



Nombre del alumno:

Cesar Enrique Utrilla Dominguez

**Nombre del profesor: Dr. Alexandro
Alberto Torres Guillen**

Resumenes 2° unidad

Neurología

Grado: 6°

Grupo: A

26/04/24
X

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO Y RAQUIMEDULAR.

La principal causa de traumatismo craneal incluye accidentes de tráfico, caídas, asaltos y lesiones ocurridas durante el trabajo, en la casa o en la actividad deportiva.

El traumatismo craneal por accidente de tráfico es el más común en hombres jóvenes en los que interviene frecuentemente la ingesta de alcohol.

Epidemiología

El traumatismo craneal ocupa la primera causa de muerte en personas menores de 35 años, con una incidencia de 150 a 315 por millón de habitantes.

Definición

El traumatismo craneal es una lesión física o deterioro funcional del contenido craneal debida a un intercambio súbito de energía mecánica. Significa el impacto cerebral asociado a fuerzas de aceleración y desaceleración en fracciones de segundo.

Comoción cerebral

Implica una sacudida violenta del cerebro con deterioro funcional transitorio reversible de escasa duración. Puede existir pérdida del estado de alerta, episodios de apnea breves, amnesia retrógrada (es decir, olvido de lo ocurrido antes del traumatismo), bradicardia, supresión de reflejos y signos de Babinski.

Contusión cerebral

Se asocia a más casos fatales, con posible sangrado e inflamación dentro del cerebro de la región traumatizada. Puede haber lesión en el cuerpo caloso, aumento de presión intracraneal o daño axonal difuso.

Daño axonal difuso

Lesiones pequeñas focales en la sustancia blanca con degeneración secundaria a ruptura axonal irreversible postraumática y diámetro de 5 a 15 mm de tipo hemorrágico o no, ocasionado por desaceleración brusca con rotación que origina tensión y daño axonal.

Exploración clínica

Ante una historia de traumatismo es importante buscar evidencia del mismo con raspaduras, magulladuras o laceraciones y signos de fractura de base de cráneo, además de aplicar la escala de coma de Glasgow y verificar el nivel de conciencia, la respuesta pupilar y los movimientos oculares.

PARKINSON

DEFINICIÓN

LA ENFERMEDAD DE PARKINSON ES UN TRASTORNO CARACTERIZADO POR SÍNTOMAS MOTORES COMO TEMBLOR EN REPOSO, BRADICINESIA, RIGIDEZ Y ALTERACIONES EN LA MARCHA. TAMBIÉN SE CONOCEN SÍNTOMAS NO MOTORES, COMO ALTERACIONES AUTOMÓNICAS, SEXUALES, DEL SUEÑO Y NEUROPSIQUIÁTRICAS. ESTOS SÍNTOMAS SON CONSECUENCIA DE LA PÉRDIDA DE NEURONAS DOPAMINÉRGICAS, PRINCIPALMENTE DE LA VÍA NIGROESTRIATAL.

FACTORES DE RIESGO

PRINCIPAL FACTOR PARA PRESENTAR EA ES LA PRESENCIA DE AHF Y ES MAS FRECUENTE EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

SÍNTOMAS MOTORES:

- BRADICINESIA
- RIGIDEZ
- INESTABILIDAD POSTURAL

OTROS SÍNTOMAS

- MICROGRAFÍA
- DIFICULTAD PARA HACER TAREAS FINAS

LOS SÍNTOMAS INICIAN DE FORMA ASIMÉTRICA Y GRADUALMENTE SE VA AFECTANDO EL LADO CONTRARIO.

EL SÍNTOMA INICIAL MAS FRECUENTE ES EL TEMBLOR DE REPOSO, CON UNA FRECUENCIA DE TRES A SEIS CICLOS/SEG.

LA RIGIDEZ ES UNA RESISTENCIA PASIVA AL MOVIMIENTO TANTO DE LOS GRUPOS FLEXORES COMO EXTENSORES.

