# PREGUNTAS ORAL- NEURO

1. Fisiopatología Neurológica de Covid 19

   **La primera se debería a la replicación viral directa en el sistema nervioso y la segunda sería consecuencia de activación de la cascada inflamatoria, las alteraciones tóxico-metabólicas, o desregulación inmunológica o mecanismos inmunomediados.**

2. Recorrido sensitivo, vías y motoneuronas implicadas.

3. Diferencia entre SGB y mielopatias

4. Diferencias entre mioclonias y distonia

   **Mioclonia** es una contraccion breve en forma de sacudida de los musculos. La **distonia** son contracciones musculares involuntarias sostenidas y causan movimientos repetitivos o de torsión.

   La **distonía** es mas prominente en los músculos del cuello y hombros, mientras que las **mioclonías** son mas evidentes en los músculos distales.

5. Tratamiento de la distonia y torticolis

6. Dx SGB

   - **Puncion Lumbar: disociacion albumina/citologica (aumento de proteinas y ausencia de celularidad)**
   - **EMG: presencia de ondas F prolongadas y retardo en la conduccion.**
   - **Deteccion de anticuerpos antigangliosidos**

7. Relación del Timo en la patogenia de Miastenia gravis

   **En el timo hay presencia de celulas meiode que generan receptores para la acetilcolina, al haber una infeccion se generan anticuerpos contra los receptores de acetilcolina y existe una reaccion cruzada.**

8. Receptores de la Ac

   **A nivel de union neuromuscular --> Receptores nicotinicos**

   **A nivel del SNC --> Receptores muscarinicos y nicotinicos.**

   **A nivel del sistema nervioso autonomo (simpatico y parasimpatico) --> Receptores nicotinicos y muscarinicos**

9. ¿Qué pasa cuando se unen los receptores de Ac con los receptores de Ach?

   **Hay apertura de los canales ionicos que permiten el paso de la acetilcolina a traves de su receptor para que pueda tener lugar la contraccion-relajacion muscular.**

**Al unirse los Acs a los receptores se bloquea la union de la Ach con su receptor y se inhibe la apertura de los canales ionicos. Hay aumento de la endocitosis y destruccion de los receptores dañando la membrana postsinaptica. La acetilolina queda libre en la hendidura sinaptica y es degradada por la Acetilcolinesterasa al no poder unirse a receptores bloqueados.**

10. Signos de síndrome piramidal

a) **Hipertonia**

b) **Arreflexia**

c) **signo de Babinski**

d) **Clonus**

e) **Signo de la navaja**

11. Manejo de paciente con HSA

- **Control de signos vitales**
- **Reposo.**
- **Fluidoterapia**
- **Oxigenoterapia**
- **Disminucion de HTA --> labetalol o urapidilo**
- **Nicardipino ---> Para evitar resangrado**
- **Nimodipina --> Para tratar vasoespasmos**
- **Anticonvulsivantes ---> En caso de crisis epilepticas**

12. Causa frecuente de HSA

**Traumatismos craneo encefalicos**

13. Arteria que más se afecta por aneurisma

**Arteria comunicante anterior**

14. Cuando llega un px con convulsión en que se diluye el diazepam?

**Dextrosa a 10% o 5% o cloruro de sodio 0.9%**

15. CASO CLINICO hipertensión endrocraneana, Señor de 55 años que presento cefalea holocraneana que no cedía a AINES, malestar general precedido de vómitos sin nauseas. Dx, conducta y tratamiento

16. Caso clínico de Femenina de 60 años que presento hemiplejia, hemiparesia, disartria, parálisis de nervio facial y potosís palbebral. Dx probable. (Dije miastenia, ictus, ecv hemorrágico y ninguna era)
17. Escala de Fisher

