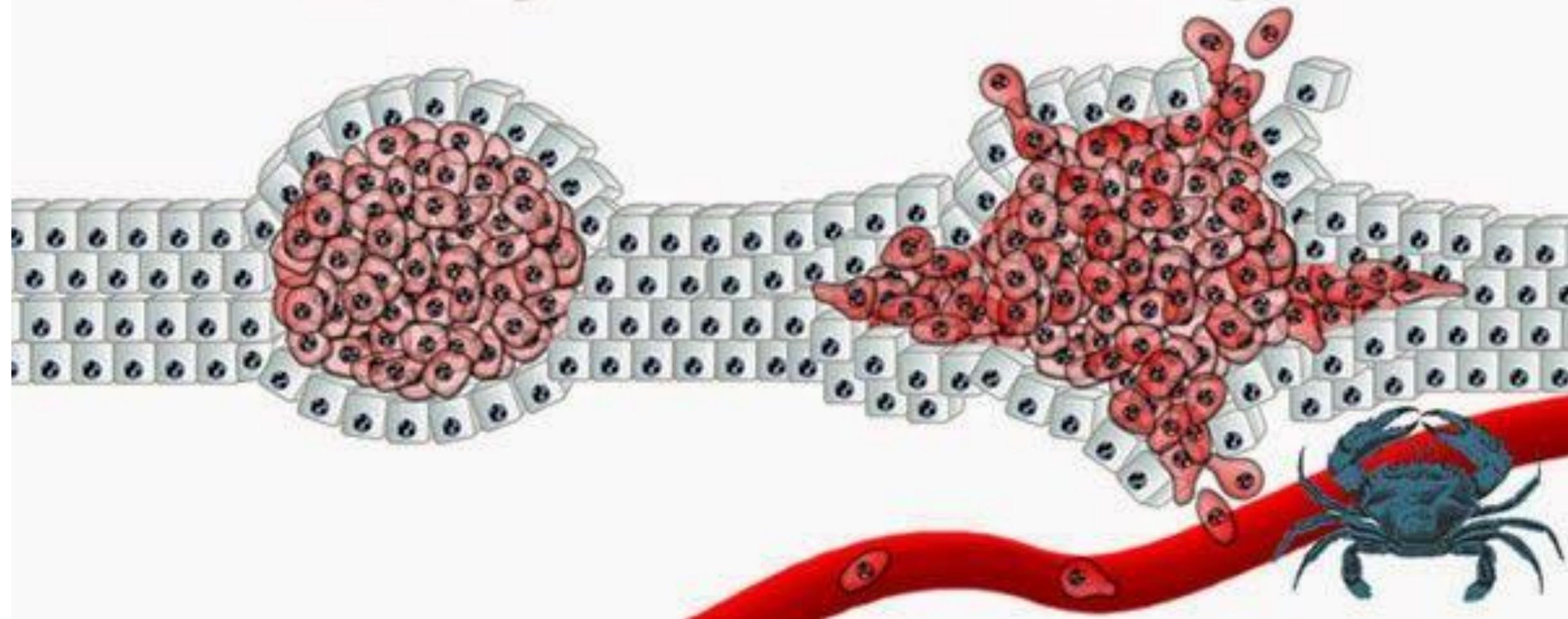
- tumor encapsulado con componentes de tejidos u órganos que recuerdan los derivados normales de las tres capas germinales.



Tumor benigno



Tumor maligno



Los Tumores Malignos comparados con los Benignos

Las células de tumor benignas (no cancerosas) crecen sólo localmente y no se pueden diseminar por invasión o por metástasis

Las células malignas (cancerosas) invaden a los tejidos vecinos, entran a los vasos sanguíneos y se metastatizan a sitios diferentes

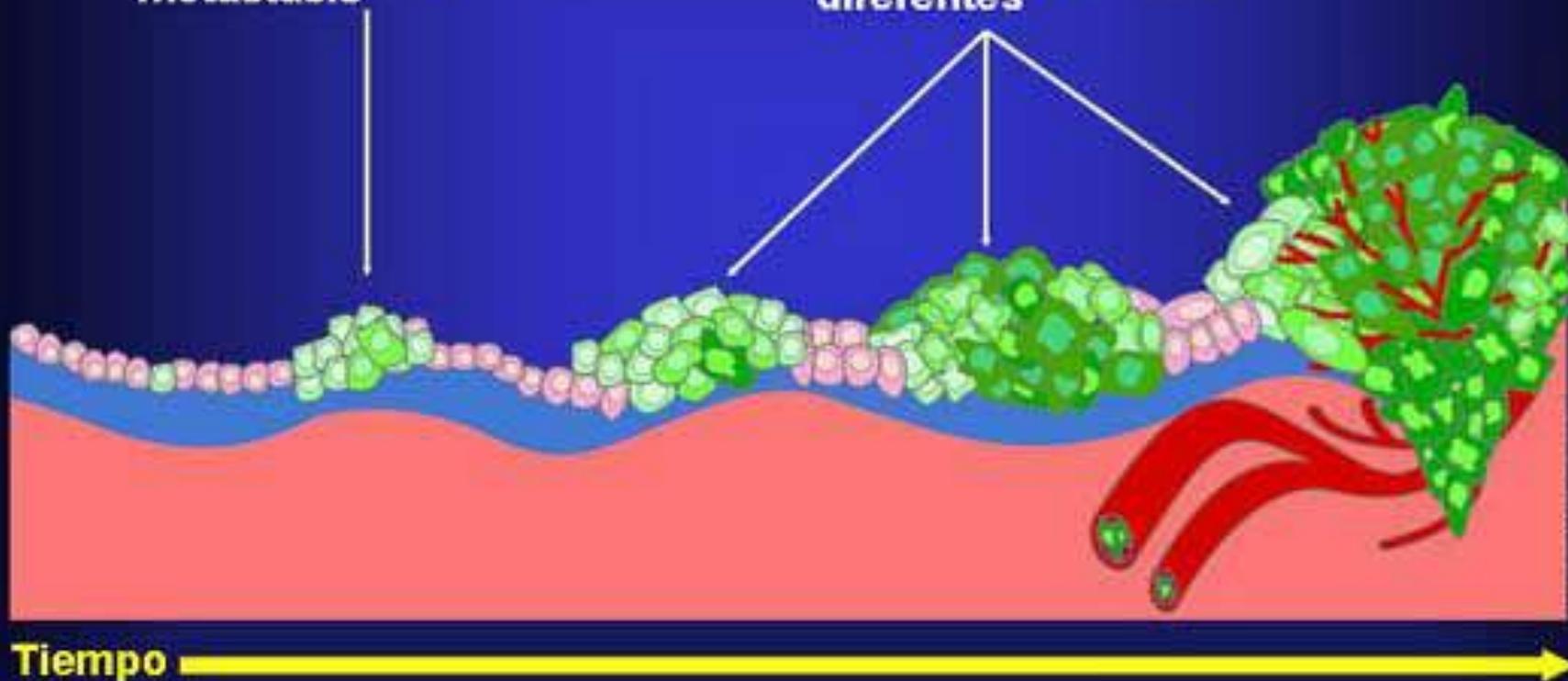


Tabla 7-1 Nomenclatura de los tumores

| Tejido originario | Benigno | Maligno | Tejido originario | Benigno | Maligno |
|---|--|---|---|---|---|
| Compuesto por un solo tipo de célula parenquimatosa | | | Tumores de origen epitelial (<i>cont.</i>) | | |
| Tumores de origen mesenquimatoso | | | Revestimiento epitelial de las glándulas o conductos | Adenoma Papiloma Cistoadenoma | Adenocarcinoma Carcinomas papilares Cistoadenocarcinoma |
| Tejido conjuntivo y derivados | Fibroma Lipoma Condroma Osteoma | Fibrosarcoma Liposarcoma Condrosarcoma Sarcoma osteógeno | Vía respiratoria | Adenoma bronquial | Carcinoma broncogénico |
| Vasos y revestimientos superficiales | | | Epitelio renal | Adenoma de los túbulos renales | Carcinoma de células renales |
| Vasos sanguíneos | Hemangioma | Angiosarcoma | Células hepáticas | Adenoma hepático | Hepatocarcinoma |
| Vasos linfáticos | Linfangioma | Linfangiosarcoma | Epitelio de las vías urinarias (de transición) | Papiloma de células de transición | Carcinoma de células de transición |
| Mesotelio | Tumor fibroso benigno | Mesotelioma | Epitelio placentario | Mola hidatídica | Coriocarcinoma |
| Meninges | Meningioma | Meningioma invasivo | Epitelio testicular (células germinales) | | Seminoma Carcinoma embrionario |
| Células sanguíneas y relacionadas | | | Tumores de los melanocitos | Nevo | Melanoma maligno |
| Células hematopoyéticas | | Leucemias | Tumores mixtos con más de un tipo de célula neoplásica, derivados, en general, de una capa germinal | | |
| Tejido linfático | | Linfomas | Glándulas salivales | Adenoma pleomorfo (tumor mixto de origen salival) | Tumor mixto maligno originado en las glándulas salivales |
| Músculo | | | Esbozo renal | | Tumor de Wilms |
| Liso | Leiomioma | Leiomiomasarcoma | Tumor derivado de más de una célula neoplásica de más de una capa germinal, teratógena | | |
| Estriado | Rabdomioma | Rabdomiosarcoma | Células totipotenciales de las gónadas o restos embrionarios | Teratoma maduro, quiste dermoide | Teratoma inmaduro, teratocarcinoma |
| Tumores de origen epitelial | | | | | |
| Escamoso estratificado | Papiloma de células escamosas | Carcinoma epidermoide | | | |
| Células basales o anejos de la piel | | Carcinoma basocelular | | | |

Diferenciación:

La diferenciación es la magnitud en que las células parenquimatosas neoplásicas se asemejan en su función y forma a las células correspondientes del parénquima sano.

La falta de diferenciación se conoce como anaplasia.

Robbinsy Cotran. (2015). patología estructural y funcional . Barcelona, España:
ELSEVIER

La célula neoplásica de un tumor benigno de adipocitos (lipoma) se parece tanto al adipocito normal que es imposible reconocer el tumor mediante un examen microscópico de una sola célula. Solo cuando estas células crecen para formar una masa concreta se revela la naturaleza neoplásica de la lesión.