SÍNTOMAS NO MOTORES:

09/04/24
K

Enfermedad vascular cerebral

La importancia de la enfermedad vascular cerebral (EVC) radica, entre otras razones, en que es muy frecuente. A escala mundial es la segunda causa de muerte y la principal de invalidez en adultos.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

El concepto de EVC se refiere a toda trastorno en el cual un área localizada del cerebro se afecta de forma transitoria o permanente por isquemia u hemorragia como consecuencia de un proceso que data uno o más vasos sanguíneos cerebrales. De ahí la importancia de hablar de EVC, pues este término deja más clara el hecho de que la enfermedad primaria radica en los vasos y, de manera secundaria, en el cerebro.

La EVC es causada por alguno de los siguientes procesos fisiopatológicos que afectan a los vasos sanguíneos cerebrales.

- Ser específicos del vaso cerebral, como en la arterioesclerosis de grandes o de pequeñas arterias, inflamación, depósito de proteínas anómalas, malformación, desgarro de la pared arterial, dilatación de un aneurisma o trombosis venosa.
- Tener un origen remoto, como ocurre cuando un émbolo producido dentro del corazón o en la circulación extracraneal se aloja en un vaso intracraneal.

TABLA 19.1. Incidencia de EVC en hospitales/100.000 habitantes según la edad y por tipo de EVC (tasa, IC 95%) en México, con base en los resultados del estudio Vigilancia Epidemiológica del Ataque Cerebral en Durango (BASID)

	Infarto	Hemorragia intracerebral	Hemorragia subaracnóidea	EVC de tipo no determinado
<55 años	12	9	4	1
55-64 años	42	43	14	11
65-74 años	183	85	26	35
75-84 años	426	75	25	112
≥85 años	1,199	415	92	184
Global	56	22	8	10

Isquemia cerebral:

En este apartado se incluyen todas las alteraciones cerebrales localizadas secundarias a un déficit del aporte circulatorio. Al hablar de isquemia cerebral focal se consideran dos tipos de isquemia: el AIT y el infarto cerebral. Los detalles del AIT se describen más adelante. Por su parte, el infarto cerebral es ocasionado por la alteración del aporte circulatorio a un territorio del cerebro, lo cual produce un déficit neurológico durante más de 24 h e indica la presencia de necrosis tisular.

17/04/24
✗

24/09/29
↓

*** Meningiomas ***

Generalidades

En el contexto global, más del 50% de los tumores intracraniales son de origen metastásico.

El origen de dichos tumores puede ser tanto metastásico como mesodérmico y, por consiguiente, estos tumores pueden desarrollarse a partir de diferentes tejidos, entre ellos tejido cerebral, nervios craneales, meninges, hipófisis, glándula pineal y hasta elementos vasculares.

Según su malignidad, los tumores del sistema nervioso se clasifican en cuatro grados:

- Grado I. Generalmente este grupo incluye tumores con bajo potencial proliferativo y en los que, posiblemente, la resección quirúrgica de la lesión será suficiente para erradicar la neoplasia.
- Grado II. La naturaleza de este tipo de lesiones es infiltrativa. A pesar de su bajo nivel proliferativo, estas lesiones frecuentemente reciden después de la resección quirúrgica. Algunas de estas lesiones tienen la peculiaridad de progresar a lesiones de mayor malignidad; por ejemplo, un astrocitoma difuso de bajo grado puede progresar a un astrocitoma anaplásico e, incluso, a un glioblastoma.
- Grado III. En las lesiones de este grado se observan evidencias histopatológicas de malignidad, tales como atipias nucleares y actividad mitótica incrementada. En la mayoría de los casos, los pacientes reciben QT con o sin RT adyuvante.
- Grado IV. Este grado designa lesiones citológicamente malignas, mitóticamente activas o que presentan necrosis. La evolución preoperatoria y postoperatoria de estas lesiones es rápida y regularmente fatal. Algunos ejemplos son glioblastomas, neoplasias embrionarias y muchos tipos de sarcomas.

Distribución proporcional de la incidencia de tumores del SNC, clasificados por tipo histopatológico.