



Mi Universidad

controles de lectura

Luis Angel Vasquez Rueda

Controles de lectura

Tercer parcial

Medicina Física Y De Rehabilitación

Dr. Sergio Jimenez Ruiz

Licenciatura En Medicina Humana

5to Semestre Grupo "C"

①

Polineuropatía - control de lectura 1

M. F. y D. R.
26 10 23

3

Son un trastorno de los nervios periféricos difuso que no está limitado a la distribución de un único miembro o nervio, y por lo general es relativamente bilateral y de manera simétrica. Los estudios de electrodiagnóstico siempre deben realizarse para clasificar las estructuras nerviosas que se encuentran afectadas, y su distribución y la gravedad del trastorno y por lo tanto ayuda a identificar la causa, el tratamiento está dirigido mayormente a corregir la causa principal.

- polineuropatías que afectan a las fibras motoras: trastornos inmunomediados (Guillain Barre), neuropatía motora multifocal con bloqueo de conducción, intoxicación por plomo, uso de dapsona, picadura de garrapata, porfiria, atrofia muscular espinal.
- polineuropatías que afectan a las fibras sensitivas: ganglionitis de la raíz dorsal del cancer, lepra, SIDA, diabetes mellitus, intoxicación crónica por piridoxina.
- trastornos que afectan a los pares I nervios craneales: Sx. Guillain-Barre, enfermedad de Lyme, Diabetes, difteria.
- Cuadro Clínico de la polineuropatía: los síntomas de la polineuropatía pueden aparecer de repente o desarrollarse de manera lenta y convertirse en crónicos dependiendo de la causa, así como la fisiopatología, los síntomas están relacionados. Las polineuropatías a menudo se clasifican según por el área de disfunción.

②

Luis
Jimenez Ruiz Angel

NEUROPATIA TOXICA

M. F. Y. D. R. 3
31 10 23

Los nervios periféricos son todas aquellas estructuras que se encuentran por fuera de la medula espinal, y el cerebro, cuya función es enviar la información desde el medio externo del sistema nervioso central, el cual ante una respuesta a ese estímulo, y una lesión en los nervios suele alterar la respuesta que envía al cerebro al resto del cuerpo, una de estas lesiones es la neuropatía periférica, esta neuropatía puede afectar a un nervio o a un tipo de nervio, o una combinación de varios nervios, las causas de las neuropatías son diversas, entre ellas están los factores hereditarios y las adquiridas, donde dentro de las causas adquiridas suelen ser las más comunes las de tipo traumático que son lesiones producto de caídas, accidentes, actividades deportivas, cuadros de estrés seguidos o constantes, o inclusive un estrechamiento en el espacio nervioso, también se encuentran las generadas por procesos infecciosos y por enfermedades autoinmunes, como el herpes zoster, el síndrome de Guillain-Barré, el lupus eritematoso sistémico y la artritis reumatoide, así mismo, otra de las causas son las enfermedades sistémicas, como la diabetes mellitus, por la ingesta de medicamentos y la exposición a sustancias tóxicas como los metales pesados y químicos industriales, los principales síntomas y signos de la neuropatía son: hormigueo,

JEAN
BOOK

3

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz
Luis Anjel

PATOLOGIA RAQUIMEDULAR C.

M. F. y. D. R.
31 10 23

3

El dolor de espalda es la causa principal de incapacidad en pacientes mayores de 45 años, lo que supone un problema médico de máxima relevancia en términos tanto económicos como de manera social, se suele clasificar en función de la duración, como el dolor lumbar agudo (< 6 semanas) Subagudo (6 semanas - 8 meses) Crónico (> 3 meses) la mayoría de los pacientes con dolor de espalda, tendrá una mejoría en el plazo de 2 meses, con o sin el tratamiento, por lo que el manejo de un paciente con dolor lumbar agudo sin factores de riesgo debe ser conservador, con el objeto de conseguir un alivio sintomático el paciente debe ser informado sobre el origen del cuadro que padece. El tratamiento farmacológico se base en fármacos analgésicos, aines y relajantes musculares (no más de una semana)

Radiculopatía: el paciente puede presentar trastornos sensitivos o alteración de los reflejos, y menos frecuente, déficits motores en el territorio correspondiente a la raíz nerviosa comprimida por la hernia discal, la radiculopatía es generalmente unilateral, sin embargo, las hernias foraminales pueden comprimir la raíz que se sale por ese espacio, y en las hernias centrales, la afectación puede ser bilateral, las manifestaciones típicas de la afección de cada raíz, en el caso de las hernias posterolaterales, son (C. hernia discal L1-L2)

