



**Universidad del sureste.
Campus Comitán De Dominguez, Chiapas.
Medicina Humana.**

Infografías.

Nombre del alumno:
Katia Marlen Espinosa Sanchez.

Nombre del profesor:
Dr. Erick Antonio Flores Gutiérrez.

Parcial: 1er parcial.

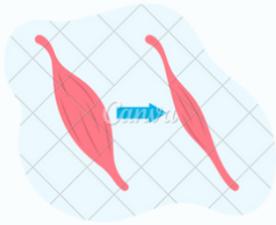
Semestre: 5to semestre. 5to D.

Nombre de la materia:
Medicina Física y Rehabilitación.

Miopatías

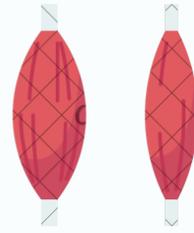
Inflamatorias.

Grupo heterogéneo de enfermedades autoinmunes, sistémicas y adquiridas, que se caracterizan por inflamación del músculo estriado.



Polimiositis (PM).

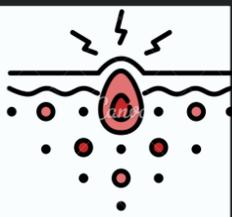
- Segunda década de la vida.
- Más común en mujeres.
- NO hay exantema.



Dermatomiositis (DM).

- Cualquier edad.
- Mayor incidencia entre los 30 - 50 años de edad.
- **DMJ** (entre 5 - 9 años y entre 11 - 14 años, predominio del sexo femenino).

Fisiopatología.



Polimiositis (PM).

- Trastorno mediado por la inmunidad celular (**LTCD8**).

Dermatomiositis (DM).

- Trastorno mediado por la inmunidad humoral (**LTCD4**).

Etiología.



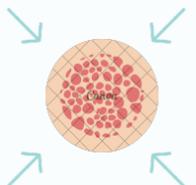
- Se considera desconocida y presentan diferentes patrones de presentación por edad, sexo y raza.

Fx de riesgo.



- Sexo femenino.
- Cáncer asociado (DM: cáncer de ovario/ de mama).
- Fx autoinmunes/ genéticos.
- Fx hormonales/ infecciosos.

Recordar.



- Signo de Gower's positivo (DMJ).
- Signo de Chal (dorso y hombro, exantema violáceo).
- Diferencia principal: **manifestación cutánea en DM.**

Clínica.



DM.

- **Debilidad muscular.**
- Signo de Gottron's.
- Heliotropo.
- Rash malar.
- Artritis.
- Fiebre.
- Disfagia.
- Disfonía.
- Ulceras cutáneas.
- Fenómeno de Raynaud.
- Calcinosis.

PM.

- Mialgias.
- **Hipersensibilidad muscular.**
- Debilidad facial leve.
- Los músculos extra oculares están respetados y la exploración sensorial es normal.

Diagnostico.



- Electromiografía.
- CPK(examen de creatinina-fosfoquinasa).
- Resonancia magnética.
- **Biopsia muscular** (Gold standard).

Tratamiento.



1ra línea:

- Esteroides (60-70%).
- Prednisona.
- Inmunosupresores.
- Monoterapia.

2da línea:

- Metotrexato.
- Azatioprina.

3ra línea:

- Ciclosporina mas inmunosupresores.

Miastenia Gravis.

Enf. neuromuscular autoinmune y crónica, caracterizada por debilidad fluctuante de los músculos esqueléticos y fatiga.



Epidemiología.

- 0.5 por 100,000 personas.
- Prevalencia de 5-12 personas.
- Mas frecuente en mujeres.

Complicaciones.



- Crisis miasténica.
- Tumores de las glándulas del timo.

Fisiopatología.

Debilidad muscular episódica y fatigabilidad fácil causada por la destrucción de los receptores de acetilcolina mediada por autoanticuerpos y células.



FX de riesgo.

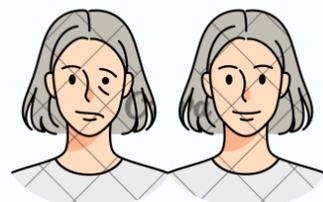


- Act. física intensa.
- Medicamentos.
- Estrés.
- Infecciones.

