

CAPÍTULO XI

AFECCIONES PARALÍTICAS

AFECCIONES PARALÍTICAS

- 1. Encefalopatía Infantil**
- 2. Paraplejia Espástica**
- 3. Poliomiелitis**
- 4. Parálisis Braquial Obstétrica**
- 5. Parálisis de los Nervios Periféricos**
- 6. Poliradiculoneuritis**
- 7. Otras Parálisis y/o Equivalente**
 - **Enfermedad de Charcot Marie Toorh**
 - **Diatrofia Muscular Pseudo – Hipertrófica**

1. ENCEFALOPATÍA INFANTIL

PREGUNTAS

1805. El tratamiento de la Encefalopatía infantil comprende:
- Fisioterapia y terapia ocupacional
 - La indicación de ayudas biomecánicas
 - a y b
1806. En la Encefalopatía infantil, además del compromiso motor se registra alteración demostrada de:
- El olfato y el gusto
 - La inteligencia
 - Ambas
1807. La forma clínica que más se presenta en la Encefalopatía infantil es la:
- Monopléjica
 - Tetrapléjica
 - Parapléjica
1808. La lesión cerebral en la Encefalopatía infantil atáxica se encuentra en:
- Las vías cerebrales
 - El cerebelo
 - a y b
1809. Son causas de la Encefalopatía infantil las:
- Para-natales
 - Endocrinas
 - Ninguna

SINOPSIS 303

CARACTERÍSTICAS

- Se produce por causas pre-natales, para-natales y post-natales
- Según los centros cerebrales afectados, se tienen 5 formas clínicas: espástica, atetósica, atáxica, rígida y mixta
- La forma espástica afecta la zona motora central cortical y se distingue por la presencia de: hipertonia e hiperreflexia
- En la forma atetósica se encuentran afectados los centros subcorticales. Se distingue por la presencia de movimientos involuntarios
- En la forma atáxica se encuentra afectado el cerebelo o sus vías. Se distingue por la presencia de alteraciones en la coordinación y equilibrio
- La forma rígida se produce por alteraciones difusas de los centros subcorticales y su característica es la rigidez generalizada
- La forma mixta presenta características correspondientes a dos o más formas. Tal es la forma espastoatetósica
- Según la localización de las manifestaciones mencionadas se tienen las formas: parapléjicas, hemipléjicas, cuadripléjicas, monopléjicas, tripléjicas y otras
- Además del compromiso motor puede encontrarse afectada la inteligencia, audición y lenguaje, visión, etc.
- Es común que el déficit motor se acompañe de alteraciones de la sensibilidad, inestabilidad en cabeza, columna y miembros, deformidades, etc.

TRATAMIENTO

- Comprende: control postural, fisioterapia, entrenamiento en actividades de vida diaria, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, educación especial, ayudas biomecánicas, cirugía correctiva y estabilizante.

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 440



GRÁFICO 89: ENCEFALOPATÍA INFANTIL

Se produce por causas pre-natales, para-natales y post-natales. Según la manifestación que presentan, pueden ser paraplejias, hemiplejias, cuadriplejias, etc.

Afecta a la inteligencia, audición y lenguaje, visión, etc., presentándose déficit motor y alteraciones que afectan a la locomoción.

2. PARAPLEJIA ESPÁSTICA

PREGUNTAS

1810. El tratamiento conservador en la Paraplejía espástica consiste en el uso de:

- a) Fármacos e infiltraciones
- b) Control postural y soportes
- c) Termo y masoterapia

1811. El grado de espasticidad generalmente es mayor en las Paraplejas de origen:

- a) Medular
- b) Cerebral
- c) Subcortical

1812. Las deformidades características en la Paraplejía espásticas son:

- a) Cadera en semiflexión y rotación externa
- b) Rodillas en extensión y pie talo valgo
- c) Ninguna de las anteriores