JEAN
BOOK

(4)

Luis Angel
Dr. Sergio

Jimenez Ruiz

M. F. y. D. R.
03 01 23

3

ESPINA BIFIDA

es el cierre defectuoso de la columna vertebral, si bien no se conoce la causa, las bajas concentraciones de ácido fólico durante el embarazo aumentan el riesgo, es uno de los defectos más graves del tubo neural compatible con vida prolongada, es una anomalía congénita muy común, con una incidencia de 1/1,500, es más frecuente en la región torácica inferior, lumbar o sacra, la gravedad varía de oculta, en la que no se observan anomalías evidentes, a sacos que son protuberantes, a una columna abierta por completo

- Espina Bifida Oculta: ≥ 1 vertebra no se forma normalmente, y también puede llegar a afectar la médula espinal y las meninges
- Espina Bifida Quística: el saco que protruye puede contener meninges (meningocele), médula espinal (Mielocel) o ambas (meningomielocel)
- Etiología: la causa es multifactorial, la deficiencia de ácido fólico es un factor significativo, otro factor son el uso materno de ciertos fármacos (ej: Ácido Valproico) y la diabetes gestacional
- Cuadro Clínico: (Neurológicos) cuando hay un compromiso de la médula espinal o las raíces nerviosas lumbosacras, puede haber parálisis y déficits sensitivos por debajo de la lesión, con una disminución del tono rectal, la hidrocefalia puede causar signos y síntomas de hipertensión intracraneal. (Ortopédicos) la falta de inervación muscular causa atrofia de los miembros inferiores, los problemas ortopédicos pueden estar presentes en el momento del nacimiento (ej: pie zamba, artrogrupos de los miembros inferiores).

JEAN
BOOK

MALFORMACIÓN DE ARNOLD CHIARI

M. F. Y. D. R.

31 10 23

3

este consiste en una hernia en la parte inferior del encéfalo - amígdalas cerebelosas, y la parte inferior del cerebro por el agujero occipital hacia el canal vertebral, sin otras malformaciones asociadas en la M.E.

- **Cuadro Clínico:** puede expresarse en diversos cuadros, de los más frecuentes es la cefalea, cervicalgias, paresia de extremidades, alteración de la visión, deglución, vértigos, alteración del equilibrio, lumbalgias, dorsalgias, disestesias, trastorno del lenguaje, alteración de esfínteres, insomnio, vómito, síncope y algunos temblores.

- **Clasificación:** **tipo I:** Descenso de las amígdalas cerebelosas sin otra malformación del S.N.

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 encefalocele occipital y anomalías cerebrales

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

- **Factores de riesgo:** la tracción caudal, se trata de una patología congénita, así como el aumento súbito de la fracción medular se ha observado que tras un accidente, caída o trauma de la columna vertebral, la tracción medular puede aumentar, en estas circunstancias puede observarse empeoramientos del descenso de las amígdalas o de la compresión del foramen magno, a través de los síntomas, el accidente en estos casos, no es la causa del

(6)

Luis Angel
M. F. Y. D. R.

SINDROMES MEDULARES

08 11 23

3

Los trastornos de la medula espinal suelen ser el resultado de problemas extrínsecos a la medula espinal (es: compresión por estenosis medular, hernia de disco, tumor, absceso, hematoma), menos comunes, son los trastornos intrínsecos a la medula (es: infarto medular, mielitis transversa, infección por VIH, infección por poliovirus, Covid-19, deficiencia vitamina B12) y las raíces nerviosas espinales por fuera de la medula espinal también pueden llegar a dañarse.

- **Signos y síntomas:** la disfunción neurológica secundaria a los trastornos medulares ocurre en el segmento medular afectado, y a todos los segmentos que se encuentran por debajo, siendo la excepción el síndrome medular central, que puede respetar los segmentos que hay por debajo. Los trastornos medulares producen distintos patrones de déficits, dependiendo del tracto nervioso dentro de la medula o que raíces espinales fuera de ella estén dañados. La disfunción medular causa: paresia, pérdida de la sensibilidad / cambios reflejos / disfunción autónoma, la disfunción puede ser tanto parcial o incompleta, las alteraciones autónomas y reflejas suelen ser los signos más objetivos de disfunción medular, y las alteraciones sensitivas suelen ser las menos objetivas.

- **Síndromes medulares específicos:** incluye la mielopatía transversa / Síndrome de Brown-Sequard, Síndrome medular central.

