



Licenciatura en medicina humana

Brayan Velázquez Hernández

Neurología

Alexandro Alberto Torres Guillen

Neoplasias

6to

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas 27/04/2024

Neurología

Parkinson:

09/04/24

Brayan V-H:

09/04/2024

La enfermedad de Parkinson ocupa el segundo lugar de los enfermos neurodegenerativos solo después de la enfermedad de Alzheimer. Sus signos clínicos principales fueron descritos por primera vez en 1817 por James Parkinson médico inglés un hecho destacable es por que Parkinson era médico general y captó los hechos de esta trastorno con base a la inspección visual de un fondo de el paciente. Se calcula que el número de pacientes con PD en los naciones más pobladas el mundo era de 4 millones pero el año 2036 con base en el envejecimiento en la inspección visual

La edad media de inicio del PD es cerca de los 60 años y el riesgo por la vida es 2% para los hombres y 3% para las mujeres. La frecuencia del PD aumenta con el envejecimiento pero se en registrada casos de la tercera década de edad incluso más temprano sobre todo en presencia

Desde el punto de vista clínico lo PD se caracteriza por temblor en reposo rigidez braquicinesia (lentitud) y trastorno de la marcha inestabilidad postural. Signos cardinales.

→

16/04/24

EUC:

los traumas traumáticos cerebrales son el
caso principal de muerte y discapacidad
en niños y jóvenes adultos afectados
al mundo y este movimiento en
este la medida de los muertos por
traumas

lesiones cerebrales. Producidas por el
traumatismo ocasionado por el
traumatismo ocasionado

✓
Perchala de mucha deude

Dx + clasificación:

↳ puede ser + evidencia en los casos

- Historias de golpes continuos
→ Golpes y Heridas en la cabeza

TRPOMA CRANEA → TC

Riesgo de deterioro + observación traumática

- Escala de Glasgow para el coma
→ AVEG → Ocular, verbal, motora,
= cifra = 15 puntos

Enfermedad vascular cerebral:

Artero-esclerosis.
Atrombo-esclerosis

16/04/24
16

80% isquémico
20% hemorrágico

Regiones que irriga las arterias mediales
restantes:

Arteria Cerebral Anterior:
sus ramos irrigan la cara medial
+ superiores de los lobos frontal + parietal.

Arteria Cerebral media:
- se despliega sobre la superficie lateral del
hemisferio para irrigar cada uno de los
lobos.

Arteria cerebral posterior:
irriga superficies medial e inferior de los
lobos temporal + occipital + contigua.
Hasta la parte de la superficie lateral de estos
lobos.

Licenciatura en medicina humana

Brayan Velázquez Hernández

Neurología

Alexandro Alberto Torres Guillen

Neoplasias

6to

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas 26/04/2024

La sustancia opaca blanca (WOS) en endoscopia con aumento con imágenes de banda estrecha (M-NBI) fue reportada por primera vez por Yao como sustancia en el área superficial de neoplasias gástricas que oscurecía la arquitectura microvascular subepitelial. En los casos en que la presencia de WOS impide la visualización de la arquitectura microvascular, las diferencias morfológicas en WOS se utilizan como indicador óptico para discriminar adenomas de adenocarcinomas . Recientemente, Yao et al . informaron que WOS es causado por gotitas de lípidos y utilizaron tinción con rojo aceite-O para detectar la acumulación de gotitas de lípidos en las células de neoplasias gástricas positivas para WOS ³ . En un estudio previo de nuestro grupo, la acumulación de gotitas de lípidos se confirmó como una causa de WOS en neoplasias gástricas mediante estudios inmunohistoquímicos y de microscopía inmunoelectrónica de la adipofilina, que recientemente fue identificada y validada como marcador de gotitas de lípidos. La presencia de WOS se informó recientemente en neoplasias epiteliales en otros órganos gastrointestinales, como las neoplasias colorrectales y el adenocarcinoma de esófago

