

UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITÁN
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

ANDY JANETH PÉREZ DÍAZ

DR. ERICK ANTONIO FLORES GUTIÉRREZ

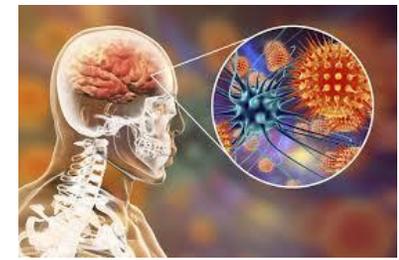
5 SEMESTRE

GRUPO D

2 PARCIAL

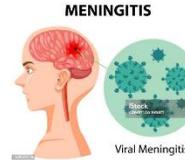
COMITÁN DE DOMÍNGUEZ CHIAPAS, A 11 DE OCTUBRE DEL 2024

INFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO



Son enfermedades del sistema nervioso central que puede ser de origen vírico y causar meningitis (afectan a meninges) y a la encefalitis (inflamación del cerebro).

Meningitis



Inflamación del tejido delgado que rodea al cerebro y la medula espinal, llamada meninge.

Vírica

Bacteriana

Tratamiento

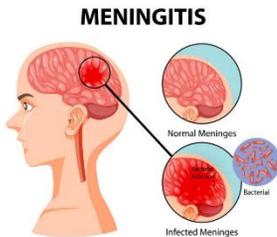
Inflamación e infección de los leptomeninges y LCR por bacterias, Afecta también el epitelio ependimario

ETIOLOGIA: estreptococo pneumone en un 50%. Niños: neisseria meningitidis.

Se divide en: Aguda, Subaguda o crónica.

Clínica: TRIADA: fiebre, rigidez de nuca, alt. Del estado de conciencia

Nauseas, vomito, emesis en proyectil, cefalea, convulsiones .



Hospitalización

Farmacológico:
Cefalosporina 2 y 3 gener., ceftriaxona y cefotaxima

Inflamación de las capas de tejido que cubren el encéfalo, y esta causado por virus.

ETIOLOGIA: enterovirus, principalmente cosxackie y herpes.

Fac. riesgo: edad, inmunodeficiencia, contacto con persona infectada y condiciones de vivienda.

Clínica: fiebre, dolor de cabeza, vómitos, dolor muscular, rigidez de nuca.

DX: historia clínica, examen físico, estudios de laboratorio (sangre), estudios de imagen.

TX: aciclovir, ganciclovir, valaciclovir y Famciclovir.

Encefalitis

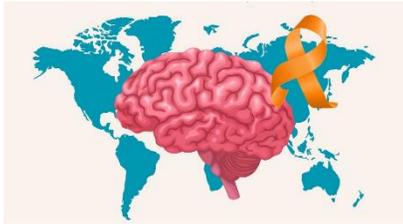
Inflamación del encéfalo, que aparece cuando un virus infecta directamente al encéfalo, o cuando un virus o vacuna provoca inflamación.

Clínica: fiebre, cefalea, cambios en personalidad o confusión, parálisis o entumecimiento, somnolencia que puede progresar hasta el coma y la muerte.

Diagnóstico: resonancia magnética nuclear y punción lumbar.

Tratamiento: Fármacos antivíricos, antibióticos, corticoesteroides etc.



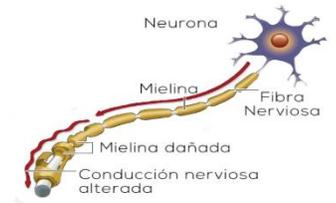


ENFERMEDADES DESMIELIZANTES

Esclerosis múltiple

Enfermedad crónica autoinmune que daña al SNC: cerebro y medula espinal.

El sistema inmunitario ataca a la mielina de las células nerviosas (neuronas) por error.



Más común en adultos y mujeres, aunque también en ambos sexos.

Tiene un rango de 20-40 años.

Más propensos: cromosoma 6P21 gen.

Epidemiología: 2.800.000 en el mundo (1200.000) España.

ETIOLOGIA: causa desconocida

Fisiopatología

- Antígenos extraños entran
- Act. CPA
- Act. Linfocitos T y B (Th1 y Th17)
- CPA no reconocen
- Cel. T autorreactiva ingresan a BHE
- Secretan citocinas proinflamatorias
- Desmielinización axonal

CLÍNICA:

- ✓ Hormigueo
- ✓ Babinski positivo
- ✓ Debilidad en extremidades
- ✓ Vértigo

Diagnostico

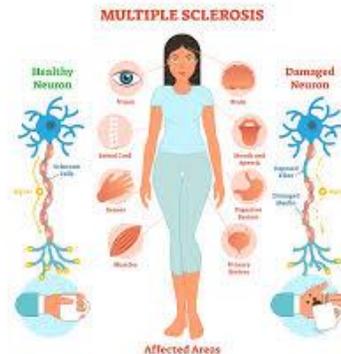
- ✓ Clínico
- ✓ LCR
- ✓ RM criterios de MC

Dg: Criterios de Mc Donald

Presencia Clínica	Datos adicionales para el diagnóstico
1. Dos o más ataques (síntesis) Dos o más lesiones	—
2. Dos o más ataques (síntesis) Evidencia clínica objetiva de una lesión	Diseminación en el espacio demostrado por: - dos o más lesiones por RM consistentes con EM - LCR (+) * o - examen por ataque en un sitio diferente
3. Un ataque (síntesis) con evidencia clínica objetiva de dos o más lesiones	Diseminación en el tiempo demostrado por: - EM - segundo ataque clínico
4. Un ataque (síntesis) Evidencia clínica objetiva de una lesión (presencia monosemiótica a 30°C*)	Diseminación en el espacio demostrado por: - dos o más lesiones por RM consistentes con EM - LCR (+) * o Diseminación en el tiempo por: - EM - segundo ataque clínico

