



**UNIVERSIDAD DEL SUERESTE**  
**CAMPUS COMITAN**  
**MEDICINA HUMANA**

**Alumno: Francisco Miguel Gómez Mendez.**

**Dr. Alejandro Alberto Torres Guillen**

**Trabajo: Resúmenes**

**Asignatura: Neurología**

**6 "A"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 24 de abril de 2024.

## Parkinson

Francisco Miguel Gómez

### 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 autonómicas, sexuales, del sueño y neuropsiquiátricas. Estos síntomas son consecuencia de la pérdida de neuronas dopaminérgicas, principalmente de la vía nigroestriatal.

### Factores de riesgo

El principal factor de riesgo para presentar enfermedad de Parkinson es la presencia de antecedentes heredofamiliares, y se ha visto que es una enfermedad que se presenta con mayor frecuencia en personas de edad avanzada.

### Síntomas y signos

#### Síntomas motores

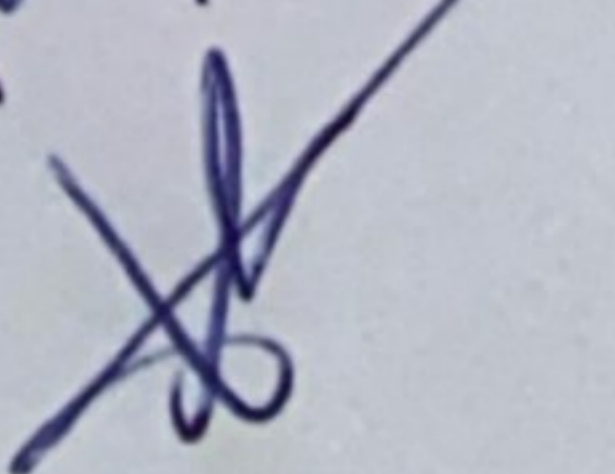
La enfermedad de Parkinson se manifiesta clínicamente por síntomas motores, que son la bradicinesia, el temblor, la rigidez y la inestabilidad postural. Otros síntomas son micrografía y dificultad para realizar tareas finas. Estos síntomas inician de forma asimétrica y gradualmente se va afectando el lado contrario. El síntoma inicial más frecuente es el temblor de reposo, con una frecuencia de tres a seis ciclos/seg, y aunque es el síntoma más visible, no es el más discapacitante. La rigidez es una resistencia pasiva al movimiento tanto de los grupos flexores como extensores y a lo largo de todo el arco de movimiento. La rigidez se hace evidente.

La bradicinesia se define como la lentitud para iniciar y continuar los movimientos, así como dificultad para ajustar la posición corporal. La inestabilidad postural es uno de los últimos síntomas motores en aparecer; se debe a una pérdida de los reflejos posturales. Existen los síntomas motores secundarios que incluyen distonía, fatiga, alteraciones en la coordinación motora fina y gruesa, posición inclinada hacia adelante, acatisia, hipofonía, disartria, habla monotónica, pérdida de expresión facial o hipomimia, micrografía, dificultad para la deglución y salivación.

#### Síntomas no motores

Se han descrito síntomas no motores como los trastornos neuropsiquiátricos, del sueño, síntomas autonómicos, síntomas gastrointestinales, síntomas sensitivos y otros síntomas como fatiga, seborrea y pérdida de peso.

Disfunción conductual

09/04/24  


Incidencia anual de la EVC en pacientes hospitalizados,

Según el estudio BASID, se estima que en México la tasa anual de un primer EVC es de 14 casos por cada 100.000 habitantes en personas entre 25 y 44 años de edad. Se incrementa a 64 casos por 100.000 entre los 45 y 54 años.

tipos de EVC en México. Se aprecia que la tasa anual se incrementa de forma significativa con la edad en todas las variedades. Aunque el infarto cerebral es el tipo de EVC más frecuente, el número de casos de hemorragia intracerebral (HIC) y subaracnoidea (HSA) es más elevado que el referido en países desarrollados.

Tasa de casos fatales por tipos de EVC en pacientes hospitalizados.

La EVC no es solo una enfermedad frecuente, sino también con una alta tasa de mortalidad. En el estudio BASID, fue notable el elevado índice de fallecimientos observado en México, que alcanzó el 50% en los pacientes con hemorragia.

### CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL.

El concepto de EVC se refiere a todo trastorno en el cual un área localizada del cerebro se afecta de forma transitoria o permanente por isquemia o hemorragia como consecuencia de un proceso que daña uno o más vasos sanguíneos cerebrales.

De ahí la importancia de hablar de EVC, pues este término deja más claro el hecho de que la enfermedad primaria radica en los vasos y, de manera secundaria, en el cerebro. Existen diversos tipos de EVC, según la naturaleza de la lesión producida en la isquemia y la hemorragia cerebral.

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

Ser específico del vaso cerebral, como en la aterosclerosis de grandes o de pequeñas arterias, inflamación, depósito de proteína amiloide, malformación, desgarramiento 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. Derivarse del flujo sanguíneo cerebral inadecuado debido a la presión de la perfusión cerebral disminuida o al incremento en la viscosidad sanguínea.

- Proceder de la ruptura de un vaso en el espacio que envuelve al cerebro o en el tejido intracerebral.

Los tres primeros casos pueden llevar a desarrollar isquemia transitoria del sistema nervioso central (ataque isquémico transitorio [AIT]) o a un infarto cerebral permanente, mientras que el cuarto proceso produce HSA o HIC. Aproximadamente el 80% de los episodios vasculares cerebrales son debidos a isquemia cerebral, y un 20%, a hemorragia cerebral.

*Flores*

11/04/20

# Neoplasias del SNC.

> Mas del 50% de los tumores intracraniales son de origen metastásico.  
 > Origen de dichos tumores pueden ser tanto ectodermico como mesodermico.  
 > Desorranse en diferentes tejidos entre ellos Tejido cerebral (nervios craneales, Meninges, hipofisis, glandola pineal y hasta elementos vasculares.

- Tipo de tumor primario mas frecuente Meningiomas
- Tumores Malignos son los gliomas 70%

## Clasificación.

> clasificación Histologica.

Ayudan al uso de radioterapia (RT) Adyuvantes o el protocolo de quimioterapia (QT)

## Clasificación de la OMS 1979.

**Grado I** Generalmente este grupo incluye tumores con bajo potencial proliferativo y en los que, posiblemente, la reseccion quirurgica de la lesion sera suficiente para erradicar la neoplasia.

**Grado II** La naturaleza de este tipo de lesiones es infiltrativa, a pesar de su bajo peso proliferativo estas lesiones frecuentemente reinciden despues de la reseccion quirurgica. En algunos de estos tumores tienen la peculiaridad de progresar a lesiones de mayor malignidad.

> El Astrocitoma - Astrocitoma anaplasico o un glioblastoma.

**Grado III** En las lesiones de este grado se observan evidencias histopatologicas de malignidad, tales como atipias nucleares y actividad mitotica incrementada. En la mayoría de los casos, los pacientes reciben QT con o sin RT adyuvante.

**Grado ~~III~~ IV.** Este grado designa lesiones citologicamente malignas, mitoticamente activas o que presentan necrosis, la evolucion pronosticativa de estas lesiones es rapida y regularmente fatal.

> Glioblastomas > Neoplasias > Sarcomas.

## Pronostico.

Clasificación Eficiente.

> Marcadores biologicos.

codelecao 1p-19q

(MGMT) Metil-guaninmetil-transferasa.

IDH.

24/04/20  
✓

## 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.

### Conmoción 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 calloso, 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.

