



Mi Universidad

Controles de lectura

Wilder Bossuet Ramírez Vázquez

Controles de lectura

3er Parcial

Medicina Física y Rehabilitación

Sergio Jiménez Ruiz

Licenciatura en Medicina Humana

5to Semestre

17 de Noviembre del 2023, Comitán de Domínguez Chiapas

Polineuropatía de Enfermedad Grave

Dr. Sergio
Jiménez Ruiz
Wilder
26/10/2023

Las causas más frecuentes de debilidad aguda generalizada que obliga al ingreso a la unidad de Cuidados Intensivos (ICU, Intensive Care Unit) son GBS y miastenia grave (Patrón 1). Sin embargo, la debilidad que afecta a los pacientes graves que están en la ICU casi siempre es consecuencia de polineuropatía de enfermedad grave (CIP, critical illness polyneuropathy), de miopatía de enfermedad grave (CIM, critical illness myopathy), con mucho menor frecuencia, del bloqueo neuromuscular prolongado. Desde el punto de vista clínico y EDx, puede ser muy difícil distinguir estos trastornos. La mayoría de los especialistas sugiere que la CIM es más frecuente. Tanto la CIM como la CIP aparecen como complicación de septicemia e insuficiencia orgánica múltiple. Casi siempre se manifiesta como incapacidad para separar al paciente del ventilador, sobre todo la exploración sensitiva. Los reflejos por estiramiento muscular disminuyen o desaparecen. Por lo general, la creatina cinasa (CK) es normal; el aumento de su concentración sérica indica CIM, en lugar de CIP. Los NCS revelan ausencia o disminución marcada en la amplitud de las respuestas motoras y sensitivas en la CIM. La EMG con aguja casi siempre revela ondas agudas positivas abundantes y potenciales de fibrilación y no es inusual que las personas con debilidad grave sean incapaces de inducir potenciales de acción de la unidad motora. Se desconoce la base patógena de la CIP. Es posible que las toxinas circulantes y las alteraciones metabólicas relacionadas con

Neuropatías Tóxicas

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz
Wider

Las neuropatías tóxicas se refieren a un daño axonal difuso más sensible a axones sensitivos que motores, aunque se puede presentar a nivel de ganglio de la raíz dorsal, mielina o célula de Schwann o neuronas autónomas, el cual se presenta consecuencia de múltiples factores asociados a la exposición ambiental, medicación, comorbilidades y efectos adversos de los variados tratamientos que son sometidos los pacientes. A pesar de que son enfermedades relativamente raras, con una incidencia entre 2-4% es importante tomar en cuenta los múltiples factores de riesgo para que un paciente la presente y tomarlo en cuenta a la hora de prescribir un manejo para esta. Con el fin de establecer la causalidad entre la exposición al agente tóxico y la presencia de síntomas se ha tratado de establecer algunos criterios de sospecha clínica:

- Relación dosis - Respuesta, Manifestaciones consistentes,
- Relación temporal entre la aparición de síntomas y la exposición al fármaco, Mejoría o al menos no progresión después de suspender el agente tóxico, Exclusión de otras causas, reaparición o exacerbación de los síntomas después de la re-exposición del fármaco agresor, Plausibilidad biológica.

Factores de riesgo para el desarrollo de neuropatía tóxica: Neuropatía preexistente (Genéticas o adquiridas (incluyendo neuropatía diabética), Predisposición genética. Los polimorfismos genéticos se asocian a cambios en la absorción, distribución, metabolismo y excreción de fármacos, Falta Orgánica: Los pacientes con falla renal o hepática poseen más riesgo de presentar

Dolor Lumbar: El dolor de espalda es la causa más frecuente de incapacidad en personas mayores de 15 años, lo que supone un problema médico de máxima relevancia en términos económicos y sociales. Se suele clasificar, en función de la duración, como dolor lumbar agudo (duración inferior a seis semanas), subagudo (entre seis semanas y tres meses) y crónico (más de tres meses) o durante más tiempo. La mayor parte de los lumbalgias corresponden a un sobreesfuerzo y son autolimitadas (lumbalgias mecánicas). En la mayoría de los casos (85%) no es posible establecer un diagnóstico específico. La valoración inicial debe encomenarse a la exclusión de aquellas etiologías graves de dolor lumbar que, aunque son infrecuentes, pueden requerir tratamiento inmediato (traumatismo, infecciones, tumores, síndrome de cola de caballo). Para ello, se realizará historia clínica y exploración física, poniendo especial atención en la presencia de factores de riesgo que hagan sospechar un origen grave del dolor, según las guías europeas del manejo en atención primaria de los lumbalgias agudas. Aunque los datos disponibles para establecer normas de práctica clínica son incompletos, por la escasez de estudios bien diseñados, en ausencia de sospecha de una etiología grave del dolor no se recomienda la realización de estudios de laboratorio (hemograma, velocidad de sedimentación, bioquímica y analítica de orina), pruebas de imagen (R X, RMOTC) ni otras técnicas diagnósticas durante el primer