En cambio, aunque las neoplasias malignas manifiestan una gama variada de diferenciación celular parenquimatosa, la mayoría muestra alteraciones morfológicas que delatan su naturaleza maligna

En el otro extremo se encuentran los tumores con poca o ninguna diferenciación . Entre ambos extremos se sitúan los tumores que se denominan moderadamente diferenciados.

ANAPLASIA

Las neoplasias malignas compuestas por células poco diferenciadas se definen como anaplásicas. La falta de diferenciación, o anaplasia, se considera un rasgo distintivo de malignidad.

El término anaplasia significa «formar hacia atrás» e implica una inversión de la diferenciación hacia un plano más primitivo.

El cáncer se origina, en efecto, por una «inversión de la diferenciación» de células maduras sanas o, más bien, por la diferenciación incompleta de células no tan maduras.

LA FALTA DE DIFERENCIACIÓN, O ANAPLASIA, SUELE ASOCIARSE A MUCHAS OTRAS ALTERACIONES MORFOLÓGICAS.

Pleomorfismo: Las células cancerosas exhiben, a menudo, pleomorfismo, es decir, una variación en su tamaño y forma.

- **Morfología nuclear anómala.** Es característico que los núcleos de las células sean desproporcionadamente grandes, y que la relación entre núcleo y citoplasma se aproxime a 1:1 en lugar del índice normal de 1:4 o 1:6.

Mitosis. A diferencia de lo que sucede en los tumores benignos y en algunas neoplasias malignas bien diferenciadas, se observa mitosis de muchas células de tumores indiferenciados, como reflejo de la gran actividad proliferativa de las células parenquimatosas.

Pérdida de la polaridad. Además de las alteraciones citológicas, se altera mucho la orientación de las células anaplásicas. Las láminas o grandes masas de células tumorales crecen de forma anárquica y desorganizada

METAPLASIA

La metaplasia se describe como la sustitución de un tipo de célula por otro.

La metaplasia se asocia casi siempre a daño, reparación y regeneración del tejido. A menudo, la célula sustituida se adapta mejor a las alteraciones del entorno local. Por ejemplo, el reflujo gastroesofágico daña el epitelio escamoso del esófago y hace que sea reemplazado por un epitelio glandular (gástrico o intestinal) mejor adaptado al entorno ácido

DISPLASIA

Displasia es un término que significa literalmente «crecimiento desordenado». Se da principalmente en los epitelios y se caracteriza por una constelación de alteraciones, como pérdida de la uniformidad de cada célula y desorientación arquitectónica.

METASTASIS

Proceso por el cual las células tumorales se diseminan hacia partes más distantes del organismo.

Puesto que los tumores malignos no tienen capsulas, las células pueden escapar convertirse en embolos y ser transportados por la circulación linfática o sanguínea para implantarse en los ganglios y/o otros órganos distantes del tumor primario.

- Es una propiedad exclusiva de los tumores malignos

Los carcinomas basocelulares de la piel y los tumores primarios del sistema nervioso central.



Son muy invasivos pero raramente metastizan



Ostrosarcomas



Normalmente ya han metastatizado
a los pulmones cuando se
descubren.

NEOPLASIAS MALIGNAS

Se diseminan por una de 3 vias

- SIEMBRAN CAVIDADES CORPORALES (Invacion local)

Patron de crecimiento comun.

Se producen cuando invaden una cavidad corporal natural.

- DISEMINACION LINFATICA

A traves de vasos linfaticos- con conmpromiso de ganglios linfaticos

Tipica de los carcinomas

- DISEMINACION HEMATOGENA

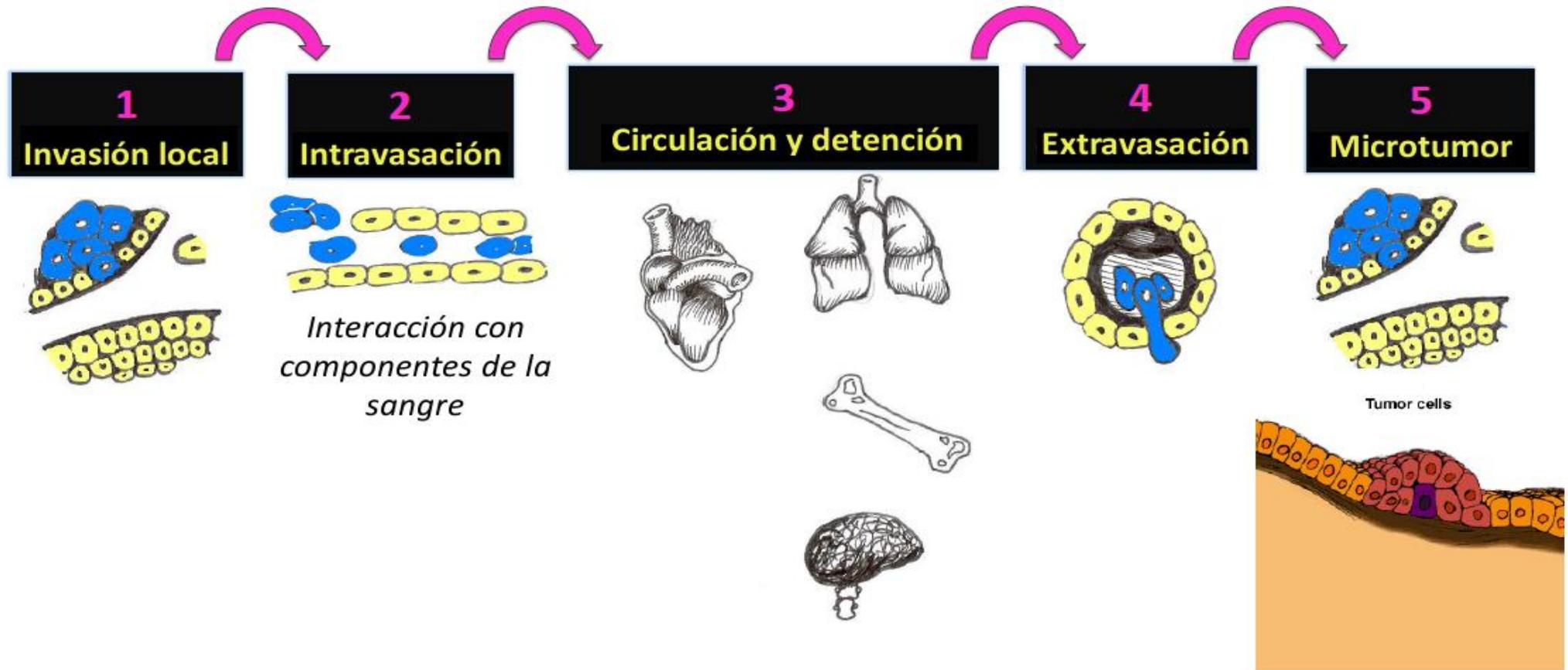
Atravez de los vasos que drenan la lesion. Frecuentemente tejidos gastrointestinales

Tipica de los sarcomas

Los organos mas afectados por la metastasis son los pulmones y el higado.

METASTASIS

No todos los tumores ni todas las células de un mismo tumor tienen igual capacidad.

