



# Mi Universidad

## Controles de lectura

*Rosa del Carmen Hernández Hernández*

*Polineuropatía, neuropatía tóxica, patología raquímedular congénita, espina bífida, malformación de Arnold Chiari, síndromes medulares, traumatismo raquímedulares, tumores raquímedulares.*

*Parcial 3*

*Medicina física y de rehabilitación*

*Sergio Jiménez Ruíz*

*Licenciatura en medicina humana*

*5°C*

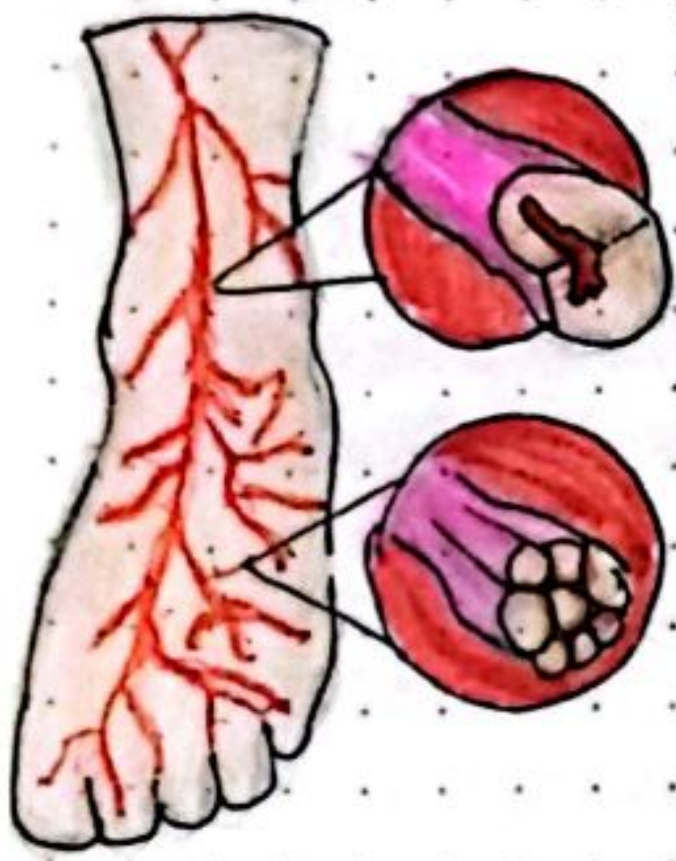
Comitán de Domínguez, Chiapas, 17 de noviembre del 2023