Recordar.



- DX diferencial: parálisis facial.



Clínica.

- **Diplopía.**
- Debilidad progresiva de los músculos masticatorios.
- Debilidad en la cintura pélvica.
- **Ptoxis.**
- Afección de músculos respiratorios.
- Caídas frecuentes.



Diagnostico.

- Sintomatología.
- Examen neurológico.
- Electromiografía.
- TC.
- Resonancia magnética.

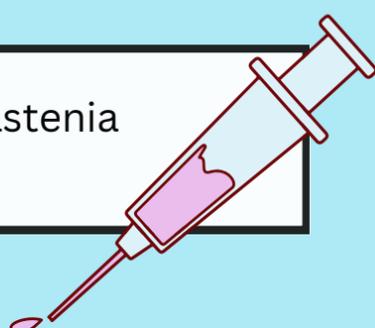


Tratamiento.

- Corticoesteroides/inmunosupresores (azatioprina).
- Inmunoglobulina intravenosa.



Guía de practica clínica, tratamiento de la miastenia gravis en el adulto.



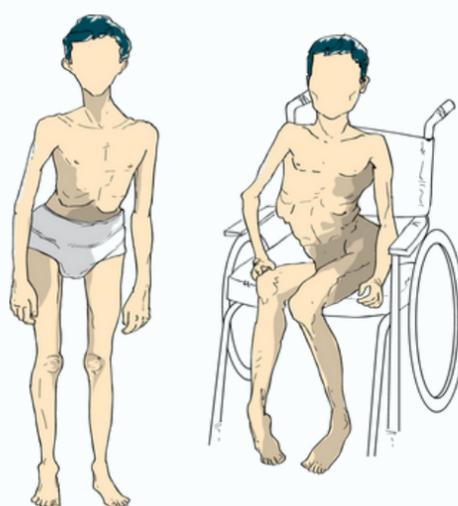
Distrofia muscular de Becker.

Trastorno hereditario que se caracteriza por atrofia y debilidad muscular de los miembros inferiores y de la pelvis, que empeora lentamente.



Epidemiología.

- Afecta solo a varones en un promedio de 3 cada 100,000 niños.



Fisiopatología.



Afectación en el cromosoma X.

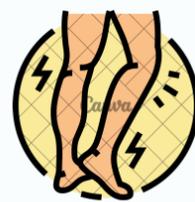
Ausencia de distrofina.

Fx de riesgo.



- Sexo masculino.
- Fx hereditarios.
- Ser hijo de una portadora.

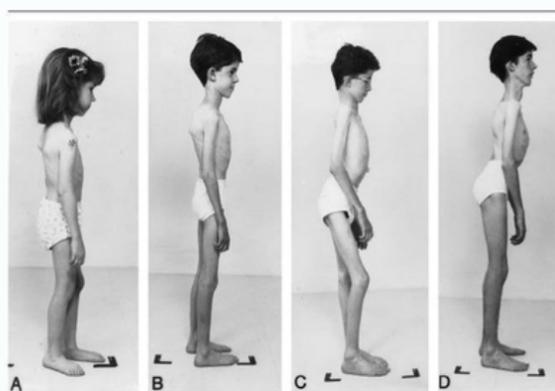
Recordar.



- Principal afección: el niño tendrá dificultad para caminar o correr.

Clínica.

- Pérdida del equilibrio y coordinación.
- Problemas cognitivos.
- Debilidad muscular.
- Dificultad para caminar.
- Caídas frecuentes.
- Pérdida de masa muscular.
- Caminar de puntillas.



Diagnostico.



- CPK(examen de creatinina-fosfoquinasa).
- **Biopsia muscular** (Gold standard).

Tratamiento.

- Mantenimiento de la funcionalidad y prevención de contracturas, (rehabilitación).



Distrofia muscular de Duchenne.

Enf. genética que afecta principalmente a hombres y se caracteriza por la degeneración progresiva de los músculos esqueléticos.



Epidemiología.