1813. La característica de presentar inicialmente flacidez y, luego espasticidad corresponde a la paraplejía:

- a) Cerebral
- b) Traumática
- c) Pótica

1814. Las deformidades existentes en las Paraplejas medulares son consecuencia de:

- a) La hipertensión
- b) Las alteraciones tróficas
- c) Ninguna

SINOPSIS 304

CARACTERÍSTICAS

- La paraplejía espástica se presenta en:
 - La parálisis cerebral y
 - Las lesiones medulares
- Puede ser consecuencia de afecciones de origen:
 - Congénito: encefalopatías
 - Traumático: fracturas de columna
 - Infeccioso: Mal de Pott y otras
- En las lesiones traumáticas se presenta:
 - Inicialmente flacidez
 - Posteriormente espasticidad
- Además de la espasticidad, como consecuencia de ella, la regla es encontrar:
 - Parálisis
 - Desbalance muscular
 - Deformidades
- Las deformidades características de la paraplejía espástica son:
 - Caderas en flexión y aducción
 - Rodillas en semiflexión
 - Pies equinos varos o valgus
- El grado de espasticidad y de las deformidades generalmente es mayor en las paraplejas medulares
- En las paraplejas medulares son más frecuentes las alteraciones:
 - Sensitivas
 - Tróficas
 - De esfínteres
 - Psicológicas

TRATAMIENTO

- Conservador: control postural, fisioterapia, soportes ortopédicos y muletas
- Quirúrgico: tenotomías, alargamientos tendinosos y operaciones osteo articulares estabilizantes

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 440

3. POLIOMIELITIS

PREGUNTAS

1815. El tratamiento de la Poliomiélitis en su forma aguda es:
- Antálgico
 - Físico
 - a y b
1816. La actitud que se registra en la rodilla en las Secuelas poliomiélicas es en:
- Semiflexión y valgo
 - Hiperextensión y varo
 - Ninguna
1817. En la cadera, la actitud viciosa que se registra en las secuelas poliomiélicas es en:
- Rotación externa y aducción
 - Aducción y rotación externa
 - Semiflexión y aducción
1818. En la columna, en las Secuelas poliomiélicas, se suele encontrar:
- Hiperlordosis lumbar
 - Escoliosis
 - a y b
1819. Los músculos más frecuentemente afectados en la Poliomiélitis son:
- Flexores de rodilla
 - Cuádriceps
 - Tibial posterior

SINOPSIS 305

CARACTERÍSTICAS

- Es una enfermedad producida por virus
- Afecta a las neuronas del asta anterior de la médula
- Se presenta mayormente en niños de 6 meses a 2 años
- Comprende los estadios: agudo, de parálisis, de recuperación y de secuela
- Compromete a los cuatro miembros, tronco y cara
- Afecta mayormente a los miembros inferiores
- Los músculos más afectados por la parálisis son: tibial anterior, cuádriceps, glúteo medio, deltoides y eminencia tenar
- Además de la parálisis, existen contracturas y deformidades
- Las contracturas más frecuentes son de la banda iliotibial (BIT) y sóleo y gemelos
- Las deformidades más frecuentes son:
 - Del pie: equino, valgo, varo, talo, cavo, plano y dedos en garra
 - Cadera: en flexión, abducción y rotación externa
 - Rodilla: en flexión y valgo
 - Además: basculación pélvica con anteversión, hiperlordosis lumbar y escoliosis

TRATAMIENTO:

- Conservador: antálgicos, control postural, fisioterapia y soportes ortopédicos
- Quirúrgico: operaciones correctoras, funcionales y estabilizantes