    **I.** No se evidencia sangrado

    **II.** Sangrado difuso

    **III.** Coleccion densa >1mm en plano verticasl, >5x3 en plano longitunidal y transversal.

    **IV.** Coagulo intracerebral o intraventricular.
18. Que es mielitis

    **Inflamacion de la medula espinal**
19. Complicaciones de plasmaferesis en GB

a) **Hipocalcemia: El anticoagulante usado es citrato, tiene tendencia a unirse al calcio ocasionando menor disponibilidad de el y bajos niveles en sangre.**

b) **Hipotension**

c) **Coagulopatia: Disminucion de la capacidad de la coagulacion temporal.**

d) **Infecciones**

e) **Hipokalemia**

20. Como se evalúa el pensamiento abstracto?

    **Funcion de lóbulo frontal que se evalúan solicitando la solución de algún problema, el significado de proverbios o semejanza de términos.**
21. Donde se integra el plantar?
22. Diferencias entre mielitis y GB

- **SGB no se localiza en un segmento medular especifico**
- **En el SGB hay disociacion albumino/citologica en LCR, mielitis hay pleocitosis e hiperproteinorraquia**
- **EN SGB la paralisis es ascendete y en la mielitis transversa tambien hay paralisis ascendente**
- **Mielitis tiene un inicio agudo o subagudo, SGB tiene un inicio agudo**
- **Un factor que los diferencia es la falta de un componente sensorial prominente y la presencia de neuropatías craneales (excluyendo al nervio óptico) en el SGB.**

23. Por qué el LCR se puede infectar o porque es susceptible a infectarse?
24. Fisiopatología de Miastenia Gravis.

25. Tratamiento de Neurosifilis

    **Penicilina Cristalina**

26. Dx de meningitis por *cryptococcus neoformans*

    **Puncion lumbar: Tinta china en LCR**

27. Porque hay hipocalcemia en plasmaferesis por SGB?

    **El anticoagulante usado es citrato, tiene tendencia a unirse al calcio ocasionando menor disponibilidad de el y bajos niveles en sangre.**

28. Como se previene el Vasoespasmo en HSA

    **Con la administracion de Nimodipino 60mg cada 4 h**

29. Signos de afectación de Motoneurona Superior.

- **Hipertonia**
- **Arreflexia**
- **signo de Babinski**
- **Clonus**
- **Signo de la navaja**

30. Cefalea más Frecuente.

    **Cefalea Tensional**

31. Vía piramidal y 5 afectaciones de tal vía

    **La via piramidal  o tracto corticoespinal inicia en las neuronas gigantes (celulas de betz) ubicadas en el area motora de la corteza cerebral delante del surco de rolando, al descender estos axones motores se descusan o cruzan a nivel del bulbo raquideo y terminan en las neuronas ubicadas en el asta anterior de la medula.**

    **Afectaciones: Tono muscular aumentado, aumento de reflejos profundos, ausencia de reflejos superficiales, reflejos patologicos (babinski), atrofia muscular, clonus**

32. Tto de Meningitis por *S. pneumoniae*

    **Ceftriaxona + Vancomicina**

33. Etiología de Miastenia Gravis

    **Multifactorial: Produccion de anticuerpos secundario a infecciones, herencia, interaccion del medio ambiente, alteracion del timo (hiperplasia o timoma)**

34. Fisiopatología de SGB

35. Manejo de Hipertensión endocraneana

**Reposo, levantar cabecera 30°, corregir factores desencadenantes (hipoxia, hipertermia, hiperglucemia, convulsiones).**