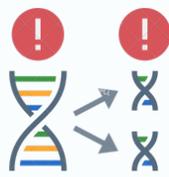
- Niños de 3-5 años.
- Expectativa de vida de 20-30 años.
- Mayor frecuencia en hombres.



Complicaciones.

- Insuficiencia respiratoria.
- Escoliosis.
- Miocardiopatía dilatada.
- Contracciones musculares.

Fisiopatología.



Mutación del gen DMD.

Producción inadecuada de distrofina.

Fx de riesgo.



- Sexo masculino.
- Edad (infancia).
- Fx hereditarios.
- Ser hijo de una portadora.

Recordar.

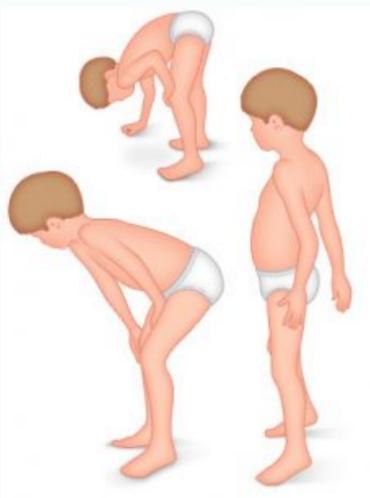


- Signo de Gower's positivo.
- Pseudo-hipertrofia en pantorrillas.
- Debilidad muscular proximal.

Clínica.



- Retraso en el desarrollo motor.
- Dificultad para correr, saltar y levantarse del suelo.
- Debilidad en la cintura pélvica y escapular.
- Pérdida de la marcha.
- Debilidad muscular.



Diagnostico.



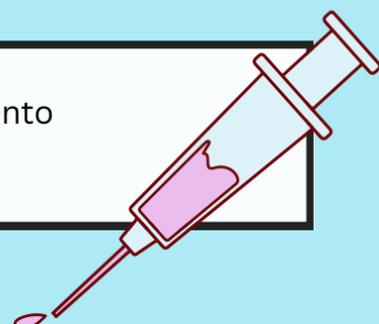
- CPK(examen de creatinina-fosfoquinasa).
- **Biopsia muscular** (Gold standard).

Tratamiento.

- 1ra línea: Corticoesteroides (prednisona) mas inmunosupresor (metotrexato).
- Fisioterapia y rehabilitación.



Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la distrofia muscular de Duchenne.



Distrofia de la cintura

escapular y pélvica.

Grupo heterogéneo de distrofias musculares caracterizado por debilidad proximal que afecta a la cintura escapular y pélvica.



Epidemiología.



- 4ta enfermedad muscular hereditaria más frecuente.
- 2 a 10 de cada 100 000 personas .

- Ambos sexos.
- Mayor frecuencia en hombres.
- Aparece entre los 3 y 5 años.

Fisiopatología.



Mutaciones genéticas.

Debilidad muscular.

LGMD 1 (Autosómica dominante).

LGMD 2 (Autosómica recesiva).

Fx de riesgo.



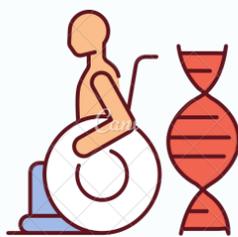
- Sexo masculino.
- Fx hereditarios.
- Ser hijo de una portadora.

Complicaciones.

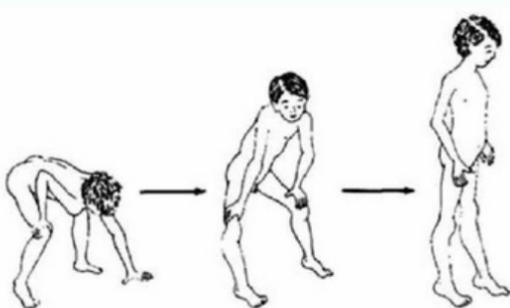


- Retraso en el desarrollo.
- Disfagia.
- Discapacidad intelectual.
- Dificultad respiratoria.
- Arritmias.
- Cardiomiopatías.

Clínica.



- **Escapulas aladas.**
- Escoliosis frecuente.
- Dificultad para levantar los brazos.
- **Genu recurvatum.**
- Lordosis lumbar.
- Debilidad peroneal.
- Marcha de puntillas.
- Abdomen prominente.
- **Brazos delgados hacia atrás.**
- Atrofia en músculos del antebrazo.