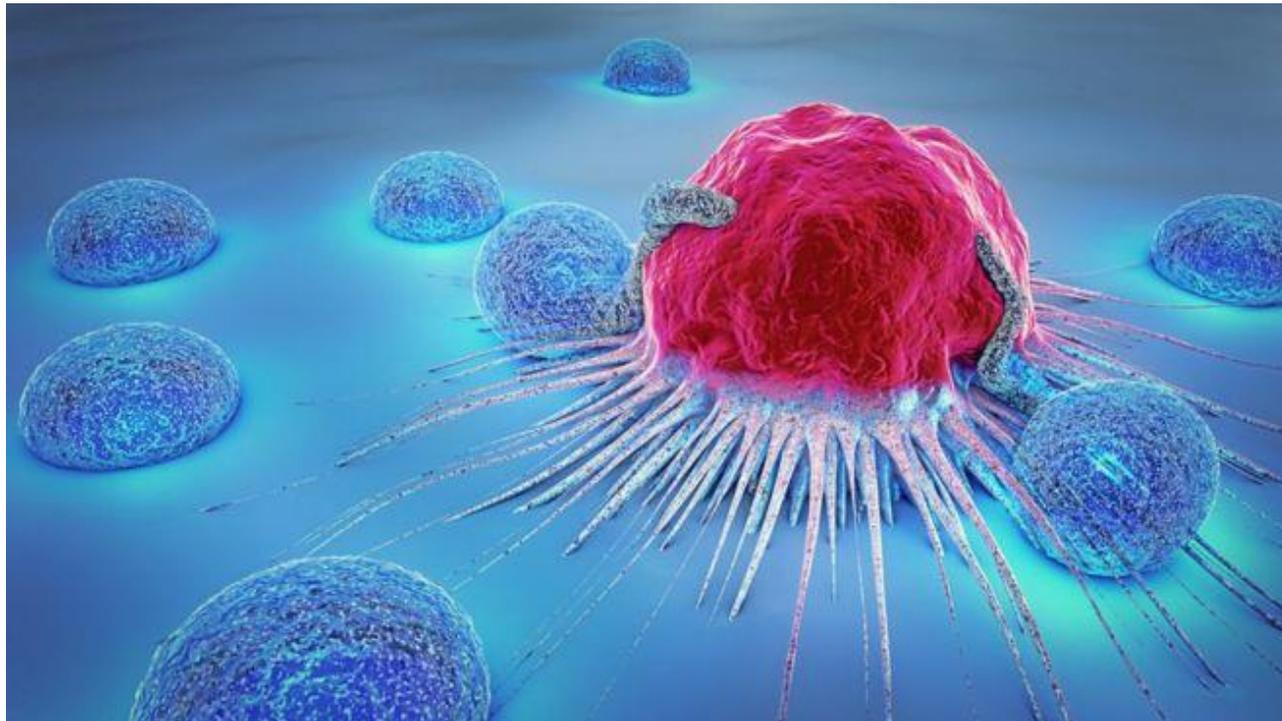


RESUMEN

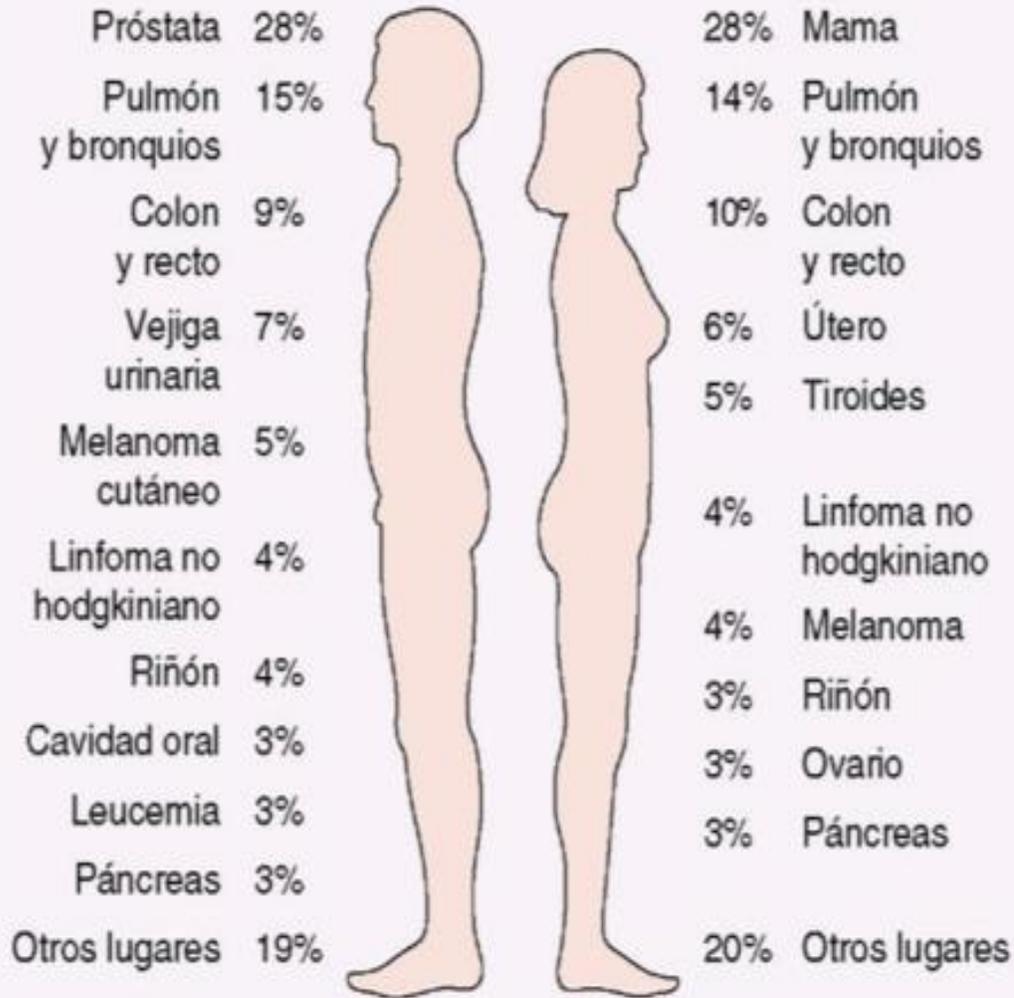
- Los tumores benignos y malignos se distinguen por: el grado de diferenciación, la velocidad de crecimiento, la invasión local y la propagación a localizaciones distantes.
- Los tumores benignos se asemejan al tejido de origen y están bien diferenciados; los malignos están poco diferenciados o son totalmente indiferenciados (anaplásicos).
- Los tumores benignos tienen un crecimiento lento; por regla general, los malignos crecen a mayor velocidad.
- Los tumores benignos están bien delimitados y presentan una cápsula; los malignos están mal delimitados e invaden los tejidos sanos adyacentes.
- Los tumores benignos permanecen en su lugar de origen; los malignos presentan invasión local y metástasis a distancia.

EPIDEMIOLOGIA

Debido a que el cáncer es un trastorno del crecimiento y comportamiento celular, debe definirse su causa principal a nivel celular y molecular.

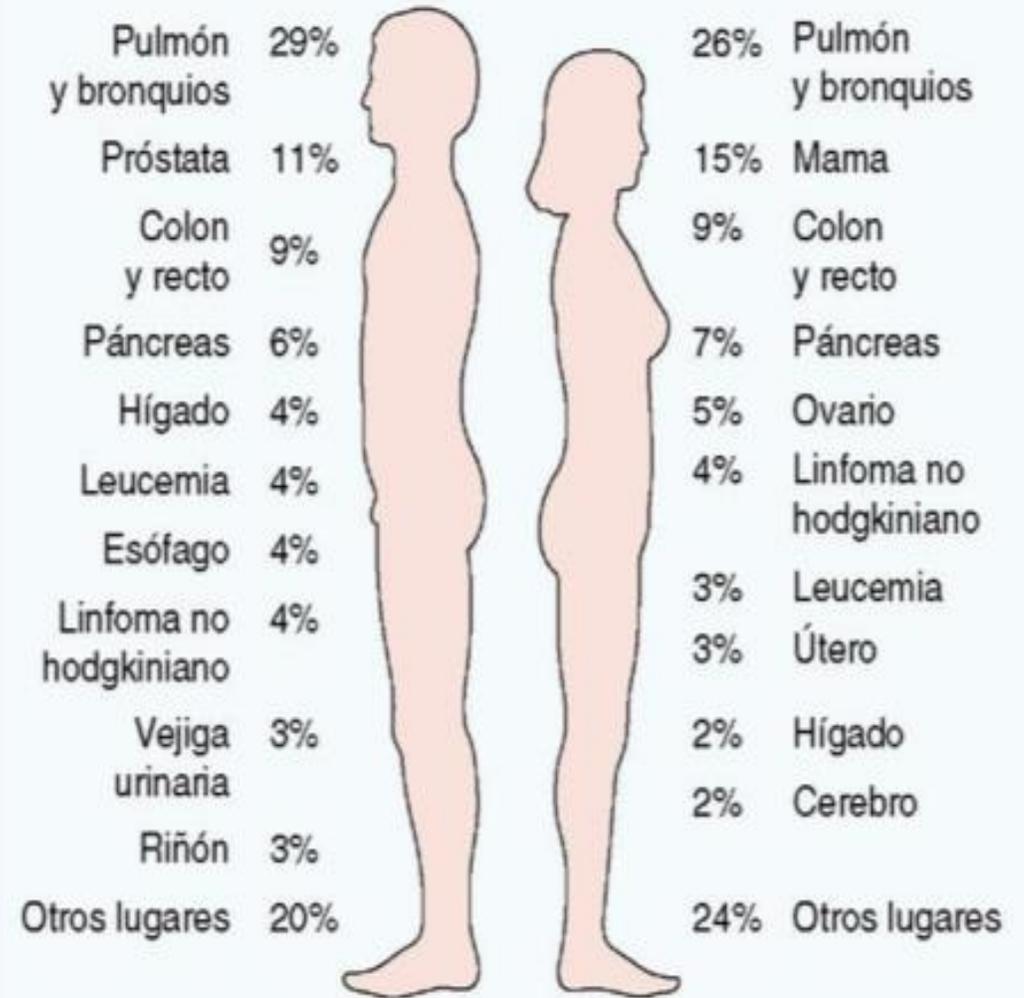


A. INCIDENCIA ESTIMADA DE CÁNCER SEGÚN LA LOCALIZACIÓN Y EL SEXO EN EL AÑO 2010*



*Excluidos los cánceres basocelulares y epidermoides de la piel y los carcinomas *in situ* (excepto vejiga urinaria)

B. MUERTES ESTIMADAS POR CÁNCER SEGÚN LA LOCALIZACIÓN Y EL SEXO EN EL AÑO 2010



EDAD

En general, la frecuencia de cáncer aumenta con la edad. La mortalidad por cáncer se produce con mayor frecuencia entre los 55 y los 75 años de edad; disminuye después de los 75.

El aumento de la incidencia con la edad puede explicarse por la acumulación de mutaciones somáticas asociadas a la aparición de neoplasias malignas



El cáncer causa poco más del 10% de todas las muertes en niños menores de 15 años. Los principales cánceres mortales en niños son la leucemia, los tumores del sistema nervioso central, los linfomas, los sarcomas de tejidos blandos y los sarcomas óseos.

HERENCIA

En la actualidad, las pruebas indican que no solo existen influencias ambientales sino también una predisposición hereditaria para desarrollar muchos tipos de cáncer, incluidos los más comunes.

| Síndromes hereditarios de cáncer | |
|---|--|
| Gen(es) | Predisposición hereditaria |
| RB | Retinoblastoma |
| TP53 | Síndrome de Li-Fraumeni (diversos tumores) |
| p16INK4A | Melanoma |
| APC | Poliposis adenomatosa familiar/cáncer de colon |
| NF1, NF2 | Neurofibromatosis de tipos 1 y 2 |
| BRCA1, BRCA2 | Tumores de mama y ovario |
| MEN1, RET | Neoplasia endocrina múltiple de tipos 1 y 2 |
| MSH2, MLH1, MSH6 | Cáncer de colon hereditario sin poliposis |
| PATCH | Síndrome del carcinoma basocelular nevoideo |
| Síndromes autosómicos recesivos de reparación de ADN defectuosa | |
| Xerodermia pigmentaria | |
| Ataxia-telangiectasia | |
| Síndrome de Bloom | |
| Anemia de Fanconi | |
| Cánceres familiares de herencia incierta | |
| Cáncer de mama (no relacionado con BRCA1 o BRCA2) | |
| Cáncer de ovario | |
| Cáncer pancreático | |

RESUMEN

La incidencia del cáncer varía según la edad, la raza, los factores geográficos y las características genéticas.

La mayoría de los cánceres son de aparición esporádica, pero algunos muestran una agrupación familiar.

La predisposición a los cánceres hereditarios puede ocurrir a causa de herencia autosómica dominante o recesiva. Mientras en la dominante suele heredarse una mutación de genes supresores del cáncer, en la recesiva habitualmente existen defectos hereditarios de la reparación del ADN.