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 440

4. PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA

PREGUNTAS

1820. Las operaciones que se plantean en el tratamiento de las secuelas de la Parálisis braquial obstétrica son:

- a) Correctivas y funcionales
- b) Estabilizantes
- c) a y b

1821. En el tratamiento conservador de la Parálisis obstétrica se indica:

- a) Fisioterapia
- b) Antálgicos y relajantes
- c) Ninguno de las anteriores

1822. En la Parálisis braquial obstétrica, al compromiso motriz se añade disminución de la:

- a) Sensibilidad
- b) Coordinación
- c) Movilidad pasiva

1823. En la Parálisis braquial obstétrica la actitud del codo es:

- a) Normal
- b) En semiflexión
- c) En extensión

1824. En la Parálisis braquial obstétrica de Klumpke el antebrazo se encuentra en:

- a) Posición intermedia
- b) Supinación
- c) Pronación

SINOPSIS 306

CARACTERÍSTICAS

- Se produce en el momento del nacimiento por distensión de las raíces del plexo braquial
- Al principio existe flacidez, después aparecen las contracturas y actitudes viciosas
- Existen 3 formas clínicas:
 - De Erb
 - De Klumpke
 - Total
- En la parálisis de Erb están afectados las raíces C5 y C6 que corresponden al hombro
- En la parálisis de Erb el hombro se encuentra en aducción y rotación interna y el codo en semiflexión
- En la parálisis de Klumpke están afectadas las raíces inferiores del plexo. La mano se encuentra comprometida, el antebrazo está en pronación y la muñeca en semiflexión palmar
- En la parálisis total está afectada toda la extremidad. Se acompaña de alteración de la sensibilidad
- La radiografía es inicialmente negativa. Posteriormente se puede apreciar deformación y aplastamiento de la cabeza humeral y torsión interna del húmero

TRATAMIENTO

- Conservador al inicio:
 - Control postural: con almohadas y vendas, aparatos de yeso férulas, etc.
 - Fisioterapia
- Quirúrgico, en la fase de secuela:
 - Tenotomías, desinserciones de los músculos contracturados
 - Trasposiciones tendinosas
 - Osteotomías, artrodesis, etc.

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 440

5. PARÁLISIS DE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS

PREGUNTAS

1825. En las lesiones nerviosas periféricas tipo Axonotmesis está indicado el tratamiento:

- a) Farmacológico
- b) Fisioterápico
- c) Quirúrgico

1826. El estudio eléctrico en el caso de Lesiones nerviosas periféricas es importante para:

- a) El diagnóstico y pronóstico
- b) Determinar la evolución
- c) a y b

1827. En la Neurotmesis la lesión nerviosa es:

- a) Total
- b) Recuperable
- c) Ninguna

1828. En la Axonotmesis hay falta de continuidad:

- a) Del cilindro eje
- b) Total
- c) De la vaina de mielina

1829. En la Neuropraxia la interrupción nerviosa es:

- a) Anatómica
- b) Funcional
- c) Definitiva

SINOPSIS 307

CARACTERÍSTICAS

- Las parálisis de los nervios periféricos casi siempre son resultado de lesiones, contusiones y heridas
- Los miembros periféricos más frecuentemente afectados son: circunflejo, radial, cubital, mediano, ciático, ciático popliteo externo
- Según su grado, las lesiones periféricas pueden ser de tres tipos: Neuropraxia, Axonotmesis, Neurotmesis
- En la neuropraxias hay continuidad anatómica e interrupción funcional transitoria. Su recuperación es en semanas
- En la axonotmesis la interrupción anatómica afecta al cilindro eje y hay interrupción funcional que se prolonga por meses
- En la neurotmesis la interrupción anatómica es total y definitiva, mientras no se realice la reparación quirúrgica del nervio
- Los efectos de la lesión nerviosa son: motores, sensitivos, reflejos y autónomos
- En la confirmación diagnóstica y el pronóstico son útiles el registro del signo de Tinel y el resultado del estudio eléctrico a través de la prueba galvanofarádica y la electromiografía

TRATAMIENTO

- Conservador: control postural y fisioterapia, particularmente en las neuropraxias y axonotmesis
- Quirúrgico: neurorrafia, trasplantes nerviosos y trasposiciones tendinosas, indicados en las neurotmesis

