



García Aguilar Paola Montserrat

Dr. Jiménez Ruiz Sergio

Medicina Física y de Rehabilitación

Quinto Semestre Grupo "B"

Comitán de Domínguez Chiapas a 17 de Noviembre del 2023

Enfermedad Raquimedular Congenita

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz

Entre las lesiones raquimedulares se deben considerar los potenciales etiológicos que obligan a una atención en la Sala de Urgencias. El daño mecánico de la médula espinal es la causa más frecuente de manifestaciones raquimedulares. Según el segmento dañado, genera diferentes niveles de alteración clínica. Este daño se asocia a bloqueos del aporte sanguíneo, herniación del disco Intervertebral, hemorragias o procesos inflamatorios extramedulares o intramedulares, la combinación de algunos de ellos o de todos ellos suele ser la causa de patología raquimedular. La médula espinal se extiende desde el cerebro hasta el nivel vertebral L1-L2, termina en el cono medular y continúa como cauda equina. Tiene segmentos neurológicos que corresponden a las raíces nerviosas que salen de la columna espinal entre cada vértebra. Existen 31 pares de raíces espinales nerviosas: Ocho cervicales, 12 torácicas, cinco lumbares, cinco sacras, y una cocigea. Por la diferencia en la longitud de la columna y médula espinal, el nivel neurológico no relaciona con el segmento vertebral. La lesión medular tiene origen traumático en 80%. (accidente de vehículo, caída, lesión ocupacional, deportivo o por violencia) con mayor incidencia en hombres de 16 a 21 años y 765 años. La etiología no traumática por un orden de frecuencia es tumoral degenerativa. La etiología no traumática por orden de frecuencia es tumoral degenerativa (osteoartritis), vascular (isquemia).

COMPRESION

medular

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz

Introducción.

La compresión medular maligna es una fuente de morbilidad muy importante en el paciente oncológico cuyo diagnóstico es el arma más importante para poder garantizar la efectividad terapéutica, la rehabilitación, juega un papel importante y esencial en el tratamiento y mantenimiento de los pacientes. La parálisis y la disfunción de los esfínteres son los estadios más avanzados de esta urgencia oncológica que están directamente relacionados con un menor tiempo de supervivencia. Aparece 5% de los pacientes con cáncer, siendo los más frecuentes el cáncer de pulmón, mama y próstata. La compresión medular maligna ocurre por invasión directa del tumor primario o por sus metastasis. El riesgo si existe un riesgo de daño medular y aumenta a un 20% si existen lesiones metastásicas en la columna vertebral entre un 7-16% de los casos ocurre por una segunda vez.

En la mayoría de los casos la metástasis del cuerpo vertebral son por vía hematogénica debido a la expresión de determinados genes tumorales con especial tropismo por la médula ósea vertebral, suelen crecer en las zonas bien vascularizadas de la vertebra, que es la zona posterior del cuerpo vertebral por lo que lo primero que se afecta es la parte anterior de la médula espinal. La invasión por el tumor altera la relación por el plexo venoso epidural - cuerpo vertebral - canal medular que lleva a la disminución del flujo capilar y la liberación de p-g-E, citocinas y neurotransmisores.

Trauma

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz

Raquimedular

El trauma raquimedular (TRM) pueden ser una lesión devastadora para el paciente traumático asociándose a altas causas de mortalidad y una morbilidad significativa. Más del 70% de las lesiones raquimedulares se acompañan de politraumatismo y la carga socioeconómica que implica una lesión raquimedular es sustancial por todo lo anterior existe la necesidad de optimizar las recomendaciones de trauma para estos pacientes. Una vez que los pacientes son rescatados y estabilizados el tratamiento de las lesiones raquimedulares, incluye una rápida evaluación y caracterización para determinar si es necesaria una resolución quirúrgica mediante la estabilización y descompresión. Los efectos adversos del reposo prolongado y la evolución de las técnicas quirúrgicas y tratamientos quirúrgicos electivos. Sin embargo el tratamiento quirúrgico de estos pacientes es desafiante muchas veces los pacientes se encuentran en un estado crítico y no existe una guía para priorizar el tratamiento de las múltiples lesiones. En estos casos toma importancia la aplicación de concepto de cirugía del "Control del daño". Existen además de otros factores que pueden retrasar el tratamiento como son el tiempo de rescate, el estudio y la identificación de los daños y la disponibilidad de equipo quirúrgico empleado. Existe consenso en los protocolos para el manejo prehospitalario pero las implicaciones del retraso en el tratamiento definitivo no están de todo claros.