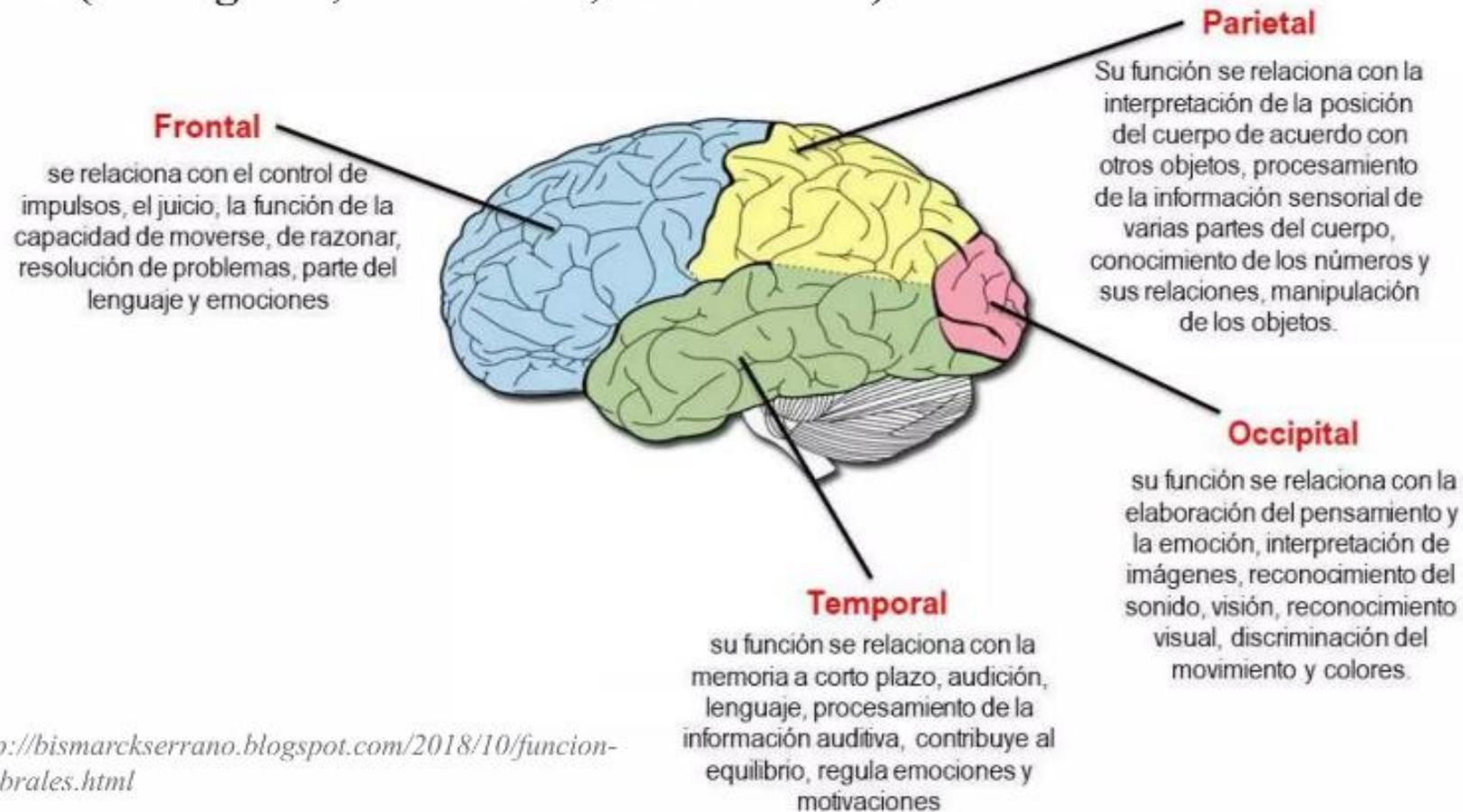
- Los cánceres familiares tienden a ser bilaterales y a aparecer a una edad más temprana que los esporádicos.
- Algunas enfermedades adquiridas, denominadas lesiones preneoplásicas, se asocian a un aumento de riesgo de desarrollo de cáncer.

SINDROMES LOBARES

KEVIN JAHIR KRAUL BORRALLES
UNIVERSIDAD DEL SURESTE

DEFINICIÓN.

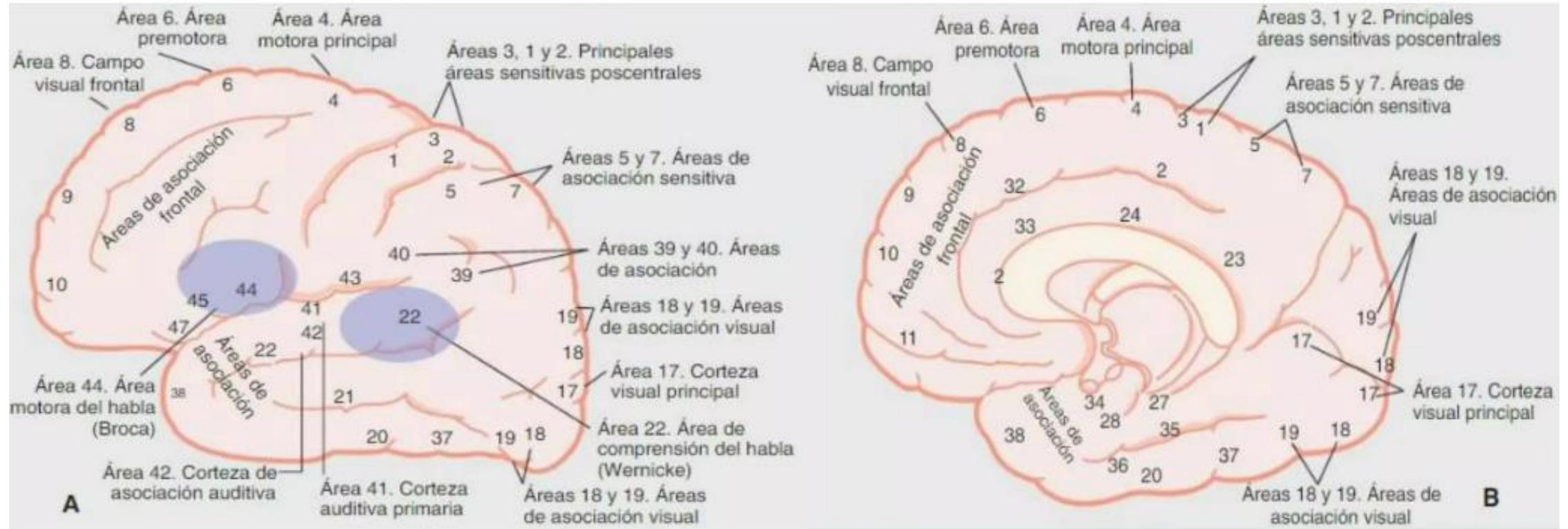
Constituye un conjunto de síntomas y signos relacionados con ciertas lesiones focales cerebrales, cuya interpretación adecuada permite realizar diagnósticos topográficos (O. Argente, M.Álvarez; 2013 - 2º ed) .



ETIOLOGÍA.

- **TUMORES. (Primarios o metastásicos).**
- **PROCESOS INFECCIOSOS (abscesos, quistes o encefalitis).**
- **ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES (EVC); isquémicas o hemorrágicas.**
- **TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS (contusión, laceración, hematomas o higromas).**
- **ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES; Esclerosis múltiple (E.M).**
- **ENFERMEDADES DEGENERATIVAS (demencias).**

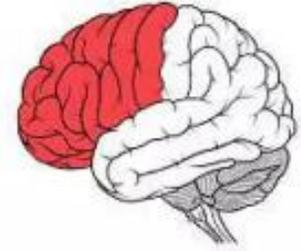
ÁREAS DE BRODMAN.