JEAN BOOK

7

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz
Luis Angel

TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR	M. F. y. D. R.	10	11	23	3
--------------------------	----------------	----	----	----	---

el traumatismo raquimedular (TRM) incluye todas las lesiones traumáticas que afectan a diferentes estructuras osteoligamentosas, cartilaginosa, musculares vasculares, meníngea, radicales y medulares de la columna vertebral, habitualmente afecta a personas jóvenes en etapa productiva, la lesión de la médula espinal afecta la conducción sensorial y motora desde el sitio de la lesión, por lo que al examinar dermatomas y miotomas, es posible determinar los segmentos medulares afectados por el traumatismo, a partir del examen de dermatomas y miotomas, se generan varias medidas de daño neuronal, a través del cual se puede establecer el tipo de daño y el nivel en el que este se encuentra.

- el traumatismo raquimedular debe ser una sospecha en las personas víctimas de accidentes de tráfico de alta velocidad, personas sometidas a traumatismo severo, personas que han caído por las escaleras, personas con trauma menor que refieran dolor espinal y/o que presenten síntomas sensitivos o motores, y en las personas que han sufrido algún traumatismo y que posteriormente quedaron con compromiso de conciencia, se debe asumir un TRM.

- Evaluación neurológica: es esencial para una valoración adecuada de la gravedad del traumatismo así como también para evaluar la mejoría o deterioro de las funciones neurológicas, y la prueba debe ser tanto sensitiva como motor.

- Examen de función motora: este se realiza a través del examen de un músculo clave en cada lado del cuerpo para los 10

JEAN ROY

⑧

Dr. Sergio Jimenez Ruiz
Luis Angel

TUMORES RAQUIMEDULARES

M. F. Y. D. R.
14 11 23

3

- Se trata de masas anormales de tejido tras una multiplicación incontrolable de las células o una deficiente apoptosis celular que se encuentra en relación con la médula espinal. Estos pueden ser primarios o metastásicos (más comunes), los tumores raquimedulares representan un 10%-15% de los tumores del SNC, y la mayoría de los tumores de la médula espinal son benignos, y estos se pueden clasificar: de acuerdo a su segmento (Cervical/dorsal/lumbar/sacro/), de acuerdo a su histología (benigno/maligno), o de acuerdo a su origen (primario/secundario).
- Según su localización anatómica se clasifican en intramedular (5%)/extramedular (40%)/extradural (55%), los tumores intradurales intramedulares representan 2-5% de los tumores del SNC, siendo generalmente gliomas (80%), siendo más frecuentes en el cerebro por la falta de tejido glial en la médula espinal.
 - Ependimomas: tumor intramedular más común en los adultos, suelen ser centrales dentro de la médula y se expanden a medida que crecen.
 - Astrocitomas: origen en astrocitos, 3% tumores del SNC, predomina en región cervical y dorsal, se maneja con resección qx, laminectomía descompresiva, excisión del tumor, radioterapia.
 - Hemangioblastoma: es una lesión vascular, 3ro más frecuente, es benigno, lesiones solitarias, su sintomatología es variable, tiene un excelente pronóstico, tx qx más radioterapia.
 - tumores intradurales extramedulares: pueden ser meningiomas (70%) y tumores de la vaina.

JEAN BOOK

Referencias bibliográficas

- 1- Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2019). Medicina Interna de Harrison - 2 volumes - 20.ed. McGraw Hill Brasil. Capítulo 446, pag. 7501-7546
- 2- Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2019). Medicina Interna de Harrison - 2 volumes - 20.ed. McGraw Hill Brasil. Capitulo 446. Pag. 7501-7546
- 3- Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2019). Medicina Interna de Harrison - 2 volumes - 20.ed. McGraw Hill Brasil. Cap. 76
- 4- Defectos del tubo neural. (s. f.). McGraw Hill Medical. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2928&ionid=252173715#252173731>
- 5- Siringomielia. (s. f.). McGraw Hill Medical. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookId=3002&ionId=255915305>
- 6- Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2019). Medicina Interna de Harrison - 2 volumes - 20.ed. McGraw Hill Brasil. Cap. 434
- 7- Dubois, S. M., & Salas, R. V. G. (2001). Cirugía: bases del conocimiento quirúrgico y apoyo en trauma. Cap. 32
- 8- Zubiran. (2000). Manual de Terapéutica Médica y Procedimientos de Urgencias. McGraw-Hill Professional Publishing. Cap. 79