Espina Bífida

Dr. Sergio

Jimenez Ruiz

Writed

La espina bífida es una afección de relativa frecuencia en nuestro medio y podemos definirla en forma práctica, como una entidad de tipo congénito caracterizada por la ausencia de cierre de uno o más arcos vertebrales posteriores, a lo que pueden acompañar otras anomalías cutáneas, meníngeas y nerviosas.

1.- Raquisquisis: es la forma más grave de la espina bífida y consiste en una ausencia completa de cierre de tubo neural y falta la parte posterior de médula, meninge y vértebras. Se puede observar en el centro del defecto el cono medular de color rojo oscuro descubierto y una zona translúcida que si rompe de salida, es indudable que esta afección corresponde a una embriopatía. Desde el 16 día de la gestación, que se produce la formación de la placa neuronal que origina un canal y luego un tubo neural. Posteriormente entre este tubo neural y el epiblasto se interponen el mesenquima, que constituye la meninge, el arco posterior, plano aponeurótico y muscular. Todos estos etapas se debena fenómenos de inducción notocordal y neural, que podrían ser afectados por diferentes toxas y producir la falla del cierre del estuche raquídeo y por consiguiente la formación de la espina bífida en uno de sus tipos. Otro aspecto que debemos tomar en cuenta, es el que a partir del tercer mes de gestación el canal raquídeo crece más rápido que la médula, la cual remonta su terminación desde L0 a L1-L2 si la médula esta fija por una malformación lumbosacra, no se verticalizaron las últimas raíces, lo que causaría daño neurológico de tipo neurogénico.

Malformación de Arnold Chiari

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz,
Wilder.

La malformación de Chiari es una afección en la cual el tejido cerebral se extiende hacia el canal espinal. Ocurre cuando parte del cráneo es deforme o más pequeña de lo normal, presionando el cerebro y forzándolo hacia abajo. La malformación de Chiari es poco común, pero el aumento en el uso de pruebas por imágenes ha llevado a diagnósticos más frecuentes. Los médicos clasifican la malformación de Chiari en tres tipos, según la anatomía del tejido cerebral que se desplaza hacia el canal espinal y de si existen problemas en el desarrollo del cerebro o de la columna vertebral. La malformación de Chiari tipo 1 se desarrolla a medida que el cráneo y el cerebro crecen. Como resultado, es posible que los signos y síntomas no se presenten hasta la niñez tardía o la edad adulta. Las formas pediátricas de la malformación de Chiari (el tipo 2 y tipo 3) están presentes al nacer (congénitas). El tratamiento de la malformación de Chiari depende de la forma, la gravedad y los síntomas asociados. El monitoreo regular, los medicamentos y la cirugía son opciones de tratamiento. En algunos casos, no se necesita tratamiento, muchos personas con la malformación de Chiari no presentan signos ni síntomas y no necesitan tratamiento. Su afección se detecta solo cuando se realizan pruebas por imágenes no relacionadas. Sin embargo, según el tipo y la gravedad, la malformación de Chiari puede provocar diversos problemas. En la malformación de Chiari tipo 1, los signos y síntomas suelen aparecer

Síndromes Medulares

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz

Traumatismo medular: La lesión medular (LM) es un problema importante en la práctica clínica actual. Se trata de una afección que actualmente maneja un equipo multidisciplinario de neurólogos, neurocirujanos, neurointensivistas, fisioterapeutas, anestesiólogos y traumatólogos. Aunque las nuevas técnicas de diagnóstico y nuestro creciente conocimiento de la fisiopatología y el tratamiento de las lesiones medulares nos permiten tratar a estos pacientes de forma más permanente, esto puede suponer una carga excesiva para los pacientes y sus familias. Con una mayor incidencia de lesiones en la población joven, con el tiempo, los LM pueden suponer una gran carga económica para la sociedad y también para el sistema sanitario. Las lesiones más frecuentes son la tetraplejía incompleta, seguida de paraplejía completa.

