



Mi Universidad

Control de Lectura

Freddy Ignacio López Gutiérrez.

Controles de Lectura.

3er Parcial

Medicina Física y de Rehabilitación.

Dr. Sergio Jiménez Ruiz.

Licenciatura en Medicina Humana

5to semestre grupo C

"Polineuropatía"

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz

Freddy

El término polineuropatía se refiere a un proceso demerilizado, relativamente homogéneo, que repercute en varias nervuras periféricas, con la afectación habitualmente más frecuente de las nervuras distales por ser las más largas, aun que no de forma única y específica. Los síntomas pueden ser sensoriales, motores o autonómicos, generalmente con un gradiente distal. El patrón más típico es el denominado "en guante y calcetín", con atenuación también distal de los reflejos **ostcomuoculares**. Las polineuropatías debe distinguirse de otras enfermedades del sistema nervioso periférico, incluyendo las mononeuropatías múltiples (neuropatía multifocal), y de algunos trastornos del sistema nervioso central.

Mononeuropatía aparece cuando se produce la participación de un solo nervio, generalmente debido a una causa local, (traumatismo, compresión o atrapamiento). El síndrome de túnel carpiano es un ejemplo común de una mononeuropatía. La causa más frecuente es por una disminución del espacio, entonces aumenta la presión en su interior, resultado comprimido del nervio mediano. **Mononeuropatía múltiple** define la afectación de troncos nerviosos no contiguos de forma simultánea o secuencial, con una evolución de días a años. A medida que este déficit neurológico progresa se va haciendo confluyente y simétrico y es más difícil de diferenciar de una polineuropatía. La causa más frecuente es la

Neuropatía Tóxica

Los nervios **periféricos** son todas aquellas estructuras que se encuentran por fuera de la médula espinal y el cerebro y cuya función es enviar la información desde el medio externo sistema nervioso central el cual envía una respuesta a ese estímulo. 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. La neuropatía puede afectar a un nervio o tipo de nervio, o una combinación de varios nervios. Las **causas** de las neuropatías son diversas entre ellas las hereditarias y las adquiridas. Dentro de las causas adquiridas suelen ser las más comunes se encuentran las de tipo traumático que son lesiones producto de caídas, accidentes, actividades deportivas, estrés repetido o estrechamiento en el espacio nervioso. También se encuentran las generadas por procesos infecciosos y enfermedades autoinmunes como el herpes zóster, 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, por la ingesta de medicamentos y la exposición a sustancias tóxicas como los metales pesados y químicos industriales. Los **síntomas** de la neuropatía son: hormigueo,

Patología Raquismedular Congenita

La Lumbocantia es un dolor que comienza en la región lumbar y se arrastra a piernas siguiendo el dermatoma de la región afectada. La cervicobraquialgia en cambio es un concepto parecido que se inicia en la región cervical, irradiándose a brazos; son dos expresiones de la misma patología a distintos niveles, si bien la patología cervical es mucho menos frecuente (5-10%) de hernias son cervicales. El trayecto intracanal cervical de las raíces nerviosas es más corto que el lumbar. Las raíces cervicales salen por el mismo agujero de conjugación de su vértebra. Las raíces lumbares salen por el agujero un nivel por debajo (La raíz L3 saldrá por el agujero de la vértebra L4). Una hernia L4-L5 solo comprimirá L5 (no comprime la raíz saliente sino la que pasa). La causa más frecuente es la **Hernia Discal** que es la degeneración del núcleo pulposo del disco intervertebral; esta además es la patología **más frecuente** en neurocirugía. En cualquier caso los síntomas de la patología raquismedular (no sólo la hernia discal) son: **Lumbalgia mecánica**, se debe al estiramiento de músculos paravertebrales / ligamentos e irritación de las facetas. **Radiculopatía**, se afecta la raíz y hay dolor con alteraciones sensitivas, y debilidad; esta es la alteración característica de la hernia discal. **Claudicación neurológica**, Dolor que empieza al andar.

