

SÍNDROME PARAPLÉJICO

Concepto:

Parálisis motora de ambas extremidades inferiores de causa neurológica
Paraplejía--Paraparesia

Clasificación

- Paraplejía Espástica (extensión-flexión)
Afectación bilateral de la vía corticospinal (neurona central)
- Paraplejía Fláccida (neurona periférica)
- Paraplejía Flascoespástica

PARAPLEJÍA ESPÁSTICA

- Pérdida de fuerza muscular
- Hipertonía (espasticidad muscular)
- Hiperreflexia osteotendinosa
- Babinski y sucedáneos
- Clonus
- Trastornos esfinterianos

CUADRO CLÍNICO

- Se identifica por: parálisis motora, contractura (hipertonía), hiperreflexia, *clonus* y signo de Babinski. Los trastornos tróficos son escasos, excepto si el cuadro es de larga evolución.
- La paraplejía espástica puede adoptar dos tipos clínicos: en extensión y en flexión.
 - La paraplejía espástica en *extensión* es la más frecuente. La parálisis es generalmente menos intensa que en la fláccida, la marcha es difícil o imposible (marcha digitígrada). Hay *clonus* y marcada hiperreflexia. Hay signo de Babinski. Puede haber o no reflejos de automatismo medular (retirada del miembro inferior en triple flexión en respuesta a un estímulo doloroso), pero por lo general, están ausentes. Hay trastornos esfinterianos. Los trastornos de la sensibilidad pueden faltar o estar presentes.
 - La paraplejía espástica en *flexión* es comúnmente el resultado evolutivo de la paraplejía espástica en extensión. Se observa una contractura en triple flexión de las piernas, marcha imposible, reflejos abolidos a causa de la flexión. Hay Babinski y trastornos esfinterianos, así como reflejos de automatismo medular muy marcados.

ETIOLOGÍA

- Tumoral (intramedular y extramedular)
- Infecciosoinflamatorias (mielitis sifilítica, mal de Pott, etc.)
- Degeneraciones cordonales (anemia perniciosa, siringomielia, etc.)
- Vascular (hematomielia)
- Desmielinizante
- Traumatismos medulares vertebrales

PARAPLEJÍA FLÁCCIDA

- Pérdida de la fuerza muscular
- Atrofia Muscular
- Hipotonía

- Hiporreflexia o Arreflexia
- No Babinski
- No Clonus

ETIOLOGÍA

- Polineuropatías (diversas causas)
- Síndrome de LGBS
- Poliomiелitis anterior aguda (Heine - Medin)
- Polineurorradiculitis de Guillain-Barré.
- Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth (atrofia muscular peronea progresiva).

FORMAS ANATÓMICAS

- Formas Cerebrales
- Formas Medulares
- Formas Periféricas

SÍNDROMES FUNDAMENTALES

- Síndrome de Bastián (sección medular completa)
- Síndrome de Brown - Séquard (hemisección medular)
- Síndrome de la cola de caballo
 - Parálisis periférica con atrofia degenerativa
 - Hipotonía
 - Abolición de los reflejos rotulianos y aquíleos
 - Trastornos esfinterianos (únicamente en esta variedad de parálisis periférica)
 - Impotencia genital
 - Anestesia dolorosa (característica de este síndrome)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- Impotencia funcional y pérdida o disminución de la fuerza muscular. A veces la marcha es imposible, pero cuando se logra, puede ser en estepaje o casi normal, sobre todo si se trata de una paraparesia.
- Existe hipotonía muscular, los músculos están blandos y los movimientos pasivos se realizan con menos resistencia.
- Puede haber amiotrofia, variable según la causa y el tiempo de evolución.
- No existe arreflexia o hiporreflexia.
- No hay signo de Babinski.

DIAGNÓSTICO

El LCR es normal

La electromiografía puede mostrar denervación en los músculos distales del miembro, pero se conservan los potenciales de acción de los nervios sensoriales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La paraplejía espástica hereditaria debe diferenciarse de las causas no hereditarias de mielopatía de progresión lenta, como:

- Espondilosis cervical
- Tumor intrarraquideo
- Malformación arteriovenosa de la medula espinal
- Esclerosis múltiple
- Esclerosis lateral amiotrófica
- Mielopatía relacionada con el virus 1 linfotrópico de células T humanas