



Mi Universidad

Dionicio Moreno Suchiapa

Reportes de lectura

Reportes de lectura

3° parcial

Medicina física y rehabilitación

Dr. Sergio Jiménez Ruiz

Medicina Humana

5° Semestre Grupo "C"

Comitán de Domínguez, Chiapas, 17 de noviembre de 2023

Dionicio Moreno Suchapa

Polineuropatía

La polineuropatía es una disfunción simultánea de muchos nervios periféricos en todo el cuerpo. La causa de que muchos nervios periféricos no funcionen correctamente pueden ser por infecciones, sustancias tóxicas, fármacos, cánceres, carencias nutricionales, diabetes, trastornos autoinmunitarios y otras enfermedades. Resultan afectadas la sensibilidad, la fuerza o ambas, esto a menudo ocurre en los pies o en las manos antes que en los brazos, las piernas o el tronco. El diagnóstico se basa en los resultados de la electromiografía, en los estudios de conducción nerviosa y en los análisis de sangre y orina. Si el tratamiento de la enfermedad subyacente no alivia los síntomas, la fisioterapia, los fármacos y otras medidas pueden ayudar. La polineuropatía puede ser aguda la cual tiene un comienzo repentino, también puede ser crónica, esta se desarrolla gradualmente por lo general puede ser a lo largo de meses o incluso años, la polineuropatía aguda tiene muchas causas como puede ser infecciones en las que interviene una toxina producida por bacterias. Una reacción autoinmunitaria (cuando el organismo ataca a sus propios tejidos). La causa de la polineuropatía crónica con frecuencia es desconocida, las causas más frecuentes incluyen las siguientes: Diabetes (la más habitual), consumo excesivo de alcohol, infecciones por VIH, enfermedad de Lyme, herpes-zóster, neuropatías hereditarias, trastornos autoinmunitarios, deficiencia de B12, que provoca también la degeneración combinada subaguda de la médula espinal y a menudo anemia perniciosa, otras carencias nutricionales (como el déficit de tiamina), una causa poco frecuente de polineuropatía crónica en los países desarrollados, excepto entre los alcohólicos que presentan desnutri-

Neuropatía tóxica

Las neuropatías ópticas nutricionales y tóxicas son lesiones causadas por desnutrición (neuropatías ópticas nutricionales) o por exposición a una sustancia perjudicial para el nervio óptico (neuropatías ópticas tóxicas), como plomo, metanol, etilenglicol o ciertos medicamentos. Causas

Una neuropatía óptica denominada neuropatía óptica nutricional, que está causada por una carencia nutricional (especialmente vitamina B12 y B1 o de ácido fólico). Las personas que han sometido a cirugía bariátrica (pérdida de peso), y los que sufren un trastorno por consumo de alcohol son particularmente susceptibles a la neuropatía óptica nutricional. La causa real probablemente es más la desnutrición que el efecto tóxico del alcohol. En raras ocasiones, la neuropatía tóxica está causada por medicamentos (como cloranfenicol, isoniazida, etambutol, y digoxina) o toxinas como el plomo, el etilenglicol (anticongelante) o el metanol. Cuando el trastorno está causado por una sustancia, un fármaco o una toxina, se denomina como una neuropatía óptica tóxica. Síntomas En las personas con neuropatías ópticas nutricionales o tóxicas, la visión por lo general se deteriora gradualmente durante días o semanas. Puede desarrollarse un punto ciego y agrandarse gradualmente, por lo general afectando el centro de visión, y que al principio puede pasar desapercibido. La visión de color puede verse más afectada que la pérdida de agudeza visual. Ambos ojos suelen estar afectados. El etilenglicol y en particular la intoxicación por metanol pueden provocar una pérdida de visión

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz

Dionisio
Patología Requiere Medula Congenita

La primera descripción de una malformación congénita del cerebro y cerebelo con hemiparesia de la médula espinal fue realizada por John Cleland en 1883 posteriormente por Hans Von Chiari en 1891 y más tarde, Julius Arnold en 1894 completa la descripción. Las malformaciones de Chiari consisten en 4 tipos de anomalías del rombencefalo. La mayoría de los casos consisten en malformaciones del tipo 1 y 2.

Malformación tipo 1 También es conocida como ectopia cerebral primaria o malformación de Chiari del adulto. Es un grupo de condiciones heterogéneas, que tienen en común la interrupción del flujo normal del líquido cefalorraquídeo a través del foramen magno. Algunos casos son congénitos y otros son adquiridos. Este clásicamente describe como una anomalía restringida al desplazamiento caudal del cerebelo con herniación.

Malformación tipo 2 Este sera un desplazamiento caudal por debajo del plano foramen magnum de vermes cerebeloso, bulbo, protuberancia y IV ventrículo. Suele manifestarse en el neonato o el lactante. En el 90% presentan hidrocefalia en los primeros meses de vida y en un tercio debutan con síntomas de afectación de tronco, tales como pausas de apnea, estridor inspiratorio por parálisis bilateral del X por alteraciones de la deglución, por lo que son propensos a las neumonías por aspiración, nistagmus, paresia facial disconjugada con los movimientos oculares, tetraparesia espástica de predominio braquial y ataxia.

