

08/05/24

Joseph Eduardo Cordero Ramirez

Traumatismo de la médula (TRM)

Miércoles
08 05 24

Se define como cualquier lesión traumática del cuerpo de la médula espinal, se deriva de algún grado de contusión transitoria o permanente de los estructuras cartilaginosas, osteoligamentosas, vasculares, musculares, meníngeas, radiculares y la más característica de todas es la médula en cualquiera de sus regiones.

En la epidemiología menciona que el TRM es más frecuente en varones de 25 - 35 años, siendo el accidente de tráfico el más común, seguido de caídas, hechas entre otros.

- la columna vertebral es el soporte vital del cuerpo
- la columna cervical es más vulnerable a lesionarse por su localización y movilidad

La médula tiene forma cilíndrica, va desde la parte caudal del bulbo raquídeo hasta el segmento L1 - En el recién nacido alcanza L3.

- En los primeros días del traumatismo, el diagnóstico no se puede hacer con seguridad, ya que puede existir un choque espinal, pero si hay algo de función motora o sensorial, significa que la lesión es incompleta y el pronóstico de recuperación es favorable con respecto a una lesión completa.
- Cuando no hay existencia de función sensorial o motora demostrable en debajo de un cierto nivel significa una lesión completa en la médula espinal.

Joseph Eduardo Sanchez Ramirez

Meningitis aguda: El término **meningitis** se refiere exclusivamente a la inflamación de las meninges en el espacio subaracnoideo y tiene una diversidad de causas que deben ser investigadas.

Entre las causas de meningitis aguda, las de origen infeccioso suelen ser las más comunes y, dentro de estas, son más habituales las de etiología bacteriana y viral.

Las meningitis bacterianas son **significativamente** más comunes en ancianos, mientras que las virales son más frecuentes en niños y adultos jóvenes.

Tradicionalmente, se ha analizado la potencial etiología de la meningitis bacteriana según la edad del paciente

y los factores de predisposición. Las etiologías más habituales de acuerdo con la edad son las siguientes:

- En neonatos, estreptococo B (*Streptococcus agalactiae*),

bacilos gramnegativos (*Escherichia coli*, *Enterobacter species*, *Klebsiella pneumoniae*, *Citrobacter diversus*) y *Listeria monocytogenes*.

- Después del período neonatal, los gérmenes más comunes productores de meningitis aguda son *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*.

Streptococcus pneumoniae (neumococo). Las condiciones clínicas asociadas más frecuentemente incluyen sinusitis, otitis media y neumonía. Otros factores predisponentes son deficiencia de complemento, hipogammaglobulinemia, esplenectomía, traumatismo craneal con fractura de base de cráneo y rinorrea del líquido cefalorraquídeo, alcoholismo,

diabetes mellitus, mieloma múltiple y talasemia.

Manifestaciones clínicas:

La edad de presentación de la meningitis influye en la forma de presentación de las manifestaciones clínicas.

Las meningitis agudas en adultos se presentan con fiebre, cefalea y alteraciones en el estado mental. Esta tríada aparece en menos del 50% de los pacientes, aunque una mayoría muestra al menos dos de los síntomas.

La fiebre es el signo más constante y se observa hasta en el 85% de los casos, seguido de rigidez de nuca en el 70% y anomalías en el estado mental en el 60%. En términos generales, la tríada se detecta en el 60% de los casos.

Joseph Eduardo Cordova Ramirez

20/05/24
/

Enfermedades desmielinizantes.

Esclerosis múltiple: Es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por eventos inflamatorios recurrentes en el sistema nervioso central (SNC) que llevan inicialmente a producir lesiones desmielinizantes y, posteriormente, a daño axonal con síntomas progresivos.

La EM afecta en el mundo aproximadamente a 1 millón de personas. La mayoría de los pacientes con EM manifiestan el inicio de la enfermedad entre los 20 y los 40 años. Tiene una prevalencia mayor en mujeres, siendo de 1,5 a 2,5 veces mayor que en varones.