Espina Bífida

La Espina Bífida (EB) o difrismo espinal es una anomalía congénita que forma parte de los defectos de cierre de tubo neural. Esta anomalía congénita ocurre antes del día 27 de gestación y se asocia al compromiso multistático. Existen 2 tipos de espina bífida: 1) oculta: la forma más común, en donde una o más vértebras están malformadas y esta anomalía está cubierta por una capa de piel; 2) abierta: esta forma consiste en un grupo diverso de defectos espinales en los que la columna vertebral está marcada por una malformación de discos, huesos o membranas, siendo sus principales expresiones el meningocele, donde las meninges sobresalen de la apertura espinal, y la malformación puede o no estar cubierta por una capa de piel, y el mielomeningocele, en el cual la médula espinal está expuesta a través de la apertura en la columna. El tratamiento precoz de un paciente adulto afectado por espina bífida, efectuado por un equipo entrenado, puede lograr mejores resultados con menor probabilidad de complicaciones físicas o neurológicas, logrando una alta supervivencia. Por ello se debe efectuar un examen neurológico exhaustivo en todo paciente EB, en el cual los aspectos fundamentales a evaluar son: observación de la actividad espontánea, grado de debilidad

Malformación de Arnold Chiari.

Las malformaciones de Chiari, son un grupo de desórdenes neurológicos heterogéneos, caracterizados por alteraciones dentro de las regiones del Cerebro, falo cerebral y la unión Craneocervical; todas resultando en un desplazamiento inferior del Cerebro, falo hacia el canal espinal por el foramen magno, sea un conjunto con la médula inferior o no.

Tipos de Arnold Chiari. Se reconocen tres tipos de malformaciones de Chiari.

- 1) Malformaciones de Chiari tipo I: Amígdalas Cerebrales de forma anómala que se desplazan debajo del nivel del foramen magno. Se considera cuando existe un descenso de más de **5 milímetros** de la punta caudal de las amígdalas.
- 2) Malformaciones de Chiari tipo II: Desplazamiento inferior del vermis cerebelar y las amígdalas, cerebrales, malformación del falo cerebral y mielomeningocele espinal.
- 3) Malformaciones de Chiari tipo III: Es rara, es una combinación de una fosa posterior pequeña con un encefalocele cervical u occipital; usualmente con desplazamiento de las estructuras cerebrales dentro del encefalocele y con desplazamiento inferior del falo cerebral en el canal espinal. Anteriormente se describía un cuarto tipo de malformación, correspondiente a hipoplasia cerebral; pero se considera un término obsoleto dado que no se relaciona a las otras malformaciones de Chiari. Existen adicionalmente a

Tumores Raquimedulares

Jimenez Pardo
Ercos

De todos los tumores del SNC, 15% son intrarraquideos, por c/10 tumores cerebrales hay 1 en raquis. La mayor parte son benignos y las manifestaciones clínicas son consecuencia de efecto compresivo sobre la médula más que por invasión. Tipos: 1) Extradurales (35%) son intrarraquideos, se originan en las vértebras y tejido epidural. Sobre todo **metástasis**. 2) Extramedular intradural (40%) se originan de las leptomeninges o de las raíces. Sobre todo meningiomas y neurinomas. 3) Intramedulares (5%) sobre todo astrocitomas y ependimomas. Tumores extradurales. A) **Metástasicos**: La mayoría puede ser **osteolíticos**: Los más frecuentes, generalmente se originan de Linfomas, CA pulmonar, CA de mama y CA de próstata. **Osteoblásticos**: En hombres de CA de próstata y en mujeres de CA de mama. **Tumores primarios**, Cordomas, osteoma, osteoide, osteoblastoma, quiste osseo aneurismático, condrosarcoma, osteocondroma, Hemangioma vertebral, granuloma gigante celular, plasmocitoma, mieloma múltiple, granuloma eosinofilo, sarcoma de ewing, cloroma, neurofibroma. **Tumores Extramedulares Intradurales**. Meningiomas, neurofibromas, lipomas. **Tumores Intramedulares**. Astrocitomas (30%). Ependimomas (30%); otros: Glioblastomas, dermoides, epidermoides, etc. **Principales Tumores Intramedulares**. El 4-10% de tumores espinales (30-40% en niños). Los gliomas constituyen el 0%. Sobre todo Astrocitomas y ependimomas pero también oligodendrogliomas, subependimomas, Hemangioblastomas. Clínica. Estos tumores son de evolución lenta y progresiva. Dolor es diferente al de los tumores extramedulares, es difuso, sordo no radicular o radicular. **La deficiencia motora**, es bilateral y predominan los signos de la