Diagnostico.



- CPK(examen de creatinina-fosfoquinasa).
- **Biopsia muscular** (Gold standard).

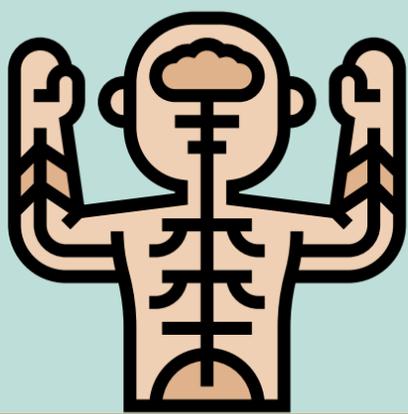
Tratamiento.

- Mantenimiento de la funcionalidad y prevención de contracturas, (rehabilitación).



Pellegrino, F., Tangelson, C., Galliano, L., Trevisan, L., Sánchez, G. y Puricelli, F. (1998). Criterios DE homologación entre Las cinturas escapular y pélvica y Sus estructuras asociadas.

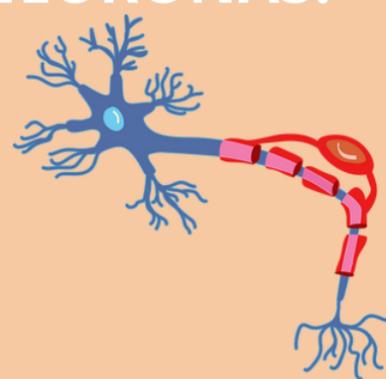
SISTEMA NERVISIO.



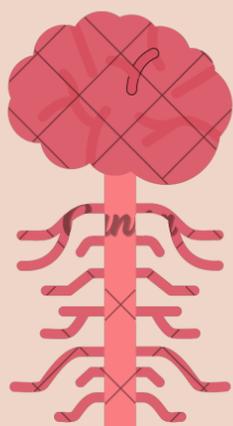
- Conjunto de órganos complejos cuya función general es el control de las funciones corporales.
- **Neuronas:** Unidad funcional del SN, células especializadas en la conducción y procesamiento de estímulos.

- **Aferentes:** conducen información a los centros nerviosos.
- **Eferentes:** llevan respuestas a los órganos efectores.
- **Interneuronas:** comunican neuronas entre si.
- **Neuroglia:** dan soporte, no conducen estímulos.

NEURONAS.



SNC.

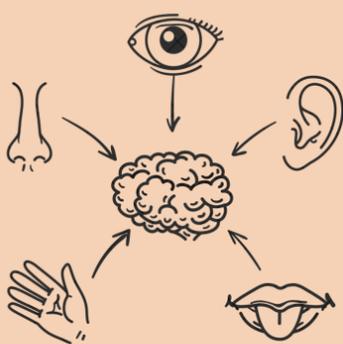


- **Encéfalo:** engloba a todos los órganos que se encuentran en la caja craneana.
- **Cerebro:** principal órgano del SNC, genera y controla las act. sensoriales y motora del organismo.
- **Cerebelo:** controla la ejecución de movimientos coordinados, procesa información relacionada con el equilibrio.

- **Medula espinal:** cordón cilíndrico que se encuentra dentro de la columna vertebral.
- Función conductora.
- Función elaboradora.

- **Bulbo raquídeo:** se encuentra en el extremo inferior del tronco encefálico, parte mas importante del encéfalo, función de control esencial del corazón y pulmones.

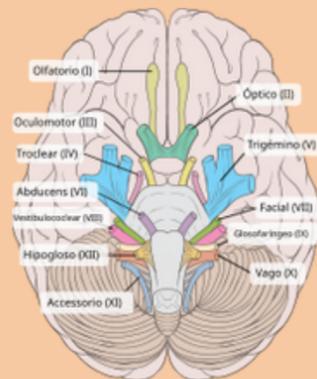
SNP.