# Polin neuropatia

Enfermedad  
Jimenez Ruiz  
Pasi Hernandez

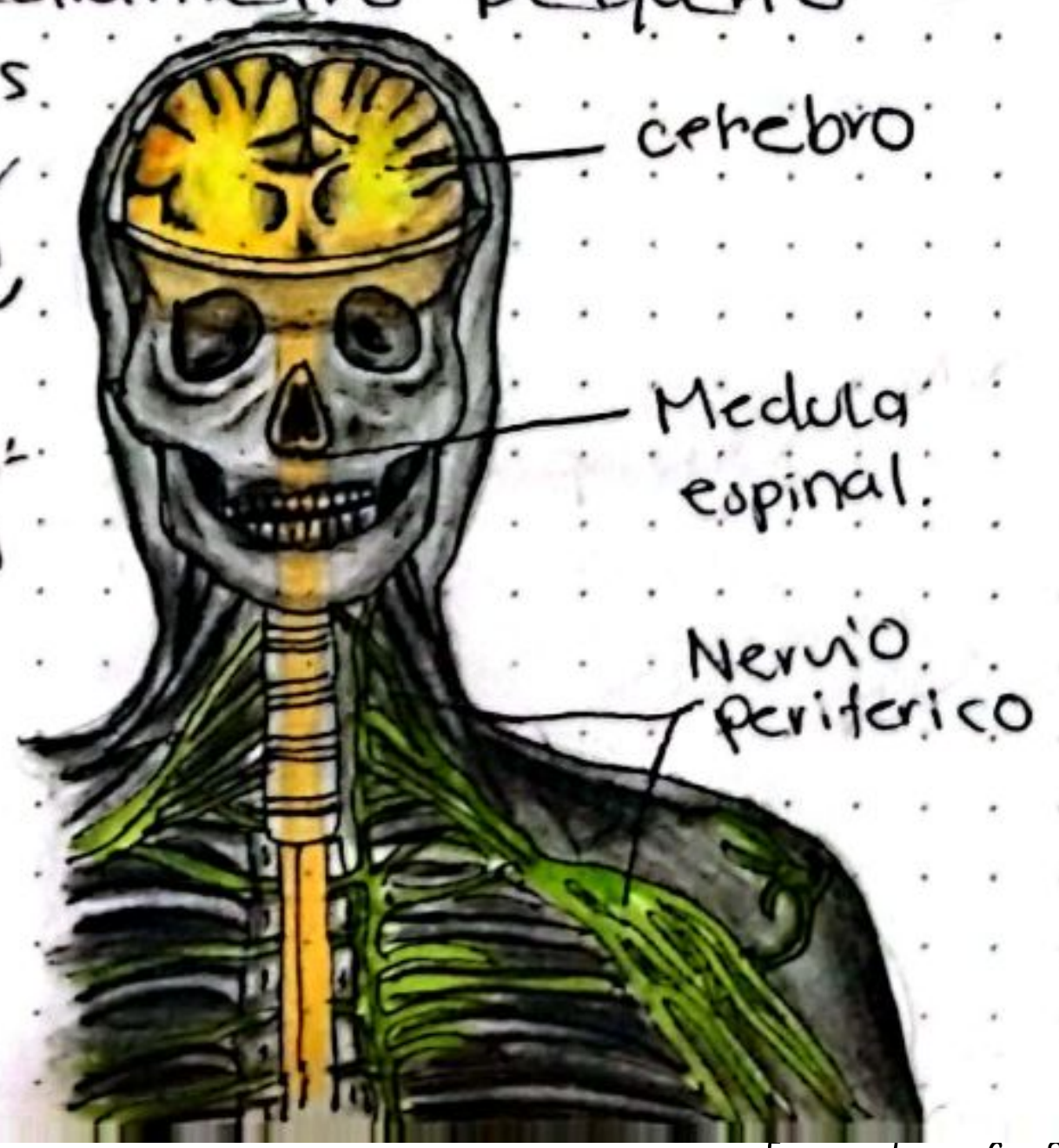
Neuropatia periférica:  
Los nervios periféricos están compuestos por elementos sensitivos, motores y autónomos. Las enfermedades pueden afectar el cuerpo celular de una neurona, sus prolongaciones periféricas (axones) o las vainas de mielina que los recubren. La mayor parte de los nervios



periféricos son mixtos y contienen fibras sensitivas, motoras y autónomas. Los nervios pueden dividirse en 3 principales: mielinizados grandes, mielinizados pequeños, y no mielinizados pequeños.

Los axones motores casi siempre son fibras mielinizadas grandes que conducen con rapidez (alrededor de 50 m/s). Las fibras sensitivas pueden ser de cualquiera de los 3 tipos.

Las fibras sensitivas de diámetro grande conducen la sensibilidad de la propiocepción y la vibración al cerebro, mientras que las fibras mielinizadas de diámetro pequeño y las no mielinizadas conducen al dolor y la sensibilidad térmica. Los nervios autónomos también son de diámetro pequeño por lo tanto las neuropatías periféricas pueden afectar la función sensitiva, motora, o autónoma ya sea de manera individual o combinada y se clasifican en las que afectan sobre todo al cuerpo celular.





# Neuropatía

Dr. Sergio  
Jimenez Ruiz  
Rosi

## TOXICA

Las neuropatías pueden ser complicaciones de los efectos tóxicos de varios fármacos y otras exposiciones ambientales.

### Cloroquina e Hidroxicloroquina

Pueden causar miopatía tóxica caracterizada por debilidad proximal, indolora, de progresión lenta, con atrofía, más grave en las piernas que en los brazos, también puede desarrollarse la neuropatía con o sin miopatía, lo que causa pérdida sensitiva y debilidad. La "neuromiopatía" casi siempre aparece en pacientes que toman 500 mg al día durante 1 año o más, pero existen informes con dosis de solo 200 mg al día. Por lo general, la concentración sérica de CK se eleva por la miopatía superpuesta. Los NCS revelan disminución ligera en las velocidades de conducción nerviosa motora y sensitiva, con reducción leve a moderada en las amplitudes, aunque los resultados pueden ser normales en pacientes que solo tienen miopatía.

### Amoradona:

La amoradona puede causar una neuropatía similar a la producida por cloroquina e hidroxicloroquina. La neuropatía casi siempre aparece después de tomar el fármaco por 2 o 3 años. La biopsia nerviosa demuestra una combinación de desmielinización segmentaria y pérdida axónica. La microscopía electrónica revela inclusiones laminares o densas en las células de Schwann, pericitos y endotelio-citos.

