



Mi Universidad

Resumen de los temas

Gabriela Montserrath Pulido Padilla

resumen

Parcial 4

Medicina física y de rehabilitación

Dr. Jorge Arturo López Cadenas

Medicina Humana

5to Semestre

Comitán de Domínguez, chis a 01 de julio del 2024

POLINEUROPATIA.

Trastorno nervioso periférico de cualquier causa. La afectación de los nervios puede ser única (mononeuropatía) o múltiple (polineuropatía); la anomalía puede ser axonal o desmielinizante.

POLINEUROPATIA METABOLICA.

Etiología

- Diabetes
- Problema para usar energía
- Neuropatía alcohólica.
- Hipoglucemia.
- Insuficiencia renal
- Depres.
- Enf. tiroidea.
- Enf. Hepática.

Son trastornos nerviosos que ocurren con enfermedades que interrumpen los procesos químicos en el cuerpo.

Clinica.

- Dolor, arder, hormigueo, dolor punzante. (neuralgia)
- Debilidad brazos, piernas

Diagnostico:

- BH
- EGO
- EMG
- Examen eléctrico.
- Biopsia.

Tratamiento

- Corregir el problema metabólico.

Condiciones

- Deformidad
- Lesiones en los pies
- Entumecimiento o debilidad.
- Dolor.
- Problemas en la marcha

POLINEUROPATIA INFECCIOSA.

Daño a los nervios causado por infecciones. (Bacterias, virus, espiroquetas)
Enf. Lyme. herpes sífilis

SINTOMAS

- Hormigueo
- Entumecimiento.
- Debilidad en manos y pies.
- Dificulta las tareas simples.

Tratamiento.

- Antibiótico → bacterias.
(penicilina y cefalexina)
- N. Virales → Aciclovir y valaciclovir

Diagnostico.

- Analisis de sangre.
- Prueba Umbar
- RM.

POLIMIOSITIS

DRA. MERITXEL VELÁZQUEZ
CASTAÑEDA
MÉDICO GENERAL
scriba

Las miopatías inflamatorias constituyen un grupo de enfermedades que se caracterizan por afectar preferentemente a la musculatura estriada y por su naturaleza inflamatoria.

→ Cambios inflamatorios y degenerativos de los músculos.

EPIDEMIOLOGÍA

- Raza → Africame.
- Edad → 50-60 Años.
- Sexo → Mujeres.

ETIOLOGÍA

- Autoinmunes
- Factores genéticos (DQ3, DR52, DR6 de HLA)
- Picornavirus o cáncer.

FISIOPATOLOGÍA

Daño celular

- Produce daño muscular directo mediado por células T

↓

Atrofia

↓

Grados variables de inflamación

SIGNOS Y SINTOMAS.

- Dolor muscular
- Dolor articular
- Dif. para deglutir
- fiebre
- Fatiga
- ↓ peso
- Sx Raynaud
- No afecta órganos internos excepto pulmónes y corazón.
- Papulos de Gottron.

DIAGNOSTICO → Criterios Clínicos.

- Polimiositis definida 4 Criterios
- Polimiositis probable 3 criterios
- Polimiositis posible 2 criterios.

Tratamiento.

- Corticoides (hidrocortisona)
- Algunos casos
- Inmunosupresores (metotrexato, azatioprina, ciclosporina, Inmunoglobulina IV)

- A) Debilidad muscular proximal y simétrica
- B) Elevación enzimas musculares
- C) Alteraciones electromiográficas compatibles
- D) Biopsia muscular (definitiva)
- E) Manifestaciones cutáneas

Clasificación Bohan y Col.

- G1 → P. Idiopática primaria
- GII → D. Idio. Primario
- GIII → D. O.P. asociado a neoplasia
- GIV → D. o P. infantil - virales.
- GV → P. o D. Enf. celíaco.

DIASEMATOMIELINA

DRA. MERITZELL VELÁZQUEZ
CASTAÑEDA
MÉDICO GENERAL
Céd. No. 1377903

Es un desdoblamiento de la médula espinal que aquella dividida en dos mitades separadas entre sí por un tabique fibroso, cartilaginoso u óseo.