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 440

6. POLIRADICULONEURITIS

PREGUNTAS

1830. El tratamiento en la Poliradiculoneuritis es:

- a) Correctivo
- b) Preventivo y funcional
- c) Ninguno

1831. Las secuelas en la Poliradiculoneuritis se localizan en:

- a) Columna
- b) Caderas y hombros
- c) Manos y pies

1832. La evolución en la Poliradiculoneuritis es favorable en el:

- a) 90 – 95 %
- b) 80 – 90 %
- c) 60 – 80 %

1833. Los músculos mayormente afectados en la Poliradiculoneuritis son los:

- a) Abductores de cadera
- b) Extensor de rodilla
- c) Dorsiflexores del pie

1834. En la Poliradiculoneuritis se registra dolor muscular a la:

- a) Compresión
- b) Distensión
- c) Movilización

SINOPSIS 308

CARACTERÍSTICAS

- Es una poliradiculoneuropatía inflamatoria aguda
- Afecta a ambos sexos, jóvenes y adultos
- Es producida por un virus neurotrópico y se inicia con:
 - a) Manifestaciones de resfrío
 - b) Parestesias y debilidad muscular en pies
 - c) Dolores en miembros y columna
- Posteriormente se presenta:
 - Parálisis flácida ascendente
 - Compromiso severo de los músculos respiratorios (20%)
 - Compromiso de los nervios craneales (75%)
 - Dolor a la compresión de troncos nerviosos y masas musculares
- Ayudan en el diagnóstico los estudios de:
 - Líquido cefalorraquídeo: disociación albuminocitológica
 - Biopsia muscular: destrucción de la mielina en nervios periféricos
 - Galvanodiagnóstico
- La evolución es favorable en el 80 – 90% con recuperación total en 3 meses
- Las secuelas son con relación a la parálisis de los músculos:
 - Intrínsecos de la mano y
 - Dorsiflexores de pies

TRATAMIENTO

- Preventivo de las complicaciones
- Correctivo de las contracturas, deformidades e inestabilidad:
 - Soportes cortos
 - Fisioterapia
 - Cirugía ortopédica

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 440

7. OTRAS PARÁLISIS Y EQUIVALENTES

PREGUNTAS

1835. El tratamiento en la Distrofia muscular es:
- Correctivo
 - Estabilizante
 - Conservador
1836. En la Distrofia muscular se suele registrar:
- Retardo mental
 - Hipoacusia
 - Ambas
1837. En la enfermedad de Charcot Marie Tooth existe atrofia muscular de:
- Intrínsecos de la mano
 - Peroneos
 - Gemelos
1838. La demielinización de los nervios periféricos se registra en la:
- Distrofia muscular
 - Enfermedad de Charcot
 - Ambas
1839. En la Pseudodistrofia muscular existe infiltración gemelar:
- Fibrótica
 - Grasa
 - Ambas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 440

SINOPSIS 309

Cabe considerar la enfermedad de Charcot Marie Tooth y la Distrofia Muscular Pseudohipertrófica

ENFERMEDAD DE CHARCOT MARIE TOOTH

CARACTERÍSTICAS:

- Es hereditaria y empieza en la adolescencia y juventud
- Se debe a la desmielinización de los nervios periféricos
- Clínicamente puede haber hipoestesia en “guante” y en “calcetín”, dolor y parestesias en miembros
- Se registra habitualmente atrofia con parálisis peronea simétrica, caída de pies, deformidad en equino varo e inestabilidad
- La progresión, por lo general, es lenta

TRATAMIENTO

- Conservador: fisioterapia, férulas y soportes
- Quirúrgico: cirugía correctora y estabilizantes

DISTROFIA MUSCULAR PSEUDOHIPERTRÓFICA

CARACTERÍSTICAS:

- Es hereditaria. Se presenta en varones, en la infancia
- Afecta primero a la cintura pelviana y luego a la escapular
- Al examen se aprecia:
 - Hiperlordosis lumbar
 - Atrofia glútea y del cuádriceps
 - Hipertrofia con infiltración grasa y fibrótica de los gemelos
 - Dificultad para erguirse (Gower), “marcha de pato”, pie equino varo inestable
 - Cierta grado de retardo mental
- Progresión rápida: a los 12 años ya necesitan silla de ruedas para desplazarse