Síndrome Medular Central: El síndrome medular está presente en el 9% de todas las lesiones medulares traumáticas y es el más común de los síndromes medulares. Se trata de una afección comunicada por primera vez por Thornburn en 1887 y popularizada por Schneider et al. en 1954. La hiperextensión de la columna cervical, con alguna espondilosis cervical preexistente, suele ser la responsable de este tipo de lesión. Las imágenes de la columna cervical en pacientes con síndrome medular central revelarán estenosis por espondilosis, fractura-luxación o sequestro discal, sin estenosis espinal. Schneider propuso que estas lesiones eran el resultado de la compresión aguda de espines óseos preexistentes en la

Traumatismo Raquímedular

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz
Wilder

El traumatismo raquímedular (TRM) incluye todas las lesiones traumáticas que afectan las diferentes estructuras de la columna vertebral a cualquiera de sus niveles; estructuras óseas, ligamentosas, cartilaginosas, musculares, vasculares, meníngeas, radiculares y de la médula espinal. De este modo, el TRM a menudo es el resultado de una compleja interacción de lesiones sufridas por el sistema musculoesquelético y nervioso. Esto asociado frecuentemente a politraumatismo (huesos largos, pelvis, tórax) y traumatismo encefalocraneano. 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 TRM 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 (cirugías de complicaciones y dolor neurogénico).

Fisiopatología de la lesión medular. El mayor problema de las lesiones de la columna es el riesgo de lesión medular asociado al desplazamiento de las estructuras óseas y a su inestabilidad. La brusca 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 de una duración variable y es seguida por una fase "crónica", que sobreviene entre la tercera y la sexta semana, denominada por un cuadro de hiperreflexia del sistema nervioso autónomo.

Norma

Tumores Raquimedulares

Dr. Sergio
Jimenez Ruiz
Wilder

Los tumores raquimedulares ya sean malignos o benignos, van a producir un cuadro clínico típico que es "Síndrome de Compresión medular" que se trate de una afectación medular, aguda o progresiva, como consecuencia del crecimiento de un proceso expansivo.

Tumores Propios del Raquis; Metástasis: Son los tumores más frecuentes de todos los tumores raquimedulares. Los tumores primitivos con mayor frecuencia metastatizan en el raquis son (porque lo son tumores más frecuentes): Pulmón, mama, Próstata, Riñón, las metastasis de próstata y mama son osteoblásticas (se ven los vertebrómeros más radiointensos), producen hueso, y los de pulmón y riñón, osteolíticas (destruyen hueso y hacen agujeros). En pruebas de imagen se diferencian las metastasis de las infecciones: las MTX afectan exclusivamente al hueso, mientras que las infecciones ven más anillo y terminan afectando también al disco vertebral. La MTX no se operan salvo que lleguen sin diagnóstico oncológico conocido y se dude con otro tipo de afectación, por tanto cirugía solo en caso de Radio-Resistencia (por ejemplo: Sarcomas que comprimen), la q es la única opción terapéutica. Los condrosarcomas por definición, no responden a la radioterapia, Reducción preve (en recidivas Tumores que anteriormente habrán sido radiados y no pueden volver a radiarse).

Tumores propios del Sistema Nervioso: En orden de frecuencia encontramos: Neurinomas, meningiomas, ependimomas, astrocitomas (son iguales que en el cerebro). Son más frecuentes que los tumores del sistema nervioso central, 1/10

Bibliografía

1. T.R. Harrison, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L., Hauser, D. L., Lango & J. Lascalzo. (-), Harrison Principios de Medicina Interna. Mac Graw Hill. 20° edición, volumen 2. Capitulo 438 (pag. 3204-3216).
2. T.R. Harrison, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L., Hauser, D. L., Lango & J. Lascalzo. (-), Harrison Principios de Medicina Interna. Mac Graw Hill. 20° edición, volumen 2. Capitulo 438 (pag. 3216-3219).
2. 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. Recuperado en 18 de noviembre de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000100006&lng=es&tlng=es.
3. GarciadeSola.(2023).Malformacionescongénitasraquimedulares.Unidad de Neurocirugía RGS. <https://neurorgs.net/docencia-index/uam/tema10-malformaciones-raquimedulares/>
4. Quispe Laura, M. G. (2014). Espina bífida. Rev. Act. Clin. Med. Volumen 45. Universidad Tercer Año Facultad de Odontología, UMSA.
5. López Tabrane, J. R. (2010). Malformación de Arnold Chiari tipo 1, presentación de un caso. Revista Médica Electrónica. Vol. 32 (no. 5) Matanza.
5. Martínez-Sabater, Antonio. (2014). Malformación de Arnold-Chiari: la pérdida de la sonrisa. *Index de Enfermería*, 23(4), 256-259. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300013>
6. Mendonça Sarkis, C. & Faustino Nishi, J. (2023). Síndromes Medulares. Fundamentos del diagnóstico sindromico. Vol. 1.
7. Moreno García, M. (2015). Trauma raquimedular. Universidad Nacional de

Colombia, Morfolia. Vol. 1 (no. 1).

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