Traumatismo Raquismedulares

El trauma raquismedular, puede ser una lesión devastadora para el paciente traumático, asociándose a altas tasas de mortalidad y una morbilidad significativa. Más del 70% de las lesiones raquismedulares se acompañan de politraumatismo y la carga socioeconómica que implica una lesión medular es substancial. Por todo lo anterior, existe una necesidad de optimizar las recomendaciones de tratamiento para estos pacientes. Una vez que los pacientes son rescatados y estabilizados, el tratamiento de las lesiones raquismedulares incluye una rápida evaluación y caracterización de la lesión, para determinar si es necesaria una resolución quirúrgica mediante estabilización y descompresión. Los efectos adversos del reposo prolongado y la evolución de las técnicas quirúrgicas han permitido que se desarrollen tratamientos quirúrgicos efectivos. 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 lesiones múltiples. En estos casos toma importancia la aplicación del concepto de "Cruzía de control de daños". Existen además otros factores que pueden retrasar el tratamiento, como son el tiempo del rescate, el estudio e identificación de las lesiones y la disponibilidad de un equipo quirúrgico experimentado. El trauma raquismedular comienza con lo que se ha denominado "Lesión primaria". Esta lesión es provocada por la energía del trauma, la cual desencadena una falla biomecánica de las estructuras que estabilizan la columna (Hueso y ligamentos). Los fragmentos de hueso desplazados y/o la inestabilidad resultante, pro-

Síndromas Medulares

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz

Freddy

Es el resultado de una agresión de la médula espinal que produce una alteración, de forma temporal o permanente, en las funciones motoras, sensorias y/o autónomas de un individuo. A menudo se trata de lesiones con consecuencias funcionales, psíquicas, sociales y económicas muy importantes, sobre todo en aquellos casos en que son irreversibles.

Fisiopatología: 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 del traumatismo fruto de la contusión y la presión ejercida sobre la médula por el hueso, los 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 la fase secundaria. Tras las primeras 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 discontinuidad en la continuidad de las vías de conducción. La extensión tanto del daño traumático inicial como de la lesión tardía están directamente relacionadas con la severidad del agente lesivo inicial. El tratamiento médico y quirúrgico que realicemos tendrán como objetivo minimizar en la medida de lo posible la lesión secundaria, protegiendo al tejido sano que queda

BIBLIOGRAFIA:

- **Polineuropatías:**

Serrano, M. M., Jiménez, D. B., & Rodríguez, J. V. (2023). Polineuropatías. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(77), 4561-4573. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.04.002>

- **Neuropatía Tóxica:**

Jameson, J. L., Fauci, A.S., Kasper, D.L., Hauser, S.L. *Medicina Interna de Harrison- 2 volúmenes- 20 ed. Mc Graw Hill. Cap. 438. Pág: 3216-3221*

- **Patología Raquímedular Congénita :**

García de sola.(2023).Malformaciones congénitas raquímedulares, Unidad de Neurocirugía RGS. DIO: <https://neurorgs.net/docencia-index/uam/tema10-malformaciones-raquimedulares/>

- **Espina bífida:**

García de sola.(2023).Malformaciones congénitas raquímedulares, Unidad de Neurocirugía RGS. DIO: <https://neurorgs.net/docencia-index/uam/tema10-malformaciones-raquimedulares/>

- **Malformación de Arnold Chiari**

García de sola. (2023).Malformaciones congénitas raquímedulares, Unidad de Neurocirugía RGS. DIO: <https://neurorgs.net/docencia-index/uam/tema10-malformaciones-raquimedulares/>

López Tabrane, J.R. (2010). Malformación de Arnold Chiari tipo 1, presentación de un caso. *Revista Médica Electrónica. Vol.32(no.5) Matanza*

- **Síndromes Medulares**

Mendoza Sarkis, C.& Faustino Nishi, J.(2023). Síndrome Medulares. *Fundamentos del diagnóstico sindrómico, vol.1.*

- **Traumatismo Raquímedular**

Moreno García, M. (2015). Trauma raquímedular. *Universidad Nacional de Colombia, Morfolía. Vol.1 (no.1)*

- **Tumores Raquimedulares:**

Jared S.Fridley,Sohairl Syed, Tianyi Niu,Owen P.Leary y Ziya L.Gokaslan.Neuro-Oncology practice,OXFORD ~~university~~ noviembre 2020 "Presentación de los tumores de médula espinal y columna vertebral".DIO:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7705528>