



Mi Universidad

reporte de estudios

Luis Ángel Vasquez Rueda

Reporte de estudio de la unidad

Tercer parcial

Neurología

Dr. Alexandro Alberto Torres Guillen

Licenciatura En Medicina Humana

6to Semestre Grupo "C"

Comitan De Domínguez, Chiapas, 24 de Mayo del 2024

08/05/24

Traumatismo Raquimedular

Neurología
08 | 05 | 24 | 3

Lesión traumática del raquí y la médula espinal derivado de un compromiso transitorio o permanente de cartilagos, osteoligamentosas, vasculares, musculares, meningeas, radicales, lesión medular (mas grave)

Neonatos se extiende Med. esp. hasta L3-L4

- Evaluación general → px posición neutra y sin movim. de la columna, totalmente inmovilizado para RX

- Datos de lesión cervical → Areflexia flácida / Respiración diafragmática / flexión pero no extensión del codo / estímulo doloroso solo por encima de clavícula / Hipotensión o bradicardia sin hipovolemia / priapismo / Sx de Horner

↳ Examen de columna y espalda → evaluación muscular

- Nivel Neurologico → función sensorial y motor preservada en ambos lados del cuerpo, sensorial es a segmento caudal de la Médula

- Sx Medular Central → deficit motor mas en Miemb. Super. que en inferiores, perdida sensorial variable, > lesión por hiperextensión cuando hay estenosis conducto cervical preexistente, 75% de recuperación

- Sx Medular anterior → respeta mitad posterior de la Médula, se asocia a paraplejía y perdida de sensibilidad termico-dolorosa debajo de la lesión

- Sx Brown-Sequard → hemisección Medular, con parálisis o debilidad con afectación de sensibilidad propioceptiva del lado de lesión con alteración termico-dolorosa por debajo de la lesión



15/20/20
Sx Cordonal-posterior → parte posterior de la Medula con pérdida de sensibilidad al sentido de posición y vibración por debajo de la lesión (Menos frecuente)

Clases de lesión

- Columna Cervical → Sobrecarga axial / flexión forzada / extensión / rotación / desplazamiento lateral y tracción
- Columna torácica → Segmento inferior (mas vulnerable), lesiones por flexión forzada o por extensión forzada
- Columna lumbar → lesión por flexión forzada (inestable y con lesión medular), lesión por compresión vertebral
- Heridas abiertas → proyectil arma de fuego / cortopunzantes, que atraviesan canal medular con déficit neurológico completo

Tratamiento

- prevenir lesiones secundarias
- Inmovilización (todo px politraumatizado se sospecha lesión ^{raquímedular})
- reposición de líquidos I.V. • Cateter urinario
- Apoyo ventilatorio según lo requiera
- monitorización de presión venosa central
- presión sanguínea se restaura con vasopresores, tras una reposición de volumen, y para la bradicardia, Atropina

Neuroinfección - Meningitis Aguda

Neurología
09/05/24

3

Inflamación de las meninges, específicamente la subaracnoides, siendo la aguda la más común, de origen infeccioso (Bacteriana o viral)

- Constituye una emergencia neurológica, siendo de mayor incidencia en adultos mayores, y la mitad de los muertos por Meningitis aguda, personas > 60 años

• Etiología

↳ principal por infección, en ancianos principalmente por infección bacteriana, y en niños y adultos jóvenes más común por causa viral, en neonatos la causa más común son (estreptococo-B / Bacilos gram (-) / *Listeria monocytogenes*)

• Factores predisponentes

↳ factores clínicos (sinusitis / otitis media / neumonía / complemento / esplenotomía / traumatismo craneal / alcoholismo / DM / mieloma múltiple / talasemia)

- *Neisseria meningitidis* → principal agente en px 2^a (18 años)

• Cuadro Clínico

↳ fiebre / cefalea / alt. estado mental / rigidez de nuca /

↳ niños → fiebre / vómito / fotofobia / somnolencia / alt. estado de conciencia

- Estudios Dx

↳ Hemocultivo / Marcadores de inflamación sistémica / RM / Analisis de LCR

• Tratamiento

↳ Vancomicina / ceftriaxona / ampicilina / aciclovir / Dexametasona (7-14 días)

• Vacunación

↳ contra Hib ha ↓ la incidencia de meningitis aguda por H. influenzae en >90%.

