



Mi Universidad

Reporte de lectura

Angel Diego de la Cruz Abarca

Reporte

Tercer parcial

Medicina física y de rehabilitación

Dr. Sergio Jiménez Ruiz

Medicina Humana

5 Semestre

POLINEUROPATIAS.

Dr. Sergio A.
Jimenez Ruiz.
Diego.

Las polineuropatías pueden aparecer de repente o desarrollarse lentamente y convertirse en crónicas dependiendo de la causa que lo está generando: Como la fisiopatología y los síntomas están relacionados, las polineuropatías ya menudo se clasifican por el área de difusión: mielina, vaina nervorum, Axón.

Por difusión de mielina: las polineuropatías por difusión de mielina generalmente son resultado de una respuesta inmunitaria perniciosa desencadenada por bacterias como la *Campylobacter*, el virus de la influenza, HIV, o vacunas como la anti gripal por ejemplo, los antígenos en estos del sistema nervioso periférico y produce una respuesta inmunitaria celular humoral o ambas que culmina los grados diversos de difusión de la mielina. En casos agudos, puede desarrollarse Síndrome de Guillain Barre puede desarrollarse rápidamente y progresivamente la insuficiencia respiratoria en la polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica, los síntomas pueden recurrir o progresar en meses y años la difusión del mielina suele producir un trastorno sensitivo de fibra grande (parestecias) debilidad muscular importante mayor a

NEUROPATÍAS TOXICAS

La lista es extensa, estas neuropatías tóxicas se refieren al daño axonal difícil más sensibles axones sensitivos que motores aunque se pueden presentar a nivel del ganglio de la raíz dorsal, médula 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 a que son sometidos 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 tomarla en cuenta a la hora de prescribir un manejo para esta. A continuación realizaremos los factores de riesgo. Las neuropatías neurotóxicas es aquella que es causada por una intoxicación debida a sustancias que han ingresado a nuestro cuerpo cuya exposición haya afectado nuestro sistema nervioso central. Las sustancias químicas neurotóxicas son aquellas que inducen efectos adversos en el sistema nervioso central y los nervios periféricos incluyendo los órganos de los sentidos. Se considera que una sustancia química es neurotóxica cuando tiene la capacidad de

P. PRAQUIOMEDULAR CONGENITA

El dolor de espalda es la causa más frecuente de incapacidad en pacientes mayores de 45 años, lo que supone un problema médico de máxima relevancia. Se suele clasificar en función a la duración como dolor lumbar agudo, duración menor a seis meses, subagudo, entre seis semanas y tres meses y, crónico, más de tres meses. La mayor parte de las lumbalgias corresponden a un sobreesfuerzo, y son autolimitadas conocidas como lumbalgias mecánicas. En la mayoría de los casos no es posible establecer un diagnóstico específico. La valoración inicial debe encaminarse a la exclusión de aquellas etiologías graves de dolor lumbar que, aunque no son frecuentes pueden requerir inmediatamente en traumatismos, infecciones, tumores, Síndrome de Cola de Caballo. Para ello, se realizan historias clínicas 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 las lumbalgias agudas, la mayoría de los pacientes con dolor lumbar agudo sin factores de riesgo mejoraron a lo largo de un mes con o sin tratamiento, por lo que el manejo inicial de

ESPINA BIFIDA

Dr. Sergio Jimenez Ruiz
Diego

Existen diferentes formas anatomoclínicas de espina bifida manifiesta, con diferente gravedad y pronóstico. La mayoría se produce muy tempranamente, normalmente antes del primer mes de desarrollo. Empacando por Meningocele son malformaciones que consisten en una masa quística en línea media dorsal recubierta de piel, y con mayor frecuencia a nivel dorso lumbar generalmente el arco posterior de las vértebras está ausente y el saco está lleno de LCR. Cierta número de casos se asocian con hidrocefalia.

Mielomeningocele: Forma más frecuente y severa de espina bifida manifiesta. La lesión quística contiene LCR, meninges, médula y/o raíces nerviosas. Ocasionalmente la cubierta meníngea está rota, poniendo en contacto el tejido nervioso con el exterior. Todos estos enfermos tienen un descenso anómalo de las amígdalas cerebelosas conocida como la malformación de Chiari II y cerca de un 90% van a desarrollar una hidrocefalia. Existe una variante, con sola afectación de un lado que es el Hemimielomeningocele.

Lipomielomeningocele: Es una lesión similar a la anterior, asociada a un lipoma, la raquisquisis o la mielquistis es un fallo en el feto tanto ectodérmico como mesodérmico.