CARA LATERAL

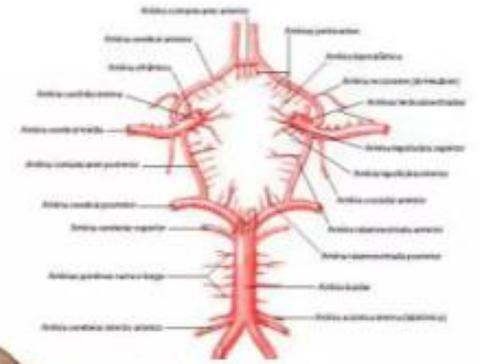
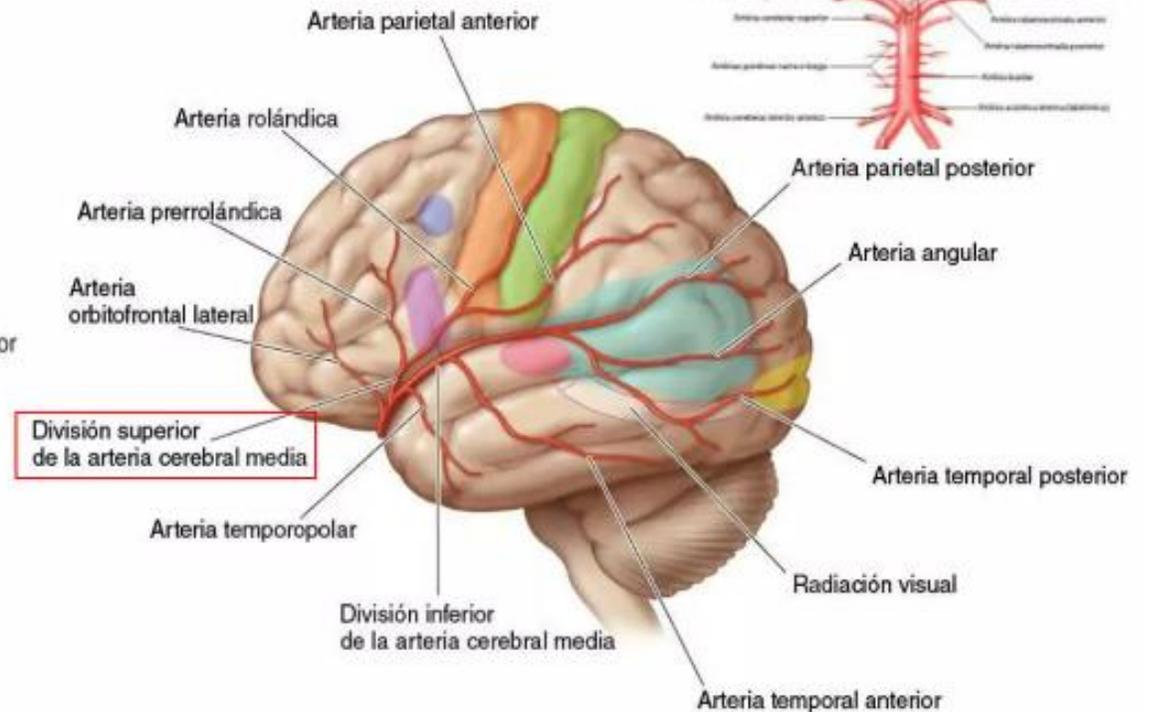
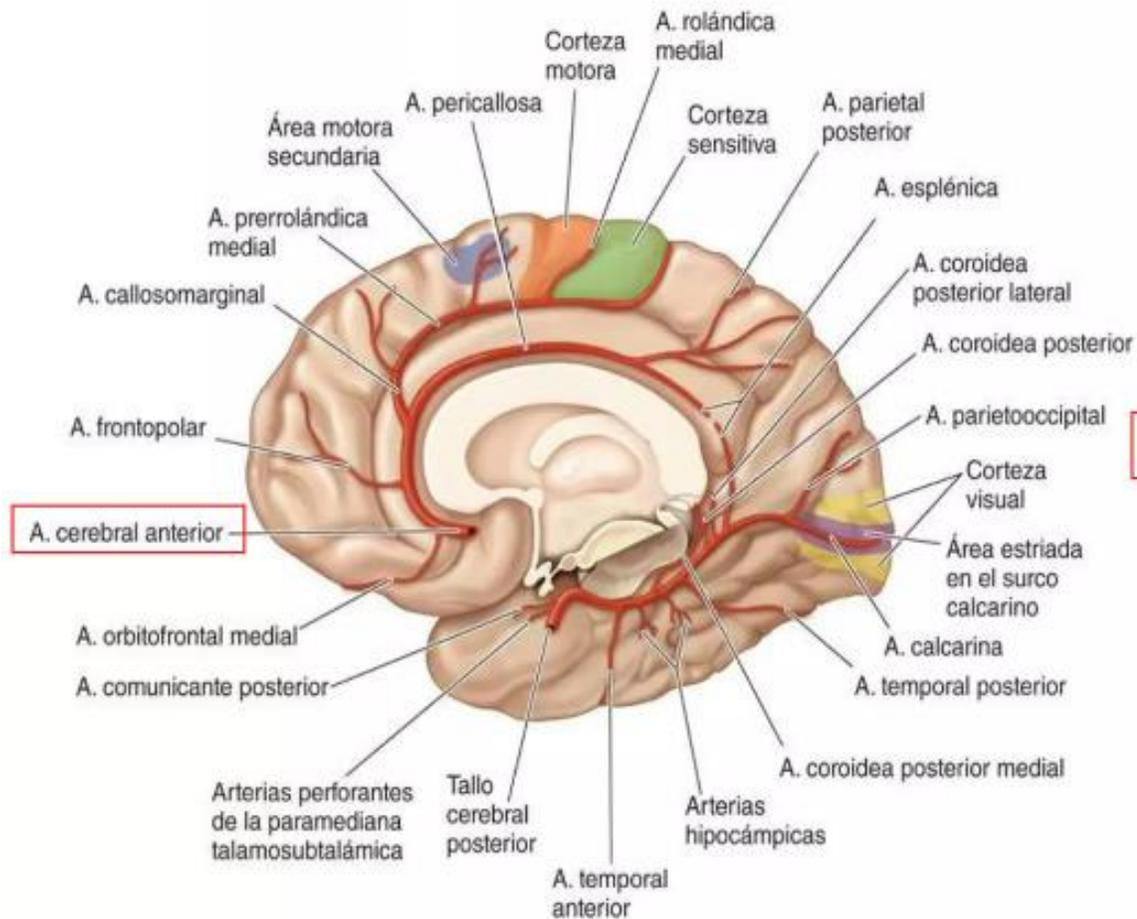
CARA MEDIAL

LÓBULO FRONTAL / MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

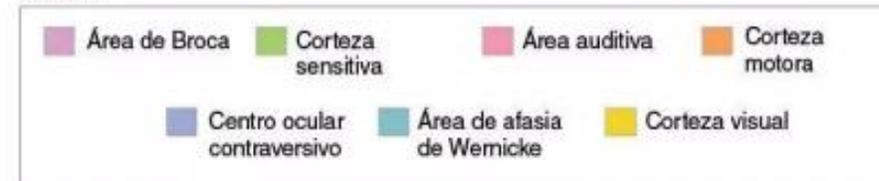


- COMPROMETIDO EN EL MONITOREO Y EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES MOTORAS, COGNITIVAS O EMOCIONALES.
- SITUADO DELANTE DE LA CISURA DE ROLANDO Y POR ARRIBA DE LA CISURA DE SILVIO.
- IRRIGADO POR LA ART. CEREBRAL ANTERIOR (CARA MEDIAL) Y POR LA RAMA SUPERIOR DE LA ART. CEREBRAL MEDIA (CARA SUPERIOR Y LATERAL).

IRRIGACIÓN.



CLAVE



Fuente: Dan L. Longo, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo: Harrison. Principios de Medicina Interna, 18e: www.accessmedicina.com
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

Fuente: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J: HARRISON Principios de Medicina Interna, 18a edición: www.harrisonmedicina.com
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. Todos los derechos reservados.

FUNCIONES CEREBRALES.

ÁREA PREMOTORA (ÁREA 6 DE BRODMAN):
segunda corteza motora , motora supletoria / segundo mapa motor,
organiza los movimientos.

APRAXIA (DISOCIACIÓN
ENTRE LA IDEA DEL
MOVIMIENTO Y SU
EJECUCIÓN MOTORA)

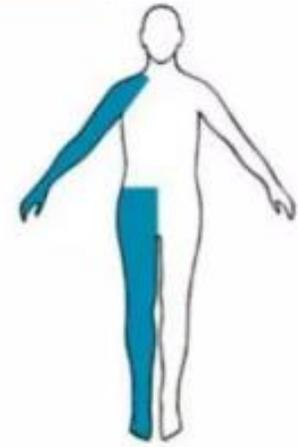


ÁREA PRECENTRAL (ÁREA 4 DE BRODMAN):
corteza motora primaria

**MONOPARESIA,
HEMIPLEJIA
CONTRALATERAL**

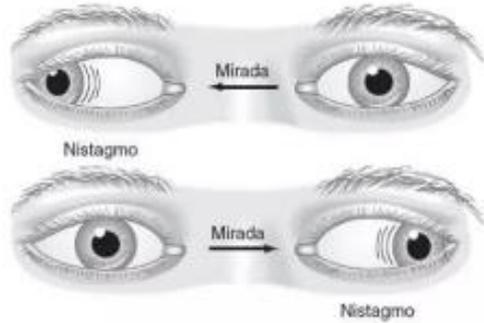


Monoparesia

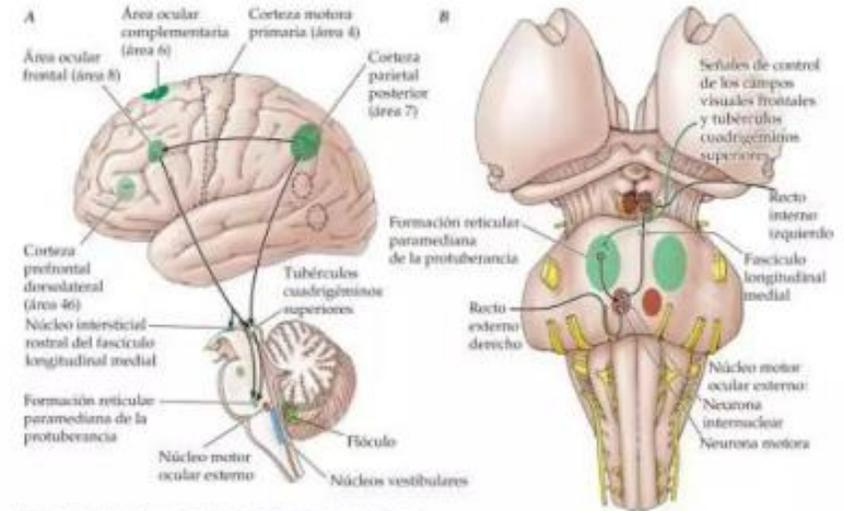


Hemiplejia

CAMPO OCULAR FRONTAL (ÁREA 8 DE BRODMAN): envía proyecciones al centro lateral de la mirada (rotación contralateral de los ojos).



LESIÓN FASCÍCULO LONGITUDINAL MEDIAL



Fuente: Felix H. Martinez. Neuroanatomía (texto y atlas). <http://www.atlasanatomia.com>
 Dirección: © McGraw-Hill Education. Dirección: Reservada.

ÁREA DE BROCA (44 Y 45 DE BRODMAN): aspectos motores del lenguaje (en el hemisferio dominante) se proyecta al área de Wernicke a través del fascículo arcuato.