Tumores

raquimedulares.

Tumores raquimedulares.

Los tumores raquimedulares son la mayor causa de morbilidad y mortalidad en los pacientes con afecciones oncológicas y tienen una incidencia estimada de 0,62 por cada 100.000 habitantes en los EE UU, y llega hasta 1 por cada 100.000 de forma global.

Representa aproximadamente del 10 al 15% de todos los tumores del sistema nervioso central. Tienen a su vez una relación 1:4 con los tumores intracraqueales.

El primer intento documentado de resección de tumor espinal intramedular fue realizado por Christian Fanger en 1890. El paciente permaneció paralizado después de la operación, la primera resección exitosa fue realizada en 1907 por Anton von.

La mayoría de estos tumores se desarrollan a partir del tejido neural, filum terminal, raíces nerviosas o meninges, ocupan espacios en el compartimiento intradural o fuera de éste y son clasificadas como y de acuerdo a la relación con la medula espinal.

Los tumores raquimedulares se clasifican de forma topográfica y toman como punto de referencia a la dura madre, en extramedular (55%), intramedular (intradural) (5%) (37%).

Entre los pacientes mayores de 20 años. Son más comunes las meningiomas con un 38%, los tumores de la vaina del nervio raquídeo 23% y los ependimomas con 21%, los dx de tumores intradurales en adultos incluyen linfomas 2%, glioblastomas 3%, hemangiomas (3%) y astrocitomas (0,8%).

ESPINA Bifida

Dr. Sergio J.
Jimenez Ruiz

Espina Bifida

La espina bifida es un defecto congénito que ocurre cuando la columna vertebral y la médula espinal no se cierran adecuadamente.

Es un tipo de anomalía congénita del tubo neural, esta afección neurológica causa que una parte de la médula espinal y estructuras que la rodean se desarrollen fuera y dentro del cuerpo. Este defecto se puede presentar en cualquier parte del cuerpo (columna).

La espina bifida es uno de los defectos más graves del tubo neural compatibles con la vida prolongada. Este defecto es una de las anomalías más frecuentes en general, con una incidencia al rededor de 1/1.500 en los Estados Unidos. Es más frecuente en la región

torácica inferior, lumbar o sacra y suele abarcar de 3 a 6 segmentos vertebrales. La gravedad varía de oculta; en la que se observan anomalías evidentes a sacos protuberantes (E.B.quistica) a una columna abierta (raquisquisis) con una alta gravedad de discapacidad neurológica y muerte.

La espina bifida oculta se observan alteraciones de la piel que cubren la parte inferior de la espalda (En general la región lumbar sacra). Estas consisten en un trayecto o en trayectos difusos fistulosos que no tienen un fondo visible, se localizan por encima de la región sacra baja y no se encuentran en la línea media; zonas hiperpigmentadas; asimetría de los pliegues quíteas con desviación del margen superior hacia un lado; y quillos de pelo. A menudo, estos niños presentan otras anomalías en la porción subyacente de la médula espinal, como lipomas, y médula anclada (en la que la médula tiene una fijación anormal) debido a la afección.

Arnold Chiari

Dr. Sergio

Jimenez Ruiz

El Síndrome de Arnold-Chiari I, consiste en la herniación de la parte inferior del encéfalo - las amígdalas cerebelosas, y la parte inferior del cerebelo por el agujero occipital en el canal vertebral. Sin otras malformaciones asociadas en la médula espinal. Para algunos el descenso de las amígdalas cerebelosas ha de ser mayor 5mm, mm o amígdalas para algunos puede ser de 0 mm, amígdalas impactadas con un cuadro clínico compatible.

La Clínica del Síndrome de Arnold-Chiari I (SACH) puede expresarse en adversos cuadros de combinaciones de síntomas: de los más frecuentes:

Cefalea, cervicalgias, parestias en extremidades, parestias alteración de la visión, dolor en extremidades, parestias alteración de la deglución, lumbalgias, trastornos del lenguaje, alteración del equilibrio, temblor.