Meningitis → inflamación de las meninges en el espacio subaracnoideo

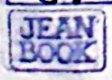
↳ + común Bacteriana y viral
 más común adultos mayores + frecuente niños y adultos jóvenes

• Diseminación → Hematógena / Bacteriemia / viremia / neuronal / entrada por vía resp. / sinusitis / OMA / Trauma

• S. Galactiae → S. Neumoniae

Etiología

- Neonatos → S. Agalactiae y C. Coli Se transmite por contacto directo y secreciones
 - 1 Mes → S. Neumoniae
 - 2-18 años → Neisseria Meningitidis y secreciones
 - 3 Meses - 5 años → N. Meningitidis Los portadores
- S. pneumoniae y N. Meningitidis



• A nivel general → S. Pneumoniae

Meningitis Viral → enterovirus (Coxsackie) / herpes virus tipo 2 / VIH / Arbovirus (mosquito o garrapata) / Virus de la varicela / Epstein-Barr

• Clínica → tríada adultos y px (50%) → (Bact. aguda)

• Fiebre (85%) / Cefalea (rigidez nuca) / Alt. estado mental

• M. tuberculosa → Clínica de Meningitis + lesiones en pares craneales (IV, V y VIII)

• M. por Meningococo → Clínica de Meningitis + ult. cutáneas (petequias y purpura)

• BCG → protege contra tb meningea y Biliar

• Viral → Fiebre / Cefalea / Alt. Neurológica / poca rigidez nuca

• Bacteriana → Hipert. Craneal (Vomito, papiledema, fontanela abombada) / Rigidez nuca (Kerning y Brudzinsky) / Signos meníngeos / Fiebre / petequias o purpura (Meningococo) / Afeción pares craneales (Tb)

Dx → inicial → clínico y E.f. • **Complementarios** → TAC y RM

↳ **Hemocultivo** por punción lumbar (gold standard)

• **punción lumbar** → C.C. Sugestivo meningitis • PCR > 10 mg/L

• Uno o varios

Cultivos positivos

y no responde

a tx antibiótico

• **Contraindicaciones** →

• Hipot. intracraneal

• trombocitopenia

• Inest. Hemodinámica

• infección del sitio

de punción

Familia Herpesvirus

14 | 05 | 24

3

• Grupo Alfa (α)

- Herpes simple tipo 1 (HSV-1)
- Herpes simple tipo 2 (HSV-2)
- Virus Varicela Zoster (VZV)

• Grupo Beta (β)

- Citomegalovirus (CMV)
- Herpes virus tipo 6 (HHV-6)
- Herpes virus tipo 7 (HHV-7)

• Grupo (γ)

- Virus Epstein-Barr (EBV) (γ)
- Sarcoma de Kaposi herpesvirus (HHV-8 o KSHV)

• HSV-1: Agente causal de herpes simple / Faringitis / gingivostomatosis / Amigdalitis / queratoconjuntivitis

• HSV-2 → Herpes Genital

• VZV → Causa Varicela y herpes zoster

• CMV → Enfermedad Citomegálica / Sx Mononucleosis

• HHV-6/7 → Agentes Causales del exantema Súbito

• EBV → Agente causal de Mononucleosis infecciosa / Linfoma de Burkitt / Carcinoma Nasofaríngeo

• HHV-8 → Asociado al Sarcoma de Kaposi

22/05/24

Sx Guillain-Barre'

Neurologia

20 05 24

3

• también llamada → Polirradiculoneuritis aguda

- polineuropatía segmentaria desmielinizante de predominio motor, precedida de parestesias ligeras en manos y pies

- Aguda
- Ascendente
- Arreflexica

- Etiología → desconocida (pb autoinmune)

↳ 2/3 hay antecedente de infección viral respiratoria o gastroint. (1-3 semanas antes del inicio de la neuropatía)

↳ + fctc → Campylobacter jejuni

- Clínica → Dolor muscular y debilidad progresiva de evolución simétrica y ascendente

↳ puede llegar a → parálisis motora arreflexica total con muerte por insuf. resp.

↳ paresia facial bilateral (50%) / reflejos tendinosos ausentes / puede haber disautonomía

- Diagnóstico (clínico)

↳ LCR → Disociación albumino-citológica con ↑ proteínas sin ↑ de células, que aparece en 1ra sem. y max en 2-4 sem.

↳ Est. Neurofisiológicos → 1er signo dx → abolición onda F y desmielinización

↳ Cuando sospecha firme de Dx → iniciar tx sin esperar aparición de caract. de Alt. electrodiagnósticas

JEAN BOOK

Neuropatía Diabética (ND)

Neurología
20/05/24

3

- Alt. demostrable Clínica o subclínicamente del SNP asociada a DM, sin otras etiologías presentes

↳ presente 5-100% (prevalencia) y presente en 7.5% px y los índices ↑ conforme avanza la enfermedad

- Cuadro Clínico → polineuropatía distal simétrica de predominio sensitivo, pero puede haber motor y autonómico

↳ Sint. Sensit. → **POSITIVOS** → Ardor / Calambres / Dolor / Hipersensibilidad

↳ **NEGATIVOS** → adormecimiento / hiposensibilidad / pérdida de balance / lesiones

- Sint. Motores → lento y progresivo / debilidad distal / reflejo Aquileo afectado más tempranamente /