**Manitol, furosemida, hiperventilacion**

36. Como se trata a un px que tiene HEC por un tumor metastasico

    **Dexametasona 8mg cada 8horas**

37. Complicaciones de HSA

    **Resangrado**

    **Vasoespasmo**

    **Isquemia**

    **Hidrocefalia**

    **Crisis epilepticas**

38. Polígono de Willis (Arterias que lo conforman)

    **Art Carotida interna**

    **Art Comunicante anterior**

    **Art Comunicante posterior**

    **Art Cerebral Anterior**

    **Art Cerebral posterior**

39. Síntomas neurológicos de covid 19

    **Cefalea, Anosmia, Hipogeusia, mareos, alteracion del nivel de conciencia, mialgias, ataxia, convulsiones.**

40. Tto Edema cerebral citotoxico

    **Manitol, furosemida, hiperventilacion, correccion de factores desencadenantes**

41. Dx de Miastenia Gravis

    **Clinica**

    **EMG**

    **Detecion de anticuerpos**

    **Test neurofisiologico y farmacologico**

42. Causas de meningitis Crónica

**Tuberculosis**

**Sifilis**

**Brucelar**

**Criptococcos**

**Cisticercosis**

43. Que es Paresia?

    **Disminucion de la fuerza muscular, que limita el rango de movimientos.**

44. Signos de sx cerebeloso

    **Ataxia**

    **Dismetria**

    **Nistagmos**

    **Habla escandida**

    **Temblor**

    **Trastornos de la postura**

    **Asinergia**

45. Dosis de plasmaferesis en Px de 60kg

46. Como se hace la prueba de la Neostigmina

    **Se le administra via intramuscular 0.5ml de metilsulfato de neostigmina y se evalua el paciente a los 30 min evaluando la fuerza muscular y la disminucion de la ptosis palpebral ---> BUSCAR**

47. Agentes más comunes en SGB

    **Campilobacter yeyuni, Citomegalovirus, micoplasma pneumoniae, VZV, HIV**

48. Enfermedad de Lewis

49. Signos de afectación de motoneurona Inferior

a) **Hipotonia**
b) **Fasciculaciones**
c) **Hiporreflexia o Arreflexia**
d) **Atrofia muscular**
e) **Reflejo cutaneo plantar**

50. Síndrome de Claude Bernard Horner

    **Ptosis, miosis, anhidriosis**

51. Receptores colinérgicos

52. Tto cefalea tensional

    **Tratamiento agudo: Aines (ibuprofeno, diclofenac), AAS o Paracetamol**

    **Tratamiento preventivo: Amitriptilina.**

53. 2 Maniobras para evaluar tono muscular

54. Fisiopatología de Parkinson

55. Clínica de ICTUS y etiología

    **Deficit neurologico focal de inicio brusco**

    **La clinica depende del territorio cerebral afectado**

    **Causas:**

    - **Aterosclerosis**
    - **Cardioembolica**
    - **Lacunar**
    - **De origen desconocido**
    - **Causa rara**

56. Clasificación de epilepsias y clínica de cada una

    A) **Inicio focal (con o sin alteracion de conciencia): Motoras (automatismo, espasmos, tonicas, clonicas, tonico-clonicas, mioclonicas) o no Motoras (sensitivas, emocionales, afectivas, cognitivas, automaticas, detencion del comportamiento)**

    B) **Inicio generalizado: Motoras (tonicas, atonicas, mioclonicas, tonico-clonicas) o no Motoras (Crisis de ausencias tipicas o atipicas, mioclonicas)**

    C) **De origen desconocido: motoras (tonico-clonicas) o no Motoras (detencion del comportamiento)**