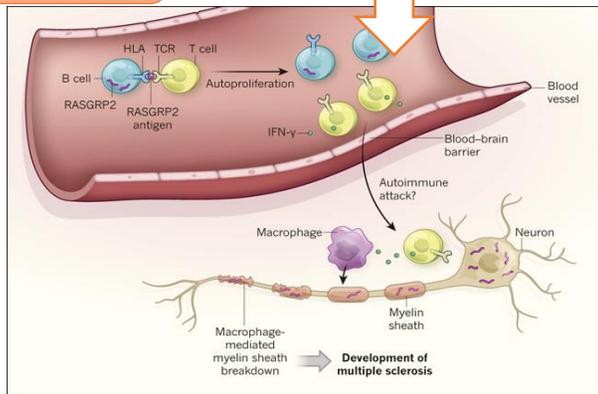
*LCR (+): Presencia de Bandas Oligoclonales, o elevación del índice de inmunoglobulina

ATACQUE: reporte del paciente o la observación objetiva de eventos neurológicos agudos que se mantienen más de 24h en ausencia de fiebre o infección



TRIADA DE CHARCOT:

- ✓ Nistagmo
- ✓ diplopía
- ✓ Habla escandida
- ✓ Temblor o ataxia

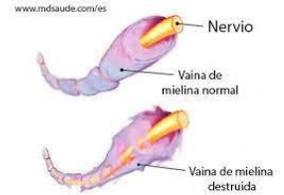


Tratamiento:

Dependiendo de las manifestaciones clínicas del paciente

Corticosteroides:

- Metilprednisolona
- Plasmaféresis



AFECCIÓN DE PLEXOS Y NERVIOS PERIFÉRICOS

SÍNDROME DE GUILLAN-BARRE

Afección rara en la que el sistema inmunitario de un paciente ataca los nervios periféricos.

Afectan a personas de todas las edades, más frecuente en adultos y en personas de genero masculino.

Etiología: anticuerpos igG más glucósidos, anti.GMI (serán liberados una vez la patología empiece a aparecer).

EPIDEMIOLOGIA: 1er caso de parálisis flácida (disminución del tono). Disminución de la marcha, lo cual se lleva al px en camilla o silla de rueda.

Pico de incidencia: cualquier edad.

- Adulto joven (14-34 años)
- Ancianos (60-74)

DIAGNOSTICO:

Inicial (criterio clínico)

Criterio de **ASBURY Y CORNBATH**

Cuadro 1. Criterios clínicos de Asbury y Cornblath (1990) para el Diagnóstico de Síndrome de Guillain-Barré
Criterios clínicos requeridos para el diagnóstico. <ul style="list-style-type: none"> Debilidad progresiva en más de una extremidad. Arreflexia o hiporreflexia osteotendinosa.
Hallazgos que apoyan fuertemente el diagnóstico clínico. <ul style="list-style-type: none"> Progresión de los síntomas hasta un máximo de cuatro semanas. (frecuentemente 2 semanas). Simetría relativa de los síntomas (la simetría absoluta es rara, pero si un miembro está afectado, es muy probable que el otro también lo esté en mayor o menor grado). Síntomas o signos sensitivos leves. (Excepto en la Neuropatía Axonal Motora Aguda (NAMA)). Afectación de nervios craneales, especialmente parálisis facial bilateral. Disautonomías. Dolor.
Hallazgos que se oponen al diagnóstico clínico. <ul style="list-style-type: none"> Fiebre al inicio de la enfermedad. Más de 50 células por mm³ en el Líquido Cefalorraquídeo. Disturbios vesical o intestinal desde el principio. Asimetría persistente de la debilidad. Progresión lenta de la debilidad sin afectación a músculos respiratorios. Alteración pulmonar grave con poca o ninguna debilidad en las extremidades al inicio de síntomas. Alteraciones sensoriales graves con poca o ninguna debilidad en el inicio.
Estudios de Electroneurografía. <ul style="list-style-type: none"> Son útiles en la práctica clínica, pero no son necesarios para el diagnóstico. El estudio es necesario para cumplir con todos los criterios de Brighton. Es esencial para clasificar el Síndrome de Guillain Barré.

Fuente: Asbury 1990, Wilson 2016

Hallazgos frec:

- Progresión de síntomas
- Simetría de síntomas (espejo)
- Signos y síntomas sensitivos
- Afección de nervios craneales.

Variantes de Guillan-Barre:

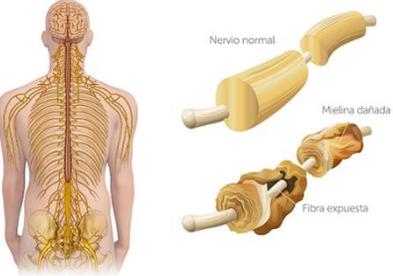
Sx de Miller Fisher:

- Oftalmoplejía
- Ataxia sensitiva
- Arreflexia

TRATAMIENTO: no existe, pero si controlar los síntomas de la enfermedad y acortar la duración.

- Monitorización de la respiración
- Tensión arterial
- Estar sometidos a vigilancia
- Plasmaféresis
- Inmunoglobulinas intravenosas
- Inmunoterapia (después de los 7 y 14 días de la aparición de síntomas)

NERVIO Y VAINA DE MIELINA



Clínica: hormigueo muscular, entumecimiento, incapacidad para mover los ojos, debilidad en piernas e inestabilidad al caminar