Tipo de Síndrome de Arnold-Chiari

Existen cuatro tipos clásicos (I, II, III, IV) y dos (0, 1.5) que se han descrito recientemente. Otras malformaciones del (SN)

Tipo I: Descenso de las amígdalas cerebelosas sin otra malformación de SN

Tipo II: Descenso de las amígdalas cerebelosas con malformación neurovertebral, que puede fijar la médula espinal al canal vertebral

Tipo III: Descenso de las amígdalas cerebelosas con encéfalo cere occipital y anomalías cerebrales

Tipo IV: Descenso de amígdalas cerebelosas, con aplasia o hipoplasia del cerebro asociada de la tienda del cerebelo

Tipo "0": Actualmente se ha comentado la existencia de casos con clínica propia

Polineuropatías

El término polineuropatía (PNP) describe aquellas enfermedades que bien por trauma externo, bien por agresión desde el medio interno, cursan con lesión de los nervios periféricos.

La prevalencia de 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, así como una propuesta práctica de clasificación clínica. La implicación fisiopatológica 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 retrógrada o dying back.

Neuropatía

Jimenez Ruiz

Las neuropatías tóxicas incluyen aquellas causadas por toxinas industriales, metales pesados, medicamentos y alcohol. Como se ha investigado, aunque estas neuropatías representan únicamente el 2-4% de las neuropatías. Son importantes para diagnosticar e identificar que obviarán la necesidad de investigaciones costosas y algunas veces invasivas. Además, revisión de todos o al menos de algunos de los síntomas puede ocurrir en la detección de la toxina. De igual forma numerosos medicamentos pueden ser asociados con neuropatía, pero desafortunadamente carecen de muchas pruebas obvias para demostrarlo como por ejemplo las estatinas. Un gran número de pacientes con neuropatía inducida por medicamentos no son usualmente referidos con neurologos y son manejados por otras especialidades. Por casos de neuropatía inducidos por quimioterapia y pacientes con VIH, con medicamentos antirretrovirales, y esto lleva a desconocer mejor a los medicamentos causales e historia natural de la enfermedad y muchas veces se quedan con reporte de caso. Con el fin de establecer una "causalidad" en vez de una mera asociación, ciertos criterios se deben cumplir: manifestaciones concientes; relaciones temporales para el inicio de manifestaciones concientes para el inicio de los síntomas y la exposición al fármaco; mejoría o al menos no progresión después del cese del medicamento, datos con modelos patológicos y exclusión de otras causas.

Bibliografías:

Haanpaa M, Attal N, Backonja M, Baron R, Bennett M, Bouhassira guidelines on neuropathic. Peripheral neuropathies: examination of the patient 2018; 152(1): 14-27.

Garfia, A., Salguero, M., Martínez, M.C., Molina, M., & Botet, F.C. (2002). Neuropatía hemorrágica tóxica aguda y fallo multiorgánico tras intoxicación por anticoagulantes, disolventes, AINES y antihistamínicos: A propósito de un caso fatal. Cuadernos de Medicina Forense, (27), 61-70.

Henderson, Ronnie, & Tellechea, Martín. (2019). Anestesia en paciente portador de lesión raquimedular crónica. Historia clínica comentada. Anestesia Analgesia Reanimación, 27(1), 2.

Lara-Ávila, Miguel, Felipe, & Cruz-Martínez, Rogelio. (2022). Espina Bífida. Diagnóstico, pronóstico y opciones de corrección intrauterina mediante cirugía fetal abierta y fetoscópica. Ginecología y obstetricia de México, 2022 (1), 73-83.

Martínez-Sabater, Antonio. (2019). Malformación de Arnold-Chiari: la pérdida de la sonrisa. Index de Enfermería, 23(4), 256-259.

Romero, P., Manterola, A., Martínez, E., Villafranca, E., Domínguez, M.A., & Arias, F.. (2020). Compresión medular. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 27(Supl. 3), 155-162.

Collazo Álvarez, Hiralio, Imbert Palmero, Juan, Collazo Marín, Stephen Yecc, & Boada Salas, Noelia Margarita. (2018). Traumatismo raquimedular torácico y lumbar. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología, 16(1-2), 53-60.

Martínez-Lage, J.F.. (2007). Tumores Raquimedulares. Neurocirugía, 18(3), 270.