Malformación tipo 3 Fosa posterior y columna cervical disraficas estando en el cerebro y el tronco herniados dentro de un mielomeningocele espinal. Es muy rara y es letal en el periodo neonatal.

Spina bifida Consiste en una progresiva dilatación del conducto ependimario medular. Siguiendo la teoría de

Esquina bifida

La espinia bifida es una afección en la que hay un desarrollo anormal de la columna vertebral, la médula espinal, los nervios circundantes y la bolsa de líquido que rodea a la médula espinal. Esta afección neurológica causa que una parte de la médula espinal y las estructuras que la rodean se desarrollen fuera, y no dentro del cuerpo. Este defecto puede presentarse en cualquier parte de la columna. Los tipos de espinia bifida son: Esquina bifida oculta: forma de espinia bifida leve en la que la médula espinal y las estructuras que la rodean se encuentran dentro del cuerpo, pero las vértebras de la parte baja de la espalda no se forman de una manera normal. Puede haber un mechón de pelo, un hoyuelo o una marca de nacimiento sobre la zona del defecto. Meningocele: Es una forma moderada de espinia bifida en la que 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 espinia bifida en la que la médula espinal y los 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 se produce o que produce que se acumule líquido dentro de la cabeza y al aumentar la presión los huesos se expanden a un tamaño mayor de lo normal. La espinia bifida es un tipo de defecto del tubo neural, durante el embarazo, el cerebro humano y la columna comienzan

Malformacion de Arnold Chiari

Las malformaciones de Chiari, son un grupo de desórdenes neurológicos heterogéneos caracterizados por alteraciones dentro de las regiones del cerebelo, falo cerebral y la union craneo cervical; todas resultando en un desplazamiento inferior del cerebro hacia el canal por el foramen magno, sea en conjunto con la medula inferior o no. Su patogénesis todavía se mantiene como un tema de debate, en el cual se han propuesto varios teorías, siendo entre ellas las más prevalentes, la teoría molecular genética, que postula que se da a partir de defectos genéticos, es decir en la programación genética en la segmentación del cerebro posterior, la teoría del amontonamiento que postula que el crecimiento restringido de la fosa posterior causa compresión del tejido neuronal, la teoría de presión hidrodinámica relacionada a hidrocefalia con efecto de masa y la teoría del fluido Oligo-cerebro espinal con relación a fallas en el cierre del tubo neural. Se habla de que de manera general, también pueden llegar a ser secundarias a defectos estructurales, secundarios a carencias nutricionales durante el embarazo de la madre. Se reconocen 3 tipos de malformaciones de Chiari: 1.- Malformación de Chiari tipo I: Amígdalas cerebrales de forma anómala que se desplazan de forma o debajo del foramen magno, se considera cuando existe un descenso de 5 milímetros de la punta rostral de las amígdalas. Malformación de Chiari de tipo II, conocida también como malformación de Arnold Chiari; en la cual hay un desplazamiento inferior de la vermis cerebelar y las amígdalas

Dr. Sergio Jimenez Ruiz

Dr. Sergio Jimenez Ruiz

Síndrome medular

La lesión medular como resultado de una agresión de la médula espinal que produce una alteración, de forma temporal o permanente en las funciones motoras o sensitivas y/o autonómicas de un individuo. A menudo se trata de lesiones con consecuencias funcionales, psicológicas, sociales y económicas muy importantes, sobre todo en aquellos casos en que son irreversibles. La fisiopatología de la lesión medular es compleja ya que el mecanismo de lesión se produce en dos fases. El daño primario es aquel que tiene lugar en el momento del traumatismo y las primeras horas, y se debe fundamentalmente a la acción directa de éste. La lesión inmediata afecta las células nerviosas, axones y vasos sanguíneos en el mismo nivel de traumatismo fruto de la contusión y la presión ejercida sobre la médula por el hueso, ligamentos y los discos intervertebrales afectados. En esta fase se producen fenómenos hemorrágicos, isquémicos e inflamatorios que se extienden rápidamente hacia áreas contiguas. Al mismo tiempo se producen alteraciones a nivel sistémico, por afectación del sistema nervioso autónomo, caracterizadas por hipotensión y bradicardia que contribuyen a empeorar el daño medular por hipoperfusión y que constituye a la fase secundaria. Tras los primeros horas se inicia un proceso de necrosis que será seguido, al cabo de las semanas, de una degeneración cística de la médula. Después de esta fase se desarrolla un tejido cicatricial que se extiende por los tractos axonales causando la interrupción en la conducción de las vías de conducción. La extensión tanto del daño

Traumatismo raquídeo medular.

