



Universidad del Sureste
Campus Comitán de Domínguez Chiapas
Licenciatura en Medicina Humana

Nombre del alumno: Carlos Ignacio
Alfaro Méndez

Grupo: "B" **Grado:** Quinto Semestre.

Materia: medicina física y rehabilitación

Nombre del profesor: Sergio Jiménez
Ruiz

NEUROPATIA Tóxica

Neuropatía tóxica → En 1984 comenzó a denominarse de degeneración distal retrógrada a un fenómeno de lesión neuronal en que tanto en el sistema nervioso periférico como en el sistema nervioso central. Los axones sufren una lenta degeneración retrógrada progresiva al fenómeno había sido esbozado antes por Greenfield para describir el patrón espacio temporal de la patología de los axones centrales y periféricos en algunos enfermedades degenerativas tales como la ataxia de Friedrich. Se supuso entonces que este fenómeno conocido como la lengua inglesa se debía a mal funcionamiento del soma neuronal que trae como consecuencia disminución gradual en la producción del material necesario para la integridad del axon membranario, el fenómeno degenerativo en etapas muy tempranas. Desde los pericarios distales la degeneración axónica continuaba siendo paso a paso hasta llegar al ponacondion, así mismo se consideró que los axones más gruesos y los más largos serían los primeros afectados a medida que se acumulaban más estudios en zonas de tumefacción axónica fueron descritas por Asbury y sus colegas y ha sido confirmada posteriormente. La secuencia de los eventos que da lugar a las tumefacciones axónicas se inicia con condensación focal de neurotúbulos, mitocondrias y retículo endoplasmático la tumefacción axónica aparece primero en la zona proximal a los nervios de rambior.

ESпина Bifida

EsPina Bifida → La espina bifida es una afección de la columna vertebral y solo se evidencia desde el nacimiento. Es un defecto del tubo neural. La espina bifida puede aparecer en cualquier lugar o a lo largo de la columna vertebral si el tubo neural no se cierra correctamente o por completo y eso produce un defecto de la médula espinal.

La espina bifida leve es la que la médula espinal y las estructuras que la rodean se encuentran dentro del cuerpo por las vértebras de la parte baja de la espalda no se forma de manera normal, puede haber un mechón de pelo, un hoyuelo o una marca de nacimiento sobre la zona del defecto. A veces no hay anomalías en la zona.

Meningocele → Es una forma moderada de espina bifida en la que la médula espinal se puede ver una bolsa llena de líquido por fuera de la espalda. La bolsa no contiene médula espinal ni nervios.

Mielomeningocele → Forma grave de espina bifida en la que la médula espinal y nervios están expuestos y se extienden hasta una bolsa de líquido visible en el exterior de la espalda. En estos casos los bebés tienen debilidad y pérdida de sensibilidad debajo del defecto también son comunes los problemas de funcionamiento de los intestinos y la vejiga.

La mayoría de los bebés con mielomeningocele también tienen hidrocefalia, una afección que produce que se acumule líquido dentro de la cabeza y al aumentar la presión

COMPRESIÓN

Medular

Compresión medular Desde el punto de vista clínico es esencial conocer al menos tres vías que recorren la médula aparte de la decussación de los sustanciales en estos anteriores motores y posteriores sensitivas. La primera vía es la lateral y anterior que se sitúa en la parte anterior del cordón lateral esta vía surge constituyéndose de las prolongaciones provenientes de los neurones del corte posterior del lado contrario que cruzan las sustanciales gris pasando por la zona periespinaria la incorporan con el esta vía de los axones se hace casi a la misma altura de los neurones origen. Es por tanto que una vía cruzada a medida que se va formando lleva la sensibilidad táctil protopática y del dolor y temperatura. Si pensamos en la disposición de los axones en esta vía observando la médula de abajo hacia arriba a medida que se va incorporando axones los que ya estaban en la vía espino-talámica van siendo rechazados hacia fuera de forma que la decussación en corpus contráctos en esta vía que a medida ascendemos en la médula sitúan las fibras de la zona inferior del cuerpo más anteriores que las fibras de las zonas más superiores que se están incorporando. Hay piramidal cruzado. Situado en la parte posterior del cordón lateral. Esta constituido por las prolongaciones de los neurones piramidales en corticales contralaterales. Es una vía no cruzada a lo largo de toda la médula aunque sea cruzado ya a nivel de la decusa

