



# Mi Universidad

## Resúmenes

*Abril Amairany Ramírez Medina*

*Resúmenes*

*2do parcial*

*Neurología*

*Dr. Alexandro Alberto Torres Guillen*

*Medicina humana*

*6to semestre Grupo C*

*Comitán de Domínguez, Chiapas. 26 de abril de 2024*

## Enfermedad vascular cerebral

### Epidemiología en México

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. En México, la EVC es un problema de salud pública, ya que representa una de las principales causas de muerte (28 casos por cada 100.000 habitantes).

### Clasificación de la enfermedad vascular 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.

Aproximadamente el 80% de los episodios vasculares cerebrales son debidos a isquemia cerebral, y un 20%, a hemorragia cerebral.

Isquemia cerebral. Al hablar de isquemia cerebral focal se consideran dos tipos de isquemia: el AIT y el infarto cerebral.

Hemorragia cerebral. Se entiende como la extravasación de sangre dentro del tejido cerebral, secundaria a la ruptura de una arteria intracerebral. Según su localización, puede ser de dos tipos: hemorragia intracerebral, o parenquimatosa (HIC), y hemorragia subaracnoidea (HSA).

10/04/22



## Enfermedad de Parkinson y trastornos de los movimientos comunes

Dentro de los trastornos del movimiento en neurología, se estudian todas aquellas enfermedades cuyas manifestaciones se traducen en un exceso de movimiento (hipercinesia), cuyo ejemplo clásico es la corea, o una disminución del mismo (hipocinesia), como sucede en el parkinsonismo. El síndrome parkinsoniano (parkinsonismo extrapiramidal) se caracteriza por ser un trastorno del movimiento en el que predominan la bradicinesia (lentitud de movimiento), el temblor de reposo y la rigidez.

Según su edad de presentación, se divide en forma juvenil (EPJ), cuando el comienzo de los síntomas es anterior a los 21 años de edad; de inicio temprano (EPIT), si se presenta entre los 22 y los 39 años, e idiopática (EPI), en personas mayores de 40 años. La incidencia de la EP se incrementa en personas de mayor edad. Su prevalencia es del 1% en personas de más de 65 años y el 4% en mayores de 80 años. Se considera que un 10% de los casos de EP se inicia antes de los 40 años.

Aspectos genéticos. Se postula que la herencia en la EP puede ser autosómica dominante con penetrancia variable, autosómica recesiva o ligada al cromosoma X. El 20% de las personas con EP tienen antecedentes familiares de la enfermedad, aunque las formas monogénicas son poco comunes.

### Genes PARK más representativos

PARK2 (parkina). Se identificó a finales de la década de los noventa y se localiza en el cromosoma 6q. Se relaciona con parkinsonismo de inicio temprano de comienzo unilateral, y destaca su asociación con distonía y discinesias, progresión lenta y una buena respuesta al tratamiento dopaminérgico. En este grupo no se han identificado cuerpos de Lewy. La parkina es el segundo gen del cual se tiene más información en neurología, solo superado por el gen de la distrofina de la enfermedad de Duchenne; constituye el segundo gen más frecuente en síndromes parkinsonianos.

10/04/24  
[Handwritten signature]



Abril

Flores

7

Neurología. Neoplasias del SNC. C.38.

D 15 M 04 A 24

Scribe

## Neurooncología.

Tumores del sistema nervioso: principios de clasificación y manifestaciones clínicas comunes.

### Generalidades

En el contexto clínico, más del 50% de los tumores intracra-neales son de origen metastásico. El origen de dichos tumores pueden 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.

### Clasificación.

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

Grado I. Incluyen tumores con bajo potencial proliferativo y en los que, posiblemente, la resección quirúrgica de la lesión será suficiente para erradicar la neoplasia.

Grado II. A pesar de su bajo nivel proliferativo, estas lesiones frecuentemente reinciden después de la resección quirúrgica.

Grado III. En las lesiones se observan evidencias histopatológicas de malignidad, tales como atipias nucleares y actividad mitótica ↑.

Grado IV. Designa lesiones citológicamente malignas, mitóticamente activas o que presenten necrosis.

### Manifestaciones clínicas

Producen dos categorías de síntomas: los generados por el incremento de la presión intracraneal (PIC) y los localizados en la región de la lesión. Síntoma que más refieren los pacientes es la cefalea. El aumento en la PIC puede producir vómitos, náuseas, alteraciones de la marcha y el equilibrio, cambios en la personalidad o alteraciones de las funciones psicomotoras. Crisis epiléptica (<6%).

• Bradicardia, hipertensión, alteraciones  
• vómito en proyectil.

CS

CamScanner

24/04/24

## Traumatismos craneoencefálicos y raquímedulares.

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

Existen múltiples clasificaciones de los traumatismos craneales.

### 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 retrograda coluida 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 posttraumática y diámetro de 5 a 15 mm de tipo hemorrágico o no, ocasionado por desaceleración brusca con rotación que origina tensión y daño axonal. Los estudios de imagen de estos pacientes pueden ser normales. La presencia de severa afectación neurológica posttraumática con estudios de imagen especialmente de tomografía, obliga a considerar esta posibilidad diagnóstica.

### 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 explicar la escala de coma de Glasgow y verificar el nivel de conciencia, la respuesta pupilar y los movimientos oculares. La presencia de equimosis retroorbitaria (signo de Racco) y periorbitaria (ojos de mapache) son marcadores clínicos