- Sint. autonómicos → hipotensión ortostática / palpitaciones / plenitud gástrica inmediata / Diaforesis / Disf. erectil / Diarrea / estreñimiento / incont. urinaria / hiperhidrosis o anhidrosis

Neuropatías Asimétricas

- Mononeuropatía craneal → afect. Nervios III / IV / VI / VII / Comienza con diplopía / resolución 3 meses espontánea /

- Mononeuropatía somática → por atrapamiento de nervio cubital y mediano

- polirradiculopatía diabética → compromete raíces espinales

↳ neuropatía foracodorsal → >50 años / déficit sensitivo con distrib. dermatomas intercostales

JEAN BOOK

- Amiotrofia diabética (plexorradiculoneuropatía lumbosacra)

↳ Sx Bruhn-Garland

↳ debilidad es caract. mas prominente / manifiesto proximales /
↓ reflejos tendinosos / ↓ peso notoria / recuperación de
8-12 meses si hay control glucémico adecuado

- Dx → Criterios Dx → px con DM / hiperglucemia crónica /
px con polineuropatía sensitivo-motora en extrem. inferiores /
cut. tipo neuropatía o retinopatía diabética

- TX → Control glucémico y control dolor neuropático

↳ No fumar → Factor detonador de la neuropatía en px

↳ ↓ peso → Sobrepeso favorece presentación y agravamiento

↳ Dolor Neuropático

• Antidepresivos → tricíclicos (amitriptilina o nortriptilina)

↳ ISRS cuando tricíclicos no son tolerados
(paroxetina / duloxetina / citalopram / maprotilina)

• Antiepilepticos → Carbamacepina / gabapentina / fenitoína /
lamotrigina / pregabalina

• Otros → antiarrítmicos (lidocaina o mexiletina)

↳ tramadol (AINES no alivian el dolor)

Parálisis facial periférica (de Bell)

Neurología
20/05/24

3

- del nervio facial, puede ser secundaria o idiopática

- epidemia → 20-30 / 100,000 hab. / pico incid. 15-45 años /
+ común px / DM / embarazadas / igual fctc Dich-129

- etiología → inflamación del nervio facial en el ganglio geniculado, con pb causa por virus herpes simple tipo 1

- Clínica → debilidad o parálisis completa de todos los músculos de la mitad de la cara

• **parálisis facial central** → afecta mitad inferior de la cara

• Borramiento de surcos faciales / Comisura labial ipsilateral desaparece con dificultad para cerrar el párpado / Irritación ocular / ↓ lagrimeo / aparente epifora (por pérdida adormecimiento de la cara / parestesias / control de párpados) / Sensibilidad facial conservada / periorcular

• **fenómeno de Bell** → se intenta cerrar el ojo y se observa que el globo ocular gira hacia arriba

- Diagnóstico → Historia Clínica precisa y cuidadosa y de progresión y descartar lesión tumoral

↳ px con inicio insidioso o → realizar estudio de preservación de Mov. Oculares imagen cerebral

- TX → Prednisona x 10 días con disminución paulatina de la dosis asociada a un antiviral

↳ Vit. B → remielinización, ↳ lubricación ocular y oclusión noct. del lado afectado

JEAN BOOK

1073.

13/05/24/3

Neuro

Luis Angel Vasquez - 6° 2"

① Menciona la regla de oro para el manejo inicial en el traumatismo raquimedular

R= el px debe estar totalmente inmovilizado en todo momento

② Menciona el nivel donde se decusan las fibras del tracto espinotalámico

R= Med. espinal

③ Menciona el nivel donde se decusa las fibras del tracto corticoespinal

R= Bulbo raquídeo

④ Menciona el tracto al que corresponde la vía motora

R= tracto corticoespinal

⑤ Menciona a que dermatoma corresponde el nervio radial

R= C6

⑥ Menciona a que nivel encontramos/sospecha de una lesión en T10

R= Ombligo

13/05/24
Felicitaciones

Scribe

9

Los Angel Vasquez Rueda

17/05/24/3

Planos

1 Menciona el Agente etiológico más frecuente de Meningitis

R = S. pneumoniae / Neisseria Meningitidis

2 Menciona 2 Características diferenciales entre Meningitis y encefalitis

R = Uno es inflamación de encefalo y otro de Meninges, encefalitis hay alt. conductual agresiva y hay Crisis epilépticas

3 estudio Gold-Standard para infección del SNC

R = hemocultivo por punción lumbar

4 Menciona el tipo Celular que encontramos en el líquido cefalorraquídeo que orienta a un origen bacteriano

R = 80% Neutrófilos

5 Como espanta encontrar la glucorraquia por un agente tuberculoso

R = Normal

6 Menciona el tiempo máximo en el que se debe analizar el LCR

R = 90 minutos

17/05/24