MALFORMACION DE CHIARI

También denominadas de Arnold-Chiari
 Constituye un grupo de 4 malformaciones
 descritas por Chiari entre 1981 y 1986
 las tres primeras se enumeran de menor
 a mayor gravedad y se caracterizan por
 la herniación de estructuras de la
 base posterior a través del foramen magnum
 El tipo IV no está relacionado con
 los anteriores, ya que consiste meramente
 en una hipoplasia cerebelosa. La malforma-
 ción de Chiari tipo uno será la
 elongación y desplazamiento caudal
 de las amígdalas cerebelosas por
 debajo del plano de foramen magnum
 Suele estar asociado a siringomielia y
 aproximadamente un 10% tiene hidrocefalia
 Suele manifestarse en el adulto joven
 por dolor suboccipital y por síntomas
 derivados de la siringomielia. También
 pueden referir disartria, disragia, disopsia
 y atrofia lingual por afectación de los
 pares craneales bajos. La radiología
 simple del cráneo es normal en el
 90% de los casos. La taca muestra el
 descenso de las amígdalas cerebelosas por
 debajo del foramen. En la arteriografía
 se observa un descenso de la PICA
 por debajo del foramen

SINDROME MEDULAR.

Dr. Sergio Jimenez Ruiz
Diego

Los síndromes medulares se van a caracterizar por diferentes síntomas y/o signos en función de localización de la lesión medular a nivel transversal. Las lesiones medulares pueden afectar a todo el cilindro medular, en uno o varios niveles o comprometer solo a una parte de su sección transversal. Distinguiremos distintos Síndromes medulares: Empezando por el Síndrome Centromedular: es la lesión a nivel Cervical que se caracteriza por la atropía motora en miembros superiores, trastornos sensitivos, y grado de afectación sensitiva variable. Es el más frecuente y de mejor pronóstico, aunque este depende mucho de la edad y de las patologías previas de la persona que lo padece. El mecanismo que lo produce es la hiperextensión del cuello. La hemisección medular o Síndrome de Brown - Sequard, consiste en la afectación de la hemimedula, siendo raro que el límite de la lesión se encuentre justo en la línea media o que sea estrictamente unilateral. La etiología más frecuente es la traumática, además de las compresiones y lesiones compresivas extramedulares. Los signos y síntomas más habituales son debilidad

TRAUMA RAQUIOMETULAR

Dr. Sergio
 Meneses Ruiz
 Diego

El trauma raquiomedular 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. Sobre todo, huesos y ligamentos. Los fragmentos del hueso desplazados y/o la inestabilidad resultante provoca 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 ósea y médula espinal se relaciona con nivel de energía involucrado. La segunda etapa de la lesión se conoce como lesión secundaria. Sigue a la anterior y es el resultado de fenómenos locales de isquemia, inflamación, hiperexcitabilidad neural y generación de radicales libres, lo que lleva finalmente a la mayor muerte neural. La lesión vascular local provoca hemorragias e isquemia progresiva, la ruptura de neurotransmisores asociados a la incapacidad de la glía de receptor glutamato promueven la muerte celular. La pérdida de la barrera hematoespinal permite el paso de citoquinas, péptidos vasoactivos y células inflamatorias que juntas contribuyen a generar edema y estado proinflamatorio. Durante las horas y días que siguen, libera señales.

TUMOR RAQUIOMEDULAR

Sergio Jimenez Ruiz
Diga

Los dolores raquiomedulares ya sean malignos o benignos van a producir un cuadro clínico que es: SD Compresión medular que se trata de una afección medular aguda y progresiva como consecuencia del crecimiento de un proceso expansivo, se mantendrá un dolor de espalda frecuente que se va a encontrar rebelde al uso de los analgésicos, a ser localizado donde se encuentra el tumor, nocturno, lo que quiere decir que este también afecta estando en reposo, fomenta los movimientos de las columnas y los valsalvas. Los tumores que más duelen son los metastásicos y propiamente los intramedulares, pues aunque el sistema nervioso central "no duele" por la tracción que se genera las quiméricas se pueden irritar y llegar a producir dolor, los neurinomas producen dolor radicular, localizado en el único dermatoma. También puede generar dolor irradiado llegando a presentar como lumbalgias. Los cuadros dolorosos por afecciones de vías largas presentan parestesias estas se encuentran localizadas difusas, sin ningún patrón que sea característico o reconocible, dentro de los signos motores se encuentra que aparecen.

Bibliografía:

- 1.-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>
- 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>
- 3.-Patología Raquimedular Congénita : Garcia de sola.(2023).Malformaciones congénitas raquimedulares, Unidad de Neurocirugía RGS. DIO: <https://neurorgs.net/docencia-index/uam/tema10-malformaciones-raquimedulares/>
- 4.- Espina bífida: Garcia de sola.(2023).Malformaciones congénitas raquimedulares, Unidad de Neurocirugía RGS. DIO: <https://neurorgs.net/docencia-index/uam/tema10-malformaciones-raquimedulares/>
- 5.-Malformaciones de Chiari - síntomas y causas - Mayo Clinic. (2021, 11 noviembre). <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/chiari-malformation/symptoms-causes/syc-20354010>
- 6.- Naranjo, I. C., Gómez, J. M., Sevilla, R., & Portilla-Cuenca, J. C. (2015). Enfermedades de la médula espinal. síndromes medulares. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.05.001>
- 7.-Arriagada, G., & Macchiavello, N. (2020). TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR (TRM). REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. Revista Médica Clínica Las Condes, 31(5-6), 423-429. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.11.001>
- 8.- Bilsky, M. H. (2023, 15 noviembre). Tumores espinales. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-neuro%C3%B3gicos/tumores-intracraneanos-y-espinales/tumores-espinales>