→ Disrafismos Espinales.

Malformación raquímedular que consiste en un desdoblamiento de la médula espinal normalmente por debajo de la 5ta vértebra dorsal y en relación con una anomalía vertebral.

2 tipos

- Abiertos → Meningocele, espina bífida.
- Cerrados → Diastematomelia.

Es una forma rara de disrafia espinal.

Médula espinal dividida tipo L.

Disrafismo espinal cerrado congénito que consiste en la división de un segmento medular en dos hemimedulas.

EPIDEMIOLOGÍA.

- Disrafia espinal rara (<3% de los casos de disrafismo espinal oculto)
- Más frecuente en mujeres 3%
- Niñez
- Se presenta 5-16% de la escoliosis congénita.

CLASIFICACIÓN DE DISRAFISMO

-DEA → Se caracteriza por la exposición de tejido nervioso y meníngeo al exterior a través de un defecto en la línea media.

DEC → Es más común, se caracteriza por tejido nervioso no está expuesto al exterior, sino que está recubierto por piel, que puede ser normal o mostrar signos clínicos de alarma.

FISIOPATOLOGIA.

- El sistema nervioso y la piel derivan de la misma capa embrionaria.
- Ectodermo, entre 3er y 5ta semana de gestación se separa en ectodermo neural y ectodermo epitelial
- Hecho que temporalmente coel el proceso de cierre del tubo neural es una posible consecuencia de la alteración de este proceso.

DISRAFISMO ESPINAL OCULTO

Comienza al nivel de la quinta vértebra lumbar y la primera sacra, pero puede afectar cualquier posición.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Hemangiomas
- Manchas azuladas color vino
- Hoyoelo
- Pedicelo
- Hidrocefalia.

Prevención

- Ingesta ácido fólico
- Consumo de alimentos con

DIAGNOSTICO

- Prenatal
 - Alfa fetoproteína elevada.
 - USG
- Radiológico. → Pacientes que no presentan síntomas asociados
- RM.

TRATAMIENTO

- Corrección quirúrgica. (seguramente por Neurocirugía)
- Dx confirmado.

MALFORMACIÓN DE ARNOLD SHIARI

Son defectos estructurales en el cráneo y el cerebelo. Cuando parte del cerebelo se extiende por debajo del foramen magno al conducto raquídeo superior, se llama "malformación de Shari".

EPIDEMIOLOGIA

- Afecta 0.5% de la población
- 1 de cada 1000 nacimientos
- 80% mujeres
- Tipo II más prevalentes (incluso de ascendencia china.)

FISIOPATOLOGIA

- Cráneo más pequeño o deforme
- El cerebelo es empujado hacia abajo hacia el foramen magno y el conducto raquídeo
- Presión en el cerebelo y tronco encefálico.

FACTORES DE RIESGO

- Aumento súbito de la tracción medular
- Antecedentes familiares.

CLASIFICACIÓN

- Tipo 0 → No presentan descenso de amígdalas > 5mm pero con síntomas
- Tipo 1 → Las amígdalas cerebelosas se distorsionan por el foramen magno
- Tipo 2 → Descenso de los lóbulos del cerebelo y del tronco encefálico hacia el foramen magno
- Tipo 3 → Son muy raras y más graves, parte del cerebelo y del tronco descienden, o se hernian.
- Tipo 4 → Cerebelo incompleto o poco desarrollado, forma rara

CUADRO CLÍNICO

Varían en cada persona.

- dolor en el cuello
- Problemas de audición o de equilibrio
- Debilidad. o insensibilidad. muscular
- Mareos

- Dificultad para tragar

- Vómitos
- Insomnio
- Depresión
- Escoliosis

DIAGNOSTICO

- Actualmente no ha prueba para determinar la malformación al nacimiento.
- Se asocian a defectos congénitos
- Ecografías → Algunas pueden verse antes del nacimiento.
- Exploración física.
- RM
- Radiografía de cabeza y cuello.
- TC.