    D) **Focal a bilateral tonico-clonica**

    E) **No clasificadas**

57. Clasificación de HUNT HESS

**I. Asintomatico o cefalea leve**

**II. Cefalea moderada o grave, rigidez de nuca, paresia de pares craneales.**

**III. Obnubilacion, confusion, leve deficit motor**

**IV. Estupor, hemiparesia moderada o grave, rigidez de descerabracion temprana o trastornos neurovegetativos.**

**V. Coma y rigidez de descerebracion.**

58. Clasificación de Esclerosis múltiple

**EMRR: SCA y EMRR**

**EM progresiva primaria**

**EM progresiva secundaria**

59. En que enfermedades se hace Punción Lumbar.

**HSA, SGB, Meningitis, Encefalitis, Esclerosis multiple, MG**

60. Clínica de Cefalea tensional

**Localizacion: Holocraneana**

**Caracter: Opresivo**

**Intesidad: Leve-moderada**

**Duracion: 30mi- 7dias (la infrecuente)**

**Frecuencia: 10 o más ataqueas al dia**

**Limitante: No incapacita**

**Acompañada: Fotofobia o sonofobia, no genera nauseas ni vomitos**

**Exacerbada: Estres, tension mental, deshidratacion,alteracion del sueño, hambre, fluctuaciones hormonales.**

**Atenuada: Aines, AAS, paracetamol**

61. Definición de Estatus Epiléptico.

**Migraña que dure mas de 72 horas**

62. Sx patognomónicos de mielitis periférica y central

63. Tto de estatus epiléptico

**Etapa inicial--> Benzodiacepinas: Diazepam o lorazepan**

**Etapa establecida --> Fenitoina o acido valproico**

**Estado refractario--> UCI, Midazolam o propofol, o Coma barbiturico: Pentobarbital o tipental.**

**Estado superrefractario --> UCI, midazolam, propofol, tiopental o ketiamina**

64. Significado de disociación albumino/citológico en LCR

**Aumento en la cantidad de proteinas y ausencia de celularidad en LCR**

65. Vías del dolor y localización de cada fibra

66. Tto de meningitis bacteriana y por qué se le administra dexametasona?

**Dexametasona + cefotaxima + vancomicina**

**En menores de 3 meses, inmunocompremetidos y >55 años se la añade Ampicilina**

67. Cefalea en racimo y síntomas frecuentes

**Localizacion: Unilateral o hemicraneana. Orbitaria, temporal**

**Sexo: Afecta a Hombres**

**Caracter: Punzante**

**Intensidead: Moderada- grave/ Alta**

**Duracion: 15-180 min**

**Frecuencia: 1 a 8 por dia. Mas frecunte en la noche y a la misma hora**

**Limitante: Incapacitante**

**Acompañada: Inyeccion conjuntival, lagrimeo ipsilateral, sindrome de horner ipsilateral, sudoracion frontal o facial, rubefaccion, Agitacion o inquietud**

**Exacerbantes: Alcohol y alteracion del sueño**

**Atenuantes: tratamiento agudo--> sumatriptan, oxigeno, lidocaina / Tto preventivo --> verapamilo+ prednisona / tto cronico --> verapamilo + carbonato de litio**

68. Características de la migraña

**Localizacion: Unilateral o hemicraneana. Orbitaria, periorbitaria, retrocular, temporal occipital**

**Sexo: Mas frecuente en Mujeres**

**Caracter: Punzante**

**Intensidad: Moderada- grave/ Alta**

**Duracion: 30min-72h**

**Frecuencia: Mas de 5 ataques al dia**

**Limitante: Incapacitante**

**Acompañada: Nausaeas, vomitos, fotofobia, sonofobia**

**Exacerbantes: Estres, alimentacion, alteraciones del sueño, alteraciones hormonales. 2/3 de los px tiene familiares que sufren migraña**

**Atenuantes: Analgesicios/ Aines + Antiemeticos**

69. Clínica de Parkinson

**Bradicinesia, temblor en reposo, inestabilidad de la marcha, rigidez, hipomimia, depresion, alteracion del sueño, micrografia, marcha ataxica y festinante**

70. Qué papel juega la neuritis óptica en esclerosis múltiple

71. Síndrome de Miller Fisher.

**Oftalmoplejia, ataxia, arreflexia**

72. Clasificación del SGB

- **Polineuropatía sensitivo-motora desmielinizante**
- **Neuropatía motora axonal aguda (NMAA)**
- **Neuropatía sensitivo-motora axonal aguda (NSMAA)**
- **Síndrome de Miller Fisher.**

73. Que arterias se ven mas afectadas en el infarto lacunar

**Arterias perforantes (lenticuloestriadas) menores de 1,5 cm o <15mm**

74. Que condicion tienen las arterias para que ocurra infarto lacunar

**Estos infartos ocurren por la hialinizacion de la pared de los pequeños vasos**

75. Sindromes clinicos tipicos del infarto lacunar

a) **Hemiplejía motora pura**
b) **Síndrome sensitivo puro**
c) **Hemiparesia-ataxia**
d) **Disartria-mano torpe**
e) **Síndrome sensitivo-motriz**

76. ¿Por qué se usa dexametasona en el trtramiento de meningitis?

- **Desinflama la BHE permitiendo el paso de los ATB**
- **Estabiliza la BHE**

- **Inhibe la sintesis de TNF**
- **Mejora la reabsorcion del LCR**