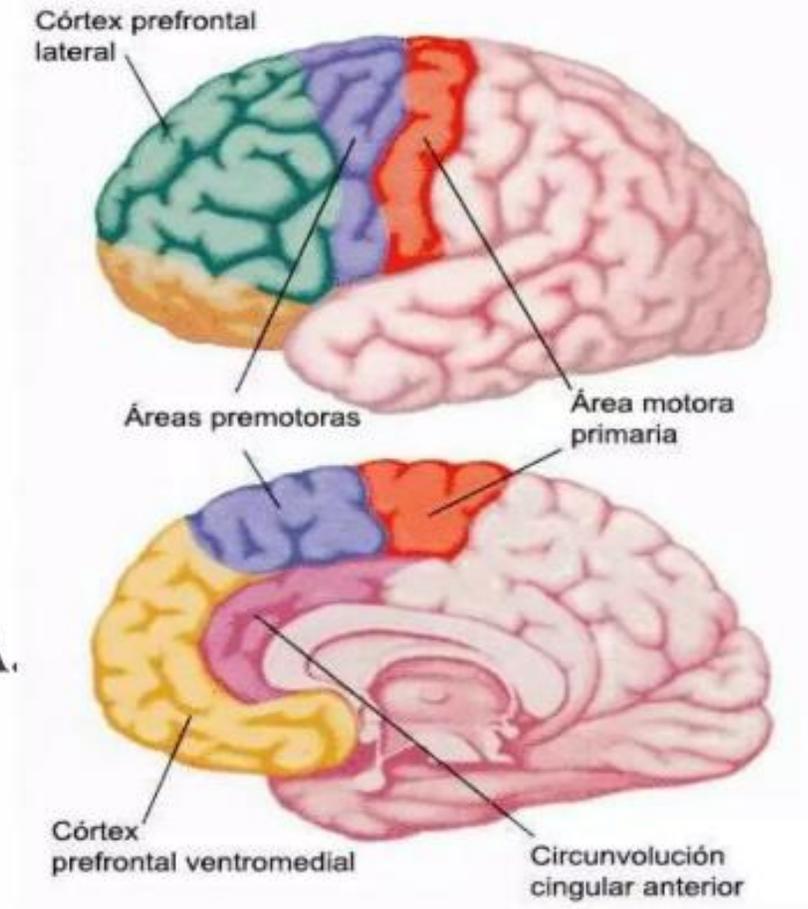
AFASIA EXPRESIVA, MOTORA O NO FLUIDA, que impide la producción o la creación de oraciones.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

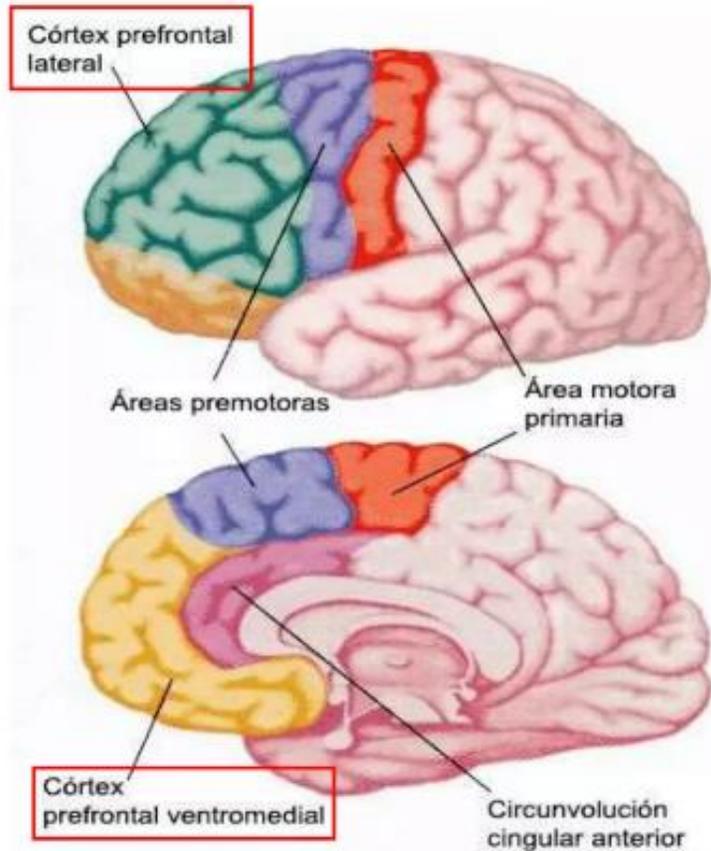
SEGÚN LA ZONA AFECTADA SE DISTINGUEN LOS SÍNDROMES:

- PREFRONTAL.
- PREMOTOR.
- PRECENTRAL.
- SÍNDROME DE LA REGIÓN ORBITARIA.



SÍNDROME PREFRONTAL.

Alteraciones de tipología y gravedad diversos que se dan como consecuencia de la existencia de lesiones en el lóbulo frontal y especialmente en el área prefrontal.

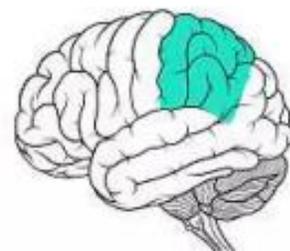


CONVEXIDAD: APATÍA (estado de desinterés), AMIMIA (incapacidad de reconocer gestos), ACINESIA (Pérdida de sensación de movimiento), CAMBIOS DE LA PERSONALIDAD, BRADIPSIQUIA (lentitud mental o del pensamiento).

CARA ORBITARIA: ALTERACIONES EMOCIONALES, ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA SEXUAL, MORIA (tendencia a decir chistes repentinamente), ALTERACIÓN DE LA CONDUCTA SOCIAL, IMPULSIVIDAD...

CARA MEDIAL: ALTERACIONES EN LA MEMORIA Y ORIENTACIÓN TEMPOROESPACIAL (PARTICIPACIÓN DEL CUERPO CALLOSO, DIENCÉFALO Y SIST. LÍMBICO)...

LÓBULO PARIETAL / MANIFESTACIONES CLÍNICAS.



- FUNCIONES: PARTICIPA EN LA PERCEPCIÓN DE LOS IMPULSOS SOMATOSENSORIALES, INTEGRA LAS SENSITIVAS, TÁCTILES Y VISUALES, PROPORCIONANDO CONCIENCIA DEL MEDIO, RELACIÓN DE LOS OBJETOS QUE HAY EN EL MEDIO, Y DEL CUERPO PROPIO.
- SE EXTIENDE DESDE LA CISURA DE ROLANDO HASTA LA FISURA PARIETO-OCCIPITAL Y POR ENCIMA DE LA CISURA DE SILVIO.
- IRRIGADO POR LA RAMA SUPERIOR DE LA ARTERIA CEREBRAL MEDIA (RAMA PARIETAL) .

FUNCIONES CEREBRALES.

- **LAS ÁREAS 3, 1 Y 2 DE BRODMAN CONFORMAN LA CORTEZA SENSITIVA PRIMARIA, EN LA CIRCUNVOLUCIÓN POSTCENTRAL.**
- **LAS ÁREAS RESTANTES (5,7 – 39, 40) , SON DE ASOCIACIÓN, SENSITIVAS O MULTIMODALES (CONVERGEN PROYECCIONES ASOCIATIVAS DE VARIAS MODALIDADES**

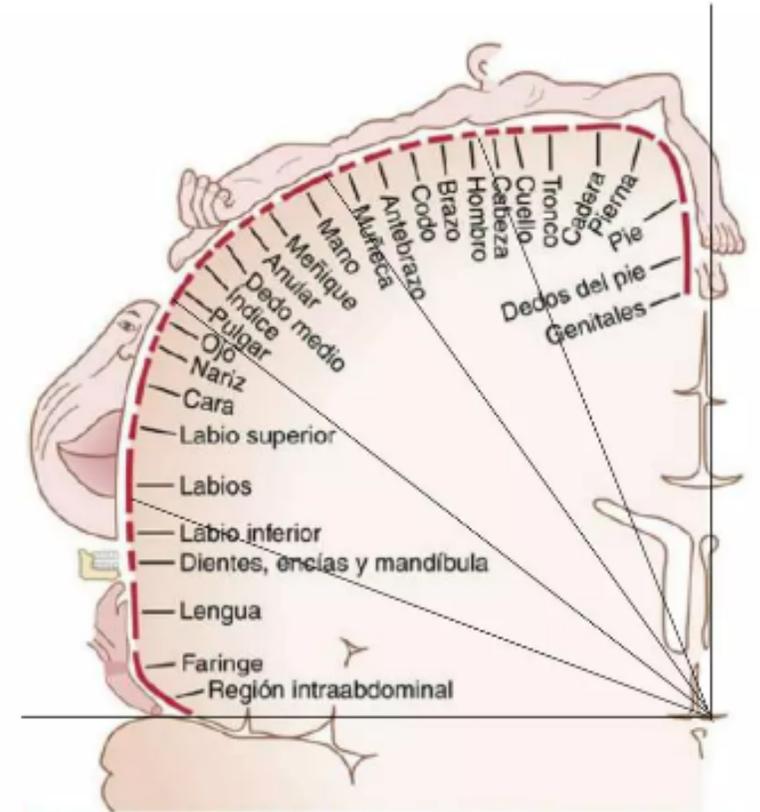


FIGURA 48-7 Representación de las diferentes regiones del cuerpo en el área somatosensitiva I de la corteza. (Tomado de Penfield W, Rasmussen T: Cerebral Cortex of Man: A Clinical Study of Localization of Function. New York: Hafner, 1968.)

TOMADA DE: Guyton, A.C. Hall, J.E. Tratado de fisiología médica. 13ª ed. Madrid: Elsevier; 2016

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- **ALTERACIONES SENSITIVAS.**
- **ALTERACIONES DE LA PRAXIA.**
- **ALTERACIONES DEL ESQUEMA CORPORAL.**

ALTERACIONES SENSITIVAS.

- **HEMIHIPOESTESIA CONTRALATERAL** (disminución en el sentido del tacto o las sensaciones).
- **BAROGNOSIA** (alteración del sentido de la discriminación táctil).
- **PARESTESIAS** (sensación de hormigueo o pinchazos).
- **ASTEREOGNOSIA** (imposibilidad de distinguir las formas de los objetos por el tacto).
- **AGRAFOGNOSIA** (perdida de la capacidad de reconocer letras o números escritas en la piel).
- **ALOQUIRIA** (percepción proyectada al lado opuesto del estímulo).

ALTERACIONES EN LA PRAXIA.

- **APRAXIA IDEATORIA:** Incapacidad para ordenar de manera correcta una serie de movimientos o acciones que conducen a un objetivo (Bradley 2004)

Lesión en el lóbulo parietal izquierdo.

- **APRAXIA IDEOMOTORA:** Incapacidad para realizar habilidades motoras por errores en la secuencia, amplitud, configuración y posición de los miembros en el espacio (Goldmann 2008).