Los estudios sobre la metaplasia intestinal del estómago asociada a la infección por *Helicobacter pylori* utilizaron tinción de lípidos y microscopía óptica o microscopía electrónica y demostraron que el epitelio en la metaplasia intestinal tiene la capacidad de absorber gotitas de lípidos. Aunque el mecanismo subyacente a la acumulación de gotitas de lípidos en las neoplasias gástricas positivas para WOS sigue siendo desconocido, se especuló que estaba implicada la resíntesis de triglicéridos a partir de lípidos externos. En un estudio reciente, al. demostraron que el WOS está relacionado con los lípidos externos y que la ingestión oral de alimentos que contienen lípidos emulsionados aumenta la densidad del WOS en neoplasias epiteliales, incluidos adenoma y adenocarcinoma. Estos nuevos hallazgos sugieren que se pueden desarrollar nuevas técnicas para mejorar nuestra capacidad de diagnosticar con precisión las neoplasias gástricas. Sin embargo, los tipos de neoplasias epiteliales gástricas que pueden absorber lípidos y los tipos histológicos que no tienen la función de absorción aún no están claros. Por tanto, es necesario definir las posibles limitaciones de las pruebas de carga grasa. En consecuencia, el

desarrollo de una nueva técnica de endoscopia funcional que utilice la capacidad de absorción de lípidos de las neoplasias gástricas requiere aclarar la diferenciación histológica y los fenotipos de mucina de las neoplasias positivas para WOS, incluidos adenomas y adenocarcinomas.

Teniendo en cuenta que WOS en la neoplasia gástrica se asocia con la absorción de gotitas de lípidos, las neoplasias gástricas positivas para WOS pueden representar una forma histológica madura y un fenotipo de mucina similar al de la metaplasia intestinal. El fenotipo de mucina de las neoplasias gástricas positivas para WOS se ha identificado como intestinal o gastrointestinal ³; sin embargo, este estudio estuvo limitado por un tamaño de muestra pequeño. Además, los adenocarcinomas diferenciados pueden variar histológicamente según el tamaño del tumor y pueden contener componentes desdiferenciados con diferentes fenotipos de mucina. Por lo tanto, la investigación histológica basada en la detección inmunohistoquímica de adipofilina en un gran número de neoplasias epiteliales gástricas de diversos tipos histológicos es más deseable para el análisis preciso de los lípidos. Además, actualmente no existen informes que describan la diferenciación histológica de las neoplasias gástricas positivas para WOS. El propósito del presente estudio fue investigar la diferenciación histológica de las neoplasias epiteliales gástricas positivas para WOS y su asociación con un fenotipo de mucina.

Evaluación histopatológica

La evaluación histopatológica se realizó según la clasificación japonesa de carcinoma gástrico (14^a edición) ¹⁵. Los adenocarcinomas de tipo diferenciado se definieron como aquellos con estructura glandular, incluido el adenocarcinoma tubular bien diferenciado (tub1); adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado (tub2); y adenocarcinoma papilar (pap). Los adenocarcinomas de tipo indiferenciado se definieron como aquellos con estructura glandular indistinta o sin estructura glandular, incluido el adenocarcinoma de tipo sólido poco diferenciado

(por1); adenocarcinoma poco diferenciado de tipo no sólido (por2); y carcinoma de células en anillo de sello (sig); y adenocarcinoma mucinoso (muc). Excluyendo los adenomas, los adenocarcinomas se clasificaron en los siguientes tres tipos histológicos según las proporciones de componentes diferenciados e indiferenciados: tipo diferenciado (compuesto únicamente por tipo diferenciado), tipo mixto (mixto predominantemente diferenciado o mixto predominantemente indiferenciado) y tipo indiferenciado (tipo indiferenciado). solo). En este estudio, especulamos que las neoplasias gástricas positivas para WOS pueden representar una forma histológica madura similar a la de la metaplasia intestinal. Para evaluar las características histológicas de las neoplasias gástricas positivas para WOS, reclasificamos los adenomas y los tres tipos histológicos de adenocarcinomas en dos categorías: adenoma o adenocarcinoma de tipo diferenciado y adenocarcinoma de tipo mixto o indiferenciado.