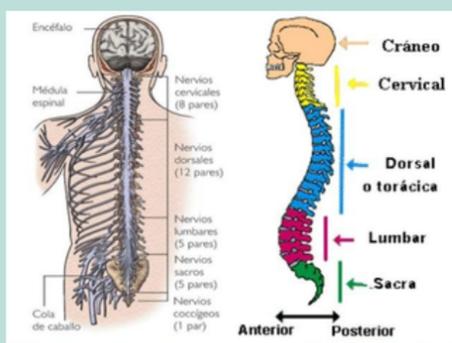
- Formado por una red de nervios que nacen del SNC comprende el SNS y el SNA.
- **SNS:** fibras aferentes y eferentes, permite la comunicación entre el organismo y el medio externo.

1. Nervio olfatorio o I par craneal.
2. Nervio óptico o II par craneal.
3. Nervio motor ocular común o III par craneal.
4. Nervio patético o IV par craneal.
5. Nervio trigémino o V par craneal.
6. Nervio motor ocular externo o VI par craneal.
7. Nervio facial o VII par craneal.
8. Nervio auditivo o VIII par craneal.
9. Nervio glosofaríngeo o IX par craneal.
10. Nervio vago o X par craneal.
11. Nervio espinal o XI par craneal.
12. Nervio hipogloso o XII par craneal.

NERVIOS CRANEALES.



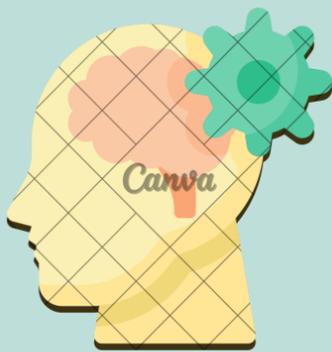
NERVIOS ESPINALES.



- 8 pares de nervios cervicales.
- 12 pares de nervios torácicos.
- 5 pares de nervios lumbares.
- 5 pares de nervios sacros.
- 1 par de nervios coccígeos.

SISTEMA NERVISIO.

SNP.



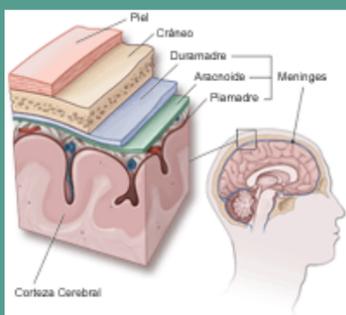
- **SNA:** fibras eferentes, regula la mayoría de las funciones vitales del organismo.

- **SNA simpático:** Coordina las respuestas ante situaciones de estrés.



- **SNA parasimpático:** Coordina las funciones básicas de la vida vegetativa.

MENINGES.

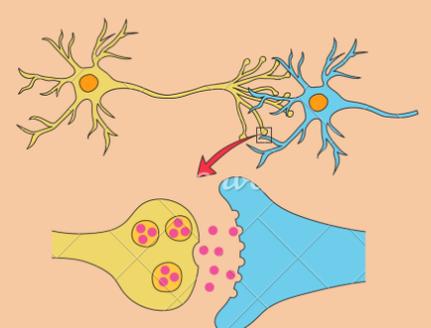


- Membranas de tejido conectivo que recubren las estructuras del SNC.

- **Duramadre:** capa mas externa y gruesa, es muy resistente.
- **Aracnoides:** se encuentra debajo de la duramdre, estructura como una tela de araña llena de un líquido que amortigua el cerebro.
- **Piamadre:** lugar donde se forma el LCR por plexos coroideos.

NEUROTRANSMISORES.

- Sustancias químicas que transmiten información de una neurona a otra.



- **Acetilcolina:** excitatorio/inhibitorio.
- **Serotonina:** inhibitorio.
- **Histamina:** excitatorio.
- **Dopamina:** inhibitorio.
- Adrenalina: excitatorio/inhibitorio.
- **Glutamato:** excitatorio/mas abundante.
- **GABA:** inhibitorio/ mas abundante.

- **Glicina:** inhibitorio.
- **Oxido nítrico:** señal de membrana presimpatica.
- **Encefalinas:** mayormente inhibitorias.
- **Endorfinas:** mayormente inhibitorias.