Lesión en el lóbulo parietal izquierdo.

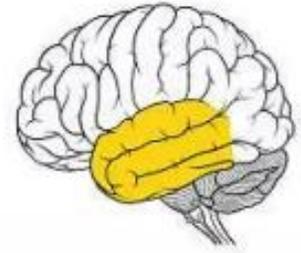
- **APRAXIA CONSTRUCTIVA:** pérdida de la capacidad para llevar a cabo adecuadamente tareas de ensamblajes (Strauss 1924)

Lesión en el lóbulo parietal izquierdo o derecho.

ALTERACIONES DEL ESQUEMA CORPORAL.

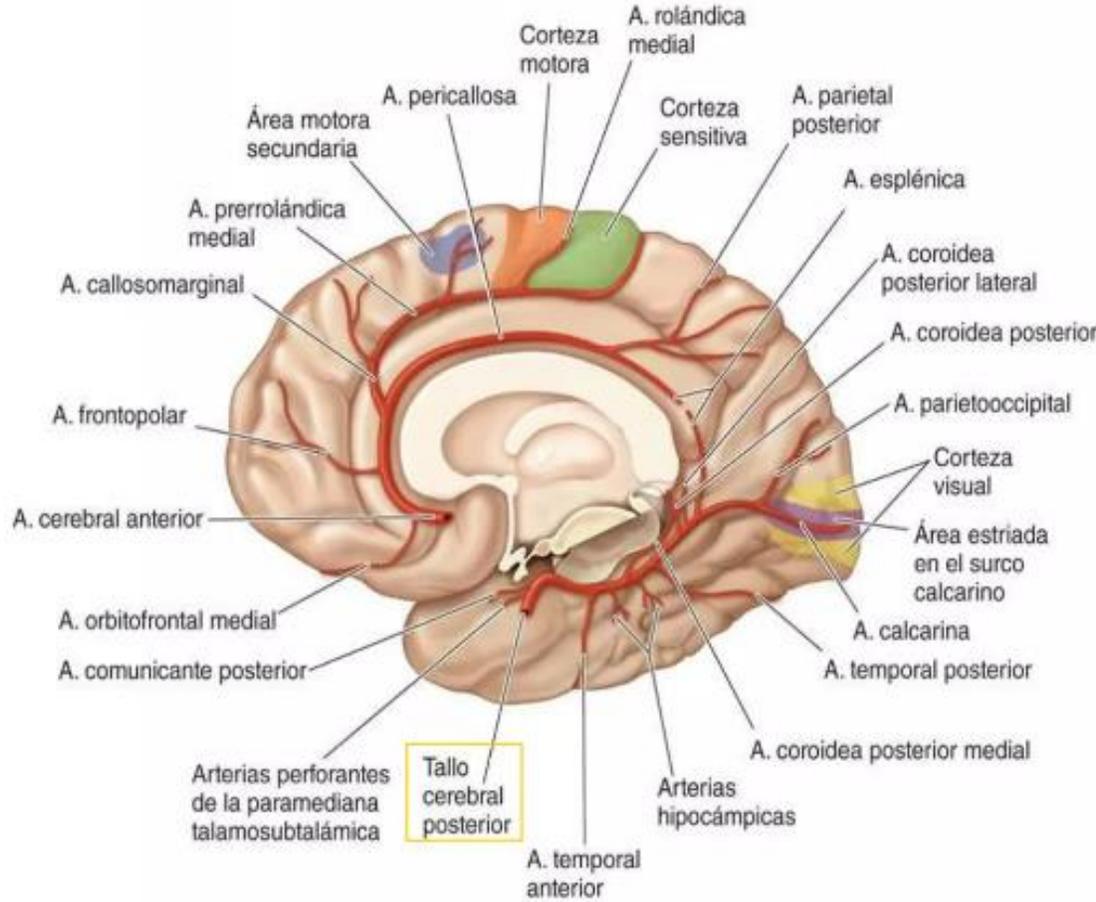
- **HEMIASOMATOGNOSIA:** falla de reconocimiento del hemicuerpo contralateral a la lesión (Balarezo, L 1998).
- **SÍNDROME DE NEGLIGENCIA:** falla en responder a un estímulo táctil, ignora el hemicuerpo afectado (no se higieniza), mas marcado o severo cuando se presenta daño del hemisferio derecho.
- **ANOSOGNOSIA:** falta de reconocimiento, incapacidad para percibir y experimentar los déficit o defectos propios --- lesión del lóbulo parietal del hemisferio subdominante.
- **AUTOROPOAGNOSIA:** pérdida de la capacidad de identificar partes del cuerpo. Se presenta con lesiones del hemisferio dominante.

LÓBULO TEMPORAL / MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

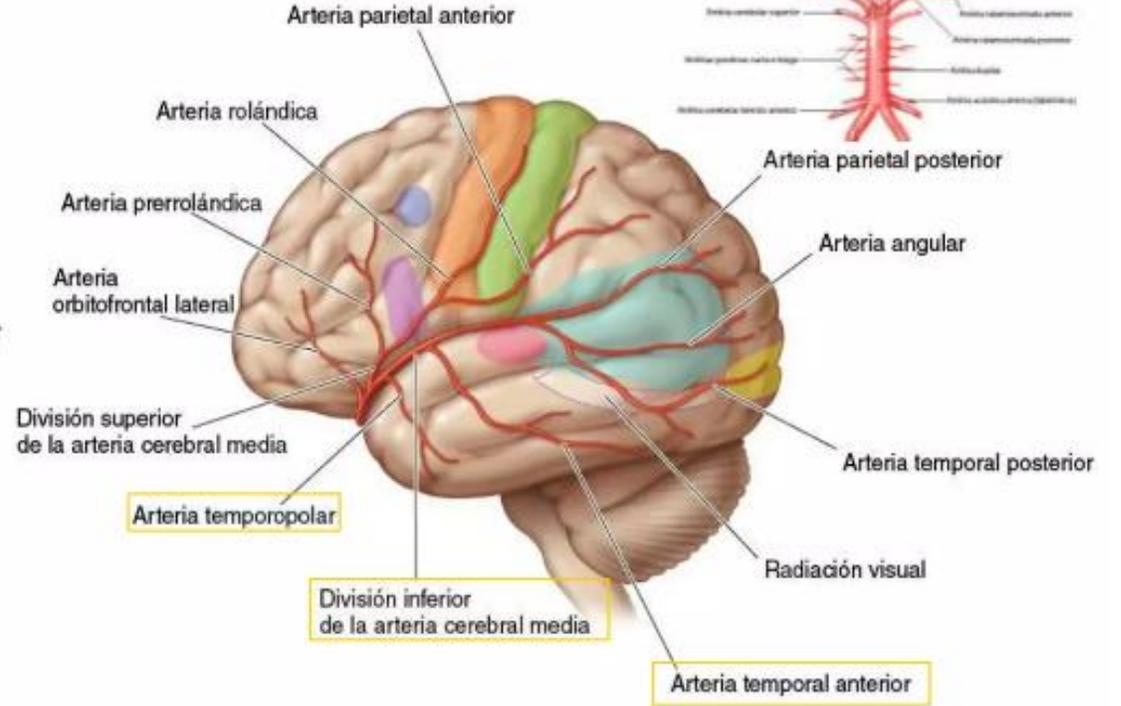


- FUNCIONES: LENGUAJE, LA MEMORIA, EL APRENDIZAJE, LAS EMOCIONES Y LA CONDUCTA
- SE EXTIENDE POR DEBAJO DE LA CISURA DE SILVIO Y HACIA ATRÁS, HASTA LA FISURA PARIETOOCCIPITAL.
- IRRIGADA POR LA ART. CEREBRAL POSTERIOR, Y LA PARTE SUPEROLATERAL, POR LAS RAMAS TEMPORALES DE LA ART. CEREBRAL MEDIA.

IRRIGACIÓN.



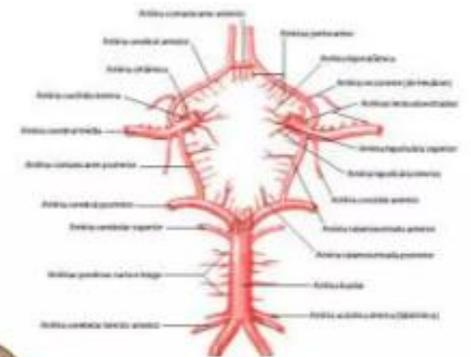
Fuente: Dan L. Longo, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, J. Larry Jameson, Joseph Loscalzo: *Harrison. Principios de Medicina Interna*, 18e: www.accessmedicina.com
 Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.



CLAVE

| | | | | | | | |
|--|-----------------------------|--|----------------------------|--|----------------|--|----------------|
| | Área de Broca | | Corteza sensitiva | | Área auditiva | | Corteza motora |
| | Centro ocular contraversivo | | Área de afasia de Wernicke | | Corteza visual | | |

Fuente: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J: *HARRISON Principios de Medicina Interna*, 18a edición: www.harrisonmedicina.com
 Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. Todos los derechos reservados.



FUNCIONES CEREBRALES.

CORTEZA AUDITIVA PRIMARIA (ÁREA 41 DE BRODMAN): detectar cambios de la frecuencia y localización de la fuente sonora y dirigir la info. al área auditiva secundaria.