TRATAMIENTO

- Depende de la gravedad.
- Cirugía (descompresión de la fosa posterior.)

PREVENCIÓN

- Dieta rica en vitaminas y nutrientes.

COMPLICACIONES

- Cráneo deforme.
- Defectos mentales.

SINDROME DE KILPPEL-FEIL

Displasia esquelética compleja, caracterizada por un desorden esquelético, heterogéneo caracterizado por la fusión congénita de 2 o más vértebras cervicales.

EPIDEMIOLOGIA

- Incidencia 1 cada 42,000
- Se diagnostican 34 al 79% de los casos
- Se asocia con cardiopatía en un 4-14%
- Más frecuente en mujeres 1:3/1

CLASIFICACION

Fusión tipo I → Unión total de la vértebras cervicales hasta los superiores dorsales

Fusión tipo II → Se localiza en 1 o 2 vértebras, es la más común, con mínimas manifestaciones clínicas

Fusión tipo III → Fusión cervical con un trastorno similar a nivel dorsal o lumbar.

Fusión tipo IV → Unión en todos los niveles.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Tronca Clásica

- Cuello corto y ancho, implantación baja de cabello, limitación para movimientos del cuello.

Alteraciones músculo esqueléticas

- Protrusión de los discos vertebrales, disminución de la unión cráneo cervical, escoliosis sí fosis, sindactilia, dedos supernumerarios, dolor, debilidad, parestesias y cefaleas

DIAGNOSTICO

Radiografía → AP y lateral en flexión y extensión de la columna cervical
TAC y RM → Elección

ANICIONALES

- Exploración
- Alt. cardiacas o pulmonares.
- USG

TRATAMIENTO

- Sintomático
- Rehabilitación
- Terapias conservadoras
 - uso de collarines, tracción, analgesia
- Quirúrgico
 - Alivio del dolor y déficit neurológico.

SINDROME DE BROWN SEQUARD.

Condición asociada con la hemisección o daño a la mitad de la médula espinal.

EPIDEMIOLOGIA

- Incidencia 2-4%
- Más frecuente en hombres.

CUADRO CLÍNICO

- Debilidad muscular
- ↓ dolor y temperatura.
- Alteración en la sensibilidad táctil

DIAGNOSTICO

- RM
- TAC

TRATAMIENTO

- Rehabilitación

LESIÓN MEDULAR SENSITIVA

La lesión de la médula espinal es un daño en cualquier parte de la médula espinal o en los nervios ubicados en el extremo del conducto vertebral

Lesión incompleta → la médula no fue dañada o seccionada por completo

Lesión completa → Daño nervioso obstruye todas las señales que provienen del cerebro hacia las partes del cuerpo

CAUSAS

- Accidentes automovilísticos
- caídas
- Golpes repentinos.
- Alcohol
- Heridas de bala o cuchillo.

SINTOMAS

- Pérdida de movimiento.
- Disnea
- Sensibilidad.
- Pérdida al control

Cuadriplegia → Afecta 4 extremidades (>C4)

Paraplejia → Afecta miembros inferiores (<D1)

COMPLICACIONES

- Ulceras por presión

DIAGNOSTICO

- Radiografía
- Tomografía
- RM

TRATAMIENTO

- Inmovilización
- Rehabilitación

ESCLERODERMIA.

Acumulación de tejido fibroso en la piel

CAUSAS

- Inmunitario
- aumento del colágeno.
- Más frecuente en mujeres.

DIAGNOSTICO

- Clínico.

TRATAMIENTO

- Corticoides
(Prednisona)

Signos

- Fenómeno de Raynaud.
- Lianosis
- Pérdida de cabello.

EPIDEMIOLOGIA.

- Prevalencia 1.9 / 100.000 → Esclerodermia localizada.
- 1 / 6.500 de las adultas para esclerosis sistémica.
- Más frecuente en mujeres 4:1