Características histológicas de las neoplasias gástricas positivas para WOS.

Las 130 neoplasias epiteliales gástricas analizadas comprendieron 45 adenomas y 85 adenocarcinomas tempranos. Los adenocarcinomas tempranos se clasificaron en tres tipos según las proporciones de componentes diferenciados e indiferenciados de la siguiente manera: 68 tipos diferenciados (55 adenocarcinomas tubulares bien diferenciados y 13 moderadamente diferenciados, y 0 adenocarcinoma papilar); nueve de tipo mixto (9 de tipo mixto predominantemente diferenciado y 0 de tipo mixto predominantemente indiferenciado); y ocho de tipo indiferenciado (5 adenocarcinomas poco diferenciados, 3 carcinomas de células en anillo de sello y 0 adenocarcinoma mucinoso)

Licenciatura en medicina humana

Brayan Velázquez Hernández

Neurología

Alexandro Alberto Torres Guillen

TCE

6to

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: "B"

Comitán de Domínguez Chiapas 26/04/2024

TCE

TCE

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. La frecuencia relativa de cada causa varía según los diferentes grupos de edad y de los distintos lugares en cada país. El traumatismo craneal por accidente de tráfico es el más común en hombres jóvenes en los que interviene frecuentemente la ingesta de alcohol.

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

Fisiopatología del traumatismo craneal

Es compleja y reúne una serie de alteraciones, como disrupción de la barrera hematoencefálica, liberación de aminoácidos excitotóxicos y radicales libres, alteración de procesos metabólicos, aumento de presión intracraneal, disminución de la presión de perfusión cerebral, flujo sanguíneo cerebral (FSC) al principio alto y después bajo, y pérdida de la autorregulación cerebral.

El nivel de TCE es más frecuente en varones, y el mecanismo causante más común en nuestro medio es el accidente de tráfico. Se propone un modelo de clasificación de pacientes según grupos de riesgo, que los subdividen en riesgo bajo, intermedio o alto, que se correlaciona bien con la probabilidad de desarrollar complicación intracraneal, y, consecuentemente, con el resultado final. Se discute la indicación de la radiografía simple de cráneo y de la Tomografía Computarizada (TC), así como del ingreso hospitalario para observación neurológica.

La incidencia y severidad del daño neurológico secundario a Traumatismo Craneoencefálico (TCE) difieren según las características de la población de pacientes analizadas, los mecanismos lesivos implicados en el trauma y la organización y calidad del sistema sanitario en el que son manejados los enfermos.

En los países industrializados, las lesiones traumáticas constituyen la primera causa de muerte por debajo de los 45 años, y el daño cerebral contribuye de manera decisiva al resultado fatal en más de la mitad de las muertes. Clásicamente se ha prestado menos importancia al trauma craneal leve, pero éste representa un problema sanitario de interés enorme debido a que un número significativo de enfermos con trauma leve desarrollará complicaciones potenciales mortales, que realizarán actuaciones médicas y microquirúrgicas urgentes.

Además, la mayor parte de enfermos atendidos por trauma craneal han sufrido trauma leve, lo que conlleva un enorme esfuerzo humano y económico, y algunos pacientes tendrán síntomas persistentes, representando una morbilidad significativa. Existe mucha controversia respecto a la utilidad de la radiografía simple de cráneo y la necesidad de observación hospitalaria, en los pacientes que sufren traumatismo craneal leve.

La Tomografía Computarizada (TC) es el método de diagnóstico de elección en la fase aguda del trauma craneal por el momento actual. La Resonancia Magnética (RM) permite detectar lesiones de difícil visualización en la TC durante la fase crónica de la evolución del trauma craneal, lo que la ha convertido en la técnica diagnóstica de primera elección en esta fase