El traumatismo raquídeo medular incluye todas las lesiones traumáticas que afectan las diferentes estructuras de la columna vertebral a cualquiera de sus niveles: estructuras óseas, ligamentosas, cartilagosas, musculares, vasculares, meníngeas, radiculares y de la médula espinal. De todo modo, el traumatismo raquídeo medular a menudo es el resultado de una compleja interacción de lesiones sufridas por el sistema musculoesquelético y nervioso. Esta a menudo frecuentemente a politraumatismo (huesos largos, pelvis, tórax) y traumatismo craneoencefálico. El diagnóstico precoz es importante para el pronóstico, pero no es fácil, por lo que debe tenerse siempre presente en el contexto de un politraumatizado. El traumatismo raquídeo medular es una patología en la que el anestesiólogo no es el protagonista, pero forma parte de un equipo multidisciplinario para el tratamiento especializado, tanto en la fase aguda (reanimación y fijación de la columna), como para enfrentar las complicaciones secundarias de la etapa crónica (cirugía de complicaciones y dolor neurogénico). El mayor problema de las lesiones de la columna vertebral es el riesgo de lesión medular asociada al desplazamiento de las estructuras óseas y a su inestabilidad. La brusca interacción o interrupción de la conducción nerviosa a nivel medular origina el cuadro de shock medular, caracterizado por un agudo compromiso neurológico, hemodinámico, respiratorio y urinario, asociado a problemas de termorregulación. La fase inicial del cuadro comienza inmediatamente después del accidente es una duración variable y es seguida por una fase crónica, que sobreviene entre la tercera y la

Definición

Tumores raquímedulares

Los tumores raquímedulares ya sean malignos o benignos van a producir un cuadro clínico típico que es: "sd de compresión medular", que se trata de una afección medular, ya sea aguda o progresiva, como consecuencia del crecimiento de un proceso expansivo. Cursa principalmente con: Dolor (este es el síntoma más característico), signos motores, Alteración sensorial, alteración de esfínteres, trastornos vegetativos. En el apartado del dolor, el dolor de espalda, es frecuente, y rebelde a analgésicos, el dolor es localizado es decir donde se encuentra el tumor, es nocturno, es decir que también duele en reposo, el dolor aumenta con los movimientos de la columna y los Valsalvas; los tumores que más duelen son la metástasis y los propiamente intramedulares, pues aunque el SNC "no duele" por tracción pueden irritar la aracnoides y producir dolor, los neurofibromas producen dolor radicular, localizado en un único dermatoma, también dolor irradiado. Los cuadros dolorosos por afección de vías largas provocan parestesias (un estímulo "común" se hace doloroso), son de localización difusa, sin patrón característico o reconocible. Los signos motores aparecerán por debajo de la lesión o a su altura, los signos motores dependerán si el cuadro es agudo o no, aparecerán pérdida de fuerza flaccida e hiporreflexa en cuadros agudos, espástica e hiperreflexa en cuadros progresivos (como en una mielopatía cervical) habrá alteración de 2^o motoneurona; cuando existe

Bibliografías

1. Icac. (2022, 26 julio). *Qué son, tipos y diagnóstico de las malformaciones de Arnold-Chiari*. ICAC. <https://columna.com/malformacion-de-chiari/#:~:text=Causas%20y%20tipos%20de%20malformaci%C3%B3n%20Arnold%2DChiari%20en%20adultos&text=Las%20malformaciones%20de%20Chiari%20aparecen,inferior%20hacia%20el%20canal%20espinal>.
- 1.1. Anónimo. (2023, 24 julio). Síndrome de Arnold Chiari y su abordaje fisioterapéutico / osteopático - FisioClinics Bilbao. *FisioClinics Bilbao*. <https://bilbao.fisio-clinics.com/sindrome-de-arnold-chiari-y-su-abordaje-fisioterapeutico-osteopatico-fisioclinics-bilbao>
- 1.2 *Malformaciones de Chiari - síntomas y causas - Mayo Clinic*. (2021, 11 noviembre). <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/chiari-malformation/symptoms-causes/syc-20354010>
- 2 Chen, J. J. (2023, 15 noviembre). *Neuropatías ópticas tóxicas y nutricionales*. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-oft%C3%A1lmos/trastornos-del-nervio-%C3%B3ptico/neuropat%C3%ADas-%C3%B3pticas-t%C3%B3xicas-y-nutricionales>
- 2.1 *Neuropatía Óptica Nutricional y tóxica | Bascom Palmer Eye Institute*. (s. f.). El Sistema de Salud de la Universidad de Miami. <https://umiamihealth.org/es/bascom-palmer-eye-institute/specialties/neuro-ophthalmology/nutritional-and-toxic-optic-neuropathies>
- 3 *Datos sobre espina bífida | CDC*. (2016, 11 mayo). Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/spinabifida/facts.html#:~:text=La%20espina%20b%C3%ADfida%20es%20una,no%20se%20cierra%20por%20completo>.

3.1 Espina bífida - síntomas y causas - Mayo Clinic. (2022, 8 enero).

<https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/spina-bifida/symptoms-causes/syc-20377860>

4. Rubin, M. (2023, 4 noviembre). *Polineuropatía*. Manual MSD versión para público general.

<https://www.msmanuals.com/es-mx/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/trastornos-del-nervio-perif%C3%A9rico-y-trastornos-relacionados/polineuropat%C3%ADa#:~:text=La%20polineuropat%C3%ADa%20es%20una%20disfunci%C3%B3n, trastornos%20autoinmunitarios%20y%20otras%20enfermedades.>