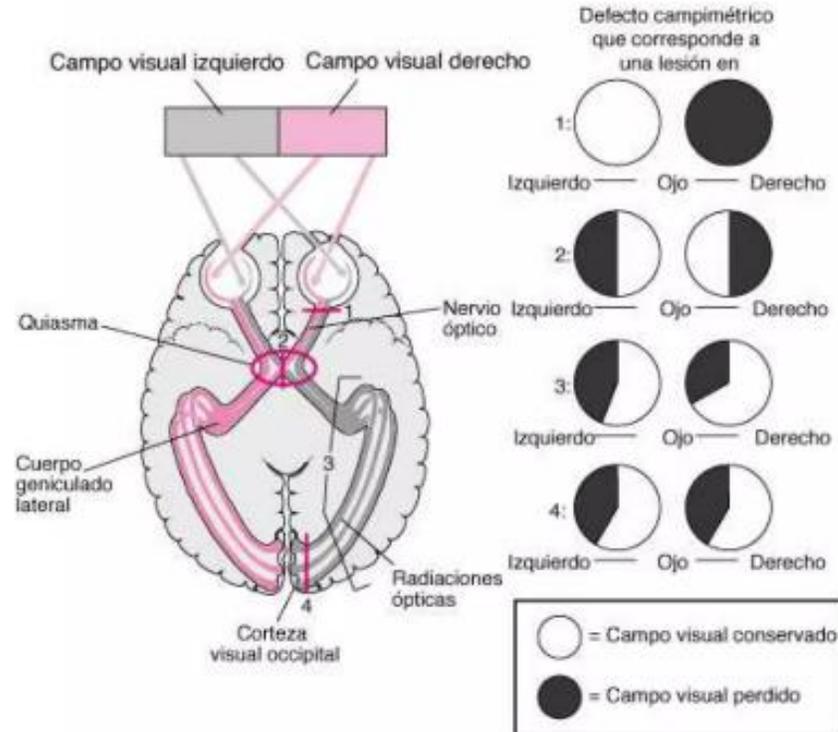
CORTEZA AUDITIVA ASOCIATIVA / SECUNDARIA (ÁREA 42 Y 22 DE BRODMAN): asociación auditiva para la comprensión del lenguaje.

PARTE POSTERIOR DEL ÁREA 22 DE BRODMAN (WERNICKE): información asociativa auditiva y visual y del área de broca --- **COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE**

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

TRASTORNOS VISUALES: Hemianopsia homónima o cuadrantopsia superior homónima.

Por lesión de la porción ventral de las radiaciones ópticas que pasan por la profundidad del lóbulo temporal.



A. Hemianopsia homónima derecha.



B. Cuadrantopsia superior homónima izquierda

TRASTORNOS AUDITIVOS:

ILUSIONES AUDITIVAS: puede haber modificaciones del timbre y la tonalidad de los sonidos reales.

ALUCINACIONES AUDITIVAS: el paciente escucha sonidos que no están presentes en el estímulo, denominados sonidos irreales o no existentes, que pueden ser simples (explosiones, silbatos) o complejos (voces, melodías).

SORDERA CORTICAL: se produce por lesión de la corteza auditiva bilateral. Existe un falta de reconocimiento auditivo



AGNOSIAS AUDITIVAS:

Sordera verbal pura:

Incapacidad de reconocer el significado de la palabra hablada. Se conservan el lenguaje espontáneo, la lectura y la escritura

Agnosia auditiva para los sonidos:

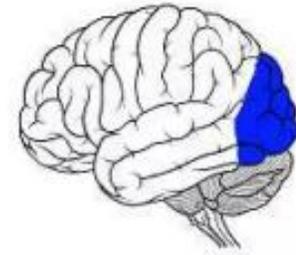
Falta de reconocimiento de estímulos auditivos no verbales (ej. una sirena)

Amusia:

Incapacidad de identificar melodías.



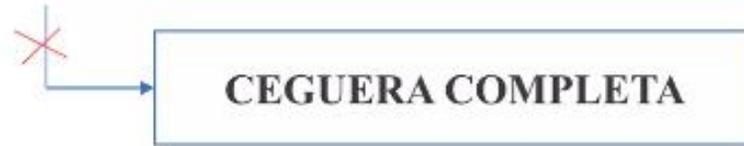
LÓBULO OCCIPITAL / MANIFESTACIONES CLÍNICAS.



- **FUNCIONES VISUALES.**
- **SITUADO POR DETRÁS DE LA FISURA PARIETOOCCIPITAL**
- **IRRIGADO POR LA ARTERIA CEREBRAL POSTERIOR.**

FUNCIONES CEREBRALES.

CORTEZA VISUAL PRIMARIA (ÁREA 17 DE BRODMAN): procesa el estímulo visual del geniculado lateral y lo proyecta hacia el área 18 y 19. También representa el campo visual de la parte superior e inferior de la retina.



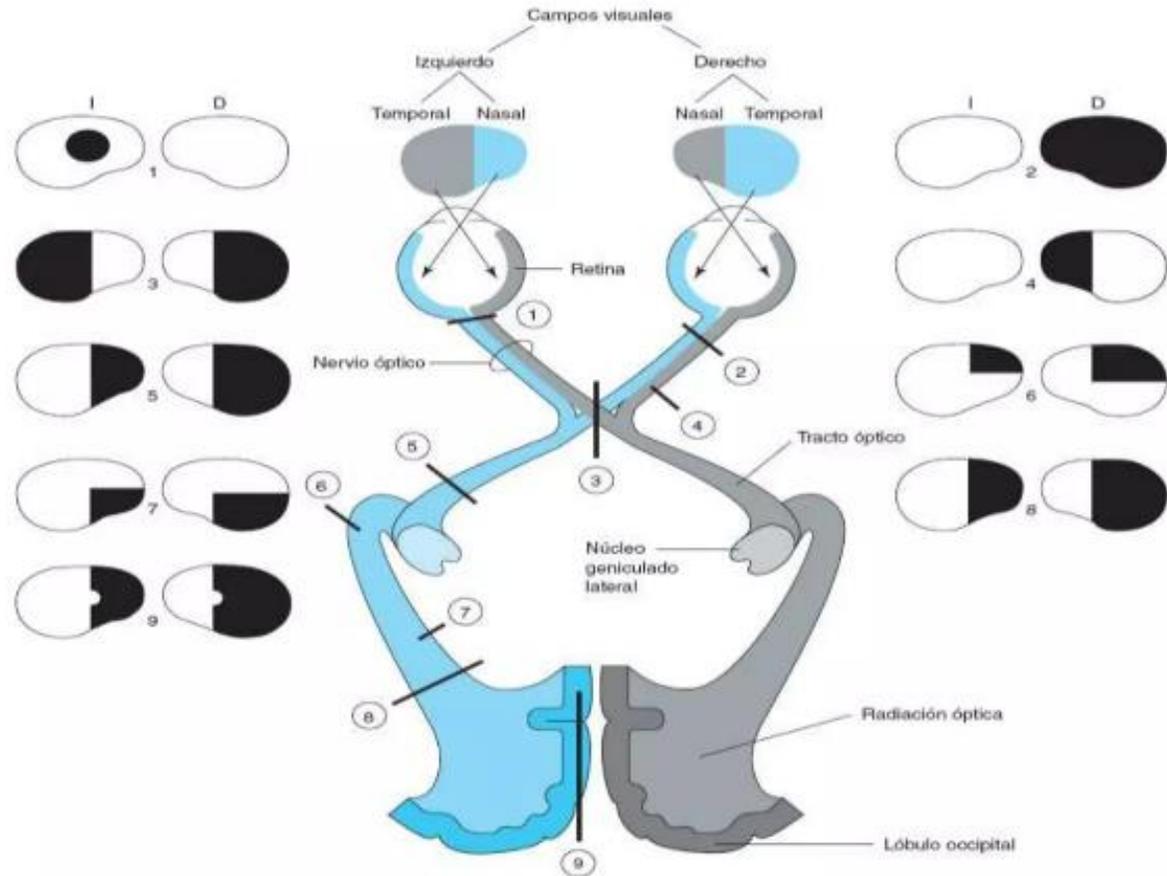
CORTEZA VISUAL SECUNDARIA (ÁREA 18 y 19 DE BRODMAN): las áreas se interconectan entre sí, área visual de asociación: relaciona la experiencia visual presente con la pasada, interpreta lo que se ve.



MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

- **DEFECTOS CAMPIMÉTRICOS.**
- **ALUCINACIONES VISUALES.**
- **ILUSIONES VISUALES.**
- **TRASTORNOS EN LA PERCEPCIÓN DE COLORES.**
- **AGNOSIA VISUAL.**

- **DEFECTOS CAMPIMÉTRICOS:** representa la visión central (macular) --- fina, detallada. Debido a la representación cortical bilateral de la Macula.



Hemianopsia homónima
Cuadrantopsia inferior

ALUCINACIONES VISUALES:

Simples: destellos de luces (fotopsias), luces azules (fotofenos), puntos, líneas.



Complejas: Animales, objetos, personas (> frecuencia en lesiones irritativas del lóbulo temporal).



Síndrome de Bonnet: Alucinaciones visuales en el campo ciego (ej. hemianopsias)

ILUSIONES VISUALES: distorsiones de la forma de lo que se esta observando, ej. El tamaño, el color, tamaño. Dentro de estas encontramos:

- **PALINOPSIA:** persistencia de la imagen visual luego de la desaparición del objeto.
- **TELEOPSIA:** observa el objeto mas alejado de lo que realmente esta.
- **MICROPSIA:** Los objetos parecen estar mas pequeños que en realidad.
- **MACROPSIA:** Los objetos parecen estar mas grandes que en realidad.
- **DISMORFOPSIA:** percepción distorsionada de los objetos.
- **POLIOPSIA:** percibe una serie de imágenes cuando en realidad se le presenta un solo objeto

TRASTORNOS EN LA PERCEPCIÓN DE COLORES.

- **ACROMATOSIA:** pérdida de percepción de los colores por lesión *occipital*.
- **METACROMATOPSIA:** los pacientes refieren que los colores cambian.
- **MONOCROMATOPSIA:** refieren que todo adquiere una misma coloración o tonalidad. se observa En pacientes con lesiones occipitales bilaterales.

AGNOSIA VISUAL.

- Inhabilidad de reconocer estímulos visualmente. Lesión en las áreas de asociación de la corteza visual (Brodman 17).
- **PARA OBJETOS**
- **PARA COLORES**
- **PROSOPAGNOSIA** (rostros familiares).
- **TOPOGRÁFICA** (pierde sentido de orientación). ---- Prueba de símbolo de dirección y localización topográfica de un mapa de un recorrido cotidiano.

BIBLIOGRAFÍA.

Argente y Álvarez. Semiología Médica. 2ª. ed. Buenos Aires, Arg.; Edit. Médica Panamericana, 2013

Guyton, A.C. Hall, J.E. Tratado de fisiología médica. 13ª ed. Madrid: Elsevier; 2016