

Materia:
Neurología

Nombre del trabajo:
“Resúmenes Neurología”

Alumna:
Keyla Samayoa Pérez.
Grupo: “A” Grado: “6”

Docente:
Dr. Alexandro Alberto Torres Guillen.

09/04/24

Parkinson

El síndrome parkinsoniano. Caracterizado por ser un trastorno del movimiento en el que predominan la bradicinesia (lentitud de movimiento), el tremor de reposo y la rigidez.

→ En esta existe degeneración de las neuronas de la pars compacta de la sustancia negra mesencefálica (encargada de la producción de dopamina), con presencia de cuerpos de lewy en células nerviosas remanentes y que consisten en inclusiones citoplasmáticas con núcleo constituido por depósitos de proteína α -sinucleína.

• 2da enfermedad neurodegenerativa más frecuente.

→ Cuadro clínico motor: es consecuencia de disminución de dopamina en los núcleos de la base.

→ clasificación según la edad.

- Enfermedad de parkinson juvenil: Comienzo de síntomas < 21 años de edad.
- Enfermedad de parkinson de inicio temprano: 22 - 39 años.
- Enfermedad de parkinson idiopática: Personas > 40 años.

Enfermedad autosómica dominante con penetrancia variable, autosómica recesiva o ligada al cromosoma X.

Genes asociados se denominan → PARK. (Se han descrito 18).

GENES EN SÍNDROMES PARKINSONIANOS.

Locus/Gen	Proteína	Cromosoma	Herencia	Inicio
PARK1	α -sinucleína	4q21	AD	Temprano y tardío
PARK2	PARKINA	6q25-27	AR	Temprano
PARK3	Desconocida	2p13	AD	Tardío
PARK4	Triplicado SNCA	4p15	AD	Temprano
PARK5	UCH-L1	4p14	AD	Tardío
PARK6	PINK 1	1p35-36	AR	Temprano y tardío
PARK7	DJ-1	1p36	AR	Temprano
PARK8	LRRK 2	12p11.2-q13.1	AD	Tardío
PARK9	ATP13A2	1p36	AR	Temprano
PARK10	Desconocida	1p32	AD	Tardío
PARK11	Desconocida	2q34, 36-37	AD	Tardío
PARK12	Desconocida	Ligado a X	Ligado a X	Temprano
PARK13	Omi/HTRA2	2p13.1	AD	No claro
PARK14	PLA2G6	22q13.1	AR	Tardío
PARK15	FBX07	22q12-q13	AR	Distonía-parkinsonismo Temprano Parkinsonismo Piramidalismo
PARK16	RAB7L1	1q32	No claro	Tardío
PARK17	GAK	4p16	No claro	Tardío
PARK18	HLA-DRA	6p21.3	No claro	Tardío

° ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL °

→ Epidemiología en México. A escala mundial es la segunda causa de muerte y la principal de invalidez en adultos. En México, representa una de las principales causas de muerte (28 casos por cada 100.000 habitantes). El envejecimiento de la población y los cambios en el estilo de vida aumentarán aún más el impacto socioeconómico de la EVC en este país en los próximos años.

→ 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.

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, desgarro de la pared arterial, dilatación de un aneurisma o trombosis venosa.
- Tener un origen remoto, 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 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.

→ ISQUEMIA CEREBRAL. Alteraciones cerebrales localizadas secundarias a un déficit del aporte circulatorio. Al hablar de isquemia cerebral focal se consideran dos tipos de isquemia:

- Ataque isquémico transitorio, tx de origen circulatorio que afecta a los territorios de la circulación retiniana, cerebral o medular de forma transitoria y sin evidencia de infarto en

17/04/24
✓

Generalidades

En el contexto clínico, más del 50% de los tumores intracraneales son de origen metastásico.

El origen de dichos tumores puede ser tanto ectodérmico 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.

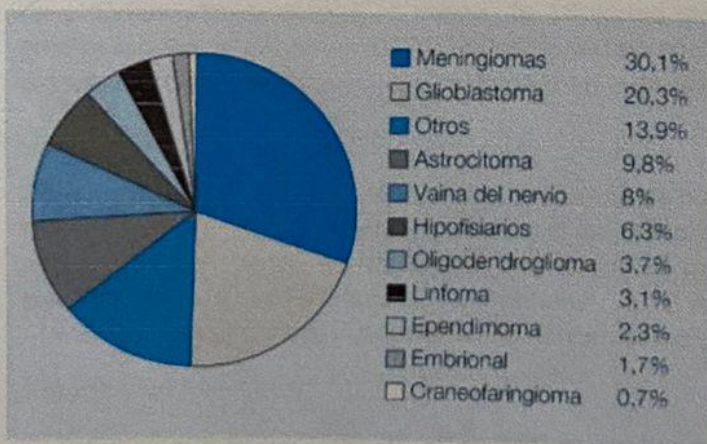
• Grado II. La naturaleza de este tipo de lesiones es infiltrativa. A pesar de su bajo nivel proliferativo, estas lesiones frecuentemente reinciden después de la resección quirúrgica. Algunos de estos tumores tienen la peculiaridad de progresar a lesiones de mayor malignidad; por ejemplo, un astrocitoma 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 presenten 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.

Bajo grado.

Alto grado.



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

17/04/24

24/04/24
X

Traumatismo craneoencefálico.

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 e 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.

Clasificación.

TABLA 42.1. Clasificación del traumatismo craneoencefálico según la OMS

	Glasgow
Leve	15-14
Moderado	13-19
Severo	8 o menos

TABLA 42.2. Clasificación de las lesiones por traumatismo craneal

Lesión primaria	Lesión secundaria
Intraaxiales	Intracraneales
Extraaxiales	Sistémicas
Difusas	

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