TRATAMIENTO

- Conservador: ejercicios terapéuticos y silla de ruedas

PREGUNTAS DE REFORZAMIENTO COGNOSCITIVO SOBRE LOS TEMAS TRATADOS

PREGUNTAS

- | | |
|---|--|
| <p>1840. Las Paraplejias inicialmente flácidas y posteriormente espásticas generalmente son de origen:
a) Congénito b) Infeccioso
c) Traumático</p> <p>1841. La actitud en semiflexión y abducción de caderas se aprecia en las Parálisis por lesión:
a) Cerebral b) Medular
c) a y b</p> <p>1842. Las úlceras tróficas se presentan en las Paraplejias espásticas:
a) Adquiridas b) Congénitas
c) a y b</p> <p>1843. La recuperación espontánea es la regla en la:
a) Axonotmesis b) Poliradiculoneuritis
c) a y b</p> <p>1844. El estudio eléctrico es de trascendente importancia en:
a) Lesiones de nervios periféricos
b) Atrofia perineal de Charcot
c) Ambas</p> <p>1845. La actitud del hombro en aducción y rotación interna se presenta en la:
a) Poliomiелitis b) Parálisis de Erb
c) Distrofia de Duchenne</p> <p>1846. La compresión de las masas musculares determina dolor en la:
a) Parálisis braquial obstétrica
b) Poliradiculoneuritis
c) Parálisis espásticas</p> <p>1847. La actitud del codo en semiflexión es característica de la:
a) Poliradiculoneuritis
b) Poliomiелitis
c) Parálisis braquial de Erb</p> | <p>1848. El hombro se encuentra afectado preferentemente en la:
a) Distrofia muscular
b) Parálisis braquial de Klumpke
c) a y b</p> <p>1849. La actitud del antebrazo en supinación suele encontrarse en la parálisis:
a) Espástica
b) Braquial de Erb
c) Ninguna</p> <p>1850. Los músculos intrínsecos de la mano están afectados en la:
a) Poliradiculoneuritis
b) Distrofia muscular
c) Enfermedad de Charcot Marie</p> <p>1851. La recuperación funcional suele ser espontánea en la:
a) Distrofia muscular
b) Neuropraxia
c) Enfermedad de Charcot Marie</p> <p>1852. La cirugía de la mano está indicada mayormente en casos de:
a) Enfermedad de Charcot Marie
b) Poliradiculoneuritis
c) Poliomiелitis</p> <p>1853. La deformidad del Pie Equino varo se presenta en:
a) Parálisis espástica
b) Poliomiелitis
c) a y b</p> <p>1854. Las denervaciones quirúrgicas son indicadas en la Parálisis:
a) Poliomiелítica
b) Espástica
c) Ninguna</p> |
|---|--|

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 440

Respuestas relacionadas con las preguntas sobre las Afecciones Paralíticas

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| 1805. c) a y b | 1830. a) Correctivo |
| 1806. b) La inteligencia | 1831. c) Manos y pies |
| 1807. c) Paraplejia | 1832. b) 80 – 90 % |
| 1808. c) a y b | 1833. c) Dorsiflexores del pie |
| 1809. a) Para-natales | 1834. a) Compresión |
| 1810. b) Control postural y soportes | 1835. c) Conservador |
| 1811. a) Medular | 1836. a) Retardo mental |
| 1812. c) Ninguna | 1837. b) Peroneos |
| 1813. b) Traumática | 1838. b) Enfermedad de Charcot |
| 1814. c) Ninguna | 1839. c) Ambas |
| 1815. c) a y b | 1840. c) Traumático |
| 1816. a) Semiflexión y valgo | 1841. c) a y b |
| 1817. b) Aducción y rotación externa | 1842. a) Adquiridas |
| 1818. c) a y b | 1843. c) a y b |
| 1819. b) Cuádriceps | 1844. c) Ambas |
| 1820. c) a y b | 1845. b) Parálisis de Erb |
| 1821. a) Fisioterapia | 1846. b) Poliradiculoneuritis |
| 1822. a) Sensibilidad | 1847. c) Parálisis braquial de Erb |
| 1823. b) En semiclínica | 1848. a) Distrofia muscular |
| 1824. c) Pronación | 1849. c) Ninguna |
| 1825. b) Fisioterápico | 1850. a) Poliradiculoneuritis |
| 1826. c) a y b | 1851. b) Neuropaxia |
| 1827. a) Total | 1852. c) Poliomielitis |
| 1828. a) Del cilindro | 1853. c) a y b |
| 1829. b) Funcional | 1854. b) Espástica |