Tumores raquimedulares

Tumores raquimedulares Los tumores raquimedulares son masas que aparecen en la medula espinal o en sus cubiertas. Las causas de esto de este problema a- sta en un crecimiento sin control de algu- nos de los componentes de la columna o de la medula espinal. Es posible tambien que se produzca una metástasis al aparecer células tumorales de otros puntos de nuestro organismo. Hay que señalar que estos tumores raquimedulares pueden ser una lesión benigna o maligna. Los primeros suelen presentar un crecimiento lento y encontrarse bien delimitados. Además podrán ser extirpados completamen- te mediante una intervención quirúrgica. Los casos más habituales suelen ser de los neurofibromas y los meningiomas. Por su parte los tumores malignos presenta- rán un crecimiento veloz infiltrando se- ademas en los tejidos de alrededor haciendo muy difícil que se puedan estable- cer unos límites claros de la lesión. Además, tras una intervención volverá a reproducirse. El caso más habitual de este tipo suelen ser los gliomas. Los sin- tomas que suelen presentar estos tume- res raquimedulares suelen ser bastante claros. Estos suelen abarcar desde una pérdida de fuerza en una parte del cuerpo. Falta de sensibilidad (ormiga) en el control de la orina o en el

Lesiones Raquimedulares

Dr. Sergio Jimenez Ruiz

Patología raquimedular Congénita • Arnold-Chiari • Espina Bifida Patología Raquimedular Degenerativa • Hernia disco lumbar • Espondilosis cervical • Cirugía mínimamente invasiva de columna. Después el primer caso descrito en la literatura está publicado en la década de los 80 del siglo pasado, no ha sido hasta esta década dando trazo al avance tecnológico proporcionado por sistemas de visión endoscópica, radiopisco y microquirúrgico cuando se produce el auge de estas técnicas uno de los efectos secundarios negativos de la cirugía espinal clásica es daño tisular (músculo) que se relacionaba con un postoperatorio mucho más doloroso y más días de hospitalización. Además mientras más grande sea la incisión mayor pérdida de sangre y quizás mayor riesgo de infección postquirúrgica. No todos los pacientes son candidatos a estas técnicas no pierdan la posibilidad de empeorar el pronóstico de una posible cirugía más agresiva en un futuro. La indicación como hemos dicho es importante ya que todo paciente debe haber agotado previamente todas las opciones conservadoras (tratamiento - antiinflamatoria rehabilitación - Fisioterapia y según patología y hallazgos en pruebas complementarias (Radiografía simple y funcionales, Resonancia magnética de columna) Adaptar cada paciente la técnica apropiada Para
• Incisiones más pequeñas • Menor pérdida de sangre • Menos dolor postquirúrgico • Menos dolor y dosis de analgésicos • Menos días de hospitalización.

Arnold Chiari

Malformación de Arnold Chiari consiste en la herniación de la parte inferior del encéfalo, las amígdalas cerebrales y la parte inferior del cerebro por el agujero occipital hacia el canal vertebral, sin otras malformaciones asociadas en la médula espinal. Para algunos el tamaño de las amígdalas cerebrales ha de ser mayor de 5 mm para otros de 3 mm o amígdalas imperfectas para algunos puede ser de 0 mm o amígdalas impactadas con cuadro clínico compatible la clínica del síndrome Arnold Chiari puede expresarse en diversos cuadros de combinaciones de síntomas los más frecuentes en nuestra práctica son de más a menos: cefaleas, cervicalgias parencias en extremidades, alteración de la visión dolor en extremidades, parestesias, alteración de la sensibilidad, vértigos, alteración de la deglución, lumbalgias, deterioro de la memoria, marcha alterada, dorsalgias, alteración del equilibrio o trastorno del lenguaje, alteración de esfínteres, insomnio, vómitos, pérdida de la conciencia, temblor. Existen 4 tipos clásicos I-II-III-IV y dos 0-1.5 que se han descrito recientemente.

Tipo I Desceso de las amígdalas cerebrales sin otra malformación del sistema nervioso.

Tipo II Desceso de las amígdalas cerebrales sin otra malformación neurovascular que puede fijar la médula espinal en el canal vertebral.

Tipo III Desceso de las amígdalas cerebrales con encefalocele

T. Raquimedular

Traumatismos raquimedulares. El nivel neurológico más frecuente comprometido en lesiones raquimedulares por trauma es el Cervical - seguido del torácico y lumbar según diferentes. La brusca interrupción de la conducción nerviosa a nivel medular origina el cuadro medular caracterizado por un agudo compromiso neurológico, hemodinámico respiratorio y urinario asociado a problemas de termorregulación con repercusiones neurológicas caracterizadas por un compromiso motor que se manifiesta como una parálisis flaccida con arreflexia, dolor sensitivo, desaparición de la actividad simpática y pérdida de reflejos de adaptación en el territorio ubicado por debajo de la lesión. El manejo del trauma raquimedular asociado o no a politraumatismos debe iniciarse en la escena del accidente, la tendencia actual es hacia una inmovilización selectiva haciendo una identificación del grupo de pacientes donde tendrá un rol vitalicio. Se describe detalladamente el cuadro de dolor o espinal y otros aspectos e índices de la lesión medular. El diagnóstico debe incluir examen neurológico completo y estudios de imagenología, el tipo de imagen de elección es la tomografía axial computarizada. Se analizan diferentes alternativas de tratamiento, descompresiva precoz o diferida, metilprednisolona, neuroprotección y neuroregeneración finalmente