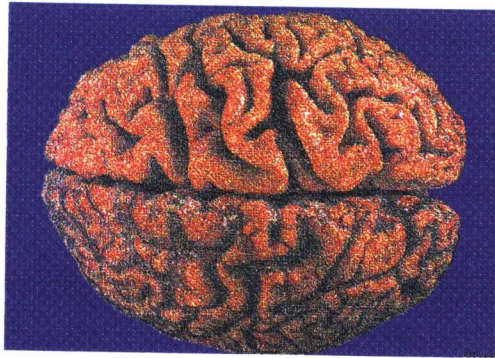


UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
FACULTAD DE MEDICINA
CBBA - BOLIVIA



PARALISIS CEREBRAL

INFANTIL

MATERIA : TRAUMATOLOGIA

DOCENTE : R. ZABALA

INTEGRANTES : CONDORI MONTES SHIRLEY
CORDERO TAPIA PATRICIA
CORDOVA POZO GRACIELA
CRESPO HERRERA ELIZABETH

PARALISIS CEREBRAL INFANTIL

Esta denominación comprende varias alteraciones del funcionamiento motor, consecutivas a una lesión no progresiva del sistema nervioso central, ocurrida antes del nacimiento, durante el parto o en los primeros cinco años de la vida.

Lo preeminente en la parálisis cerebral es el trastorno de alguna función motora, pero también existe, con mayor o menor frecuencia o severidad, compromiso mental, convulsiones, alteraciones perceptivas o del carácter, lo cual hace que el manejo de estos pacientes sea altamente complejo.

En el pasado la parálisis cerebral y la poliomielitis se disputaban el primer puesto entre las causas de invalidez en la infancia. Desde el advenimiento de la vacuna contra la poliomielitis, la parálisis es, sin duda, y por mucho, la principal causa.

En año reciente se ha observado un apreciable descenso en la incidencia de la parálisis cerebral, pero es dudoso que este descenso continúe en forma significativa en un futuro cercano.

HISTORIA

Fue William J. Little quien, en 1851, hizo por primera vez una amplia descripción de este mal, que fue conocido por algún tiempo como la enfermedad de Litte. Sin embargo, la descripción que él hizo sólo corresponde a la forma espástica de la parálisis cerebral, y en la actualidad no se está de

acuerdo con la definición que él dio de algunos de estos pacientes: "Pobres infelices idiotas, sin esperanza, que deben dejarse de lado".

II. CLASIFICACION.

La parálisis cerebral se ha clasificado de diversas maneras: de acuerdo a la etiología, a la patología, a las variedades clínicas y a la distribución de los miembros afectados.

2.1. Etiología. Se diferencian las causas que se presentan, antes del parto, al nacimiento o en la primera infancia.

- a) **Prenatales.** Malformación congénitas, toxemia, enfermedades cardiopulmonares, toxoplasmosis, infecciones, irradiaciones, incompatibilidad sanguínea.
- b) **Al nacimiento.** Prematuridad, principal causa de la parálisis cerebral. Trauma por fórceps. Versiones. Parto prolongado. Parto precipitado. Hipoxia. Circulares del cordón. Obstrucción bronquial.
Membrana hialina. Apnea posnatal. Placenta previa. Anestesia. Medicamentos.
- c) **Postnatal.** Se estima que estas causas contribuyen al 25% de los casos. Trauma, embolias, trombosis, abscesos, meningitis, encefalitis.

Patología. Se distinguen básicamente:

- a) Alteraciones sobre la corteza cerebral, en el área inhibitorias precentales (área 4) y premotora (área 6), que controlan los impulsos de la vía motora piramidal.

- b) Compromiso de los ganglios de la base del cerebro, que inhiben el tono muscular, controlan la ejecución de los movimientos y mantienen la postura.
- c) Lesión cerebelosa, que afecta la función coordinadora. Alteración sobre los haces corticocerebeloespinales que atraviesan la sustancia reticular y que conducen una acción coordinadora hacia las astas anteriores de la medula espinal.

2.3. Variedades clínicas

A) Espasticidad. Debida a lesión de la vía piramidal. Se caracteriza por una exageración del reflejo de estiramiento. Normalmente los músculos esqueléticos responden ante un estiramiento con una pronta contracción que le restituye al músculo su anterior longitud. Este reflejo parte del huso muscular, hacia la medula, en donde por una conexión monosináptica estimula una rama alfa del asta anterior. Un imbalance entre las funciones facilitadores que transmiten las fibras alfa y las inhibidoras transmitidas por las fibras gamma determinan la Espasticidad.

La principal manifestación de la espasticidad es el aumento de los reflejos tendinosos, el clonus y la presencia del reflejo extensor en la planta del pie (Babinsky)

En la Espasticidad, por lo general, hay mayor compromiso de los músculos flexores y ponadores en los miembros superiores, de los flexores y aductores de las caderas, flexores de la rodilla y plantiflexores del pie en los miembros inferiores.

Aproximadamente el 50% de los espásticos tienen deficiencia mental. La variedad espástica de la parálisis cerebral comprende aproximadamente el 75% del total.

B) DISQUINESIAS.- Se deben a lesiones en el sistema extrapiramidal. Entre ella se incluyen al atetosis, debida en especial a una lesión del núcleo pálido. Se caracteriza por movimiento involuntarios e incoordinados, en especial de los miembros superiores. La disfunción muscular no permite un buen control de la cabeza, ni del tronco, ni de la extremidades. Una vez conseguida una posición de balance, los músculos se estabilizan, pero con los movimientos voluntarios reaparecen los involuntarios, haciéndose imprecisos e incoordinados.

Es notorio el reflejo tónico del cuello, la disminución de los reflejos y la ausencia del signo de Babinsky. Las deformidades son tardías, debidas más a las malas posiciones que al imbalance muscular. Este grupo constituye alrededor del 12% de los nuevos casos de parálisis cerebral.

C) ATAXIA. Se presenta por alteraciones en el cerebro o en las vías cerebelosas. Se caracteriza por incoordinación de los movimientos, trastornos en el equilibrio y fallos en el sentido de posición. Los atáxicos, en los movimientos, sobrepasan el punto deseado y tienen dificultad para volver a la posición de partida. Existe hipotonía, frecuentemente nistagmo, inteligencia normal y conceptable balance para mantenerse sentados. Constituyen

aproximadamente el 5% del total de pacientes con parálisis cerebral.

D) RIGIDEZ.- Se debe a alteraciones por lo general difusas en las vías extrapiramidales y en particular de la sustancia reticular. Afecta músculos agonistas y antagonistas, lo que le da a las articulaciones una plasticidad con tendencia a permanecer en la misma posición. Son clásicas las comparaciones con la rueda dentada y la barra de plomo, cuando se movilizan pasivamente las articulaciones. El grado de rigidez es cambiante, los reflejos tendinosos son normales. Esta variedad de parálisis cerebral constituye aproximadamente el 5% del total de casos.

E) MIXTOS. Existen numerosos casos con alteraciones múltiples, en donde se combinan dos o más variedades de parálisis cerebral.

2.4. NUMERO DE MIEMBROS AFECTADOS. Es importante la clasificación de acuerdo con el número de miembros afectados. Se utilizan las siguientes denominaciones:

- a) Monoplejía: Compromiso de una sola extremidad
- b) Hemiplejía: Medio lado del cuerpo
- c) Diplejía: Los dos miembros inferiores y en menor grado los superiores.
- d) Paraplejía: Los dos miembros inferiores (rara)
- e) Cuadriplejía: Compromiso de las cuatro extremidades