**Colquicina:** también puede causar neuromiopatía. Por lo general, los pacientes experimentan debilidad proximal, así como entumecimiento y hormigueo.



# Radiculopatía

Dolor lumbar: el dolor de espalda es la causa más frecuente de la incapacidad en pacientes mayores de 45 años, lo que supone un problema médico de máxima relevancia en términos económicos sociales, especialmente en función de la duración (como dolor lumbar agudo y crónico). La mayor parte de las lumbalgias corresponden a síndromes mecánicos y son crónicas (lumbalgia mecánica) en la mayoría de los casos (85%) no es posible establecer un diagnóstico específico. La evaluación inicial debe enfocarse a la exclusión de aquellas etiologías graves del dolor lumbar que a menudo son frecuentes, pero requieren tratamiento inmediato (traumatismo, infecciones, tumores, síndrome de cola de caballo). Para ello se realiza la historia clínica y la exploración física, poniendo especial énfasis en la presencia de factores de riesgo que nos hagan sospechar de un origen grave del dolor (ej. la guía europea) el manejo en atención primaria de las lumbalgias agudas. La medida principal durante la fase aguda ha sido tradicionalmente el reposo absoluto en cama; sin embargo, estudios recientes han demostrado que el reposo en cama de más de 2 días conlleva peores resultados en cuanto a dolor e incapacidad.



# Espina Bifida

Dr. Sergio  
Rosa

La espina bifida es un defecto de cierre de tubo neural considerado de etiología multifactorial, si embargo se han reportado excepciones familiares con un patrón de herencia autosómico dominante. El proceso de cierre del tubo neural se inicia en la región torácica, procede en todas las direcciones y finaliza durante la cuarta semana embrionaria. Las formas de espina bifida constituyen uno de los resultados de las alteraciones de este proceso. La forma más común de espina bifida es la oculta, una anomalía mesodérmica en la que no ha fusión de los arcos laminares vertebrales y con frecuencia existe ausencia de los procesos espinosos. La alteración es más común a nivel de la quinta vertebra lumbar y la primera sacra, pero puede afectar cualquier porción de la columna vertebral. El diagnóstico de esta anomalía es esencialmente radiológico, ya que la mayoría de los pacientes no presentan síntomas asociados, por lo cual pasa el defecto inadvertido y constituye en muchas ocasiones un hallazgo en un estudio radiológico casual. Un menor número de casos puede presentar alteraciones clínicas. El término raquisquisis se utiliza a veces para indicar grandes defectos de cierre que implican la mayoría o la totalidad de la región dorsal, lumbar o sacra. La piel y el tejido celular subcutáneo sobre el defecto pueden mostrar un mechón de



# Malformación de Arnold Chiari

PDF Scanned  
10/10/2023  
12:51

La malformación de Arnold Chiari es una enfermedad rara, caracterizada por la presencia de síntomas insidiosos que pueden suponer un retraso en el diagnóstico. Las características sintomatológicas como el dolor, la pérdida de fuerza progresiva, los mareos, etc. junto con los efectos secundarios de los fármacos indicados para el tratamiento sintomático supone una pérdida de la calidad de vida de los pacientes. Aspectos de la calidad de vida que en un entorno tecnológico suelen pasar desapercibidos, y justamente con la falta de repercusión exterior de la patología, supone la incomprensión de la persona del entorno con el fin de poder conocer la percepción y experiencias de una persona afectada. Se ha utilizado la historia de vida, una enfermedad rara es aquella con peligro de muerte o invalidez crónica con una prevalencia menor de 5 casos por cada 10,000 habitantes. La malformación de Arnold Chiari que consiste en la alteración anatómica de la base del cráneo, en la que se produce herniación del cerebelo y del tronco del encéfalo a través del foramen magnum hasta el canal cervical, que puede acercarse a síndrome de Chiari I e hidrocefalia. Los síntomas más comunes son el dolor (cefalea, cervicalgia) de distribución radicular, vértigos.