La progresión desde el inicio de la enfermedad es claramente un fenómeno relacionado con la edad del paciente. Menos del 20% de los pacientes menores de 30 años tienen curso progresivo al inicio de la enfermedad, mientras que sí lo son unos dos tercios de los mayores de 40 años. La información de la base de datos de London, Ontario, Canadá, sugiere que esos pacientes que tienen un número relativamente alto de brotes tempranos presentan un riesgo relativamente superior de llegar al nivel de discapacidad EDSS 6 con relativa rapidez.

Una mayoría de los pacientes que comienzan con recaídas y remisiones desarrollará secundariamente un curso progresivo. En London, Canadá, fueron estratificados 1.100 pacientes entre 1972 y 1984 según la duración de la enfermedad, y se encontró que el 58% de los mismos con 11 a 15 años de duración de la enfermedad 66% tuvo formas progresivas.

Aspectos genéticos

La etiología de la enfermedad se desconoce hasta hoy. Sabemos que algunos pacientes tienen predisposición genética a su desarrollo. Es bien conocido que la presencia del alelo HLADRBI' 1501 incrementa el riesgo de padecer EM.

Fisiopatogenia

Una vez que los linfocitos son activados erróneamente, atraviesan la barrera hematoencefálica (BHE), donde secretan citocinas proinflamatorias como interferón α (INF- α) y factor de necrosis tumoral α (TNF- α), que se encargan de reclutar y activar macrófagos e incrementar la expresión del complejo principal de histocompatibilidad (CMH) tipo I o II en la superficie celular de más linfocitos para que funcionen como células presentadoras de antígenos (CPA). Con esto producen una expansión de la reactivación de los linfocitos capaces de lisar neuronas, oligodendrocitos y axones.

El diagnóstico de EM está basado principalmente en la clínica y se apoya en estudios de imagen con la presencia de lesiones desmielinizantes en imágenes enfermedad tenían ya un curso progresivo. De 131 pacientes con 16 a 25 años de duración, el 66% tuvo formas progresivas.

Resumen Neurología

Neuropatía diabética: La neuropatía diabética (ND) se define como la alteración demostrable, clínica o subclínica, del sistema nervioso periférico, asociada a DM, sin otras etiologías presentes. La incidencia de la DM y sus complicaciones es cada mes más frecuente.

En el presente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima unos 135 millones de casos. Sin embargo, para el año 2025 existirán cerca de 300 millones de personas con esta enfermedad. La ND se considera la causa más común de neuropatía en el mundo occidental. Ocurre en diabetes tipo 1 y tipo 2, con una prevalencia del 5 al 100%, y está presente en un 7,5% de los pacientes en el momento del diagnóstico de DM. Los índices se incrementan conforme avanza la enfermedad.

Fisiopatología La neuropatía se presenta en pacientes con diabetes tipo 1 y 2, así como en la diabetes secundaria, lo cual sugiere un mecanismo fisiopatológico común basado en la hiperglucemia crónica. Se han descrito diversas teorías posibles en la fisiopatología de esta enfermedad: una teoría metabólica (vía del poliol) asociada a acumulación de sorbitol con disfunción en el transporte axonal y daño estructural del nervio; una teoría vascular asociada a isquemia endoneural, y una teoría de disfunción de los factores neurotróficos que se asocia a daño causado por los radicales libres de oxígeno.

Cuadro clínico

La presentación más común es una polineuropatía distal, simétrica, predominantemente sensorial. Sin embargo, se puede presentar una gama amplia de síntomas tanto sensitivos como motores o autonómicos.

Síntomas sensitivos

Son positivos o negativos. Los negativos incluyen adormecimiento, sensación de usar un guante o calcetín, pérdida de equilibrio, lesiones de la piel y factor promotor del pie diabético. Entre los síntomas positivos destacan ardor, dolor picante, dolor tipo calambre eléctrico, hipersensibilidad al tacto y comezón. Para examinar la sensibilidad al dolor se estimula con una punta aguda y otra roma con distribución de estímulos al azar en la superficie cutánea y se pregunta al paciente qué siente en cada ocasión. La sensibilidad a las vibraciones.

Síntomas motores

Habitualmente se instalan de manera lenta, con carácter progresivo. Incluyen debilidad de predominio distal (abrir puertas o latas, girar la llave). Las quejas frecuentemente incluyen dificultad al subirse a banquetas, caminar y subir escaleras cuando la debilidad es proximal. Los REM se encuentran disminuidos en el contexto de una neuropatía.