# Síndromes medulares

La lesión medular es un problema importante en la práctica clínica actual. Se trata de una afección que actualmente maneja un equipo multidisciplinar de neurologos, neurocirujanos. Aunque las nuevas técnicas de diagnóstico y nuestro creciente conocimiento de la histopatología y el tratamiento de las lesiones medulares nos permite tratar a estos pacientes de forma más eficaz, la lesión traumática de la médula espinal suele provocar una discapacidad permanente. Esto puede suponer una carga excesiva para los pacientes y sus familias. Con una mayoría incidencia de lesiones en la población joven, con el tiempo, las LM pueden suponer una gran carga económica para la sociedad y también para el sistema sanitario. La mayoría de las LM se producen en la columna cervical, el resto de las lesiones se reparten uniformemente entre las regiones torácica, torcolumbar y lumbar. Las lesiones más frecuentes son la tetraplejía incompleta, seguida de la paraplejía completa y la paraplejía incompleta, y la incompleta.

Síndrome medular central: El síndrome medular central, está presente en el 9% de todas las lesiones medulares traumáticas y es el más



# Raquimedulares

Puede ser una lesión devastadora para el paciente traumático, asociándose a altas tasas de mortalidad y una morbilidad significativa. Se acompañan de politraumatismo y la carga socioeconómica que implica una lesión medular, es substancial. Por todo lo anterior, existe la necesidad de optimizar la(s) recomendación(es) de tratamiento para estos pacientes. Los efectos adversos del reposo prolongado y la evolución de los técnicas quirúrgicas mediante estabilización y descomposición. El trauma raquimedular 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. Los fragmentos de hueso desplazados y/o la inestabilidad resultante, provocan a su vez fuerzas que pueden generar una disrupción inmediata del tejido neural o vascular. En esta etapa, la magnitud de la lesión de la médula espinal se relaciona con el nivel de energía involucrado. La segunda etapa de la lesión es conocida como "lesión secundaria" sigue a la anterior, y es el resultado de fenómenos locales de isquemia, inflamación, hiperexcitabilidad neuronal.



# Tumores raquimedulares

Los tumores raquimedulares, ya sean benignos o malignos, van a producir un cuadro clínico típico que es el "síndrome compresión medular", que se trata de una afectación medular, aguda, progresiva, como consecuencia del crecimiento de un proceso expansivo. cursa principalmente: dolor (síntoma característico); signos motores; alteración sensorial; alteraciones de esfínteres, y trastornos vegetativos). La presentación clínica de un tumor medular suele ser subaguda, reñando un lento crecimiento, con manifestaciones variables dependiendo de la localización del tumor, como el dolor, o las alteraciones de la función motora, sensorial, y autónoma. La médula espinal se extiende desde el bulbo raquídeo hasta el cono terminal distalmente, el cual se sitúa en los adultos en el límite inferior de L1 o el superior de L2, por debajo del cono medular se extiende una prolongación de la primadre, el filum terminale, que se inserta en la cara posterior del primer segmento cocígeo. La médula espinal está revuelta por las 3 capas meníngeas que se extienden a lo largo de las raíces nerviosas hasta los agujeros de conjugación. Clasificación:

tumores extradurales; tumores intradurales; extramedulares y tumores intramedulares.



## REFERENCIAS:

### Polineuropatía

- T.R. Harrison, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L., Hauser, D. L., Lango & J. Lascanzo. (-), Harrison Principios de Medicina Interna. Mac Graw Hill. 20° edición, volumen 2. Capitulo 438 (pag. 3204-3216).

### Neuropatía toxica

- T.R. Harrison, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L., Hauser, D. L., Lango & J. Lascanzo. (-), Harrison Principios de Medicina Interna. Mac Graw Hill. 20° edición, volumen 2. Capitulo 438 (pag. 3216-3219).

### Patología raquimedular congénita

- PATOLOGIA RAQUIMEDULAR DOLOR LUMBAR. (n.d.). Retrieved November 17, 2023, from <https://neurocirugiaendovascular.com/wp-content/uploads/2020/07/PATOLOGIA-RAQUIMEDULAR.pdf>

### Espina bífida

- Quispe Laura, M. G. (2014). Espina bífida. Rev. Act. Clin. Med. Volumen 45. Universidad Tercer Año Facultad de Odontología, UMSA.

### Malformación de Arnold Chiari

- 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

- Mendonça Sarkis, C. & Faustino Nishi, J. (2023). Síndromes Medulares. Fundamentos del diagnóstico sindromico. Vol. 1.

### Traumatismo raquimedulares

- Moreno García, M. (2015). Trauma raquimedular. Universidad Nacional de Colombia, Morfolia. Vol. 1 (no. 1).

### Tumores raquimedulares.

- Escobedo Ríos, F. (1972). Tumores Raquimedulares. Gaceta Medica de México. Volumen 104 (no. 3).